

## **FOIRE AUX QUESTIONS**

### **La méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins (arrêté du 13 novembre 2017)**

Le premier axe du plan visant à renforcer l'accès territorial aux soins, lancé le 13 octobre 2017 par la ministre des Solidarités et de la Santé, met l'accent sur plusieurs leviers d'action favorisant la présence médicale dans les zones qui en ont le plus besoin.

Le dispositif des aides conventionnelles allouées par l'Assurance Maladie pour le maintien et l'installation des médecins dans les zones fragiles a été renforcé par la convention médicale signée le 25 août 2016. Pour que le dispositif soit réellement efficace, il était nécessaire de procéder à la révision du cadre permettant d'identifier les zones où ces mesures d'aides doivent être mobilisées.

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 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. Tel est l'objet de l'arrêté du 13 novembre 2017 pour la profession de médecin.

## SOMMAIRE

### Les professions de santé concernées par le nouveau zonage

- [L'arrêté du 13 novembre concerne-t-il tous les médecins ou uniquement les médecins généralistes ?](#)
- [La définition d'un nouveau zonage est-elle prévue pour les autres professions de santé ?](#)

### La maille de référence du zonage médecin

- [Quelle est la maille applicable pour le zonage des médecins ?](#)
- [Comment prendre en compte les quartiers prioritaires de la ville \(QPV\) ?](#)

### L'indicateur de référence du zonage médecin

- [Quel est l'indicateur du zonage ?](#)
- [Les critères suivants ont-ils été retenus dans le calcul de l'APL ?](#)

### La qualification des zones

- [Quelles sont les zones et les aides applicables ?](#)
- [Une zone où le niveau de vie de la population est élevé peut-elle être classée en ZIP ?](#)
- [Les ARS bénéficient-elles d'une marge d'adaptation sur le hors-vivier ?](#)
- [Peut-on substituer une zone dans le vivier avec une zone en dehors du vivier ?](#)

### La gestion des territoires de vie-santé situés sur deux régions

- [Comment comptabiliser la part de population ?](#)
- [Comment qualifier le TVS au regard de son niveau d'APL ?](#)

### La gestion des fusions de communes situées sur des territoires de vie-santé distincts

- [En cas de fusion de communes qui ne sont pas pôles de territoire de vie santé ?](#)
- [En cas de fusion de communes qui sont des pôles de territoire de vie-santé ?](#)

### La publication des arrêtés régionaux

- [Quelles sont les concertations à mener avant publication des arrêtés régionaux ?](#)

### L'évolution du zonage

- [Une évolution des zones est-elle prévue ?](#)
- [Quelles sont les différentes modalités à connaître en vue d'une évolution du zonage ?](#)

### La gestion des aides pendant la période transitoire

- [Des dispositions transitoires sont-elles prévues pour les contrats en cours ?](#)
- [Quel est le zonage applicable pour les jeunes médecins et chirurgiens-dentistes ayant bénéficié d'un contrat d'engagement de service public \(CESP\) pendant leur étude ?](#)

### Le suivi et l'évaluation du nouveau zonage

- [Quelles sont les modalités de suivi par les ARS ?](#)
- [Les ARS doivent-elles réaliser un suivi des aides allouées aux médecins par les collectivités territoriales ?](#)
- [Une évaluation du zonage est-elle prévue ?](#)

\*\*\*\*\*

**Les professions de santé concernées par le nouveau zonage**

- **L'arrêté du 13 novembre concerne-t-il tous les médecins ou uniquement les médecins généralistes ?**

La méthodologie a été fixée au plan national et en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés. Elle prend effectivement en compte les données relatives aux seuls médecins généralistes pour déterminer les zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du CSP. Dans l'attente de la définition d'une méthodologie propre à certaines spécialités médicales autres que médecin généraliste, annoncée dans le plan d'accès territorial aux soins présenté en octobre 2017, il y a donc un seul zonage médecin applicable, défini sur la base de l'arrêté du 13 novembre 2017, permettant l'identification des zones fragiles. L'attribution des aides au maintien ou à l'installation bénéficie ensuite aux médecins exerçant ou s'installant dans cette zone dès lors qu'ils répondent aux critères d'éligibilité de chacune de ces aides ; les bénéficiaires seront de fait en majorité des médecins généralistes, du fait de ces critères d'éligibilité, mais il est possible que certaines spécialités autres que médecin généraliste en bénéficient dès lors qu'ils remplissent les conditions prévues par l'aide.

Cette situation n'est pas optimale mais n'est pas nouvelle : jusqu'à présent, le zonage médecin n'a jamais été différencié entre un zonage pour les médecins généralistes et un zonage pour les autres spécialités médicales. Les syndicats de médecins spécialistes autres que MG l'ont à plusieurs reprises regretté, d'où l'inscription dans le plan d'accès aux soins d'un objectif de définition de zonages pour de nouvelles spécialités médicales.

- **La définition d'un nouveau zonage est-elle prévue pour les autres professions de santé ?**

Oui. Des travaux sont en cours pour définir une nouvelle méthodologie permettant de déterminer les zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du CSP pour les professions suivantes : masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, sages-femmes, infirmiers diplômés d'Etat libéraux et chirurgiens-dentistes. Ces travaux suivent le calendrier des négociations conventionnelles et feront l'objet d'une traduction juridique dans des arrêtés ministériels fixant la méthodologie applicable à la profession concernée. Dans cette attente, les annexes de l'arrêté du 21 décembre 2011 modifié relatives au zonage de ces professions de santé demeurent applicables.

A titre indicatif, le calendrier prévisionnel est le suivant :

- Pour les orthophonistes : avenant conventionnel signé et publication de l'arrêté ministériel fixant la méthodologie prévue courant du deuxième trimestre 2018 ;
- Pour les masseurs-kinésithérapeutes : avenant conventionnel signé et publication de l'arrêté ministériel fixant la méthodologie prévue au début du second semestre 2018 ;
- Pour les sages-femmes : signature de l'avenant conventionnel prévue au début du second semestre 2018 et publication de l'arrêté ministériel fixant la méthodologie prévue courant du second semestre 2018 ;
- Pour les infirmiers : signature de l'avenant conventionnel prévue au début du second semestre 2018 et publication de l'arrêté ministériel fixant la méthodologie prévue courant du second semestre 2018 ;
- Pour les chirurgiens-dentistes : pas de date précise.

Concernant la définition d'un zonage pour des spécialités médicales autres que MG, voir la question « L'arrêté du 13 novembre concerne-t-il tous les médecins ou uniquement les médecins généralistes ? ».

## La maille de référence du zonage médecin

### • Quelle est la maille applicable pour le zonage des médecins ?

La maille de référence est celle le territoire de vie-santé (TVS). Le TVS est composé d'un ensemble de communes et est construit autour d'un pôle d'attractivité.

Les TVS sont répertoriés, par région, sur le site du ministère chargé de la santé : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/zonage-medecin>

La règle générale est que ces TVS sont constitués des bassins de vie INSEE 2012, ou, lorsque ces bassins de vie sont très peuplés (+ 50 000 habitants), des territoires de vie INSEE. Bassins de vie et territoires de vie sont construits en fonction de l'accès aux équipements et aux services les plus fréquents au quotidien et reflètent ainsi l'organisation des déplacements courants sur un territoire à une échelle supra-communale.

Il existe toutefois certaines exceptions dues aux spécificités géographiques de ces territoires, comme :

- pour Paris, Lyon, Marseille, la maille retenue est l'arrondissement ;
- pour l'Outre-Mer, la maille retenue est le bassin de vie (sauf pour Mayotte) et la commune au sein d'un bassin de vie dont le pôle est une unité urbaine de plus de 50 000 habitants (et pour Mayotte) ;
- pour la Réunion, la sélection des zones en dehors de la sélection nationale peut s'effectuer sur l'ensemble du territoire au niveau des grands quartiers qui comptent au moins 3 600 habitants.

L'appellation de territoire de vie-santé prévue dans l'arrêté du 13 novembre 2017 vise à avoir une appellation uniforme et chapeau pour le zonage médecin, construite en priorité sur la logique de l'organisation de l'activité sur le territoire.

### • Comment prendre en compte les quartiers prioritaires de la ville (QPV) ?

Deux possibilités sont prévues pour prendre en considération les QPV dans le zonage régional :

- si un QPV est situé pour une partie au moins au sein d'un TVS appartenant au vivier, ce QPV peut être éligible aux aides prévues pour les zones d'intervention prioritaire et les zones d'action complémentaire. Le reste du TVS peut toutefois être qualifié autrement dans le zonage (cf. point III de l'annexe de l'arrêté du 13 novembre 2017).  
Exemple : le quartier prioritaire X est situé pour une partie au moins au sein du TVS A. Le directeur général d'agence régionale de santé peut choisir de classer le quartier prioritaire X en zone d'intervention prioritaire même si le territoire de vie-santé est classé en zone d'action complémentaire, afin de concentrer les aides sur le QPV.
- Si le TVS dans lequel se situe le QPV est hors vivier, il est rappelé que le directeur général de l'ARS peut, dans la limite d'une population représentant 5% au plus de la population du vivier régional, ajouter dans le vivier une ou plusieurs zones dont l'indicateur APL est supérieur à 4 consultations par an par habitant (C/a/h) (cf. point III de l'annexe de l'arrêté du 13 novembre 2017).

## L'indicateur de référence du zonage médecin

### • Quel est l'indicateur du zonage ?

L'indicateur principal du zonage est l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) à un médecin. Il est calculé chaque année par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Il s'agit de la moyenne, pondérée par la population résidente de chaque commune, des indicateurs d'APL des communes composant chaque TVS. Il s'exprime en nombre de consultations accessibles par an par habitant (C/a/h).

Indicateur composite, il prend en compte des médecins généralistes jusqu'à 65 ans (pour anticiper les futurs départs à la retraite) ainsi que :

- l'activité de chaque praticien (mesurée par le nombre de consultations ou visites effectuées par le praticien) ;
- le temps d'accès au praticien ;
- la consommation de soins des habitants par classe d'âge (pour tenir compte des besoins différenciés en offre de soin).

### • Les critères suivants ont-ils été retenus dans le calcul de l'APL ?

#### ***L'activité des médecins***

Dans les zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4, l'activité des médecins est souvent soutenue pour compenser la faiblesse de l'offre de soins. L'indicateur APL en tient compte et deux bornes d'activité ont été prises en compte dans la méthodologie :

- l'activité minimale est fixée à 3 600 actes. Une activité inférieure est comptabilisée comme pouvant potentiellement atteindre 3 600 actes pour éviter l'inclusion de zones où l'activité est volontairement faible ;
- l'activité maximale pour un cabinet est fixée à 6 000 actes. Au-delà de ce seuil, l'activité est considérée comme une offre sous tension donc non comptabilisée dans l'évaluation de l'offre de soins disponible.

#### ***Les critères socio-économiques***

L'APL mesure l'offre médicale disponible sur un territoire pour répondre à un enjeu d'accès territorial à un médecin et la rendre la plus égalitaire possible.

La prise en compte d'un critère social dans l'APL a été testée lors des concertations en 2016 et 2017, mais elle ne modifie pas les constats réalisés sauf à devoir lui donner une pondération très forte, difficile à justifier au plan scientifique compte tenu des liens complexes entre niveau de l'offre de soins, le niveau de vie et l'état de la santé de la population.

Toutefois, l'arrêté du 13 novembre 2017 prévoit la possibilité pour les ARS de prendre en compte des indicateurs complémentaires à L'APL pour la sélection des zones d'intervention prioritaire additionnelles (zone B), comme notamment la dimension sociale des habitants (cf. point II de l'annexe de l'arrêté du 13 novembre 2017). De même, le traitement particulier permis pour les quartiers prioritaires de la ville témoigne du souhait d'accorder une attention spécifique à ces quartiers définis en fonction du niveau de vie de leurs habitants (point III de l'annexe de l'arrêté du 13 novembre 2017).

## La qualification des zones

### • Quelles sont les zones et les aides applicables ?

L'arrêté du 13 novembre 2017 définit les zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du CSP en fonction de leur niveau APL. Le tableau ci-dessous résume les distinctions possibles :

Zones présentant une offre de soins insuffisante ou des difficultés d'accès aux soins (prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du CSP)				
APL de la zone ≤ 2,5 C/an/hab.	2,5 < APL de la zone ≤ 4 C/an/hab.			APL de la zone > 4 C/an/hab.
Sélection nationale	Vivier			Zones en dehors du vivier
<u>Zone d'intervention prioritaire (ZIP)</u> - <u>zone A</u> -  sélection nationale	<u>Zone d'intervention prioritaire (ZIP)</u> - <u>zone B</u> -  sélection additionnelle par l'ARS	<u>Zones d'action complémentaire (ZAC)</u>  tout ou partie du reste du vivier, sur décision de l'ARS	<u>Zones de vigilance</u>  les zones non retenues au sein des zones d'intervention prioritaire (zone B) ni au sein des zones d'action complémentaire	Intégration possible de zones, au sein du vivier, dans le cadre de l'adaptation régionale prévue au point IV de l'annexe de l'arrêté du 13 nov. 2017

### Les zones d'intervention prioritaire (ZIP)

- Les zones d'intervention prioritaire (zone A) : la sélection nationale

Les zones avec un indicateur APL inférieur ou égal à 2,5 C/a/h, lorsque tous les médecins jusqu'à 65 ans sont pris en compte, constituent la sélection nationale. Les zones sous ce seuil constituent par convention les plus fragiles en termes d'offre de soins. Elles sont en effet les plus éloignées de la moyenne nationale de consultations par an chez un médecin généraliste (écart de plus d'un tiers par rapport à la moyenne nationale qui est de 3,8 en 2015 selon un calcul de la DREES).

La sélection de ces zones par l'ARS est ainsi nécessaire dans un objectif de réduction des inégalités d'accès à l'offre de soins.

- Les zones d'intervention prioritaire (zone B) : la sélection additionnelle par l'ARS

Les zones avec un indicateur APL compris entre 2,5 et 4 C/a/h, lorsque tous les médecins jusqu'à 65 ans sont pris en compte, constituent le « vivier ».

Au sein de ce vivier, l'ARS sélectionne des zones pour constituer, en sus de la sélection nationale (zone d'intervention prioritaire (A)), les « zones d'intervention prioritaire (B) ».

Pour sélectionner ces zones :

- l'ARS doit tenir compte des taux régionaux figurant au point V de l'annexe de l'arrêté du 13 novembre 2017 : colonne « part de la population régionale dans les zones B (sélection additionnelle à choisir parmi le vivier) », et colonne « total (Zones A + B) ».
- pour faire son choix, l'ARS tient compte de l'APL et peut, si elle le souhaite, tenir compte d'indicateurs complémentaires à l'APL laissés à son appréciation. En plus de ceux proposés à titre d'exemple au II de l'annexe de l'arrêté 13 novembre 2017, les ARS peuvent par exemple retenir les indicateurs suivants (énumération non contraignante) : le taux de couverture maladie universelle complémentaires (CMU-C) ou l'indicateur d'hospitalisation potentielle évitable (HPE), en cours de développement par la Direction générale de l'offre de soins (bureau R5), qui permet

de mesurer les hospitalisations qui auraient pu être évitées avec une prise en charge optimale en soins de premier recours.

### **Les zones d'action complémentaire (ZAC)**

Au sein du *vivier*, tout ou partie des zones dont l'indicateur APL se situe entre 2,5 et 4 C/a/h qui n'ont pas été retenues au sein des zones d'intervention prioritaire peuvent être choisies par les ARS pour constituer les « zones d'action complémentaire ». Ces zones sont constituées dans la limite du vivier régional figurant dans le 2<sup>ème</sup> tableau du point V de l'annexe de l'arrêté du 13 novembre 2017.

**Les mesures d'aides applicables** aux médecins exerçant ou souhaitant s'installer **dans les ZIP et les ZAC** sont précisées dans le tableau au point II de l'annexe de l'arrêté du 13 novembre 2017.

Toutes les mesures et les aides à destination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du CSP qui auraient été instaurées après le 13 novembre 2017 s'appliquent par défaut dans les ZIP et les ZAC, sauf mention contraire prévue par voie réglementaire par les services ministériels porteurs de ces mesures.

Le tableau ci-après récapitule les aides applicables en ZIP et en ZAC, il sera actualisé régulièrement :

Dispositifs	ZIP	ZAC
<b>L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale</b> Aides conventionnelles <sup>1</sup>	X	
<b>b du 2° du I de l'article D. 162-30 du code de la sécurité sociale</b> Rémunération de l'examen de certificat de décès	X	X
<b>L. 632-6 du code de l'éducation</b> Contrat d'engagement de service public en études médicales	X	X
<b>L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales</b> Aides des collectivités territoriales	X	X
<b>151 ter du code général des impôts</b> Exonération partielle des revenus tirés de la permanence des soins ambulatoires (PDSA)	X	
<b>L. 1435-4-2 du code de la santé publique</b> Contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG)	X	X
<b>L. 1435-4-3 du code de la santé publique</b> Contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA)	X	X
<b>L. 1435-4-4 du code de la santé publique</b> Contrat de Praticien Isolé à Activité Saisonnière (PIAS)	X	X
<b>L. 1435-4-5 du code de la santé publique</b> Contrat de praticien territorial médical de remplacement (PTMR)	X	X
<b>L. 1435-5-1 du code de la santé publique</b> Contrat médecin/établissement public de santé	X	X
<b>L. 1435-5-2 du code de la santé publique</b> Contrat médecin/établissement de santé privé d'intérêt collectif	X	X
<b>L. 1435-5-3 du code de la santé publique</b> Contrat médecin/centre de santé	X	X
<b>L. 1435-5-4 du code de la santé publique</b> Contrat médecin/organisme de mutualité	X	X
<b>Arrêté du 22 décembre 2017 fixant le seuil d'affiliation au régime des prestations complémentaires de vieillesse des médecins libéraux prévu à l'article L. 645-1 du code de la sécurité sociale</b>	X	X
<b>Décret n°2018-213 du 28 mars 2018 relatif à l'inscription universitaire des personnes ayant validé la formation du résidanat et n'ayant pas soutenu leur thèse</b>	X	X

<sup>1</sup> A noter que l'arrêté du 13 novembre 2017 ne comporte aucune mention particulière concernant Saint-Pierre-et-Miquelon, la législation en matière de sécurité sociale, donc les aides conventionnelles définies dans la convention médicale, n'étant pas applicables à ce jour dans cette collectivité d'Outre-Mer régie par l'article 74 de la Constitution.

### ***Les zones de vigilance***

Au sein du *vivier*, les zones qui ne sont ni retenues au sein des zones d'intervention prioritaire ajoutées par l'ARS (zone B) ni au sein des zones d'action complémentaire constituent les « zones de vigilance ».

Les zones de vigilance ne sont pas éligibles aux aides visées dans le tableau ci-dessus (cf. II de l'annexe de l'arrêté du 13 novembre 2017). Ces zones peuvent toutefois faire l'objet de mesures d'accompagnement par les ARS non liées au critère de fragilité, via le Fonds d'intervention régional (FIR) ou d'autres mesures d'aide non conditionnées au caractère de fragilité d'une zone.

### ***Les zones dont l'indicateur APL est supérieur à 4 C/a/h***

Les zones dont l'APL se situe au-dessus de 4 C/a/h sont dites hors vivier et ne sont donc pas éligibles aux aides liées au critère de fragilité (cf. tableau ci-dessus).

L'ARS a toutefois la possibilité d'inclure une partie de ces zones au titre de l'adaptation régionale prévue au point IV de l'annexe de l'arrêté du 13 novembre 2017 (voir question « Les ARS bénéficient-elles d'une marge d'adaptation sur le hors-vivier? »)

Pour les zones qui ne bénéficieraient pas de l'adaptation régionale, l'ARS garde également la possibilité d'aider les médecins exerçant dans ces zones via le Fonds d'intervention régional (FIR) ou d'autres mesures d'aide non conditionnées au caractère de fragilité d'une zone.

**En définitive, les mesures d'aide fléchées sur les zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du CSP vont ainsi par principe sur les ZIP et les ZAC.**

- **Une zone où le niveau de vie de la population est élevé peut-elle être classée en ZIP ?**

Oui ce classement est possible. L'APL mesure l'offre médicale disponible sur un territoire pour répondre à un enjeu d'accès territorial à un praticien et la rendre la plus égalitaire possible. Il est donc possible que dans un TVS, où le niveau de vie de la population est élevé, la présence médicale soit qualifiée de faible au regard des besoins estimés de consultations de la population résidente de cette zone en fonction de son âge et donc que l'installation de médecins supplémentaires apparaisse pertinente.

Plus largement, comme évoqué précédemment à la question sur les indicateurs socio-économiques, les liens entre état de santé, niveau de l'offre et niveau de vie sont complexes. Le zonage médecins, de même que les aides à l'installation ou à l'exercice médical, visent à contribuer à une répartition plus égalitaire de l'offre de soins, et à faciliter la présence de médecins dans des zones où le niveau d'offre est estimé insuffisant.

Ainsi, il est possible qu'il existe des zones avec un faible niveau de vie mais mieux dotées en médecins que dans d'autres zones. L'amélioration de l'état de santé de la population dans ces zones à faible niveau de vie répond à un ensemble de déterminants complexes, comme la diminution du taux de non-recours, l'accès aux aides sociales, une démarche de prévention et d'éducation à la santé, le retour à l'emploi, etc. La sélection de ces zones demeure bien sûr possible dans le zonage, dans le respect des règles fixées dans l'arrêté dans la mesure où les ressources affectées à l'incitation à une meilleure répartition géographique sont contraintes.

A contrario, il est possible que des zones avec un niveau de vie élevé bénéficient d'une offre estimée insuffisante et soient donc considérées comme une zone fragile. L'installation d'un nouveau médecin



bénéficiera à la population de cette zone dont le niveau de vie est moins élevé que la moyenne, résidente ou travaillant sur place, de même qu'aux habitants de la zone dont le niveau de vie est élevé mais qui souhaiteraient accéder à une offre de soins de proximité.

- **Les ARS bénéficient-elles d'une marge d'adaptation sur le hors-vivier?**

Oui. Par dérogation aux principes régissant la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du CSP, l'arrêté du directeur général de l'ARS peut comporter une ou plusieurs zones dont l'indicateur APL est supérieur à 4 C/a/h. Conformément au point IV de l'annexe de l'arrêté du 13 novembre 2017, cette possibilité est ouverte dans la limite de 5% inférieure ou égale à la population du vivier régional.

Dans le cadre de cette marge d'adaptation, les zones ayant un APL supérieur à 4/C/a/h peuvent être qualifiées soit de :

- zones d'intervention prioritaire ajoutées par les ARS, sous réserve de respecter le taux plafond régional (colonne « Total zones A + B ») figurant au point V de l'annexe de l'arrêté du 13 novembre 2017 ;
- zones d'action complémentaire;
- zones de vigilance.

L'ajout de ces zones s'opère à plusieurs conditions :

- de ne pas dépasser la limite du vivier majoré au maximum de 5%
- de respecter la maille territoriale du territoire de vie-santé

Enfin, l'ARS doit motiver la sélection de ces zones au titre de l'adaptation régionale dans son arrêté régional, notamment par des données chiffrées (exemple : sélection de zones ayant un APL de 4,1).

- **Peut-on substituer une zone dans le vivier avec une zone en dehors du vivier ?**

Cette possibilité n'est pas prévue dans l'arrêté du 13 novembre 2017. La seule possibilité consiste à intégrer une zone hors vivier dans le vivier via le mécanisme d'adaptation régionale de 5% prévu dans l'arrêté. Ce mécanisme consiste en l'ajout de zones dans le vivier, ainsi élargi, sans substitution entre le vivier et le hors vivier. La qualification de la zone hors vivier intégrée dans le vivier doit ensuite respecter les règles de droit commun prévues dans l'arrêté (voir question « Les ARS bénéficient-elles d'une marge d'adaptation sur le hors-vivier ? »).

## La gestion des territoires de vie-santé situés sur deux régions

- **Comment comptabiliser la part de population ?**

Chaque agence régionale de santé prend en compte dans le calcul de son plafond de population régional la part de population de sa région présente dans le TVS.

Exemple : le territoire de vie-santé X (40 000 habitants) est à cheval sur les régions A et B. La région A prend en compte dans son plafond de population ses 30 000 habitants résidant dans le TVS X ; La région B prend en compte dans son plafond de population ses 10 000 habitants résidant dans le TVS X.

- **Comment qualifier le TVS au regard de son niveau d'APL ?**

***Lorsque l'APL du TVS est inférieur ou égal à 2,5 C/a/h :***

Le TVS est sélectionné automatiquement en zone d'intervention prioritaire (A – sélection nationale), en application des règles de l'arrêté du 13 novembre 2017. L'arrêté de chaque ARS en fait état.

***Lorsque l'APL de la zone est compris entre 2,5 et 4 C/a/h :***

Il est recommandé aux ARS de se concerter en vue de qualifier de façon commune ce TVS comme zone d'intervention prioritaire (B – sélection additionnelle), zone d'action complémentaire ou zone de vigilance.

Si les ARS concernées ne parvenaient pas à un consensus, le TVS est alors qualifié dans sa globalité par l'ARS qui abrite dans cette zone la part de population la plus importante.

L'arrêté de chaque ARS fait état de la qualification retenue.

***Lorsque l'APL de la zone est supérieur à 4 C/a/h :***

Les ARS se concertent également en vue de décider d'utiliser ou non l'adaptation régionale. Si les ARS concernées ne parvenaient pas à un consensus, l'ARS abritant la part de population la plus importante dans le TVS détermine la qualification retenue.

Comme indiqué dans le point précédent, pour le calcul des taux plafond régionaux, chaque ARS concernée prend en compte sa propre part de population présente dans le TVS. Chaque ARS doit donc déduire de sa marge d'adaptation de 5% la part de sa population qui réside dans le TVS. Elles doivent également respecter, chacune en ce qui la concerne, les conditions mentionnées au IV de l'annexe de l'arrêté du 13 novembre 2017.

## La gestion des fusions de communes situées sur des territoires de vie-santé distincts

- **En cas de fusion de communes qui ne sont pas pôles de territoire de vie santé ?**

Lorsque les communes qui fusionnent appartiennent à des territoires de vie-santé distincts, il est prévu que la commune nouvelle soit rattachée au territoire de vie-santé de la commune dont elle reprend le code commune (cf. point III de l'annexe de l'arrêté du 13 novembre 2017).

Exemple : la commune de Laville (code commune 50001) appartient au TVS A et fusionne avec la commune de Lemont (code commune 50040) qui appartient au TVS B. La commune fusionnée reprend le code commune 50001 ; elle est donc rattachée au TVS A.

- **En cas de fusion de communes qui sont des pôles de territoire de vie-santé ?**

Lorsque les communes qui fusionnent constituent les pôles des territoires de vie-santé auxquels elles appartiennent, il est considéré que les TVS concernés fusionnent également afin de n'en constituer qu'un seul et unique. Cette fusion permet de respecter le principe d'attractivité inhérent aux TVS.

## La publication des arrêtés régionaux

- **Quelles sont les concertations à mener avant publication des arrêtés régionaux ?**

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 de médecin 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 (ex : les internes, les jeunes médecins ou les médecins exerçant en centre de santé, etc).

## L'évolution du zonage

- **Une évolution des zones est-elle prévue ?**

Oui, le directeur général d'ARS doit faire évoluer son zonage au moins tous les 3 ans, via une révision de son arrêté.

Il peut également faire évoluer son zonage à un rythme plus fréquent, en tant que de besoin, notamment sur la base des données APL actualisées annuellement par la DREES.

- **Quelles sont les différentes modalités à connaître en vue d'une évolution du zonage?**

### ***La modification de l'arrêté du directeur général de l'ARS***

Conformément au point VI de l'annexe de l'arrêté du 13 novembre 2017 et dans l'attente d'une révision de l'arrêté du 13 novembre 2017 fixant la méthodologie pour le zonage médecin, l'arrêté régional peut être modifié en tant que de besoin, notamment sur la base des données APL mises à disposition par la DREES chaque année. Le zonage peut alors évoluer, sous réserve de respecter les conditions suivantes :

- *Les principes généraux :*
  - le taux plafond régional (total zones ZIP A + B) figurant dans le tableau relatif aux zones d'intervention prioritaire (point V de l'arrêté du 13 novembre 2017) doit être respecté, même si à l'intérieur de celui-ci le taux plafond régional des zones d'intervention prioritaire (zone A) ou celui des zones d'intervention prioritaire (zones B) évolue ; seule une évolution de l'arrêté national permettra de faire évoluer ce plafond régional.
  - une évolution de la taille du vivier est possible à la baisse comme à la hausse, pour refléter la prise en compte de toutes les zones dont l'APL est compris entre 2,5 et 4 C/a/hab. Par conséquent, toujours dans la limite du vivier, les zones d'action complémentaire et les zones de vigilance peuvent elles aussi évoluer à la hausse ou à la baisse.
- *Cas particulier des zones dont l'APL est inférieur ou égal à 2,5 C/a/h*

L'objectif porté par l'arrêté du 13 novembre 2017 est que toutes les zones dont l'APL est inférieur ou égal à 2,5 C/a/h soient classées comme zones d'intervention prioritaire en raison de leur fragilité. A l'avenir, passée la première mise en œuvre de l'arrêté national en région, si de nouvelles zones ont un APL inférieur à 2,5 C/a/h, la logique veut que ces zones soient également classées en ZIP, car elles ont les caractéristiques de la sélection nationale. Il est donc recommandé que l'ARS intègre ces zones en ZIP (via les ZIP B), toujours dans le respect du plafond régional des ZIP A+B tant que celui-ci n'est pas modifié.

Ainsi, les zones avec un APL inférieur à 2,5 C/a/h l'année N qui deviendrait supérieur à 2,5 C/a/h l'année N+1 sont substituables avec les zones désormais sous le seuil de 2,5 C/a/h l'année N+1.

Les zones avec un APL supérieur à 2,5 C/a/h l'année N et devenant inférieur à ce seuil l'année N+1 devraient être retenues par le directeur général d'ARS parmi les zones d'intervention prioritaire dans le respect de la part de population régionale prévue à la colonne « Total Zones A+B » indiquée au point V de l'annexe du 13 novembre 2017. Cette intégration peut impliquer de « sortir » une ou plusieurs zones avec un APL entre 2,5 et 4 C/a/h des ZIP B afin de ne pas dépasser ce seuil (A + B). Les

zones sortantes des ZIP se trouvent alors dans le vivier et peuvent être qualifiées de zones d'action complémentaire ou de zones de vigilance.

A noter qu'un risque contentieux existe si des zones avec un APL inférieur ou égal à 2,5 C/a/h ne sont pas retenues dans l'arrêté zonage du directeur général d'ARS.

- *Cas particulier des zones bénéficiant de l'adaptation régionale*

Lors de la modification de l'arrêté régional, le directeur général d'ARS peut faire évoluer les zones qui bénéficiaient de l'adaptation régionale, sous réserve de respecter les principes déjà évoqués à la question « Les ARS bénéficient-elles d'une marge d'adaptation » ? A noter que la marge d'adaptation se calcule par rapport à la population du vivier régional actualisé.

### ***La révision triennale de l'arrêté du directeur général de l'ARS***

Conformément à l'article R. 1434-43 du code de la santé publique, le directeur général d'ARS révisé son arrêté au plus tard tous les 3 ans, dans les conditions prévues à l'article R. 1434-42 du code de la santé publique.

Une évaluation de l'arrêté national de méthodologie devrait être réalisée à cette échéance de 3 ans afin de permettre le cas échéant une révision des seuils présents dans l'arrêté national.

Le principe d'une révision triennale de l'arrêté régional est de garantir un zonage reflétant la réalité de la situation des territoires et évoluant avec elle.

## La gestion des aides pendant la période transitoire

### • Des dispositions transitoires sont-elles prévues pour les contrats en cours ?

Le zonage régional, dont dépend l'attribution des aides mentionnées au point II de l'annexe de l'arrêté du 13 novembre 2017, entre en vigueur dès la publication de l'arrêté du directeur général d'ARS.

L'article 4 du décret n°2017-632 du 25 avril 2017 prévoit des mesures transitoires pour les contrats en cours sur les territoires retenus comme fragile par le précédent zonage régional.

Ces mesures transitoires visent à maintenir jusqu'à leur terme les droits acquis par les médecins avant publication du nouveau zonage. Autrement dit, les contrats en cours lors du changement du zonage régional vont jusqu'à leur terme (ex : contrat de PTMG), sauf dispositions spécifiques prévues dans la réglementation propre à chaque mesure (ex : voir question relative au contrat d'engagement de service public -CESP-).

### • Quel est le zonage applicable pour les jeunes médecins et chirurgiens-dentistes ayant bénéficié d'un contrat d'engagement de service public (CESP) pendant leur étude ?

#### **Texte de référence :**

- Articles L. 632-6 et L. 634-2 du code de l'éducation ;
- Décret n°2010-735 du 29 juin 2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales ;
- Décret n°2013-735 du 14 août 2013 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études odontologiques ;
- Décret n°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 ;
- Arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du CSP ;
- Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

Les contrats d'engagement de service public (CESP) pour les études médicales et odontologiques permettent aux étudiants de percevoir une allocation mensuelle pendant leurs études. Dans un souci d'assurer une meilleure répartition de ces professions sur le territoire et de garantir l'accès aux soins de tous, les signataires de CESP s'engagent à exercer leur activité à la fin de leurs études dans les zones sous-denses en offre de soins. Ces zones sont déterminées par arrêté du Directeur général de l'ARS conformément à la méthodologie définie par arrêté ministériel.

Concernant la profession de médecin, jusqu'à présent les signataires de CESP s'installaient à la fin de leur scolarité sur une zone relevant du zonage réservé aux médecins dit « zonage pluriprofessionnel » (cf. annexe I de l'arrêté ministériel 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), ou sur une zone relevant du zonage dit Pacte Territoire Santé -PTS- (méthodologie libre).

Concernant la profession de chirurgien-dentiste, selon le choix réalisé par les ARS avant la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (LMSS), les signataires de CESP en odontologie ont pu s'installer à la fin de leur scolarité sur une zone relevant :

- soit du zonage réservé aux chirurgiens-dentistes (cf. annexe VI de l'arrêté ministériel du 21 décembre 2011 modifié par arrêté du 28 mai 2013).
- soit du zonage réservé aux médecins, via le zonage PTS ou le zonage pluri-professionnel, en l'absence par exemple de zonage pour les chirurgiens-dentistes.

Toutefois, la réglementation prévoit désormais (depuis LMSS) un seul zonage par profession de santé issu d'une méthodologie renouvelée. L'arrêté ministériel du 13 novembre 2017 a défini une nouvelle méthodologie pour la détermination des zones relatives à la profession de médecin ; le précédent zonage médecin pluri-professionnel est donc abrogé, de même que le zonage dit « PTS ». Un arrêté ministériel suivra concernant la profession de chirurgien-dentiste.

La rénovation de la méthodologie pour ces deux professions peut entraîner une évolution de la qualification des zones par rapport au zonage applicable au moment de la signature par l'étudiant du CESP. Dans cette perspective, il est proposé ci-après un rappel des principes relatifs à la gestion des CESP ainsi que des mesures de souplesse en vue d'accompagner le changement de méthodologies :

### ***I. Les CESP en études médicales***

#### **Cas n°1 - principe général :**

A la fin de sa scolarité, le jeune diplômé s'installe sur le zonage en vigueur pour la profession de médecin défini désormais en application de l'arrêté du 13 novembre 2017. Une installation dans une zone non qualifiée comme sous-dense, sur laquelle aucun projet n'avait été porté à la connaissance de l'ARS depuis 3 ans au moins, entraîne le remboursement des aides perçues et le paiement d'une pénalité.

#### **Cas n°2 - le cas des médecins déjà installés :**

Les médecins déjà installés peuvent demeurer sur leur lieu d'exercice même si celui-ci est situé dans une zone qui n'est plus qualifiée de zone sous-dense, sans procéder au remboursement des aides perçues, ni paiement de pénalités.

#### **Cas n°3 - lorsqu'au cours de sa formation, un médecin a formalisé auprès de l'ARS un projet d'installation sur une zone anciennement qualifiée de zone sous-dense mais dont la qualification a changé du fait du nouveau zonage ARS, avant l'installation réelle du jeune diplômé :**

Conformément à l'article 5 du décret n°2010-735 du 29 juin 2010 modifié, le professionnel peut s'installer dans cette zone moyennant le remboursement des sommes perçues durant son contrat, sans paiement de pénalités financières. Dans un souci de souplesse, il est possible que ce remboursement soit étalé dans le temps. Il est toutefois rappelé que l'ARS peut, si les conditions sont remplies, faire usage de la marge d'adaptation prévue au point IV de l'annexe de l'arrêté du 13 novembre 2017 pour qualifier cette zone de zone sous-dense.

### ***II. Les CESP en odontologie***

#### **Cas n°1 - principe général :**

A la fin de sa scolarité, le jeune diplômé s'installe sur le zonage en vigueur pour la profession de chirurgien-dentiste, défini en application de l'annexe VI de l'arrêté ministériel du 21 décembre 2011 tant qu'une méthodologie pour les chirurgiens-dentistes n'est pas encore décidée. Lorsque ce zonage existe, une installation dans une zone autre que celles identifiées par l'arrêté du DG ARS pour les chirurgiens-dentistes conduit au remboursement des aides perçues et au paiement d'une pénalité, sauf en cas de projet d'installation depuis 2 ans dans une zone sous-dense pour cette profession qui perdrait sa qualification (voir ci-dessous).

**Cas n°2 - le cas des chirurgiens-dentistes déjà installés :**

Pour les chirurgiens-dentistes installés ayant bénéficié d'un CESP lors de leurs études, ils peuvent demeurer sur leur lieu d'exercice même si celui-ci est situé dans une zone qui n'est plus qualifiée comme sous-dense, sans remboursement des aides perçues, ni paiement de pénalités.

**Cas n°3 - en cas de projet d'installation dans une zone anciennement qualifiée comme sous-dense pour les chirurgiens-dentistes et qui perdrait cette qualification avant l'installation réelle du jeune diplômé :**

Conformément à l'article 8 du décret n°2013-735 du 14 août 2013, en cas de projet d'installation stable depuis 2 ans au moins, connu par les ARS, identifiant une zone sous-dense (au titre de l'ancien zonage chirurgiens-dentistes prévu à l'annexe VI de l'arrêté ministériel du 21 décembre 2011 modifié) qui ne serait plus qualifiée comme telle dans le nouveau zonage, le jeune diplômé peut s'installer dans cette zone moyennant le remboursement des sommes perçues au terme de son contrat, sans paiement de pénalités. Dans un souci de souplesse, il est possible que ce remboursement soit étalé dans le temps. Ses modalités sont à définir avec le Centre national de gestion, en charge du versement des allocations.

**Cas particulier pour les CESP odontologie - si les ARS ont fait le choix d'utiliser le zonage médecin, dit pluri-professionnel, pour l'installation des jeunes chirurgiens-dentistes en l'absence d'un zonage pour les chirurgiens-dentistes défini dans leur région :**

Dans l'attente de l'identification d'un zonage chirurgien-dentiste propre, il est proposé d'appliquer le même régime que pour les CESP de droit commun, l'objectif étant de ne pas pénaliser le chirurgien-dentiste du fait d'une carence de l'administration :

- ❖ En cas de projet d'installation stable depuis 2 ans au moins, connu par les ARS, identifiant une zone sous-dense au titre de l'ancien zonage médecin : à titre exceptionnel, le jeune diplômé peut s'installer dans cette zone moyennant le remboursement des sommes perçues au terme de son contrat, sans paiement de pénalités. Dans un souci de souplesse, il est possible que ce remboursement soit étalé dans le temps.
- ❖ en l'absence de projet depuis 2 ans, les jeunes chirurgiens-dentistes peuvent s'installer sur le nouveau zonage médecin dès lors qu'il s'agit d'une zone dite « sous-dense ». En revanche, une installation dans un ancien zonage médecin n'est pas autorisée (zonage abrogé) et donnerait lieu au remboursement des aides et au paiement de la pénalité.

Ces 2 situations admises de manière transitoire, permettent, une installation des CD sur le zonage défini pour les médecins. Dès publication par l'ARS d'un zonage pour la profession de chirurgien-dentiste, les jeunes diplômés devront s'installer sur le seul zonage en vigueur pour leur profession (cf. « cas n°1 - principe général » ci-dessus), ou sinon rembourser les aides reçues et le cas échéant payer les pénalités afférentes.

Si l'ARS dispose d'un zonage propre pour les chirurgiens-dentistes, il n'est pas possible que le CESP odontologie s'installe dans un autre zonage que celui de propre à sa profession.



## Le suivi et l'évaluation du nouveau zonage

### • Quelles sont les modalités de suivi par les ARS ?

L'article 3 de l'arrêté du 13 novembre 2017 portant la méthodologie de zonage pour les médecins 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](mailto:DGOS-R2@sante.gouv.fr)) l'arrêté du directeur général de l'ARS dès sa publication et à chaque modification de celui-ci ;
- 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](mailto:DGOS-R2@sante.gouv.fr)) la liste des territoires de vie-santé retenus et leur qualification comme zones d'intervention prioritaire (zones A – sélection nationale), zones d'intervention prioritaire (zones B), ou zones d'action complémentaire. Les ARS doivent également indiquer dans cette liste :
  - l'utilisation éventuelle de l'adaptation régionale ;
  - la qualification des quartiers prioritaires de la ville ;
  - les indicateurs complémentaires éventuellement retenus pour choisir les zones d'intervention prioritaire (zones B).

En vue de cette transmission, les ARS compléteront le fichier régional de remontée du zonage médecin élaboré par la DREES et transmis par la DGOS, dans lequel figurent des explications en vue de le compléter.

### • Les ARS doivent-elles réaliser un suivi des aides allouées aux médecins 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 médecins. 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.

### • Une évaluation du zonage est-elle prévue ?

Oui. Dans le cadre du plan d'accès territorial aux soins présenté le 13 octobre 2017 par la Ministre des solidarités et de la santé, Madame Agnès Buzyn, il est prévu une évaluation de l'impact du zonage et des mesures d'aides allouées pour l'installation et le maintien des médecins dans les zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du CSP. Une démarche d'évaluation est en cours de mise en place par la DREES.

A ce titre, les fichiers régionaux de remontée du zonage médecin, réalisés par la DREES et complétés par chaque ARS, permettront de calculer le nombre de territoires de vie-santé classés dans telles ou telles zones et ainsi d'établir une cartographie précise des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins en France.