

Révision de la définition des zones fragiles SROS

Note explicative

Cadre législatif et réglementaire

L'article L.1434-7 du code de la santé publique prévoit que les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé sont déterminées par l'Agence régionale de santé dans le schéma régional d'organisation des soins- volet ambulatoire (SROS ambulatoire), selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Cet arrêté, en date du **21 décembre 2011**, est venu définir les dispositions de mise en œuvre de ce zonage.

Il retient les principes structurants pour l'identification des zones fragiles de premier recours (ou « zonage pluri-professionnel ») et précise que la définition de ces zones tient compte des priorités d'action prévues dans le SROS en matière de répartition géographique.

Les zones sont constituées d'unités territoriales référencées par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) :

Au-delà des impératifs rappelés ci-dessus, les critères de détermination des zones dites fragiles sont laissés à la libre-appréciation de chaque ARS qui prend un arrêté de zonage.

Les zones comprennent une part de la population régionale vivant dans un bassin de vie dont la densité en médecins généralistes est inférieure de 30 % à la moyenne nationale.

L'arrêté de zonage du DG ARS, soumis comme prévu par l'article L.1434-3 du code de la santé publique, à concertation, précise le volet ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins ; il est intégré à ce schéma, conformément aux dispositions de l'article L.1434-7 du code de la santé publique.

Méthodologie de zonage

1. Part autorisée de la population pour l'identification des zones fragiles

Cette part, définie dans l'annexe 1 de l'arrêté du 21 décembre 2011, est de **14,2 %** (le taux global de la population nationale en zone fragile étant de 7,34%), calculés à partir de la population légale de **2 548 065 habitants** telle que définie par l'INSEE par arrêté du 31 décembre 2013.

2. Territoire de référence : bassin de vie

Le bassin de vie, conformément aux directives nationales, est un territoire défini par l'INSEE ; il intègre la notion d'accessibilité.

Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements de la vie courante et à l'emploi. Le découpage de la France "en bassins de vie" a été réalisé pour faciliter la compréhension de la structuration du territoire de la France métropolitaine et mieux qualifier l'espace à dominante rurale. Les services et équipements de la vie courante servant à définir les

bassins de vie comportent quatre catégories dont les équipements de santé et, notamment, le médecin et les professionnels de santé paramédicaux.

Dans le zonage arrêté en 2012 le bassin de vie 2004 de l'INSEE qui a été retenu comme territoire de référence. **Il est maintenu pour la présente révision dans la continuité du choix fait dans le PRS arrêté en 2012 pour la période 2012-2016 et en cohérence avec les zonages conventionnels dont les méthodologies sont arrêtées au niveau national.**

3. Méthodologie retenue

Pour prendre en compte les observations formulées dans les avis réglementaires donnés sur le zonage arrêté en 2012, l'ARS a retenu la méthodologie proposée conjointement par l'union régionale des professionnels de santé « médecins » et les services de l'Assurance maladie permettant d'approcher au plus près l'activité de premier recours des médecins installés.

Sur cette base, une concertation préalable à la saisine réglementaire a été organisée avec les acteurs de terrain, et plus particulièrement les collectivités territoriales, les représentants des médecins généralistes et l'assurance maladie dans chacun des six territoires de santé de la région afin de prendre en compte des éléments qualitatifs au-delà des seules données chiffrées,

Présentation de la méthodologie

Le but est d'identifier le plus précisément possible les médecins qui contribuent effectivement à la médecine de 1^{er} recours dans la région et pour ce faire, d'exclure du calcul de la densité médicale les médecins à exercice particulier (MEP) et les généralistes à faible activité. Les données utilisées sont issues des bases de l'assurance maladie et plus particulièrement de SNIIRAM et d'ERASME, permettant de segmenter l'activité des médecins selon les indicateurs suivants :

- Nombre total de patients
- Nombre de patients l'ayant déclaré comme médecin traitant (MTT)
- Activité totale sur la base de la liste des actes pris en compte figurant en annexe 1
- Activité généraliste (CONSULTATION COTEE C, CONSULTATION BILAN, CONSULTATION COTEE CS, VISITE COTEE V, VISITE D'URGENCE et VISITE COTEE VS)
- Prise en compte de l'âge des médecins (part des plus de 65 ans)
- Activité CCAM (classification commune des actes médicaux)

Définition des critères de sélection permettant d'identifier les MEP et les médecins à faible activité de généraliste

Les médecins présentant une des caractéristiques suivantes ne sont pas pris en compte dans le calcul de la densité médicale :

1. Nouveaux installés en 2013 avec plus de 10% de CCAM
2. Médecins de SOS médecins
3. Urgentistes
4. Médecins de la liste des allergologues, angiologues, échographistes, nutritionnistes, sous réserve que le nombre des déclarations de médecin traitant soit inférieur à 100.
5. Médecins n'ayant pas d'activité en 2013 (moins de 15% par rapport à la moyenne régionale) et moins de 100 déclarations de médecin traitant.
6. Médecins réalisant plus de 10% de CCAM et avec moins de 100 déclarations de médecin traitant

Parmi les médecins restant, sont pris en compte à hauteur d'un équivalent temps plein, ceux qui présentent les caractéristiques suivantes :

1. Les installés en 2013 avec une part d'actes CCAM inférieure à 10%
2. Les médecins avec une part de CCAM supérieure à 10% mais avec plus de 200 déclarations de médecin traitant
3. Les médecins ayant une activité supérieure à 60% par rapport à la moyenne régionale et plus de 100 déclarations MTT (La moyenne régionale est de 5 017 consultations par médecins sur l'année 2013 hors SOS médecins et les urgentistes).

Les autres sont pris en compte dans le calcul selon les modalités suivantes, sur la base des déclarations de médecin traitant :

- Nb de déclarations MTT $\leq 15\%$ de la moyenne régionale : **0 équivalent temps plein (ETP)**
- Nb de déclarations MTT $> 15\%$ et $\leq 30\%$ de la moyenne régionale : **0.25 ETP**
- Nb de déclarations MTT $> 30\%$ et $\leq 60\%$ de la moyenne régionale : **0.5 ETP**
- Nb de déclarations MTT $> 60\%$ et $\leq 80\%$ de la moyenne régionale : **0.75 ETP**
- Nb de déclarations MTT $\geq 80\%$ de la moyenne régionale : **1 ETP**

En résumé sur les 2095 médecins généralistes et à exercice particulier de la région enregistrés dans le fichier praticien de l'Assurance maladie au 31 décembre 2013, le nombre de médecins en équivalent temps plein assurant effectivement une activité de premier recours a été estimé à 1753,25 ETP qui, répartis par bassin de vie, ont été rapportés à la population totale pour calculer la densité médicale.

Résultats présentés par territoire de santé :

Répartition des communes par territoire de santé en fonction du zonage pluri-professionnel

Département	Zones Fragiles pluri-professionnels		Total	% de communes en Zone fragile
	Non	Oui		
18: Cher	186	104	290	35,9%
28 : Eure et Loir	318	84	402	20,9%
36 : Indre	162	85	247	34,4%
37 : Indre et Loire	266	11	277	4,0%
41 : Loir et Cher	246	45	291	15,5%
45 : Loiret	229	105	334	31,4%
Total Région	1 407	434	1 841	23,6%

Répartition des populations par territoire de santé en fonction du zonage pluri-professionnel

Département	Zones Fragiles pluri-professionnels		Total	% de population en Zone fragile
	Non	Oui		
18: Cher	238 770	72 487	311 257	23,3%
28 : Eure et Loir	366 694	62 239	428 933	14,5%
36 : Indre	175 404	55 772	231 176	24,1%
37 : Indre et Loire	583 663	6 852	590 515	1,2%
41 : Loir et Cher	281 555	48 524	330 079	14,7%
45 : Loiret	539 260	116 845	656 105	17,8%

Total Région	2 185 346	362 719	2 548 065	14,2%
---------------------	------------------	----------------	------------------	--------------

Annexe 1 :

Liste des actes pris en compte dans le calcul de l'activité des Médecins :

A retenir	Code prestation B2	Libellé code prestation
Oui	ACO	ACTE D'OBSTETRIQUE CCAM
Oui	ADA	ACTE D'ANESTHESIE CCAM
Oui	ADC	ACTE DE CHIRURGIE CCAM
Oui	ADE	ACTE D'ECHOGRAPHIE CCAM
Oui	ADI	ACTE D'IMAGERIE (hors ECHOGRAPHIE) CCAM
Oui	AMI	ACTES EN AMI
Oui	AMK	ACTES EN AMK
Oui	AMS	ACTES DE KINESITHERAPIE OSTEO-ARTICULAIRE
Oui	ATM	ACTES TECHNIQUES MEDICAUX (hors IMAGERIE) CCAM
Oui	C	CONSULTATION COTEE C
Oui	CA	CONSULTATION BILAN
Oui	CS	CONSULTATION COTEE CS
Oui	EXP	EXPERTISE
Oui	EXS	EXAMEN SPECIAL (PROTOCOLE)
Oui	FHV	FORFAIT IVG HONORAIRES DE VILLE
Oui	HN	ACTES NON NOMENCLATURE
Oui	K	ACTES DE SPECIALITE EN K
Oui	KA	ACTES EN K D URGENCE
Oui	KC	ACTES EN K CHIRURGICAL
Oui	KE	ACTES DE DIAGNOSTIC COTES KE
Oui	KTH	PRATIQUES MEDICALES COMPLEMENTAIRES COTEES EN K
Oui	V	VISITE COTEE V
Oui	VA	VISITE D URGENCE
Oui	VL	VISITE LONGUE ET COMPLEXE
Oui	VS	VISITE COTEE VS
Oui	VU	VISITE URGENCE VU/MU
Oui	Z	ACTES DE RADIOLOGIE
Oui	ZM/ADI	ACTE DE RADIOLOGIE MAMMOGRAPHIE