

Révision du zonage des sages-femmes libérales Note à l'attention de la CRSA

Le renforcement de l'offre de soins dans les territoires en tension constitue la première des quatre priorités affichées par la Ministre des Solidarités et de la Santé dans son plan, lancé le 13 octobre 2017, pour renforcer l'accès territorial aux soins.

Cet enjeu est également l'une des priorités identifiées dans le projet régional de santé (PRS) Bretagne (2018-2022), qui constitue la feuille de route de notre action collective au service de la santé des Bretons.

La révision des zonages, permettant d'identifier les territoires où les aides à l'installation pour les professionnels de santé doivent être mobilisées, représente la première étape de ce processus afin d'être au plus près de la réalité des territoires. Dans ce cadre, la révision d'un certain nombre de zonages est intervenue depuis 2018 (médecins, orthophonistes et masseurs-kinésithérapeutes). Pour les autres professions de santé, les révisions seront lancées dans les mois à venir, au premier rang desquelles la révision du zonage des sages-femmes libérales. L'avenant n° 4 à la convention nationale des sages-femmes, publié le 10 août 2018 au Journal Officiel, prévoit en effet une nouvelle méthodologie de définition du zonage, trois nouveaux contrats d'aide à l'installation et au maintien des sages-femmes (par substitution aux contrats actuellement en vigueur) s'appliquant sur les territoires déficitaires en offre de soins en sages-femmes (zones très sous-dotées et sous-dotées), ainsi que le maintien de la régulation à l'installation dans les zones sur-dotées. Cette réactualisation s'inscrit dans le cadre d'une méthodologie nationale, tout en laissant une marge de manœuvre au niveau régional pour tenir compte des spécificités des territoires.

Le nouveau zonage entre en vigueur par arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) (article **L. 1434-4 du code de santé publique**), après concertation avec l'Union régionale des professions de santé sages-femmes et avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (article **R 1434-42 du CSP**). Cet arrêté est désormais distinct de celui concernant le projet régional de santé.

Les impacts du zonage sages-femmes sur l'offre de soins et son organisation

Le zonage sages-femmes vient déterminer 5 types de zones, dont :

- Les zones « très sous-dotées » et « sous-dotées », qui sont éligibles aux aides financières allouées par l'Assurance Maladie aux sages-femmes libérales dans le cadre de leur installation ou de leur exercice sur un territoire déficitaire.
Ces aides sont définies dans le cadre de l'avenant n° 4 à la convention nationale des sages-femmes, signé le 29 mai 2018 et publié au Journal Officiel le 10 août 2018, qui prévoit notamment un dispositif d'incitation à l'installation et au maintien dans les zones « très sous-dotées » et « sous-dotées », via la création de 3 nouveaux contrats incitatifs (applicables à compter de la publication des contrats types régionaux et du nouveau zonage).

- Les zones sur-dotées, où un dispositif de régulation à l'installation est mis en place depuis 2012. A compter de la publication du nouveau zonage, l'installation d'une sage-femme conventionnée dans une zone sur-dotée sera donc conditionnée au départ d'une sage-femme conventionnée sur le secteur (sauf dérogations au principe de régulation du conventionnement en « zones sur dotées » prévues à l'article 3.3.3 de l'avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes).

L'objectif poursuivi est de permettre une meilleure répartition géographique de l'offre de soins en sages-femmes, et ainsi de lutter contre les inégalités d'accès aux soins et d'apporter une réponse adaptée aux besoins en soins de la population sur l'ensemble du territoire.

La méthodologie nationale

Les partenaires conventionnels ont mené des travaux afin de rénover la méthodologie de classification des zones pour lesquelles ils ont défini des mesures d'incitation et de régulation en vue d'une meilleure répartition géographique de l'offre de soins en sages-femmes libérales.

Elle détermine, d'une part, les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins en sages-femmes visées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique et, d'autre part, celles dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé, zones qui sont définies au 2° de ce même article.

Les zones identifiées sont classées en cinq niveaux de dotation : zones « très sous-dotées », zones « sous-dotées », zones « intermédiaires », zones « très dotées » et zones « sur-dotées ».

La nouvelle méthodologie ne reprend pas la classification de zone « sans sage-femme », qui existait dans le précédent zonage.

L'unité territoriale (la zone d'emploi dans le zonage 2012) évolue et la nouvelle unité retenue est celle :

- du bassin de vie (défini par l'INSEE, année 2012), correspondant au plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services de la vie courante,
- ou du pseudo-canton (dénommée canton-ou-ville) pour les unités urbaines de plus de 30 000 habitants (défini par l'INSEE, année 2017).

Un bassin de vie ou canton-ou-ville peut être situé sur plusieurs régions administratives. Dans ce cas, l'arrêté du 17 octobre 2019, relatif à 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, prévoit que l'ARS qui regroupe le plus de population féminine dans un bassin de vie/canton-ou-ville (BV/CV) situé sur plusieurs régions est en charge du classement du bassin de vie/canton-ou-ville dans son entièreté, qu'il soit contigu ou non-contigu. La population considérée du bassin de vie/canton-ou-ville est intégralement prise en compte dans la part de population de la région qui procède à ce classement.

La méthode considère ainsi ce BV/CV comme « affecté » à la région. Par conséquent, le classement de certaines communes bretonnes relève de BV/CV affectés à des régions voisines et dépend de leur choix de classification et réciproquement.

Ainsi, les cartographies présentées à la concertation prennent en compte des contours extrarégionaux.

La méthodologie employée s'appuie sur l'accessibilité potentielle localisée (APL). L'indicateur APL s'exprime en nombre d'équivalents temps plein (ETP) de sages-femmes accessibles pour 100 000 femmes, population standardisée sur l'âge.

L'APL prend en compte l'activité libérale de l'année 2017 des sages-femmes actives en décembre 2017. Le nombre de sages-femmes libérales en équivalent temps plein (ETP) est calculé en fonction des honoraires remboursables par professionnel de santé dans l'année. L'activité de chaque sage-femme est rapportée à la médiane d'activité de l'ensemble des sages-femmes.

Les sages-femmes installées dans l'année sont comptabilisées à 1 ETP. En revanche, sont exclues du calcul les sages-femmes à très faible activité ainsi que celles âgées de 65 ans et plus.

La population est standardisée (deuxième variable utilisée dans le calcul de l'APL) à partir du montant d'honoraires consommés pour le suivi gynécologique, le suivi de la grossesse et le suivi post-natal réalisé par les sages-femmes et les gynécologues, par tranche d'âge de 5 ans, et ceci afin de tenir compte de la structure par âge de la population féminine de chaque commune et d'une demande en soins différente selon l'âge.

Enfin, la dernière variable utilisée dans le calcul de l'APL est la distance entre deux communes permettant de définir le temps d'accès à une sage-femme pour les communes qui en sont dépourvues. La distance est calculée à partir du distancier Metric de l'INSEE.

Le nombre de sages-femmes (exprimé en ETP) est ensuite rapporté par BV/ CV à la population standardisée du territoire.

Les bassins de vie ou cantons-ou-villes sont ensuite classés à l'échelle nationale par ordre croissant de l'APL :

- Les premiers bassins de vie/cantons-ou-villes avec la densité pondérée et standardisée la plus faible et représentant 7,7 % de la population féminine française totale (France entière) sont classés en **zones très sous-dotées. Pour les BV/CV affectés à la région Bretagne, ces zones représentent 4,7 % de la population féminine.**
- Les bassins de vie/cantons-ou-villes suivants qui représentent 10,2 % de la population féminine française sont classés en **zones sous-dotées. Pour les BV/CV affectés à la région Bretagne, ces zones représentent 6,8 % de la population féminine.**
- Les bassins de vie/cantons-ou-villes suivants qui représentent 60,4 % de la population féminine française sont classés en **zones intermédiaires. Pour les BV/CV affectés à la région Bretagne, ces zones représentent 62,8 % de la population féminine.**
- Les bassins de vie/cantons-ou-villes suivants qui représentent 9,3 % de la population féminine française sont classés en **zones très dotées. Pour les BV/CV affectés à la région Bretagne, ces zones représentent 16,2 % de la population féminine.**
- Les bassins de vie/cantons-ou-villes suivants qui représentent 12,4% de la population féminine française sont classés en **zones sur-dotées. Pour les BV/CV affectés à la région Bretagne, ces zones représentent 9,5 % de la population féminine.**

Un cadre national associé à une marge de manœuvre régionale

Aucune marge de manœuvre régionale n'est possible pour les zones qualifiées de « très sous dotées ».

En revanche, si les caractéristiques d'une zone tenant par exemple à sa géographie ou à ses infrastructures de transports le justifient, **l'ARS peut, sous certaines conditions¹, modifier le classement de certaines zones sous-dotées, intermédiaires, très dotées et sur-dotées.**

¹ Un bassin de vie ou un pseudo-canton « très doté » peut être reclassé en zone « sur-dotée » s'il fait partie des zones couvrant les 17,5 % de la population féminine française pour lesquelles la densité en sages-femmes est la plus élevée. Ce reclassement doit engendrer un basculement de bassins de vie ou pseudo-cantons classés initialement en zone « sur-dotée », vers un classement en zone « très dotée ». Après modulation au niveau régional, la répartition au niveau national conserve ainsi une part de 12,5% de la population féminine française totale classée en zones « sur-dotées ».

Toutefois, le cadre national demande que la part de la population couverte par BV/CV qualifiée de sous dotée et de sur-dotée reste la même.

La modification des zones qualifiées de sous-dotées et de sur-dotées est soumise à la concertation de l'URPS sages-femmes libérales, de la CRSA et de la Commission Paritaire Régionale (CPR) des sages-femmes (qui régit les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les représentants syndicaux de la profession).

Résultats régionaux issus des travaux avec les représentants de la profession et les partenaires institutionnels

Compte tenu des enjeux liés à la réactualisation du zonage sages-femmes (aides à l'installation dans les zones déficitaires en sages-femmes et régulation à l'installation dans les zones sur-dotées), l'ARS Bretagne a souhaité mettre en place un groupe de travail régional (GTR) associant les représentants de la profession et les partenaires institutionnels² afin de partager les résultats de la méthodologie nationale, recueillir les observations et décider de l'opportunité d'utiliser la marge de manœuvre régionale pour procéder à certains reclassements.

Le GTR s'est réuni le 4 octobre 2019. Au cours des échanges, les représentants de la profession ont exprimé **un certain nombre d'observations concernant la méthodologie** élaborée par le national pour la définition du zonage :

- La non prise en compte de la répartition de l'activité de maïeutique entre sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues médicaux/ obstétriciens.
- La non prise en compte de l'activité réalisée par les sages-femmes exerçant en centre de santé. Cela pose problème en cas de recrutement d'une sage-femme dans un centre de santé situé en zone sur-dotée, car le zonage, s'il n'est pas opposable au recrutement de sages-femmes salariées par un centre de santé, l'est en cas de nouvelle installation en libéral (ne pose pas problème à ce stade en Bretagne).
- La non prise en compte de l'activité réalisée par les centres périnataux de proximité (CPP).
- La non prise en compte des besoins en soins de la population féminine. L'APL apprécie les besoins en soins à partir de la consommation de soins, ce qui n'est pas optimal. Sur le champ de la prévention, il faudrait 3 fois plus de sages-femmes.
- L'utilisation de données qui ne sont pas suffisamment actuelles (APL 2017), notamment concernant la densité de sages-femmes et donc également du niveau d'activité. Or, les évolutions peuvent être très rapides (nombreuses installations depuis 2017).

En conclusion de la réunion, les membres du GTR ont acté les principes suivants :

- Faire remonter les éléments d'appréciation sur la méthodologie nationale évoqués en séance vers le Ministère de la Santé et la CNAMTS.
- Ne pas reprogrammer un deuxième GTR et procéder rapidement à la publication du nouveau zonage, compte-tenu de l'obsolescence du zonage actuel.
- Faire connaître à l'ARS, au cours du mois d'octobre, leur souhait d'utiliser la marge de manœuvre régionale, dans les limites imposées par la méthodologie nationale, en proposant un reclassement

Un bassin de vie ou pseudo-canton « intermédiaire » peut être reclassé en zone « sous-dotée » s'il fait partie des zones couvrant les 22,9 % de la population féminine française pour lesquelles la densité en sages-femmes est la plus faible. Ce reclassement doit engendrer un basculement de bassins de vie ou pseudo-cantons classés initialement en zone « sous-dotée », vers un classement en zone « intermédiaire ». Après modulation au niveau régional, la répartition au niveau national conserve ainsi une part de 10,2% de la population féminine française totale classée en zones sous-dotées.

² Liste des membres composant le groupe de travail régional : URPS sage-femme, Conseils inter-régional et départementaux de l'Ordre des sages-femmes, écoles de sages-femmes de Brest et de Rennes, représentants des étudiants, commission paritaire régionale des sages-femmes, Conseil Régional (service formations sanitaires et sociales), Assurance Maladie et ARS.

des territoires concernés sur la base de critères objectifs, notamment à partir des données actualisées fournies en amont de la séance.

- Assurer un suivi annuel de l'évolution de l'offre en sages-femmes afin de juger de l'opportunité d'une adaptation du zonage.

Dans les suites du GTR, les membres ont réaffirmé à l'ARS au cours du mois d'octobre les points évoqués en séance et mis en évidence quelques territoires sur lesquels l'offre en sages-femmes libérales a progressé significativement depuis 2017. Toutefois, aucune proposition ni argument objectif n'ont pu être formulés quant à la permutation du classement de certains territoires ciblés par la méthodologie nationale comme échangeables.

Au regard des points d'amélioration identifiés sur la méthodologie nationale pour la définition de ce nouveau zonage, des travaux complémentaires, portant notamment sur l'analyse de l'activité des CPP et de l'offre actualisée de sages-femmes sur la région, seront réalisés au cours de l'année 2020 et feront l'objet d'un nouveau GTR afin de juger de l'opportunité de réviser le zonage.

Les résultats régionaux sont détaillés dans l'annexe1 de la présente note.

Modalités de concertation préalablement à la publication du nouveau zonage

Le zonage ne peut être arrêté par le directeur général de l'ARS qu'après concertation avec l'URPS des sages-femmes libérales et recueil de l'avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) (Article R. 1434-42 du CSP).

La CRSA se prononce dans un délai de 2 mois à compter de la date de réception de la demande d'avis. En l'absence d'avis émis au terme de ce délai, l'avis de la CRSA est réputé rendu.

En conséquence, sur la base du présent document, chaque membre de la CRSA est sollicité afin de se prononcer sur la proposition du Directeur Général de l'ARS Bretagne de définition du zonage sages-femmes (Cf. annexe 1), issue du groupe de travail régional et concertée avec l'URPS sages-femmes.

La fréquence de révision du zonage des sages-femmes

Le délai réglementaire de révision du zonage des sages-femmes est de trois ans minimum (article R.1434-43 du CSP).

Le zonage fera l'objet d'un suivi régulier et pourra être révisé avant ce délai, en cas d'évolutions importantes de l'offre sur le territoire.

Annexe 1 : Résultats du zonage des sages-femmes

Les résultats du ciblage régional concernant les bassins de vie affectés à la région Bretagne (certaines communes bretonnes non prises en compte, certaines communes de régions voisines intégrées)

Catégorie du BVCV	Nombre de (BVCV)	Part de population féminine régionale	Maximum de l'APL 2017 du BVCV	Nombre de zones d'échange pour les zones sous dotées	Nombre de zones d'échange pour les zones sur dotées
1-Zone très sous dotée	14	4,7%	7,1	0	0
2-Zone sous dotée	18	6,8%	9,7	18	0
3-Zone intermédiaire	101	62,8%	20,3	9	0
4-Zone très dotée	20	16,2%	23,4	0	12
5-Zone sur dotée	19	9,5%	34,7	0	19
Total Bretagne	172	100,0%	34,7	27	31

Les résultats du ciblage régional pour l'ensemble des communes bretonnes, fusionnées en 2019, sont les suivants :

Classification des zones	Nombre total de BV/CV	Total en % de zone	Population féminine	Part de la population couverte	Densité minimale	Densité maximale*
Très sous dotée	14	7,82 %	75 947	4,47 %	0,00	7,07
Sous dotée	18	10,06 %	114 683	6,74 %	7,18	9,72
Intermédiaire	108	60,34 %	1 073 530	63,12 %	10,02	9,96
Très dotée	20	11,17 %	275 864	16,22 %	20,33	23,41
Sur dotée	19	10,61 %	160 659	9,45 %	23,60	34,67
Total	179	100,00 %	1 700 684	100,00 %		

Densité maximale : Rapport entre le nombre de sages-femmes, exprimé en ETP, et la population résidente standardisée par âge