



**Arrêté du 1er octobre 2021 modifiant l'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**

NOR : SSAH2129881A

ELI : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2021/10/1/SSAH2129881A/jo/texte>

JORF n°0239 du 13 octobre 2021

Texte n° 54

**Version initiale**

Le ministre des solidarités et de la santé et le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment son article 158 ;

Vu le décret n° 2014-1750 du 30 décembre 2014 modifié fixant la liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville dans les départements métropolitains ;

Vu le décret n° 2014-1751 du 30 décembre 2014 modifié fixant la liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville dans les départements d'outre-mer, à Saint-Martin et en Polynésie française ;

Vu le 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 ;

Vu l'arrêté du 13 novembre 2017 modifié 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 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 14 septembre 2021 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole en date du 15 septembre 2021, Arrêtent :

**Article 1**

L'arrêté du 13 novembre 2017 susvisé est ainsi modifié :

1° L'article 2 est abrogé et les articles 3 à 5 deviennent respectivement les articles 2 à 4 ;

2° A l'article 2, tel qu'il résulte du 1°, les mots : « en application du II de la présente annexe » sont supprimés.

**Article 2**

L'annexe du même arrêté est remplacée par l'annexe figurant au présent arrêté.

**Article 3**

Le présent arrêté sera publié au Journal officiel de la République française.

**Annexe**

Article

ANNEXE

MÉTHODOLOGIE DE DÉTERMINATION DES ZONES CARACTÉRISÉES PAR UNE OFFRE DE SOINS INSUFFISANTE OU PAR DES DIFFICULTÉS DANS L'ACCÈS AUX SOINS POUR LA PROFESSION DE MÉDECIN

Conformément aux dispositions du I de l'article R. 1434-41 du code de la santé publique, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin.

Ces zones sont déterminées selon la méthodologie ici présentée.

I. - Qualification des zones et aides applicables

Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin, au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, sont divisées en deux catégories :

- les zones d'intervention prioritaire, constituées des territoires les plus en tension selon le classement des agences régionales de santé ;
- les zones d'action complémentaire, constituées des territoires en tension mais à un niveau moins important que les zones d'intervention prioritaire selon le classement des agences régionales de santé.

Ces zones sont éligibles aux aides prévues aux articles identifiés ci-dessous.

Qualificatif	Zones d'intervention prioritaire	Zones d'action complémentaire
Mesures applicables en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique	Zones éligibles aux aides conventionnelles, prises en application des articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, aux aides de l'article L. 162-5-19 et du b du 2° du I de l'article D. 162-30 du code de la sécurité sociale, aux aides prévues aux articles L. 632-6 du code de l'éducation, L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, 151 ter du code général des impôts, L. 1435-4-2, L. 1435-5-1 à L. 1435-5-4 du code de la santé publique, au dispositif prévu à l'article 2 de l'arrêté du 22 décembre 2017 modifié 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.	Zones éligibles aux aides du b du 2° du I de l'article D. 162-30 du code de la sécurité sociale et aux aides pré-citées du code de l'éducation, du code général des collectivités territoriales, du code de la santé publique et au dispositif prévu par l'arrêté précité.

Sous réserve de dispositions contraires, les mesures ou aides à destination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, autres que celles mentionnées dans le tableau ci-dessus, concernent les zones d'intervention prioritaire et les zones d'action complémentaire.

Les zones qui ne sont identifiées ni comme des zones d'intervention prioritaire ni comme des zones d'action complémentaire peuvent faire l'objet de mesures d'accompagnement.

## II. - Maille applicable

Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin parmi les territoires de vie-santé.

Le territoire de vie-santé est construit autour d'un pôle d'équipements et de services. Chaque commune appartient à un et à un seul territoire de vie-santé à l'exception des arrondissements de Paris, de Lyon et de Marseille qui constituent des territoires de vie-santé à part entière.

Un territoire de vie-santé peut être situé sur des régions ou départements différents.

Lorsqu'une commune nouvelle est créée à partir de communes implantées dans plusieurs territoires de vie-santé distincts, elle est rattachée au territoire de vie-santé de la commune dont elle reprend le code commune INSEE. Lorsque les communes qui fusionnent constituent les pôles des territoires de vie-santé auxquels elles appartiennent, les territoires de vie-santé concernés fusionnent également afin de n'en constituer qu'un seul et unique.

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut classer les quartiers prioritaires de la politique de la ville en zone d'intervention prioritaire ou en zone d'action complémentaire sans pour autant classer dans son intégralité les territoires de vie-santé auxquels ils appartiennent dans l'une de ces catégories. Cette désignation s'opère dans le respect des parts de population mentionnées au point IV.

A La Réunion, la sélection des zones peut s'effectuer sur l'ensemble du territoire au niveau des grands quartiers. Cette disposition s'applique dans le respect des parts de population régionale mentionnées au point IV ci-après.

## III. - Méthodologie

### 3.1. Classement des territoires de vie-santé par les agences régionales de santé

Les territoires de vie-santé sont pré-classés par ordre croissant de leur niveau d'accessibilité potentielle localisée (APL) au médecin généraliste. Les modalités de calcul de l'APL sont précisées au point 3.2 ci-après.

La détermination des zones d'intervention prioritaire et des zones d'action complémentaire est effectuée dans le respect des parts de population mentionnées au point IV ci-après.

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut déterminer les zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique et mentionnées au I de la présente annexe en respectant le classement par ordre croissant des territoires de vie-santé : les premiers territoires de vie-santé avec l'APL le plus faible sont classés en zones d'intervention prioritaire ; les territoires de vie-santé suivants, c'est-à-dire ceux avec un APL faible mais à un niveau moins important que les premiers territoires de vie-santé, sont classés en zones d'action complémentaire. Il peut toutefois faire le choix de retenir un classement différent de celui issu de l'APL si les caractéristiques du territoire le justifient, tenant notamment à la géographie ou à d'autres indicateurs complémentaires, par exemple la part de la population en affection de longue durée, la proportion de médecins exerçant en secteur 1, le taux d'hospitalisations potentiellement évitables.

### 3.2. Calcul de l'accessibilité potentielle localisée (APL) par territoire de vie-santé

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est calculé chaque année par la direction de la recherche, des études, de

l'évaluation et des statistiques (DREES) en considérant notamment :

- l'activité de chaque praticien, mesurée par le nombre de consultations ou visites effectuées dans l'année ;
- le temps d'accès au praticien ;
- la consommation de soins par classe d'âge, utilisée pour standardiser la population afin de tenir compte des besoins différenciés en soins selon l'âge.

L'indicateur APL prend également en compte l'offre et la demande issues des communes environnantes de manière décroissante avec le temps d'accès.

Pour tenir compte des éventuels départs à la retraite et de la réduction de l'offre de soins qui s'ensuivrait, le champ des professionnels de santé considéré est défini en appliquant une borne d'âge à partir de laquelle les médecins de plus de 65 ans ne sont plus comptabilisés dans l'offre de soins prise en compte dans le calcul de l'indicateur d'APL.

L'indicateur APL est exprimé en nombre de consultations accessibles par an par habitant standardisé (C./an/hab.).

L'indicateur d'APL est calculé au niveau des territoires de vie-santé.

Il correspond à la moyenne, pondérée par la population standardisée de chaque commune, des indicateurs d'APL des communes composant cette unité territoriale.

La méthodologie de la construction de l'indicateur d'APL est publiée sur le site internet de la DREES.

### 3.3. Gestion des territoires de vie-santé situés sur plusieurs régions administratives

Lorsqu'un territoire de vie-santé est situé sur plusieurs régions administratives, les agences régionales de santé concernées se concertent en vue de qualifier de façon commune le territoire de vie-santé. A défaut, les agences régionales de santé procèdent à la qualification des communes de leur région situées dans le territoire de vie-santé.

Chaque agence régionale de santé concernée prend en compte la population des communes de sa région dans le calcul de son plafond de population régional.

IV. - Part de la population régionale applicable pour la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins

Régions	Part de la population résidant dans les zones d'intervention prioritaire En %	Part de la population résidant dans les zones d'action complémentaire En %
Auvergne-Rhône-Alpes	20,3	51,7
Bourgogne-Franche-Comté	36,0	40,1
Bretagne	11,5	50,3
Centre-Val de Loire	58,8	34,0
Corse	23,7	68,6
Grand Est	20,7	45,2
Guadeloupe	52,0	43,9
Guyane	100,0	0,0
Hauts-de-France	15,1	41,9
Ile-de-France	62,4	33,9
La Réunion	9,7	6,4
Martinique	57,5	42,5
Mayotte	100,0	0,0
Normandie	37,0	42,3

<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	<b>16,8</b>	<b>45,8</b>
<b>Occitanie</b>	<b>14,3</b>	<b>44,0</b>
<b>Pays de la Loire</b>	<b>27,6</b>	<b>45,1</b>
<b>Provence-Alpes-Côte d'Azur</b>	<b>15,9</b>	<b>40,2</b>
<b>France entière</b>	<b>30,2</b>	<b>42</b>

V. - Evolution des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin

Les arrêtés des directeurs généraux des agences régionales de santé relatifs à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin peuvent être modifiés en tant que de besoin.

Les modifications s'opèrent dans le respect de la part de population en zone d'intervention prioritaire mentionnée au point IV.

Fait le 1er octobre 2021.

Le ministre des solidarités et de la santé,  
Pour le ministre et par délégation :  
La directrice générale de l'offre de soins,  
K. Julienne

Le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics,  
Pour le ministre et par délégation :  
Le directeur de la sécurité sociale,  
F. Von Lennep