

DIRECTION DE LA
STRATEGIE/
DIRECTION DE
L'OFFRE DE SOINS
(POLE OFFRE
AMBULATOIRE)

9 janvier 2025

METHODOLOGIE DE DETERMINATION DU ZONAGE POUR LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

PREAMBULE

Il appartient à l'ARS de définir par arrêté les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, ainsi que les zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé (article L. 1434-4 du code de la santé publique), notamment pour la profession de sage-femme.

L'avenant 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les sages-femmes libérales et l'Assurance Maladie, approuvé par arrêté du 23 août 2023, n'est pas venu apporter d'évolution à la méthodologie de détermination du zonage sage-femme. Il prévoit en revanche qu'un groupe de travail national sera mis en place afin de faire évoluer cette méthodologie, et notamment les indicateurs intégrés au calcul de l'APL, ainsi que les parts de population des zones soumises à régulation à l'installation (zones « sur-dotées ») et des zones déficitaires (zones « sous-dotées » et « très sous-dotées »).

La méthodologie de détermination du zonage se base donc sur l'arrêté du 17 octobre 2019 relatif à la méthodologie applicable à la profession de sage-femme pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, modifié par l'arrêté du 26 mars 2024 (publié au Journal Officiel de la République Française (JORF) du 29 mars 2024).

Le zonage a donc vocation à identifier :

- Les territoires les plus en tension sur l'accès à l'offre de soins en sage-femme, sur lesquels des aides, notamment conventionnelles, à l'installation et au maintien, pourront être allouées, sous certaines conditions, aux sages-femmes libérales ;
- Les territoires « sur-dotés », sur lesquels l'offre de soins en sages-femmes est particulièrement élevée, et sur lesquels une régulation à l'installation est appliquée.

A noter qu'en Normandie, on ne dénombre aucune zone « sur-dotée ».

L'arrêté de détermination du zonage sera pris après concertation avec :

- L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) sages-femmes libérales ;
- La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) ;
- La Commission Paritaire Régionale (CPR) sage-femme ;
- Les 7 Conseils Territoriaux de Santé (CTS) normands.

QUALIFICATION DES ZONES

Le zonage des sages-femmes libérales vient définir 5 catégories de zones, allant de la moins dotée à la plus dotée en offre de soins :

- les zones « très sous-dotées » ;
- les zones « sous-dotées » ;
- les zones « intermédiaires » ;
- les zones « très dotées » ;
- les zones « sur-dotées ».

Les zones « sur-dotées » sont déterminées selon la méthodologie définie dans la convention nationale organisant les rapports entre les sages-femmes libérales et l'assurance maladie.

L'ARS vient quant à elle déterminer les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante en sage-femme ou par des difficultés dans l'accès aux soins, selon une méthodologie définie par un arrêté ministériel (cf. méthodologie ci-dessous).

Ces zones correspondent aux zones « très sous-dotées » et « sous-dotées », pour lesquelles l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est le plus bas.

MAILLE GEOGRAPHIQUE UTILISEE

Le découpage des zones est défini à l'échelle du bassin de vie/pseudo-canton.

Le bassin de vie constitue le plus petit territoire INSEE sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services de la vie courante.

Toutefois, dans le cas où la commune pôle du bassin de vie fait partie d'une unité urbaine comptant plus de 30 000 habitants, celui-ci est découpé en unités plus petites, le canton-ou-ville, également appelé pseudo-canton. Le pseudo-canton est un regroupement d'une ou plusieurs communes entières.

Un bassin de vie ou un pseudo-canton peut être situé sur plusieurs régions administratives.

SOURCES DE DONNEES UTILISEES

▪ [Données territoriales](#)

Les données concernant le découpage en bassin de vie/ pseudo-canton sont produites par l'INSEE :

- bassins de vie 2022 ;
- pseudo-cantons au 01/01/2023 ;
- communes en vigueur au 1^{er} janvier 2023.

Les données concernant les distances entre communes et le temps de parcours sont issues du distancier METRIC de l'INSEE.

▪ [Données d'activité](#)

Les informations sur l'activité et les honoraires des sages-femmes libérales sont issues du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) de l'année 2022.

▪ [Données administratives](#)

Les données administratives par cabinet de sage-femme libérale sont issues du Fichier National des Professions de Santé (FNPS) de l'année 2022.

La population féminine résidente étudiée est issue des données de recensement INSEE de l'année 2020.

METHODOLOGIE

Cadre réglementaire :

- Avenant 4 à la convention nationale organisant les rapports entre les sages-femmes libérales et l'Assurance Maladie (publié au JORF le 10 août 2018).
- Arrêté du 17 octobre 2019 relatif à la méthodologie applicable à la profession de sage-femme pour la détermination des zones prévues au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique (Publié au JORF du 27 octobre 2019)
- Arrêté du 26 mars 2024 modifiant l'arrêté du 17 octobre 2019 relatif à la méthodologie applicable à la profession de sage-femme pour la détermination des zones prévues au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique (Publié au JORF du 29 mars 2024).

La méthodologie utilisée s'appuie sur l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) :

- Indicateur local de répartition des professionnels de santé. Calculé au niveau de la commune, il indique, pour une profession donnée, le volume de soins accessible pour les habitants de cette commune, compte tenu de l'offre disponible et de la demande au sein de la commune et dans les communes environnantes.
- L'indicateur d'APL du bassin de vie ou du pseudo-canton est la moyenne des indicateurs d'APL communaux, pondérés par la population standardisée par âge, des communes composant le bassin de vie ou le pseudo-canton.

L'indicateur d'APL s'exprime en nombre d'équivalents temps plein (ETP) accessibles pour 100 000 femmes standardisés (ETP/ 100 000 femmes).

N.B. L'activité d'échographie n'est pas incluse à l'indicateur

1. Descriptif des variables utilisées dans le calcul de l'indicateur d'APL

➤ Le nombre de sages-femmes en Equivalent Temps Plein (ETP)

Estimation à partir des honoraires remboursables en C, V, SF, CG, SP, ACO, ATM, ADC, TC, TCG, TFS, IVG.

La conversion d'honoraires en ETP est effectuée de la façon suivante :

- Si l'activité du professionnel est inférieure au cinquième centile (P05 = 6 261€), aucun ETP n'est comptabilisé.
- Sinon, les honoraires sont convertis en ETP en les rapportant à la médiane des honoraires (P50 = 50 947€). $ETP \text{ du professionnel} = [HSD \text{ en C, V, SF, CG, SP, ACO, ATM, ADC, TC, TCG, TFS, IVG}] / \text{médiane}$
- Si l'activité du professionnel est supérieure au 85^{ème} centile (P85 = 76 111€), seuls les honoraires correspondant à cette borne sont comptabilisés et rapportés à la médiane.

L'activité du professionnel estimée en ETP est répartie sur ses différents cabinets au prorata des honoraires remboursables comptabilisés pour chacun de ses cabinets.

La médiane et les bornes (P05 et P85) sont calculées par professionnel (et non par cabinet), sur le champ des sages-femmes actives au 31/12/2022, hors sage-femme de plus de 65 ans et hors sages-femmes s'étant installées pour la première fois en libéral dans l'année.

Cas particuliers :

- Primo-installations ayant eu lieu dans l'année : dès lors que les honoraires en C, V, SF, CG, SP, ACO, ATM, ADC, TC, TCG, TFS, IVG sont non nuls, on impute 1 ETP au professionnel, réparti le cas échéant sur ses différents cabinets (1/nb cab ETP)
- Cabinets en cessation d'activité en décembre 2022 de professionnels toujours actifs à cette date : l'activité du cabinet est reportée sur le(s) cabinet(s) du professionnel qui reste(nt) ouvert(s).

➤ La population résidente standardisée par l'âge par commune

Afin de tenir compte de la structure par âge de la population de chaque commune, et d'une demande en soins différente selon l'âge, la population résidente a été standardisée 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.

➤ Les distances entre les communes

La distance entre 2 communes a été mesurée en minutes.

L'accessibilité est considérée comme parfaite (coefficient = 1) entre 2 communes éloignées de moins de 10 min.

L'accessibilité est réduite à 2/3 pour 2 communes éloignées entre 10 et 20 minutes,

L'accessibilité est réduite à 1/3 pour 2 communes éloignées entre 20 et 30 minutes.

L'accessibilité est considérée comme nulle entre 2 communes éloignées de plus de 30 minutes.

2. Classement des bassins de vie/ pseudos-cantons

A l'échelle nationale, les bassins de vie/ pseudos-cantons sont classés par ordre croissant de leur niveau d'APL :

- Les premiers bassins de vie/ pseudos-cantons avec les niveaux d'APL les plus faibles, et représentant 7,3% de la population féminine totale, sont classés en zones « très sous-dotées » ;
- Les bassins de vie/ pseudos-cantons suivants, qui représentent 10,2% de la population féminine, sont classés en zones « sous-dotées » ;
- Les bassins de vie/ pseudos-cantons suivants, qui représentent 60,6% de la population féminine, sont classés en zones « intermédiaires » ;
- Les bassins de vie ou pseudo-cantons suivants, qui représentent 9,4% de la population féminine française, sont classés en zones « très-dotées » ;
- Enfin, les derniers bassins de vie ou pseudo-cantons avec l'APL le plus élevé, et représentant 12,5% de la population féminine française, sont classés en zones « sur-dotées »

3. Gestion des bassins de vie/ pseudos-cantons situés sur plusieurs régions administratives

Lorsqu'un bassin de vie/ pseudo-canton est situé sur plusieurs régions administratives, l'ARS qui regroupe le plus de population féminine est en charge du classement du bassin de vie/ pseudo-canton concerné dans son entièreté, qu'il soit contigu ou non contigu.

La population considérée du bassin de vie/ pseudo-canton est intégralement prise en compte dans la part de la population de la région qui procède à son classement.

ADAPTATION REGIONALE

Les zones « très sous-dotées » ne sont pas modulables.

En revanche, si les caractéristiques d'une zone, tenant par exemple à sa géographie ou à des infrastructures de transports, le justifient, l'ARS peut modifier le classement en zones sous-dotées et intermédiaires, selon les conditions suivantes :

- ✓ Un reclassement des bassins de vie/ pseudo-cantons en zone « sous-dotée » est possible uniquement pour les BV/CV classés en zone « intermédiaire » s'ils font partie, avec les zones « très sous-dotées » et « sous-dotées » des zones qui recouvrent les 22,9% de la population féminine française pour lesquelles l'indicateur APL est le plus bas.
- ✓ La part de la population régionale dans les zones « sous-dotées » devra rester stable : le reclassement de BV/CV en zone « sous-dotée » devra entraîner le basculement de BV/CV initialement classés comme « sous-dotés » vers un classement en zone « intermédiaire » pour une population de taille équivalente au niveau régional.

Cette modification ne pourra intervenir qu'après avoir mené la phase de concertation réglementaire prévue par le code de la santé publique et recueilli l'avis de la Commission Paritaire Régionale des sages-femmes.

PART DE LA POPULATION REGIONALE APPLICABLE POUR LA DETERMINATION DES ZONES CARACTERISEES PAR UNE OFFRE DE SOINS INSUFFISANTE OU PAR DES DIFFICULTES DANS L'ACCES AUX SOINS

CATEGORIE DE ZONE	PART DE LA POPULATION REGIONALE COUVERTE
Très sous-dotée	10,5 %
Sous-dotée	19,1 %
Intermediaire	67,5 %
Très dotée	2,9 %
Sur-dotée	0%
Total general des zones prevues au 1° et au 2° de l'article l. 1434-4 du code de la sante publique	100 %