

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

Version mise à jour au 23 mai 2024

METHODOLOGIE DE DETERMINATION DU ZONAGE POUR LA PROFESSION DE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE

PREAMBULE

L'avenant 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et l'Assurance Maladie, approuvé par arrêté du 21 août 2023, est venu apporter des adaptations à la méthodologie de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour cette profession.

Cette méthodologie a été précisée par un arrêté en date du 20 mars 2024, publié au Journal Officiel de la république Française (JORF) du 30 mars 2024.

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 masseur-kinésithérapeute.

Le nouveau zonage va donc permettre d'identifier :

- Les territoires les plus en tension sur l'accès à l'offre de soins en masso-kinésithérapie, sur lesquels des aides, notamment conventionnelles, à l'installation et au maintien, pourront être allouées, sous certaines conditions, aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux ;
- Les territoires « non prioritaires » (auparavant nommés zones « sur-dotées »), sur lesquels l'offre de soins en masso-kinésithérapie est particulièrement élevée, et sur lesquels une régulation à l'installation est appliquée.

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

- L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) masseurs-kinésithérapeutes libéraux ;
- La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) ;
- La Commission Paritaire Régionale (CPR) masseurs-kinésithérapeutes ;
- Les 7 Conseils Territoriaux de Santé (CTS) normands.

QUALIFICATION DES ZONES

Le zonage des masseurs-kinésithérapeutes libéraux vient définir 4 catégories de zones, allant de la moins dotée à la plus dotée en offre de soins en masso-kinésithérapie :

- les zones très sous-dotées ;
- les zones sous-dotées ;
- les zones intermédiaires ;
- les zones non prioritaires (anciennement nommées zones « sur-dotées »).

Les zones non prioritaires sont déterminées selon la méthodologie définie dans la convention nationale organisant les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et l'assurance maladie.

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

Ces zones correspondent aux :

1. Zones très sous-dotées, constituées des territoires les plus en tension, pour lesquels l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est le plus bas ;
2. Zones sous-dotées, constituées des territoires en tension, mais à un niveau moins important que les zones très sous-dotées.

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 l'unité urbaine pôle du bassin de vie compte 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.

SOURCES DE DONNEES UTILISEES

- [Données territoriales](#)

Les données concernant le découpage en bassin de vie/ pseudo-canton sont produites par l'INSEE (2022 – géographie 2023).

Les données concernant les distances entre communes et le temps de parcours sont issues du distancier METRIC de l'INSEE (2020 – géographie 2023).

- [Données d'activité](#)

Les informations sur l'activité et les honoraires des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, quel que soit le régime d'affiliation de leurs patients, 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 masseur-kinésithérapeute libéral sont issues du Fichier National des Professions de Santé (FNPS) de l'année 2022.

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

METHODOLOGIE

Cadre réglementaire :

- Arrêté du 20 mars 2024 modifiant l'arrêté du 24 septembre 2018 relatif à la méthodologie applicable à la profession de masseur-kinésithérapeute 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 30 mars 2024).
- Avenant 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et l'Assurance Maladie, approuvé par arrêté du 21 août 2023.

La méthodologie utilisée s'appuie sur l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL). L'indicateur d'APL s'exprime en nombre d'équivalents temps plein (ETP) accessibles pour 100 000 habitants standardisés (ETP/ 100 000 habitants).

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

L'indicateur d'APL est calculé en fonction :

- De l'offre et de la demande de soins dans les communes environnantes, de façon décroissante avec la distance ;
- Du niveau estimé d'activité des masseurs-kinésithérapeutes en exercice ;
- Des besoins d'actes de masso-kinésithérapie de la population, sur la base des consommations de soins moyennes observées par tranche d'âges.

L'indicateur d'APL est d'abord calculé pour chaque commune.

Il est ensuite agrégé au niveau du bassin de vie ou pseudo-canton, en faisant la moyenne des indicateurs d'APL des communes constituant chaque bassin de vie ou pseudo-canton, pondérée par la population standardisée de chaque commune.

- [Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes en Equivalent Temps Plein \(ETP\)](#)

Ce nombre est calculé en fonction du nombre d'actes réalisés par professionnel de santé dans l'année.

L'activité de chaque masseur-kinésithérapeute est rapportée à la médiane (à titre d'exemple 3783 actes par an pour le masseur-kinésithérapeute libéral médian en 2021) et ne peut excéder le 9^{ème} décile (à titre d'exemple 6 906 actes en 2021).

Seule l'activité libérale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux est prise en compte.

Les masseurs-kinésithérapeutes installés au cours de l'année sont comptabilisés pour 1 ETP.

Ne sont pas pris en compte :

- Les masseurs-kinésithérapeutes âgés de plus de 65 ans ;
- Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux avec une très faible activité (nombre d'actes correspondant à des honoraires annuels inférieurs à 10 000 €).

➤ 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 de masseurs-kinésithérapeutes croissante avec l'âge, la population résidente a été standardisée à partir des honoraires consommés de soins de masso-kinésithérapie 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 15 minutes,

L'accessibilité est réduite à 1/3 pour 2 communes éloignées entre 15 et 20 minutes.

L'accessibilité est considérée comme nulle Entre 2 communes éloignées de plus de 20 minutes.

2. Classement des bassins de vie/ pseudos-cantons

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 15% de la population totale sont classés en zones très sous-dotées ;
- Les bassins de vie/ pseudos-cantons avec les niveaux d'APL immédiatement supérieurs aux précédents et représentant 15% de la population sont classés en zones sous-dotées ;
- Les bassins de vie/ pseudos-cantons suivants, qui représentent 40% de la population, sont classés en zones intermédiaires.

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 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. Cette région est considérée comme la région d'attribution du bassin de vie/ pseudo-canton.

ADAPTATION REGIONALE

- Marge de manœuvre régionale pour les zones très sous-dotées

L'ARS peut ajouter aux zones définies nationalement comme très sous-dotées, des bassins de vie/ pseudos-cantons représentant au maximum 2,5% de sa population régionale.

Ces bassins de vie/ pseudos-cantons sont sélectionnés parmi ceux :

- définis nationalement comme zone sous-dotée ;
- et pour lesquels le niveau d'APL est le plus faible pour la région.

De même, l'ARS peut reclasser les bassins de vie/ pseudos-cantons définis nationalement comme zones très sous-dotées en zones sous-dotées, dans la limite de 2,5% de sa population régionale.

La part de la population en zone très sous-dotée doit être égale à la part définie nationalement pour la région, avec une marge d'adaptation maximale de 2,5% de sa population régionale, en plus ou en moins.

Si les caractéristiques sociales, économiques et géographiques d'une zone sous-dotée ou très sous-dotée tenant à sa géographie, ses infrastructures, ses caractéristiques socio-économiques et leurs évolutions (part des patients en ALD ou bénéficiaires de la C2S) le justifient, l'arrêté de l'ARS définissant le zonage peut modifier le classement de cette zone 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 masseurs-kinésithérapeutes.

- Marge de manœuvre régionale pour les zones « non prioritaires »

Le classement d'une zone « non prioritaire » ou d'une zone « intermédiaire » peut être modifié si les caractéristiques de la zone, tenant à sa géographie, ses infrastructures, à l'offre de soins présente sur la zone, à des indicateurs socio-économiques (part des patients en ALD ou bénéficiaires de la C2S) le justifient.

L'ARS peut ajouter aux zones définies nationalement comme « non prioritaires » des BV/PC représentant au maximum 2,5% de sa population régionale (en plus ou en moins) sélectionnés parmi les BV/PC définis nationalement comme « zone intermédiaire » et pour lesquels le niveau d'APL est le plus élevé.

L'ARS peut également reclasser les BV/PC définis nationalement comme « zone non prioritaire » en « zone intermédiaire », dans la limite de 2,5% de sa population régionale.

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	35 %
Sous-dotée	29,5 %
Intermediaire	27,6 %
Non prioritaire	7,9 %
Total general des zones prevues au 1° et au 2° de l'article I. 1434-4 du code de la sante publique	100 %