



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE **Enquête relative à l'organisation territoriale des soins de premier recours**

Exercices 2017 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 30 novembre 2022.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE.....	5
RECOMMANDATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	9
1 LA DÉGRADATION DE L'ACCÈS AUX SOINS DE PREMIER RECOURS, UNE TENDANCE GÉNÉRALE QUI N'EST PAS SANS NUANCE	13
1.1 Des densités médicales et paramédicales moyennes faibles, des différences territoriales réelles	14
1.1.1 La nécessaire prise en compte de l'évolution de la population dans l'appréciation de la démographie médicale.....	14
1.1.2 Des densités de dentistes et d'ophtalmologues variables selon les départements et la spécialité.....	18
1.1.3 Une densité faible malgré des évolutions comparées moins défavorables pour les effectifs paramédicaux à activité libérale.....	18
1.2 La dégradation de l'accessibilité aux soins malgré des améliorations localisées	20
1.2.1 La nécessité de prendre en compte la notion d'activité des professionnels dans la mesure par les collectivités territoriales de l'accès aux soins.....	20
1.2.2 Analyser le nombre de patients sans médecin traitant	22
1.3 La prise en compte des déterminants sociaux de la santé	23
2 LES ACTIONS VISANT À AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DE PREMIER RECOURS	25
2.1 Une demande de reconnaissance de l'ensemble du territoire régional en zone d'intervention prioritaire.....	26
2.1.1 Une extension du zonage.....	26
2.1.2 ... Sans toutefois satisfaire la région Centre-Val de Loire.....	27
2.2 Le pilotage du financement des structures d'exercice regroupé à améliorer.....	28
2.2.1 Quelques zones fragiles non couvertes par des structures d'exercice regroupé dont l'immobilier a été financé	28
2.2.2 L'absence de diagnostic préalable à la conclusion des CPER et d'un bilan cartographique actualisé.....	30
2.2.3 Certaines garanties dans l'instruction des dossiers de demandes de subvention sont à renforcer	30
2.2.3.1 La concrétisation des progrès visant à mieux attester de l'engagement des professionnels.....	31
2.2.3.2 La volonté de resserrer les types de porteurs de projet éligibles sans favoriser dans les faits le niveau intercommunal.....	31
2.2.3.3 Un contrôle des dépenses éligibles qui n'apparaît pas dans les pièces d'instruction des dossiers de demande de subvention	32

2.2.3.4	L'absence d'évaluation de l'aide financière éventuelle accordée aux professionnels de santé	32
2.2.3.5	L'abandon du critère géographique	34
2.2.3.6	Une attention portée à la modularité et à l'optimisation des locaux	35
2.2.4	Certains critères d'obtention d'un financement de l'immobilier à préciser	35
2.2.4.1	La prise en charge des soins non programmés, une valorisation sans effet pratique dans l'instruction des demandes de subvention	36
2.2.4.2	L'incertitude sur la nature du secrétariat commun	37
2.2.5	La vigilance à observer sur la destination des financements accordés	37
2.2.5.1	Développer la connaissance de l'exercice réel de la pluriprofessionnalité	37
2.2.5.2	Les réserves et garanties à prendre vis-à-vis des exercices coordonnés sans regroupement physique - le concept des « MSP hors les murs »	38
2.2.6	Le choix d'accepter le financement de structures ad hoc et de favoriser le développement des centres de santé	39
2.2.6.1	La possibilité d'un financement de structures avec des critères moins exigeants	39
2.2.6.2	Un encouragement de plus en plus marqué en direction des centres de santé	40
2.2.7	Pour les maisons de santé pluriprofessionnelles, des modalités financières assises sur le nombre de professionnels	41
2.2.8	Un suivi des effets à renforcer	42
2.2.8.1	Le constat d'un dispositif de suivi insuffisant	42
2.2.8.2	Les enseignements de l'évaluation conduite en 2018 et l'appréciation des services de l'ARS à l'occasion du zonage 2022	43
2.3	Un engagement en faveur du développement de la télémédecine bien qu'en deçà des attentes figurant au contrat État-région	44
2.3.1	Une surestimation des crédits par rapport aux projets concrétisés sur 2015-2020	44
2.3.2	Une insertion dans l'organisation territoriale des soins à vérifier	45
2.4	La recherche d'une attractivité non immobilière	46
2.4.1	L'accompagnement des démarches des acteurs locaux et des professionnels	46
2.4.1.1	Le soutien financier aux contrats locaux de santé	46
2.4.1.2	Le développement des communautés professionnelles territoriales de santé	46
2.4.2	Une stratégie de communication	47
2.5	La constitution d'un groupement d'intérêt public, un outil supplémentaire qui n'est pas sans risque pour la collectivité régionale	47
3	L'AUGMENTATION DE L'OFFRE DE SOINS PAR LA FORMATION DE DAVANTAGE DE PROFESSIONNELS	51
3.1	La formation des professionnels paramédicaux, une compétence obligatoire régionale	52
3.1.1	Une gouvernance partenariale de la formation professionnelle	53
3.1.2	Une implication de plus en plus conséquente en faveur des structures de formation	54
3.1.2.1	L'équilibre financier des écoles en fonctionnement	54
3.1.2.2	La forte croissance des dépenses d'investissement immobilier et la prise de maîtrise d'ouvrage	55

3.1.2.3 Le souhait de ne pas être qu'un financeur	56
3.1.2.4 La fixation des quotas d'entrée en formation paramédicales.....	56
3.2 Les actions en faveur de l'offre de formation médicale.....	58
3.2.1 Le soutien politique à la création d'une formation médicale à Orléans	58
3.2.2 L'aide financière à l'immobilier universitaire	59
3.2.3 L'aide aux conditions d'étude, centrée sur l'hébergement	60
ANNEXES.....	62
Annexe n° 1. Procédure.....	63
Annexe n° 2. Répartition des structures d'exercice regroupé	64
Annexe n° 3. Accessibilité potentielle localisée	66
Annexe n° 4. Couverture territoriale des structures d'exercice regroupés dont l'immobilier a été financé par la région	68
Annexe n° 5. Réponse	75

SYNTHÈSE

Face au constat d'une dégradation de l'accès aux soins, l'accumulation des dispositifs par la région vise à offrir tous les choix possibles aux professionnels de santé en devenir ou en exercice - une ressource humaine devenue de plus en plus rare, singulièrement en Centre-Val de Loire.

Un engagement État-région constant, mais le manque d'un bilan cartographié actualisé

Si l'engagement est constant et affirmé par le président du conseil régional, il s'appuie sur des compétences assignées aux collectivités limitées. Les enjeux financiers restent logiquement faibles au regard de son budget global.

Le principal outil que la région mobilise consiste en un financement partenarial de l'immobilier des structures d'exercice regroupé. Plus de 13 M€ ont été consacrés à la création de maisons et centres de santé depuis 2015 et la couverture territoriale paraît large.

Toutefois, la chambre regrette l'absence d'un diagnostic préalable aux contrats de plan État-région et d'un bilan cartographié des financements. Ce bilan cartographié devrait être actualisé au vu des structures toujours existantes depuis le vote des subventions, voire en distinguant celles ne réunissant plus le nombre minimal de professionnels ayant justifié le financement. La création annoncée d'un observatoire des maisons de santé peut être une opportunité, sous réserve de créer les conditions de réussite, notamment relatives à l'exploitation de données mises à jour.

Une approche territorialisée des priorités a toute sa pertinence, même si elle doit se conjuguer avec la pyramide des âges des professionnels. Les quelques évaluations tant nationales que locales des structures d'exercice regroupé suggèrent un effet d'atténuation localisée du phénomène de désertification médicale. Il n'en reste pas moins que l'indicateur d'accessibilité aux médecins généralistes utilisé par l'agence régionale de santé fait apparaître par exemple depuis 2015 une dégradation dans 90 % des communes d'Eure-et-Loir (70 % à l'échelle de la région).

L'amélioration de la gestion des demandes de subvention à poursuivre

Par ailleurs, un renforcement du pilotage de la gestion des demandes de subvention apparaît nécessaire. Des outils existent et des améliorations ont été initiées. Elles méritent d'être concrétisées et prolongées afin, par exemple, de permettre d'apprécier les loyers proposés aux professionnels de santé au regard des prix de marché et ainsi d'évaluer l'aide financière éventuelle qui leur est apportée. Certains termes des cahiers des charges mériteraient également d'être précisés, par exemple sur les modalités de prise en charge des soins non programmés en lien avec l'agence régionale de santé.

Des exigences administratives proportionnées à l'importance des projets peuvent se justifier.

L'orientation en faveur de la médecine salariée, un outil supplémentaire à maîtriser

Suivant un mouvement national et se fondant sur des évolutions sociétales, la région a souhaité être de plus en plus incitative en direction de la médecine salariée. Elle s'est engagée en 2020 dans la constitution d'un GIP chargé de créer et de gérer des centres de santé. La loi du 21 février 2022 dite « 3DS » a supprimé la possibilité pour une région d'avoir ce rôle en propre. Cette évolution législative entraîne une situation d'incertitude juridique, compte tenu de la place prépondérante de la région dans la gouvernance du GIP dont les actions actuelles sont exclusivement centrées sur la création de centres de santé, alors que son objet statutaire est plus large.

Le coût pour les finances régionales s'est avéré croissant depuis sa création et le risque financier repose quasi-exclusivement sur la collectivité.

L'attention à la formation des professionnels, une compétence de la région obligatoire restreinte aux professions paramédicales

Traiter le sujet de l'offre en amont, c'est-à-dire la formation des professionnels, est une question centrale afin de dépasser le simple effet d'atténuation que les structures d'exercice coordonné peuvent avoir sur les difficultés d'accès aux soins.

Le soutien financier aux formations paramédicales va croître avec l'augmentation souhaitée du nombre de places ouvertes. Le surcoût prévisible du passage de 1 200 à 1 625 places en première année de formation d'infirmiers serait de près de 9 M€ sur les trois années de formation, sur un montant total de 33 M€. Le budget d'investissement devrait pratiquement quadrupler, de 3 M€ annuels à 12/13 M€ jusqu'en 2027-2028.

Des outils de diagnostic et de pilotage ont été mis en place comme le recours aux enquêtes d'un observatoire. Quel que soit le nombre de places ouvertes, la poursuite de la formation puis le maintien dans les fonctions sont des sujets au moins aussi importants, comme le relève d'ailleurs la collectivité.

Un soutien politique marqué à l'augmentation du nombre de places en formation médicale et aux pratiques avancées des professionnels paramédicaux

L'intervention régionale, s'agissant de l'offre de formation médicale, compétence de l'État, consiste en un fort soutien politique et dans le financement de certains aspects immobiliers. Un plan annoncé par le Premier Ministre, vise à atteindre 500 médecins formés en région Centre-Val de Loire au lieu de 300 actuellement. A ce stade, aucun subventionnement nouveau de la collectivité régionale découlant de la décision de création d'une formation médicale à Orléans n'avait été acté à la date de rédaction du présent rapport. La région a prévu en revanche le financement de la réhabilitation de locaux de formation en kinésithérapie et en odontologie.

Afin d'augmenter le temps médical disponible, la région a exprimé à plusieurs reprises son soutien à la délégation de tâches aux infirmiers formés à des pratiques avancées.

À l'issue de son contrôle, la chambre a émis trois recommandations. Elle examinera leur mise en œuvre dans un délai d'une année, après présentation au conseil régional, conformément aux dispositions de l'article L. 243-9 du code des juridictions financières (CJF).

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : Obtenir systématiquement une estimation garantie par un tiers du prix de marché des locations ainsi que le contrat de bail avant versement intégral des subventions afin de créer les conditions de la transparence des aides publiques à des personnes privées (page 34).

Recommandation n° 2 : Mettre en place des conventions de financement intégrant un engagement de remontée d'informations à l'observatoire annoncé des maisons de santé, afin de créer les conditions de sa réussite (page 42).

Recommandation n° 3 : Présenter à l'assemblée délibérante un bilan annuel du coût complet des centres de santé, porté à la charge de la région du fait du groupement d'intérêt public (page 50).

INTRODUCTION

Le contrôle des comptes et de la gestion de la région Centre-Val de Loire a été réalisé dans le cadre fixé par les dispositions de l'article L. 211-3 du code des juridictions financières (CJF)¹. L'objet du contrôle a été circonscrit aux travaux effectués dans le cadre de l'enquête commune des juridictions financières relative à l'organisation territoriale des soins de premier recours.

Les différentes étapes de la procédure définies au CJF sont présentées en annexe n° 1.

* * *

L'objet de l'enquête renvoie à la manière dont l'offre de soins est délivrée sur le territoire. Deux natures d'enjeux doivent cependant être distinguées :

- l'enjeu quantitatif est au cœur des réflexions et des besoins des populations. Un accès satisfaisant dépend du temps professionnel disponible, médical ou non. La formation et la répartition sur le territoire constituent à l'évidence des leviers sur lesquels la compétence régionale est variable. Mise à part le cas particulier des formations des professionnels paramédicaux, les actions relèvent de compétences facultatives voire d'un soutien politique ;
- l'enjeu qualitatif voire innovant, que ce soit du point de vue des professionnels ou des patients, résulte de l'organisation et n'est pas sans lien avec l'aspect quantitatif. L'intervention de la région et des collectivités en général vise alors à créer des conditions propices, notamment immobilières, que ce soit en prenant la maîtrise d'ouvrage ou en subventionnant.

À quelques exceptions près, la santé n'est pas une compétence décentralisée. L'assurance maladie est un acteur majeur de l'organisation des soins de premier recours du fait notamment des conventions conclues avec les professionnels de santé à l'échelon national. La liberté d'installation des médecins libéraux et les contraintes pesant sur le système hospitalier - en particulier les services d'urgence - restent deux éléments structurants avec lesquels les services de l'État doivent composer, notamment pour assurer la permanence des soins programmés ou non.

Force est de constater que la désertification médicale et la dégradation de l'accès aux soins qui en découle ont amené la région Centre-Val de Loire comme de très nombreuses

¹ Extrait de l'article L. 211-3 du CJF : « L'examen de la gestion porte sur la régularité des actes de gestion, sur l'économie des moyens mis en œuvre et sur l'évaluation des résultats atteints par rapport aux objectifs fixés par l'assemblée délibérante ou par l'organe délibérant. L'opportunité de ces objectifs ne peut faire l'objet d'observations ».

collectivités à créer des outils et dispositifs, complémentaires voire potentiellement concurrents.

Les trois catégories de compétences de la région en matière de santé

1) Selon l'article L. 1424-1 du code de la santé publique (CSP), le conseil régional peut définir des objectifs particuliers à la région en matière de santé. Il élabore et met en œuvre les actions régionales correspondantes. Il informe le représentant de l'État dans la région et le directeur général de l'agence régionale de santé sur le contenu de ces actions et les moyens qu'il y consacre. La région ne peut néanmoins agir que dans le cadre des attributions reconnues par l'article L. 4221-1 du code général des collectivités territoriales (CGCT). Or, ce dernier prévoit qu'il a compétence « pour promouvoir le développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique de la région ». Selon la doctrine, « la promotion du développement sanitaire de la région se traduit pour l'essentiel par des actions d'information et de prévention »².

2) Le deuxième champ de compétences porte sur la lutte contre les disparités territoriales. Un conseil régional peut intervenir de deux manières. D'une part, celui-ci peut attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones sous-denses en matière d'offre de soins (premier alinéa du I de l'article L. 1511-8 du CGCT). Ces aides précisées aux l'article R. 1511-44 du CGCT et à destination directe des professionnels de santé consistent dans :

la prise en charge, en tout ou en partie, des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins ;

- la mise à disposition de locaux destinés à cette activité ;
- la mise à disposition d'un logement ;
- le versement d'une prime d'installation ;
- le versement, aux professionnels exerçant à titre libéral, d'une prime d'exercice forfaitaire.

D'autre part, le conseil régional peut attribuer hors de tout zonage des aides visant à financer des structures participant à la permanence des soins, « notamment des maisons médicales » (cf. troisième alinéa du I de l'article L. 1511-8 du CGCT). S'y ajoutent des possibilités d'indemnités d'études, de logement et de déplacement aux étudiants.

Dans les faits, la région Centre-Val de Loire accorde des subventions d'équipement pour la mise à disposition de locaux (**2,1 M€ par an sur 2015-2020**) et d'équipement de télémédecine (**0,13 M€ par an**). Par ailleurs, elle verse des subventions de fonctionnement au profit du GIP Pro Santé en charge du recrutement de médecins salariés (**0,9 M€ en 2022**), ces aides pouvant être amenées à croître dans le futur avec le développement de cette structure créée en 2020. Enfin, elle accompagne la couverture du territoire par des contrats locaux de santé (CLS) et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) soit **0,26 M€ par an**, lesquels contribuent à une meilleure coordination des différents acteurs de la santé – une thématique récurrente étant l'accès aux soins.

2) Le troisième champ concerne la formation. En effet, la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a transféré une compétence obligatoire aux régions dans le domaine des formations sanitaires et sociales, notamment paramédicales. Ces

² Cf. article de M. Olivier Renaudie « collectivités territoriales et compétences en santé publique : sortir de l'ambiguïté » dans la Revue française d'administration publique n° 2020/4 (n° 176).

dispositions figurent aux articles L. 4383-2 et suivants du code de la santé publique (CSP). La région Centre-Val de Loire a par exemple la charge du fonctionnement et de l'équipement des écoles et instituts formant infirmiers, kinésithérapeutes et sages-femmes (**de l'ordre de 10 M€ annuels** d'après les estimations du coût moyen par élève transmises par la collectivité). Elle se prononce sur le nombre de places ouvertes. Quand bien même la compétence en matière d'investissement au bénéfice des formations paramédicales n'a jamais été clairement attribuée aux régions, la collectivité apporte son appui financier. Si jusqu'à présent, le rythme annuel de l'aide régionale était de l'ordre de 3 M€, il devrait atteindre **12 à 13 M€ jusqu'en 2027-2028** en raison des aménagements nécessaires pour accueillir le surcroît d'élèves envisagé par la collectivité.

Pour l'enseignement supérieur, les contributions prennent, pour l'essentiel, la forme de subventions d'équipements immobiliers. Ainsi, la région va consacrer respectivement **3 M€ et 3,5 M€** à la création d'un pôle « rééducation » pour l'école universitaire de kinésithérapie d'Orléans et pour la création de la faculté d'odontologie à Tours. De plus et afin de permettre l'accueil et la formation des étudiants en odontologie des universités de Clermont-Ferrand et de Nantes lors de leur stage de six mois, la région a contribué à l'ouverture de fauteuils dentaires pour une somme de **0,5 M€**. Par ailleurs, des subventions de fonctionnement d'environ **0,5 M€** sont prévues également pour la formation de cinq assistants territoriaux universitaires, avec un objectif de 20 assistants à terme. Des aides, plus ponctuelles, peuvent être également consenties, pour améliorer les conditions d'étude (récents appels à projet pour des résidences).

Enfin, pour mémoire, il convient de noter que la loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale (dite « 3DS ») a créé l'article L. 1424-2 du CSP. Ce dernier prévoit que la région peut participer au financement du programme d'investissement des établissements de santé publics respectant les objectifs du schéma régional de santé.

En dépit des montants significatifs répertoriés ci-dessus, il convient de rappeler que la santé et plus particulièrement l'organisation des soins de premier recours, ne font pas partie des principales compétences de la région. Les dépenses de fonctionnement et d'investissement de la collectivité, toutes compétences confondues, ont été de **931 M€ et de 435 M€³ en 2020**.

La définition légale des soins de premier recours figure à l'article L. 1411-11 du code de la santé publique mais l'objet décrit n'est pas strictement délimité, pas davantage que les professionnels qui les délivrent.

³ Il s'agit des dépenses réelles et mixtes inscrites au compte administratif 2020.

Soins de premier recours : définitions

Les soins de premier recours, parfois dénommés soins primaires ou soins de proximité, représentent le premier niveau d'accès au système de santé. En application de l'article L. 1411-11 du code de la santé publique (CSP), ils comprennent ;

« 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

« 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

« 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 4° L'éducation pour la santé ».

Ils peuvent être délivrés par des professionnels de santé de proximité (l'équipe de soins primaires), par des structures en exercice regroupé, parfois en lien avec des établissements ou des services de santé, sociaux et médico-sociaux, ou par des acteurs de santé réunis au sein de « coopérations organisées », telles que les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

L'accès aux soins de premier recours et la prise en charge continue des malades « sont organisés par l'agence régionale de santé » conformément au schéma régional de santé. Si le médecin généraliste constitue le pivot de l'équipe de soins primaires, le périmètre des autres professionnels de santé participant à l'organisation des soins de premier recours est discuté. Une première définition consiste à en limiter les contours aux professionnels accessibles par le patient sans adressage préalable du médecin traitant (ophtalmologue, gynécologue, dentiste pédiatre ou sages-femmes). Il existe cependant des professionnels de santé de proximité dont les soins nécessitent une prescription du médecin traitant et dont l'intervention relève des soins primaires (infirmiers, kinésithérapeutes, etc.).

Les soins de premier recours sont en principe distincts des soins de premier secours pour lesquels les services hospitaliers d'urgence sont dédiés. Ces services ne font pas partie du périmètre de la présente enquête mais il est acquis que les difficultés d'accès aux soins de premier recours en ville concourent à un engorgement des urgences hospitalières.

En sus du volet santé des contrats plans État-Région (CPER), le conseil régional a exposé sa politique en matière de santé au sein de plusieurs documents dont le rythme régulier témoigne d'un enjeu majeur. Un pacte régional pour répondre aux enjeux de santé publique a été adopté en février et mai 2022.

Afin de lutter contre la désertification médicale, la région intervenait classiquement via des subventions jusqu'en 2020. Par délibération en date du 10 avril de cette même année, elle a complété son intervention en créant un groupement d'intérêt public (GIP) chargé de gérer des centres de santé et recrutant pour ce faire des professionnels de santé salariés. Un contrôle spécifique de cette structure a été conduit par la chambre dans le cadre d'une procédure distincte.

Au sein des services de la région, la compétence relative à la santé est éclatée au principal au sein de trois directions. La région a souhaité recruter récemment un directeur de mission « santé ». Cette personne devra assurer la coordination générale, sans équipe propre. Sans aller jusqu'à la constitution d'une direction santé rassemblant les moyens disséminés, cette organisation traduit une volonté d'instituer un pilotage et un interlocuteur unifiés sur une politique que les élus considèrent comme majeure pour la collectivité régionale. Pour autant le

positionnement intermédiaire dans l'organigramme et l'existence d'une autre structure indépendante – le GIP est obligatoirement doté d'une direction – va rendre la tâche délicate. Les dispositifs sont certes bien distincts et sont annoncés comme complémentaires mais cette organisation complexe reflète une compétence reconstituée en faveur de l'accès aux soins.

Après une présentation de l'état de la situation de l'accès aux soins de premier recours en Centre Val-de-Loire (partie I), le présent rapport abordera successivement les outils de lutte contre la désertification médicale et paramédicale (partie II) puis les actions visant à accroître et à améliorer l'offre de formation (partie III).

1 LA DÉGRADATION DE L'ACCÈS AUX SOINS DE PREMIER RECOURS, UNE TENDANCE GÉNÉRALE QUI N'EST PAS SANS NUANCE

Afin de justifier la multiplication des outils destinés à soutenir l'organisation des soins de premier recours, les délibérations successives de la région mettent en avant la situation dégradée du territoire. La chambre n'a pu traiter le sujet sans en prendre la mesure au regard des constats posés par la collectivité et des éléments à sa disposition par ailleurs.

S'agissant des constats posés par la collectivité, il apparaît pertinent de s'attacher au dernier document produit, à savoir le pacte régional pour répondre aux enjeux de santé publique en Centre-Val de Loire de février 2022. Ce pacte mobilise les données du conseil national de l'Ordre des médecins et de cartosante.atlas.fr, auxquelles s'ajoute une représentation du nombre de patient sans médecin traitant selon les données des caisses d'assurance maladie.

Présentation de C@rtoSanté

C@rtoSanté est un outil de représentation cartographique et statistique de données spécifiques aux problématiques d'offre et de demande de soins de premier recours, disponible en ligne. C@rtoSanté regroupe aujourd'hui des informations liées à six professions libérales : médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, orthophonistes, sages-femmes.

Pour chacune de ces professions, les indicateurs s'articulent autour de quatre thématiques : la consommation de soins, l'offre de soins, l'activité des professionnels de santé et l'accès aux soins. Ces informations permettent :

- d'obtenir une vision globale de l'offre de soins et des besoins de santé d'une zone géographique en accédant à des données d'activité, de consommation et de démographie ;
- de réaliser des études de marché, pour les professionnels de santé, en vue de leur installation.

Dans l'ensemble des développements qui suivent, il apparaît que l'Indre-et-Loire ne présente pas les mêmes caractéristiques que les autres départements de la région. Les

différences très significatives placent ce département au-dessus des moyennes. La présence d'un centre hospitalier universitaire – le seul à l'échelle régionale à la date du présent rapport – favorise l'installation et le maintien de professionnels. Cette explication est sans doute déterminante mais n'exclut pas l'incidence d'autres facteurs d'attractivité ou au contraire, s'agissant d'autres territoires, de déficit d'attractivité.

1.1 Des densités médicales et paramédicales moyennes faibles, des différences territoriales réelles

Dans son rapport de février 2022, le président du conseil régional observe que la densité de médecins inscrits au conseil de l'Ordre (349,6 pour 100 000 habitants) est la plus faible de toutes les régions métropolitaines (moyenne nationale à 453,3). À l'échelle de chaque département, la densité est systématiquement inférieure à la moyenne nationale, hormis pour l'Indre-et-Loire.

Tableau n° 1 : Densité des médecins pour 100 000 habitants (au 1^{er} janvier 2021)

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région	France
<i>Densité</i>	293,6	270,1	270,8	514	324,9	316,2	349,6	453,3

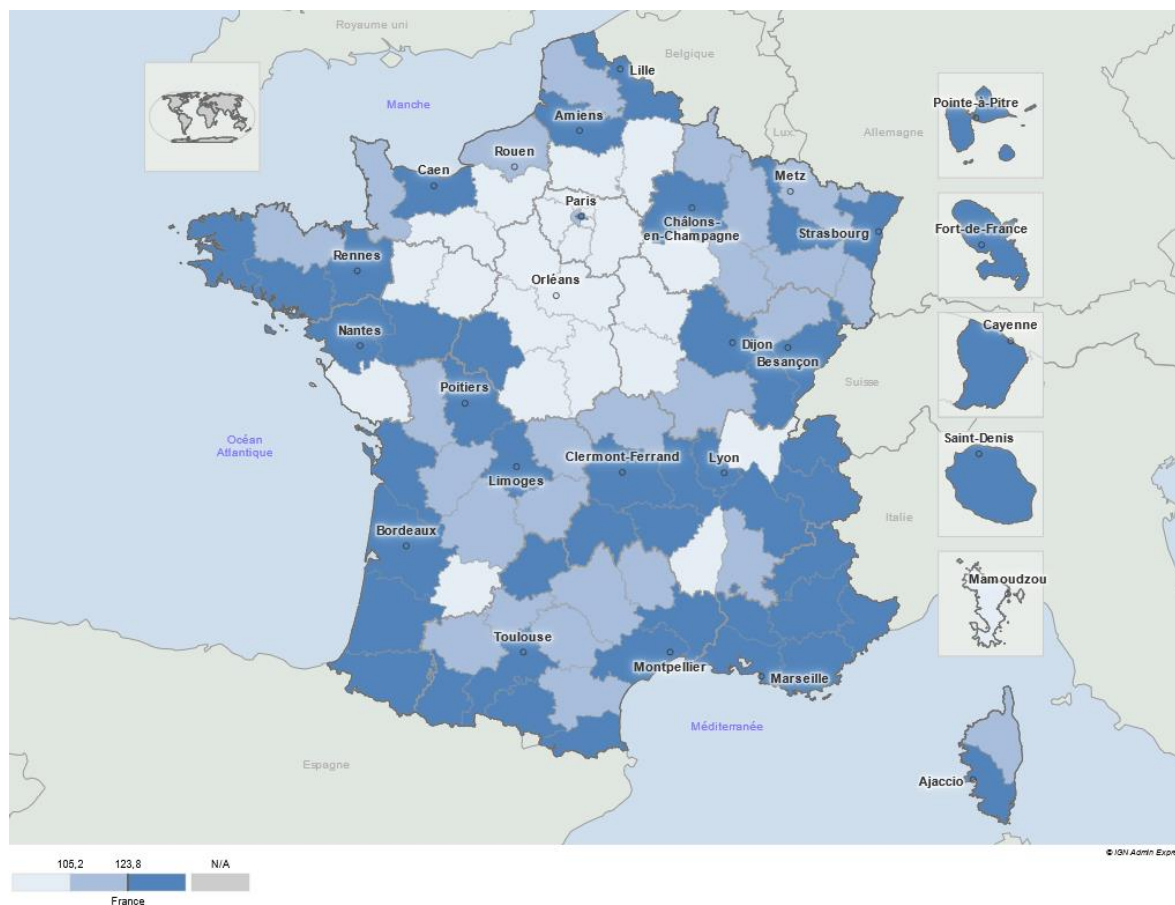
Source : région CVDL d'après le conseil national de l'Ordre des médecins

1.1.1 La nécessaire prise en compte de l'évolution de la population dans l'appréciation de la démographie médicale

En restreignant l'analyse à l'ensemble des médecins généralistes ayant une activité⁴, la densité s'établit à 123,8 pour 100 000 habitants en moyenne nationale contre 97,9 en Centre-Val de Loire, soit le niveau là-aussi le plus faible de France métropolitaine. À nouveau, l'Indre-et-Loire est le seul département se situant au-dessus de la moyenne.

⁴ Tous les médecins inscrits au conseil de l'Ordre n'ont pas nécessairement une activité.

Carte n° 1 : Densité médicale des généralistes (activité régulière) pour 100 000 habitants (2021)



Source : région CVDL d'après le conseil national de l'Ordre des médecins

La baisse des effectifs, certes générale, est la plus accentuée dans l'Indre et en Eure-et-Loir. Son ampleur est deux à trois fois supérieure à la baisse nationale. Les données du tableau n° 2 correspondent à l'ensemble des inscriptions au tableau de l'Ordre des médecins généralistes, quelle que soit leur activité, leur spécialité éventuelle (acupuncture, urgences...) ou leur statut (libéral, salarié ou mixte).

Tableau n° 2 : Variation des effectifs (médecine générale) de 2010 à 2021

Libellé	Variation en %
<i>Cher</i>	-24,3
<i>Eure-et-Loir</i>	-26,7
<i>Indre</i>	-26,8
<i>Indre-et-Loire</i>	-1,5
<i>Loir-et-Cher</i>	-21,1
<i>Loiret</i>	-20,8
<i>Région Centre-Val de Loire</i>	-17,4
<i>France</i>	-9,5

Source : région CVDL d'après le conseil national de l'Ordre des médecins

Les données des caisses d'assurance maladie disponibles en ligne confirment sur la dernière période la tendance constatée. Elles concernent les effectifs des médecins omnipraticiens actifs cette fois libéraux (médecins généralistes et les médecins généralistes à mode d'exercice particulier telles que l'acupuncture et l'homéopathie). Ce sont ces derniers qui assurent l'essentiel des soins de ville. La situation plus favorable de l'Indre-et-Loire est encore plus prononcée et celle du Cher, plus dégradée.

S'agissant de cette même catégorie des omnipraticiens libéraux, la région souligne la densité plus faible en Centre Val-de-Loire (72 pour 100 000 habitants contre une moyenne nationale de 87), situation partagée par tous les départements hors Indre-et-Loire.

La situation relative des départements est similaire en observant l'évolution des densités depuis 2016. Toutefois, la chambre constate :

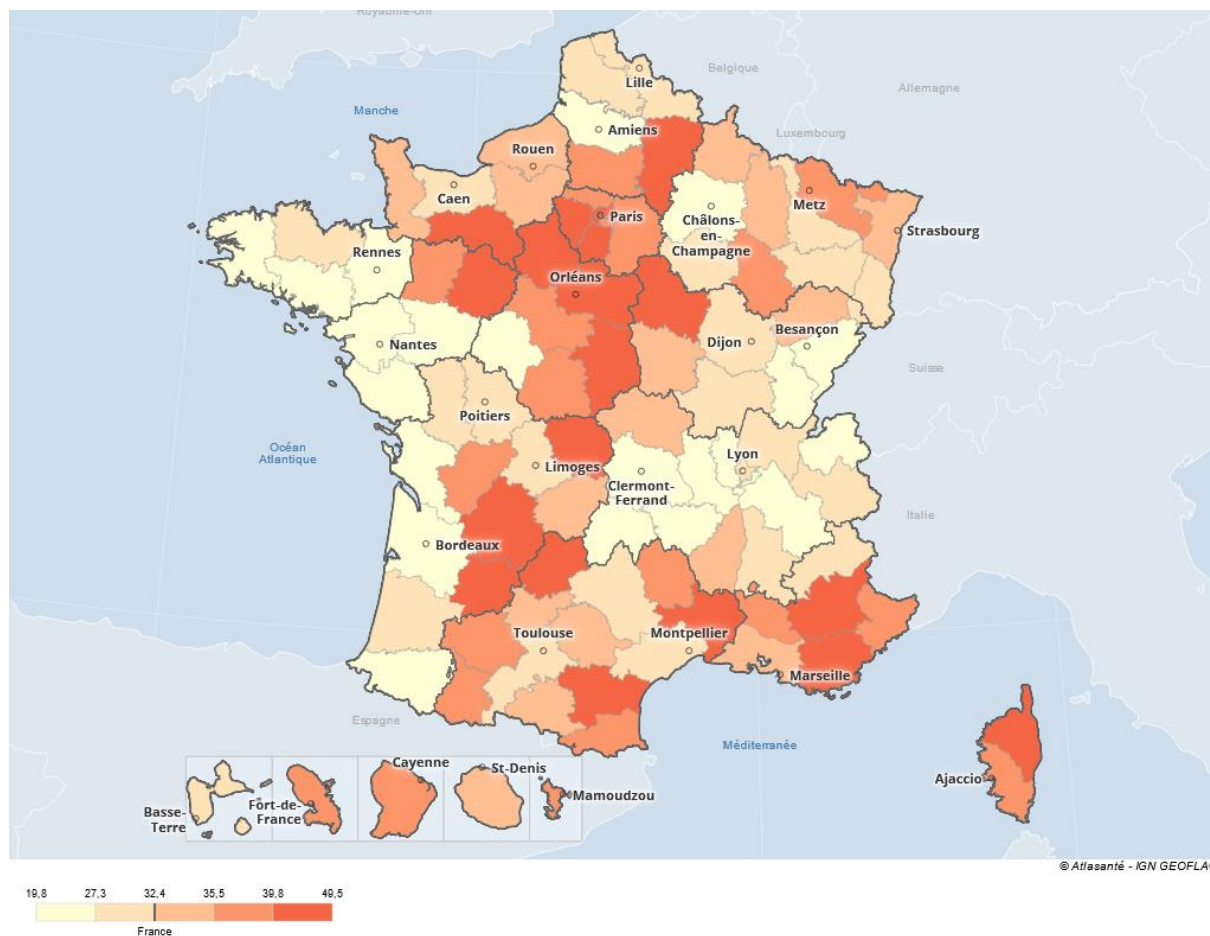
- qu'une fois rapportée à la population, la baisse constatée à l'échelle régionale est quasiment du même ordre que celle du pays, alors qu'elle est près de deux fois plus prononcée en valeur absolue. Selon les données de l'Insee, la population de la région a légèrement diminué entre les 1^{er} janvier 2018 et 2021 alors que celle de la France métropolitaine a continué de progresser. Il en est de même pour les estimations entre les 1^{er} janvier 2016 et 2022 ;
- que l'évolution défavorable dans le Loiret n'était certes pas apparue comme aussi prononcée en termes d'effectifs que dans le Cher, l'Eure-et-Loir et l'Indre. En revanche, une fois rapportée à la population, elle devient la troisième plus marquée, d'un niveau très proche de ceux du Cher et d'Eure et Loir. En effet, sa démographie est la plus dynamique de la région, devant celle d'Indre-et-Loire, alors que les autres départements ont vu leur nombre d'habitants diminuer entre 2016 et 2022. Les difficultés d'accès aux soins pour les habitants, notamment ceux nouveaux sans médecin traitant, ne peuvent être que ressenties fortement dans ce contexte.

Par ailleurs, les données disponibles⁵ sur l'évolution de la médecine générale salariée indiquent une progression dans le Cher et l'Indre entre 2016 et 2020, sans toutefois inverser la tendance à la baisse des effectifs totaux.

Dans son rapport de février 2022, le président du conseil régional relève le vieillissement des médecins (toutes spécialités et tous statuts), leur âge moyen étant en 2020 de 58 ans sur son territoire contre 56,5 ans pour la moyenne nationale. Un constat similaire est fait pour les médecins généralistes libéraux.

⁵ Site internet SCORE-Santé.

Carte n° 2 : Répartition des médecins généralistes libéraux de 60 ans et plus en % (2020)



Source : région à partir de cartosante.atlasante.fr

Le rapport présenté à l'assemblée régionale ne détaille pas, hors la carte ci-dessus, la situation relative des départements. Selon les données de l'assurance maladie disponibles en ligne, les disparités sont similaires aux évolutions en termes d'effectifs. La part des omnipraticiens libéraux en Indre-et-Loire dont l'âge moyen est de 55 ans et plus n'est que de 45 % quand celle dans les cinq autres départements est comprise entre 58 % et 64 %.

Le bilan dressé par l'ARS et communiqué à la chambre sur les dispositifs de zonage successifs depuis 2017 confirme sans surprise la dégradation de la démographie médicale, nuancée selon les départements. Au niveau régional, les départs en retraite de médecins généralistes étaient supérieurs aux installations recensées. L'attractivité de l'Indre-et-Loire pour les installations de généralistes est de nouveau patente puisque le taux d'installation pour 100 000 habitants y est de 14,9 alors que la moyenne régionale est de 10,8. Hormis le Loiret (11,6), tous les autres départements ont un taux d'installation inférieur à la moyenne régionale, l'Eure-et-Loir ayant le taux le plus bas (7). La situation des départs est plus homogène. Hormis pour le Loir-et-Cher (13,1), les taux de départ des autres départements sont voisins, compris entre 11,6 et 12,5, alors que le taux régional de départs pour 100 000 habitants est de 12,2.

1.1.2 Des densités de dentistes et d'ophtalmologues variables selon les départements et la spécialité

Selon le pacte adopté par la région en février 2022, il existerait également une offre de santé insuffisante en matière de médecins spécialistes, le territoire faisant parti des moins bien pourvus pour les cardiologues, dermatologues, gynécologues, ophtalmologues, pédiatres, pneumologues et dentistes. Le document ne précise pas la source de ces données qui diffèrent plus ou moins de celles figurant sur les sites cartosanté ou demographie.medecin. La faiblesse des densités par rapport aux autres régions métropolitaines est soulignée, sans autre commentaire notamment de comparaisons interdépartementales ou d'évolution dans le temps. La chambre a examiné la situation de deux professions en accès direct pour les patients pour lesquelles les données en accès libre de l'assurance maladie confirment la tendance constatée.

Selon ces données, la densité régionale de chirurgiens-dentistes sans spécialité, 37,63 pour 100 000 habitants, correspond à 72 % de la valeur pour la France métropolitaine (52,11). Cet écart s'est accru entre 2016 et 2020, la variation annuelle moyenne entre 2016 et 2020 de la densité régionale est non seulement négative (-2,8 %) mais plus défavorable que celle de la France métropolitaine (-0,5 %). En 2020, certains départements enregistrent des densités supérieures (Cher et Indre-et-Loire avec 41,11 et 43,98) à la valeur régionale, quand l'Indre se situe nettement en dessous (30,46).

La région enregistre un écart net en termes de médecins ophtalmologues puisque la densité régionale en 2020 est de 5,43 pour 100 000 habitants soit 80 % de la valeur pour la France métropolitaine (6,78). Toutefois, l'écart s'est atténué de 2016 et 2020 puisque la variation annuelle moyenne de la densité régionale durant cette période est positive (1,3 %) quand celle de la France métropolitaine est négative (-1 %). Des disparités existent au sein des départements. En particulier, deux d'entre eux (Loir-et-Cher et Indre-et-Loire) enregistrent des densités en 2020 supérieures à la valeur de la France métropolitaine. C'est le Cher qui est dans la position la plus critique avec une densité de 3,03 correspondant à 56 % de la valeur régionale et 44 % de la valeur nationale.

La chambre observe que les spécificités territoriales mentionnées ci-dessus sont de nature à nourrir des actions régionales particulières, comme la participation à la création d'une faculté d'odontologie à Tours, mais aussi d'éventuels reciblages de dispositifs généraux en faveur de l'accès aux soins.

1.1.3 Une densité faible malgré des évolutions comparées moins défavorables pour les effectifs paramédicaux à activité libérale

Dans son pacte régional, l'ordonnateur présente, de façon succincte, les densités relatives à certaines professions paramédicales au niveau régional et national au 1^{er} janvier 2021. Il fait le constat de sous-densités en matière d'effectifs infirmiers, masseur-kinésithérapeutes, sages-femmes et manipulateurs électro-radiologie. La source avancée est la DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et statistiques de l'État), sans distinction entre départements ni évolution dans le temps. Il convient de préciser que la formation de ces professionnels relève de la compétence régionale (cf. troisième partie du présent rapport).

Selon les données de l'assurance maladie, la densité d'infirmiers évolue de façon marquée de 2016 à 2020 avec une progression annuelle moyenne régionale de 2,7 %, identique à celle de la France métropolitaine. La densité régionale en 2020 ne représente toutefois que 67 % de celle observée au niveau de la France métropolitaine. Elle n'est pas homogène entre les départements. Trois départements (Loir-et-Cher, Cher et Indre) ont une densité supérieure à celle de la région quand l'Eure et Loir a deux fois moins d'infirmiers pour 100 000 habitants que la moyenne nationale.

La densité des masseurs kinésithérapeutes (MKDE) constatée en 2020 au niveau régional (71 pour 100 000 habitants) correspond à 67 % de la valeur de la France métropolitaine (106). Entre 2016 et 2020, l'offre de santé s'est améliorée, la variation annuelle moyenne de la densité régionale (3,4 %) ayant été supérieure à celle de la France métropolitaine (2,8 %). Même si tous les départements de la région sont en deçà de la valeur nationale, leur densité est hétérogène. Comme pour les infirmiers, la sous-densité la plus patente se situe en Eure-et-Loir.

La densité des sages-femmes constatée en 2020 au niveau régional (8,24 pour 100 000 habitants) correspond à 83 % de la valeur de la France métropolitaine (9,92). Entre 2016 et 2020, une amélioration a été constatée, la variation annuelle moyenne de la densité régionale (8,0 %) ayant été supérieure à celle de la France métropolitaine (5,8 %). Deux départements, le Loir-et-Cher et surtout l'Indre-et-Loire, connaissent une démographie plus favorable. Les sous-densités les plus prononcées sont dans l'Indre et dans le Cher.

En conclusion et au vu de l'ensemble de ces éléments, la chambre :

- souscrit sans surprise aux constats sur la dégradation plus prononcée des démographies médicales de la région Centre-Val de Loire par rapport à celle du pays ;
- constate que les évolutions comparées s'agissant des professions paramédicales sont moins défavorables. Pour autant, une étude de la Caisse des dépôts de mai 2022 pointe des disparités fortes entre le nord et le sud du pays au niveau de la facilité d'accès aux infirmiers et kinésithérapeutes, le Centre-Val de Loire faisant partie d'une vaste zone moins bien positionnée allant de la Normandie au Poitou-Charentes (« Les disparités territoriales en matière de vieillissement et d'accès aux soins »). Ces professions constituent une ressource essentielle dans un contexte de vieillissement de la population ;
- relève que des différences entre départements subsistent et qu'elles ne sont pas univoques selon les professions. Une approche territorialisée des priorités conserve sa pertinence, même si elle doit se conjuguer avec une projection dans le temps au regard de la pyramide des âges. Les leviers auxquels la région souhaite recourir, que ce soit en termes de financement ou d'offre de formation, doivent s'en inspirer ;
- souligne que les éléments explicatifs des différences territoriales présentés à l'assemblée régionale paraissent se concentrer sur le nombre de médecins formés et l'absence de faculté de médecine à Orléans – certes des éléments explicatifs notamment au nord-est de la région mais ne permettant pas de comprendre les multiples disparités territoriales ou la situation des professions paramédicales. La création d'une faculté de médecine à Orléans n'a pas fait, à la connaissance de la chambre, l'objet d'une étude d'impact.

1.2 La dégradation de l'accessibilité aux soins malgré des améliorations localisées

1.2.1 La nécessité de prendre en compte la notion d'activité des professionnels dans la mesure par les collectivités territoriales de l'accès aux soins

La chambre relève l'importance de la notion d'activité des effectifs recensés - donc de l'offre de soins réelle délivrée. Le pacte régional voté en février 2022 ne l'évoque qu'au travers du nombre d'actes de médecine générale consommés par bénéficiaire. Sa faiblesse en région, singulièrement dans le Loiret (3,6 actes par an contre 4,2 en moyenne annuelle), témoigne selon l'ordonnateur d'un moindre recours aux soins que sur le reste du territoire français. Le constat mériterait d'être affiné dans la mesure où la structure par âge de la population et la part de personnes en affection de longue durée (ALD) apparaissent déterminants⁶.

Les statistiques publiées présentant les effectifs médicaux et paramédicaux, singulièrement libéraux, ne distinguent pas selon leur niveau d'activité. Les données publiées par l'assurance maladie et reprises par l'agence régionale de santé mentionnent des professionnels « actifs » sans fixer de seuil. Or, les analyses et les disparités territoriales pourraient s'en trouver modifiées dans un sens ou dans l'autre. Pourrait apparaître l'intérêt de favoriser le développement de tel ou tel type de structure ou de mode d'exercice à partir de statistiques qui seraient enrichies nationalement.

À ce stade, la seule donnée disponible est l'indicateur construit par la Direction de la recherche, de l'évaluation et des statistiques (DREES) : l'accessibilité potentielle localisée (APL). L'APL, exprimée en nombre de consultations accessibles par habitant et par an, prend en compte plusieurs critères : non seulement le niveau d'activité des professionnels mais aussi le temps d'accès par la route au médecin et les besoins en soins de la population en fonction de l'âge des habitants. A titre d'exemple, lors de son élaboration, il a été considéré que les 5 % des médecins généralistes pour qui le nombre d'actes effectués est parmi les moins nombreux, ne sont pas considérés comme offrant des soins (moins de 273 actes par an contre plus de 2 643 pour 75 % des professionnels). L'indicateur présente sans doute des biais statistiques et ses livraisons sont effectuées avec un décalage dans le temps – la livraison publiée en 2021 correspond à des données 2019. Il n'en est pas moins le seul disponible rassemblant une pluralité de facteurs et non des données brutes. Par ailleurs, les données 2020 et 2021 seront de toute façon atypiques compte tenu de la pandémie de COVID.

⁶ La région met également en avant un sondage réalisé en 2019. 54 % des 2 400 répondants ont déclaré avoir renoncé au moins une fois à se soigner.

L'accessibilité potentielle localisée

L'APL est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville. Il permet de mesurer à la fois la proximité et la disponibilité des professionnels de santé. Calculé au niveau de la commune, il tient compte de l'offre et de la demande issues des communes environnantes, de façon décroissante avec la distance. Il intègre en outre une estimation du niveau d'activité des professionnels en exercice, sur la base des observations passées, ainsi que des besoins de soins de la population locale, en fonction des consommations de soins moyennes observées par tranche d'âge. Pour les médecins généralistes, l'APL s'exprime en nombre de consultations accessibles par habitant et par an à moins de 20 minutes du domicile. Au niveau supra communal (territoire de vie-santé ou bassin de vie / canton-ou-ville), l'APL est égal à la moyenne des APL communaux, pondérée par la population standardisée par la consommation de soins par tranche d'âge.

L'indicateur d'APL peut être illustré comme suit. Un patient a dans son entourage plusieurs médecins accessibles. Plus le médecin est éloigné, plus son accessibilité est faible voire nulle au-delà d'un seuil. Chaque médecin accessible peut délivrer un certain nombre de consultations/visites aux patients susceptibles de le solliciter. Ce nombre est égal au nombre total d'actes que le médecin effectue dans l'année (prise en compte de l'activité réelle) divisé par le nombre de patients susceptibles de le solliciter. Ces derniers sont pondérés par leur âge pour tenir compte des besoins de soins différenciés ainsi que par leur éloignement. Au final, pour connaître l'accessibilité d'un patient, on somme le nombre de consultations/visites que peuvent lui proposer les médecins accessibles. On obtient ainsi un nombre de consultations/visites accessibles pour chaque habitant et par an.

Mesuré par professionnel - médecin généraliste ou autre -, il ne dit rien des temps d'attente pour obtenir un rendez-vous, ni de la réalité des mobilités des patients qui peuvent avoir développé des stratégies propres pour accéder aux soins. Il ne prend pas non plus en compte la coopération entre professionnels de santé, ni l'accessibilité des autres offres (hôpitaux, pharmacies...) qui peuvent influencer sur le ressenti des habitants d'un territoire.

Source : documentation de la DREES

Selon les données 2019 relatives à l'APL, disponibles sur le site de l'Insee, la moyenne nationale pour l'APL est de 3,9. Il s'avère que les APL des communes de la région sont le plus souvent en deçà de ce seuil, hors Indre-et-Loire.

Afin de mieux anticiper les évolutions à venir compte-tenu des perspectives de démographie médicale, il paraît pertinent de compléter l'analyse en se focalisant sur les APL aux médecins généralistes de moins de 62 ans. La situation paraît globalement moins favorable. Les contrastes apparaissent aussi plus nettement (cartes en annexe n° 3 au présent rapport).

Au niveau national le nombre moyen de consultation par an et par habitant (médecins de moins de 62 ans) s'établit à 2,44 selon les dernières données disponibles. Dans la région Centre-Val de Loire, il est possible d'identifier trois groupes de départements à partir de cet indicateur :

- dans le Cher, l'Eure-et-Loir et le Loiret, environ 90 % des communes ont un nombre de consultations par an et par habitant (APL) aux médecins de moins de 62 ans inférieur à 2,5 ;
- dans l'Indre et le Loir-et-Cher, ce même pourcentage est de 81 % ;
- dans l'Indre-et-Loire, le pourcentage précité n'est que de 35 %.

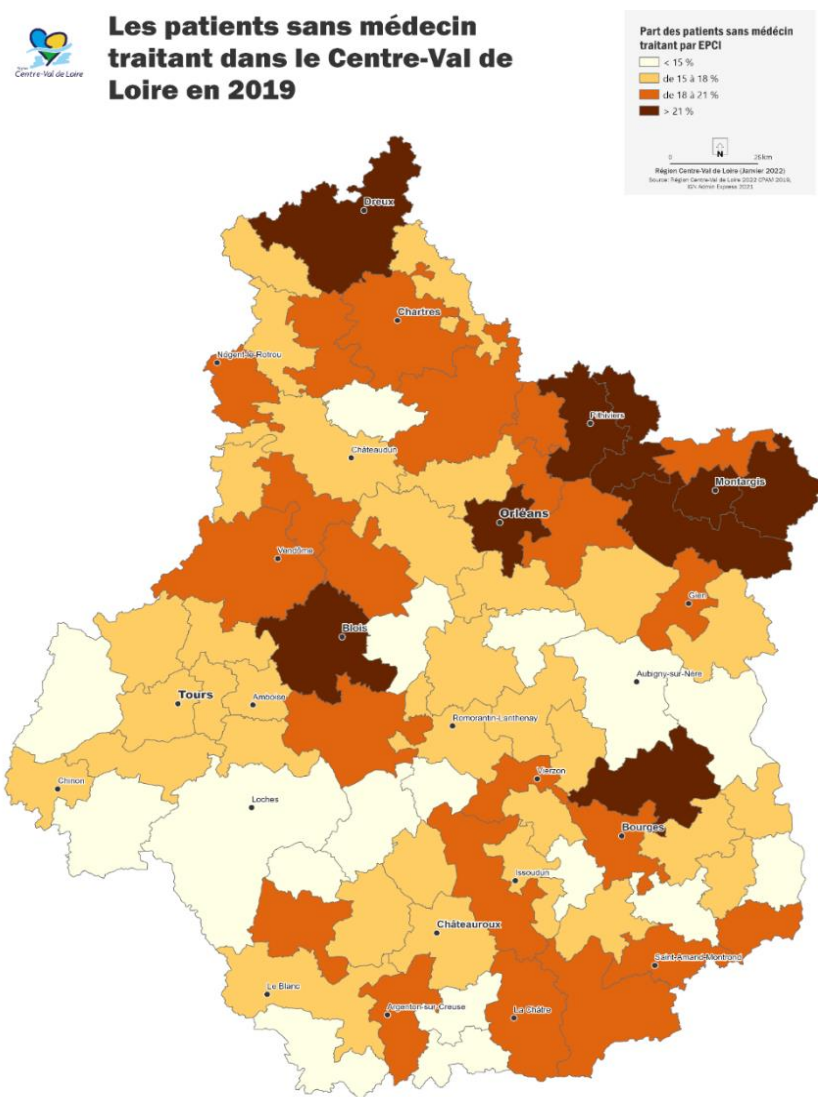
Depuis 2015, la dégradation de la situation est largement majoritaire, 1 264 communes sur un total de 1 757 ont vu leur APL diminuer, soit 70 % des communes. Elle est la plus marquée en Eure-et-Loir où 90 % des communes enregistrent une telle évolution.

1.2.2 Analyser le nombre de patients sans médecin traitant

Le président du conseil régional observe qu'au 1^{er} janvier 2020, environ 500 000 habitants du territoire n'ont pas déclaré de médecin traitant, soit environ 20 % de la population totale. Ce taux est même compris entre 23 % et 27 % dans certains EPCI, selon des données fournies à la collectivité par les caisses d'assurance maladie. Au vu des projections de densité médicale, la situation ne devrait pas s'améliorer dans les prochaines années.

La chambre observe que cette donnée brute n'est pas suffisante pour en apprécier l'incidence au regard des disparités territoriales, la structure par âge de la population doit être notamment prise en compte.

Carte n° 3 : Part des patients sans médecin traitant par EPCI (2019)



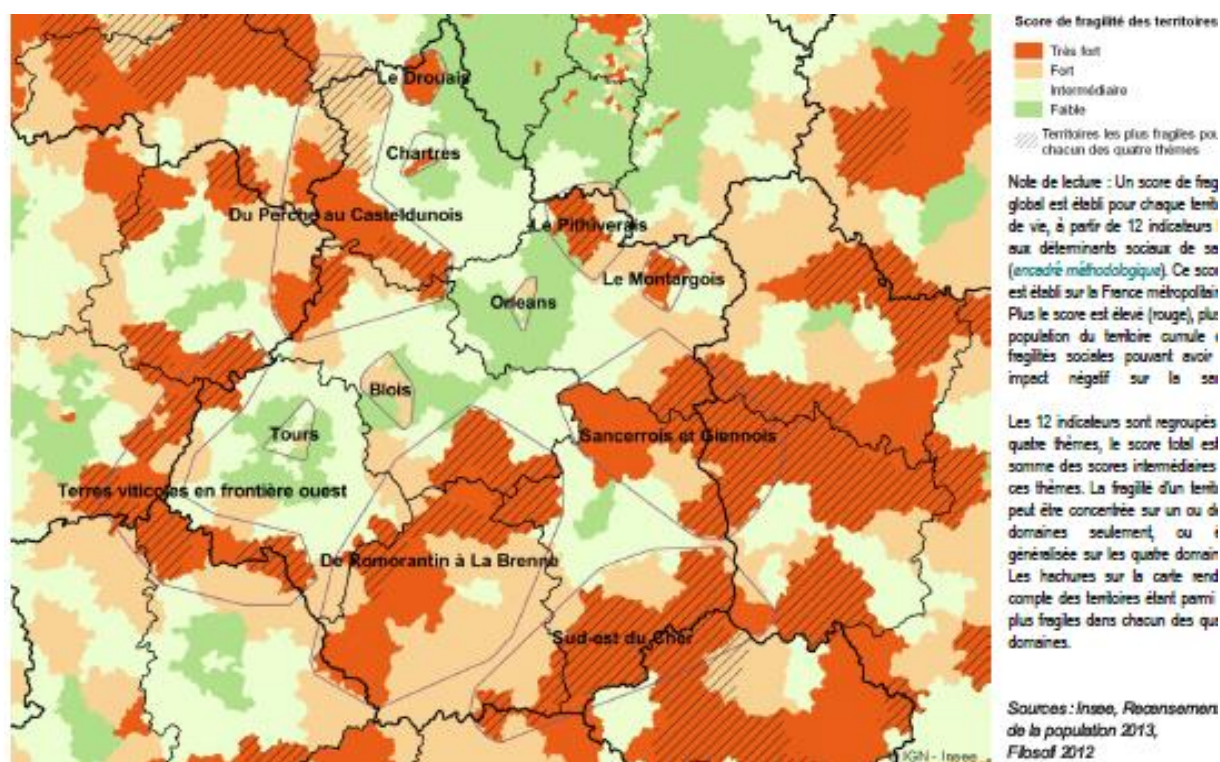
Source : région Centre-Val de Loire

1.3 La prise en compte des déterminants sociaux de la santé

L'Insee Centre-Val de Loire a réalisé une étude en décembre 2019 sur les besoins de santé, les déterminants sociaux de santé et l'accès à la santé. Ces déterminants sociaux de santé, comme le niveau de vie, le diplôme et la catégorie socio-professionnelle, peuvent conduire à des inégalités sans qu'un lien de causalité directe puisse être systématisé (cf. rapport de 2011 de l'inspection générale des affaires sociales).

En combinant ces facteurs, l'Insee a défini huit territoires présentant des cumuls de fragilités sociales en lien avec l'état de santé : cinq plutôt ruraux et trois urbains en bordure d'Île-de-France. Les niveaux de vie y sont plutôt faibles, la proportion de personnes sans diplôme y est élevée, comme celle de salariés exerçant des métiers à forts risques professionnels. Outre ces huit territoires, les grands pôles urbains concentrent d'importantes populations confrontées à de fortes difficultés sociales. Par ailleurs, l'Insee a constaté que dans de nombreux territoires ruraux, les difficultés d'accès à un médecin vont de pair avec le manque d'équipements de proximité. La question de la densité médicale et celle de l'accessibilité aux soins sont à resituer dans une problématique globale d'accès aux équipements et de dynamisme démographique et économique (cf. annexe n° 5 au présent rapport).

Carte n° 4 : Huit secteurs et les grands pôles urbains cumulant des fragilités sociales en lien avec l'état de santé



Source : Insee Centre-Val de Loire – dossier n° 5 de décembre 2019

Les délibérations cadres adoptées par la région évoquent ces sujets, sans qu'un diagnostic vienne les mettre en relation avec l'offre et l'accessibilité aux soins territoire par territoire. Les déterminants sociaux de santé sont par ailleurs absents des critères de

financement des structures d'exercice regroupé des professionnels de santé, par exemple en vue d'une plus grande différenciation des participations.

Par ailleurs, l'étude sur les inégalités sociales et territoriales de santé en Centre-Val de Loire réalisée en 2015 par l'observatoire régional de santé (ORS), à la demande de l'ARS, objective la dégradation de certains indicateurs de santé dans les territoires alors même que les indicateurs régionaux restent proches des moyennes nationales. L'étude est ancienne mais l'approche territorialisée a toute sa pertinence.

Selon l'ARS, cette analyse régionale confirme le poids des déterminants sociaux notamment sur la mortalité prématurée. L'étude a pu établir une corrélation entre la mortalité et les caractéristiques de la population et définir une typologie de territoire en fonction du caractère urbain ou rural, des revenus et de la morbidité. De nouveau, il apparaît à la chambre que le diagnostic sur l'offre de soins que la région retient devrait être complétée par la prise en compte d'autres facteurs.

CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE

Au vu de l'ensemble de ces éléments, la chambre abonde les constats sur la dégradation plus prononcée des démographies médicales de la région Centre-Val de Loire par rapport à celle du pays. Alors que la plupart des indicateurs reste plus favorables en Indre-et-Loire en raison de son centre hospitalier universitaire, c'est nettement l'inverse dans le Cher et l'Indre ainsi qu'en Eure-et-Loir. Le Loir-et-Cher se situe dans une situation intermédiaire. Le Loiret pourrait rentrer dans cette dernière catégorie mais la prise en compte de la dynamique démographique – celle de la population et celle du vieillissement des effectifs médicaux – classe ce département comme les trois départements les plus en difficulté.

La chambre souligne en revanche que des différences entre départements subsistent et qu'elles ne sont pas univoques selon les professions – médicales ou paramédicales. Une approche territorialisée des priorités conserve sa pertinence, même si elle doit se conjuguer avec une projection dans le temps au regard de la pyramide des âges. Les leviers auxquels la région souhaite recourir, que ce soit en termes de financement ou d'offre de formation, doivent être orientés en conséquence.

Par ailleurs, la plupart des statistiques publiées présentant les effectifs médicaux et paramédicaux, singulièrement libéraux, ne distingue pas selon leur niveau d'activité donc le temps de soins réellement disponible.

La chambre invite la collectivité à également affiner son analyse s'agissant d'une donnée brute comme le nombre de patients sans médecins traitants. Pour en apprécier l'incidence, doivent être pris en compte des données disponibles comme notamment la structure par âge de la population.

D'une manière générale, en réponse aux observations de la chambre, l'ordonnateur a indiqué que les données rassemblées par la région feront l'objet d'améliorations.

2 LES ACTIONS VISANT À AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DE PREMIER RECOURS

Afin de compenser la dégradation constatée en matière d'accès aux soins, la région accorde des subventions visant à améliorer le maillage de structures d'exercice regroupé et développer l'e-santé (i.e., les outils numériques au service de la santé). Ces actions sont financées conjointement avec l'État dans le cadre des contrats de plan État-Région (CPER) successifs, que ce soit en mobilisant des crédits régionaux dédiés ou les enveloppes des contrats régionaux de solidarité territoriale (CRST) conclus avec les acteurs locaux.

La loi du 7 août 2015 relative à la nouvelle organisation territoriale de la République a supprimé la clause générale de compétence des régions. Toute aide doit donc légalement être rattachable à une compétence attribuée à ce niveau de collectivité. Le fondement juridique des subventionnements accordés par la région se trouve indirectement dans l'article L. 1511-8 du CGCT qui couvre l'action de ses bénéficiaires agissant pour le maintien et l'installation de professionnels de santé⁷. Il convient de se reporter à ce texte et à ses déclinaisons réglementaires pour déterminer le cadre juridique dans lequel l'intervention régionale se situe. Selon l'article R. 1511-44 du CGCT, les aides peuvent consister en une mise à disposition de locaux destinés aux activités de soins, sous réserve de se situer dans une zone dans laquelle est constatée une sous-densité en matière d'offre de soins. Le zonage par catégorie de professionnels est celui défini par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé pour l'attribution de ses propres aides (article L. 1434-4 du CSP).

Sous réserve de ces conditions, les aides peuvent correspondre à la prise en charge d'une partie du loyer facturé, voire des frais de fonctionnement⁸. La combinaison des dispositions de l'article L. 1511-8 du CGCT avec le principe de carence de l'initiative privée (cf. article L. 2251-3 du même code) paraît assurée dans le cadre d'un zonage qui couvre toutefois plus des deux tiers de la superficie du territoire national. Une forme de présomption de régularité a été ainsi instaurée depuis 2005 pour ce type d'interventions. Les collectivités ont la possibilité de ne pas accorder d'aides et de facturer les loyers au prix du marché voire au-delà, mais les juridictions financières ont pu constater dans leurs contrôles que ce n'était pas la logique dans laquelle s'inscrivaient de nombreux élus locaux – pour des raisons évidentes d'attractivité des professionnels.

Par ailleurs, l'exigence de vérifications perdure pour d'autres modes d'intervention comme dans le cas de la création et de la gestion de centres de santé. Le recrutement par les collectivités de médecins salariés relève d'un autre régime juridique fixé par le CSP (article L. 6323-1 et suivants). Le respect de la liberté d'entreprendre suppose en principe de s'assurer en permanence de la carence de l'initiative privée telle que définie par la jurisprudence. Il n'est pas encore acquis que les nouvelles dispositions de la loi du 21 février 2022 dite « 3DS » rendraient légales la création et la gestion de centres de santé par les collectivités territoriales indépendamment de l'état de l'offre de soins.

⁷ L'article L. 1511-8 vise des aides accordées par l'ensemble des collectivités territoriales et de leurs groupements.

⁸ L'article R. 1511-44 du CGCT reconnaît explicitement la prise en charge, en tout ou en partie, des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins.

Fin 2019, la région a annoncé, dans le cadre de sa plate-forme 100 % santé, le recrutement de 150 postes de médecins salariés dans des centres de santé sur les territoires les plus carencés. La collectivité indiquait souhaiter compléter l'offre libérale, dont elle subventionne le développement dans le cadre des maisons de santé pluridisciplinaires. Ce changement de positionnement s'est concrétisé avec la création en 2020 d'un groupement d'intérêt public qui a fait l'objet d'un autre contrôle par la chambre.

2.1 Une demande de reconnaissance de l'ensemble du territoire régional en zone d'intervention prioritaire

Quel que soit le mode d'intervention retenu, il apparaît que la définition du zonage conditionne la légalité des aides accordées par les collectivités territoriales, donc indirectement des subventions accordées par la région. S'agissant des projets situés hors zonage de l'agence régionale de santé, le prix du marché des locations est la seule référence à retenir pour apprécier l'existence et le plafonnement d'une aide économique de droit commun.

Les zones sous-denses (zonage médecins) se décomposent en zones d'intervention prioritaire (ZIP) et en zones d'action complémentaire (ZAC), la carence étant plus prononcée dans les premières et donc les aides accordées aux professionnels par l'agence régionale de santé plus importantes. Par exemple, le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM) ne concerne que les ZIP et prévoit sous certaines conditions le versement de 50 000 € au médecin s'installant en libéral à temps plein.

Les grands principes de la méthodologie nationale du zonage ARS

Le classement en ZIP et en ZAC est effectué en référence à l'indicateur accessibilité potentielle locale (APL) calculé par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) à l'échelle des territoires de vie-santé (TVS). Ces derniers sont des agrégats de communes autour d'un pôle d'équipements et de services, constitué selon une logique proche du découpage en « bassins de vie » de l'Insee.

Un arrêté ministériel du 1^{er} octobre 2021 a fait évoluer la méthodologie utilisée, donnant davantage de souplesse aux ARS. Les quartiers politique de la ville peuvent par exemple être classés plus favorablement que leur territoire de vie-santé d'appartenance.

2.1.1 Une extension du zonage...

À l'occasion de l'élaboration du nouveau zonage en 2022, l'ARS a réalisé un bilan de ce dispositif depuis 2017 :

- l'indicateur APL reflétait une dégradation générale sensible de la situation entre 2015 et 2019 (dernières données disponibles publiées en 2021) ;
- l'installation de médecins se répartit de façon homogène depuis 2017 - 94 en zone ZIP, 93 en zone ZAC et 90 hors zonage. L'ARS n'observe pas « d'effet ZIP »

- substantiel, tout au plus un ralentissement du processus de désertification ;
- pour appuyer le propos est avancée une amélioration dans trois territoires de vie santé (Château-Renault, Monts et Jargeau) grâce à l'installation de jeunes médecins attirés par des projets de regroupement.

Le bilan de l'ARS rappelle les projections nationales de la DREES selon lesquelles l'offre de soins en médecine générale va continuer à baisser jusqu'en 2025. Il mentionne également les études de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Chevallard et Mousquès, 2020) selon lesquelles l'évolution de l'offre de soins des territoires carencés est meilleure en cas d'implantation de maisons de santé attirant davantage de médecins de moins de 45 ans. Ces études n'évoquent toutefois là aussi qu'un effet d'atténuation localisée.

Au vu de l'évolution des APL et par arrêté du 13 janvier 2022, le directeur général de l'ARS a étendu les zonages sous-denses (médecins généralistes) de 92,3 à 92,8 % de la population régionale. L'évolution la plus significative a trait au passage de davantage de territoires de ZAC en ZIP. La catégorie la plus carencée – c'est-à-dire les ZIP – représente 58,8 % de la population contre 39,8 % auparavant. Géographiquement, l'évolution du zonage par rapport à la précédente édition :

- fait passer l'intégralité de cinq départements sur six en zonages sous-denses (Loir-et-Cher, Indre, Cher, Eure-et-Loir, Loiret) ;
- fait apparaître dans trois départements des ZIP généralisées à l'exception des territoires autour des chefs-lieux (Indre, Cher, Eure-et-Loir). Les quartiers politique de la ville (QPV) de Bourges et des agglomérations chartraines et castelroussines sont en ZIP. Dans le Loiret, toute la métropole d'Orléans est en zone sous-dense, et plusieurs QPV sont classés en ZIP ;
- n'est pas univoque en Indre-et-Loire, la situation de certains TVS s'étant améliorée et d'autres dégradée. Certains territoires, comme celui de Château-Renault, auraient dû passer hors zonage sous-dense, mais la volonté a été de « ne pas freiner cette amélioration par un déclassement trop rapide ». En Indre-et-Loire, seulement 34 % de la population est en zonage sous-dense.

2.1.2 ... Sans toutefois satisfaire la région Centre-Val de Loire

À l'occasion de la consultation sur ce nouveau zonage, la région a émis un avis défavorable en demandant le classement de l'intégralité de son territoire en ZIP. Dans son argumentaire, la collectivité mettait en avant « la dégradation globale de la démographie médicale » en Centre Val-de-Loire ainsi que la situation particulière des quartiers politique de la ville et de la métropole d'Orléans.

Or, comme décrit ci-dessus, seul le département d'Indre-et-Loire présente à l'échelle de la région des territoires hors de tout zonage. Généraliser le classement en ZIP reviendrait à remettre en cause le principe même du zonage, quand bien même des disparités territoriales subsistent comme la première partie du présent rapport l'a illustré.

La concertation sur ce nouveau zonage a eu lieu au sein de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), où les collectivités constituent un collège spécifique mais où la région n'est représentée que par trois membres sur 102.

2.2 Le pilotage du financement des structures d'exercice regroupé à améliorer

Les objectifs généraux assignés dans les cahiers des charges CPER aux structures d'exercice coordonné sont d'offrir sur un même site une offre médicale de proximité principalement de premier recours, répondant ainsi au déficit de la démographie médicale. Elles doivent concourir également au renforcement de pratiques coopératives entre professionnels de santé aussi bien au sein de la structure qu'en dehors. Enfin, ce type de structure doit permettre le développement du recours à l'e-santé.

Les prescriptions en matière d'organisation requises dans les cahiers des charges CPER correspondent aux mêmes thèmes que celles qui figurent au cahier des charges national des maisons de santé, maintenant ancien⁹.

Localement, la référence et donc la définition la plus précise d'une maison de santé pluridisciplinaire se trouvent dans les cahiers des charges du vecteur de financement qu'est le CPER, élaboré conjointement par les services de l'État et la région et dont la mise en œuvre s'appuie sur l'agence régionale de santé (ARS), dans le cadre d'un partenariat tripartite approfondi. Il peut exister d'autres types de structures qui ne répondent pas aux critères et sont pourtant financées, en principe de manière ponctuelle par l'État et la région. Le bloc communal et les départements peuvent agir indépendamment.

2.2.1 Quelques zones fragiles non couvertes par des structures d'exercice regroupé dont l'immobilier a été financé

Au 31 décembre 2021, la région et l'État ont participé à la création de 118 structures d'exercice regroupé (dont 108 ouvertes) avec 101 maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), cinq centres de santé et 12 autres de structures. En leur sein, la collectivité annonce 1 218 professionnels de santé dont 370 médecins généralistes. Par ailleurs, le GIP Pro Santé créé par la région a recruté une vingtaine de médecins et autant de secrétaires médicales.

La région souhaite dans son pacte 2022 poursuivre cette dynamique puisqu'elle s'engage sur un nombre de 125 MSP à l'horizon 2025 et à atteindre en 2027 un nombre de

⁹ Cf. cahier des charges annexé à la circulaire du 27 juillet 2010 sur le lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural. L'article L. 6323-3 du CSP définit ainsi une maison de santé : « La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé ».

1 500 professionnels de santé libéraux dont 500 médecins installés. Elle a par ailleurs l'ambition de voir porter à 300 le nombre de médecins salariés dans 50 centres du GIP à horizon 2028.

La chambre observe que :

- le nombre des professionnels libéraux correspond au recensement effectué au moment de l'instruction des dossiers de subvention ; il est donc susceptible de fortes évolutions. De même, des structures financées peuvent ne pas avoir perduré ;
- les objectifs ont nettement augmenté par rapport au document contractualisé avec l'État. Le CPER 2021-2027 mentionne la création ou l'extension de 20 MSP supplémentaires à horizon 2027, contre 24 créations à horizon 2025 dans le pacte régional adopté en février 2022. Trente centres de santé supplémentaires sont inscrits dans le projet de CPER 2021-2027, contre 50 centres annoncés par la région uniquement pour le GIP Pro Santé.

L'assurance maladie fournit le nombre de MSP adhérentes à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI)¹⁰ et centres de santé polyvalents ou médicaux. Le modèle des MSP apparaît plus développé dans les régions les moins peuplées et avec une forte composante rurale (cf. annexe n° 2 au présent rapport).

Des cartes, qui associent les structures d'exercice coordonné dont l'immobilier a été financé par la région (existantes ou futures) et la densité des médecins généralistes libéraux par EPCI, ont été établies par la chambre pour chaque département. Cette vision permet de mesurer le maillage territorial, objectif général qui apparaît atteint en dépit de quelques zones fragiles non couvertes (cf. annexe n° 4 au présent rapport). Elle ne permet pas d'apprécier les éventuels effets d'une accumulation de structures à proximité les unes des autres.

Au total, les subventions régionales accordées ont été de 12,5 M€ sur 2015-2020.

Tableau n° 3 : Subventions accordées par la région aux structures d'exercice coordonnés (crédits CPER et CRST)

Année du comité de programmation	Estimation du montant des projets (en euros)	Subventions accordées en euros (en euros)
2015	3 339 426	828 436
2016	10 093 052	1 185 865
2017	16 310 921	2 952 061
2018	14 719 722	2 823 872
2019	10 347 088	1 642 272
2020	18 842 501	3 022 194
Total général	73 652 710	12 454 700

Source : CRC d'après la région Centre-Val de Loire (tableau suivi financier)

¹⁰ L'ACI offre une rémunération de la part de l'assurance maladie spécifique et forfaitaire adaptée aux MSP et centres de santé, notamment pour valoriser la coordination, le travail en équipe et les systèmes d'information partagés.

À mars 2022, le montant total des subventions accordées par la région au titre du CPER 2021-2017 était de 0,86 M€, pour un montant de dépenses éligibles de 3,97 M€.

2.2.2 L'absence de diagnostic préalable à la conclusion des CPER et d'un bilan cartographique actualisé

Comme évoqué en première partie du présent rapport, afin de matérialiser la sous densité en matière de professionnel de santé dans le cadre du pacte régional de février 2022, la région a eu recours aux données officielles en libre accès produites par différentes sources. L'élaboration des deux CPER successifs n'a pour autant pas été l'occasion d'une étude spécifique :

- une étude transmise par la région au sujet du volet territorial du CPER 2015-2020 fait remarquer qu'il n'y a pas « vraiment eu de diagnostic des besoins dans le processus d'élaboration des besoins du volet territorial » ;
- même si le préambule du cahier des charges du CPER 2021-2027 indique que « le diagnostic territorial conduit dans le cadre de la préparation du CPER 2021-2027 souligne la situation difficile de la région Centre-Val de Loire au regard de l'offre de soins », aucune étude de cette nature n'a été menée pour préparer le nouveau CPER. N'ont été transmis que des éléments de bilan financier par les services de l'État et une étude sur le volet territorial soulignant la coordination plus approfondie entre acteurs publics sur les dossiers santé que sur les autres.

La chambre regrette l'absence d'un diagnostic et d'un bilan cartographié des financements, telle qu'esquissé dans la sous-partie précédente – constats qui pourraient être enrichis au vu des nombreux déterminants identifiés en première partie du présent rapport. Ce bilan cartographié devrait être actualisé au vu des structures fermées depuis le vote des subventions, voire distinguant celles ne réunissant plus le nombre minimal de professionnels ayant justifié le financement. Seule une évaluation sur un échantillon de MSP financées a été conduite en 2018 pour le compte exclusif de la région.

Outre des réunions sur le terrain et le processus d'instruction, un comité de programmation État-Région est régulièrement organisé mais sous la forme d'une consultation écrite. Les subventions sont ensuite présentées au vote des élus régionaux. Dans un but pédagogique vis-à-vis des services instructeurs de la dotation de soutien à l'investissement local (DSIL), des présentations ont été faites en 2022. Les services régionaux ont fait état de projets financés au titre de cette dotation sans avoir été instruits selon les critères du CPER.

2.2.3 Certaines garanties dans l'instruction des dossiers de demandes de subvention sont à renforcer

Selon l'article L. 6323-3 du code de santé publique, les conditions de l'exercice coordonné des professionnels de santé au sein d'une MSP doivent se concrétiser au sein d'un projet de santé rédigé par leur soin et compatible avec les orientations du schéma régional élaborées par l'ARS.

2.2.3.1 La concrétisation des progrès visant à mieux attester de l'engagement des professionnels

La référence à ce projet de santé est de plus en plus valorisée au fil des modifications du cahier des charges CPER. Il doit être l'élément fondateur et fédérateur de la MSP. Dans au moins un cas constaté lors de l'évaluation de 2018, le projet de santé pourtant signé a été rédigé par le maire pour obtenir l'avis favorable de l'ARS et ne paraissait pas connu des professionnels de santé paramédicaux. En réalité, les deux médecins généralistes signataires ont quitté très vite la structure. Cette même évaluation pointait l'intérêt, d'une part, de promouvoir la fonction de coordinateur, capable de faire vivre le projet de santé et, d'autre part, d'une répartition des charges validée en amont par l'ensemble des professionnels. Était envisagé le fait qu'il convenait de s'en assurer avant la validation des dossiers de demande de subvention.

La partie « projet médical » de l'annexe B du cahier des charges à compléter par le porteur de projet lors de sa demande de subvention reprend les informations essentielles du projet de santé. Les exigences relatives à la formalisation de l'engagement des professionnels se sont accrues au fil du temps. Dans le cahier des charges CPER 2015-2020 et la première version du CPER 2021-2027, l'annexe B du dossier de présentation devait également comporter la signature des professionnels de santé ainsi que leur quotient de travail. Ils doivent également signer le projet de santé pour marquer leur adhésion au projet. Dans les 12 dossiers antérieurs à 2022 consultés par la chambre, les signatures étaient diversement présentes, parfois sur des attestations individuelles à part. Des incohérences ont été relevées dans certains dossiers entre ces attestations et les signatures sur d'autres documents.

La version du cahier des charges validée en comité de programmation du 14 avril 2022 comporte désormais une annexe C dénommée « fiche d'engagement » que les professionnels de santé devront signer, permettant de s'assurer de l'adhésion des professionnels de santé à ce projet.

La chambre invite l'ordonnateur à s'assurer de la tenue des dossiers présentés au vote, en particulier que soit remplie de manière exhaustive la nouvelle annexe C qui doit être jointe pour chaque professionnel. Ces lettres d'engagement doivent permettre de recenser avec clarté leur nombre et leur quotient de travail au sein de la structure – éléments constitutifs du mode de calcul de la subvention.

Le degré réel d'engagement des professionnels de santé est de manière déterminante apprécié par l'agence régionale de santé et les co-financeurs à l'occasion de réunions de terrain. Il serait utile d'en conserver la mémoire au travers du compte-rendu formalisé de la dernière réunion.

2.2.3.2 La volonté de resserrer les types de porteurs de projet éligibles sans favoriser dans les faits le niveau intercommunal

Les projets financés au titre du CPER 2015-2020 sont portés dans la plupart des cas par des communes ou des EPCI à fiscalité propre (88 % répartis à parts quasi égales au sein du bloc communal). Deux projets de sociétés d'économie mixte (SEM) ont été identifiés.

Selon la dernière version du cahier des charges 2021-2027 validée en avril 2022, « sont éligibles les porteurs de projet suivants : les collectivités territoriales et les EPCI ou leurs

délégataires / prestataires. Dans ce dernier cas, il leur est laissé le soin de définir le montage contractuel adéquat pour la réalisation et l'exécution du projet ». La chambre :

- souligne l'absence de matérialisation concrète de l'encouragement au portage intercommunal, comme moyen pourtant affirmé « de favoriser le maillage et la pérennité des projets » ;
- relève l'exclusion des établissements publics qui ne seraient pas de coopération intercommunale, donc des hôpitaux et offices de l'habitat – précédemment éligibles.

2.2.3.3 Un contrôle des dépenses éligibles qui n'apparaît pas dans les pièces d'instruction des dossiers de demande de subvention

Les dépenses éligibles aux subventions concernent des travaux de construction ou de réhabilitation des bâtiments, le mobilier de base des parties communes, des acquisitions foncières et immobilières, voire l'aménagement de leurs abords directs. Elles excluent l'acquisition de matériel professionnel sauf pour les centres de santé.

Même si aucune pièce spécifique n'est requise à cet égard dans le cahier des charges, la région estime qu'elle peut contrôler la nature des dépenses notamment au regard des libellés du plan de financement ou des autres pièces non obligatoires déposées de façon spontanée par les collectivités (avant-projet définitif, etc.). Cependant, ce contrôle n'est formalisé dans aucun document, notamment pas dans les fiches de synthèse établies à l'issue de l'instruction des demandes de subvention. Le mode de calcul des financements repose certes sur des sommes forfaitisées par professionnel de santé mais il n'en reste pas moins que la collectivité doit se prémunir de financer des dépenses sans lien avec l'objet des subventions. Ce peut être le cas s'agissant de l'aménagement d'abords plus ou moins « directs ».

En réponse aux observations de la chambre, l'ordonnateur précise qu'un contrôle de cohérence des dépenses prises en compte est effectué au cours de l'instruction par les services régionaux. Il n'est cependant pas traçable au vu des pièces à la disposition de la chambre.

2.2.3.4 L'absence d'évaluation de l'aide financière éventuelle accordée aux professionnels de santé

Les versions successives du cahier des charges prévoient que la fixation d'un loyer « compatible avec le prix du marché » est obligatoire. La rédaction de la liste des pièces à fournir pour la période 2021-2027 prévoit pour la première fois une « attestation du maître d'ouvrage s'engageant à pratiquer un loyer au prix du marché ».

Cette fixation des loyers est en effet essentielle car elle conditionne la viabilité des projets et permet d'évaluer leur attractivité et l'aide apportée aux professionnels, ou à l'inverse l'enrichissement sans cause du maître d'ouvrage. Comme mentionné précédemment, il convient de rappeler que le régime de l'article L. 1511-8 introduit une présomption de régularité des aides, qui n'exclut pas de mesurer l'usage des fonds publics.

Selon les services de la région, le loyer ne doit pas être substantiellement supérieur ou inférieur au prix du marché. En effet, elle ne souhaiterait ni un prix trop élevé dissuasif ni à

l'inverse un prix trop bas, ce qui constituerait un « avantage injustifié consenti au professionnel de santé sans qu'il existe un intérêt général ». L'évaluation diligente en 2018 relevait d'ailleurs que le loyer est un facteur clef d'attractivité ou d'aversion pour les professionnels de santé de la MSP et que pour rester attractant, le loyer au mètre carré par mois devrait être compris entre 10 € et 12 €. Cette estimation est cependant fournie sans référence aux prix des marchés locaux.

Toujours selon les services régionaux, des prix anormaux pourraient constituer une cause de rejet de la demande de subvention, sans qu'un tel cas ait été identifié. La région tient un tableau de bord avec une échelle de valeur sur les prix de location qui permettrait de détecter de tels montants anormaux. La chambre observe :

- qu'en l'espèce, il s'agit d'un tableur compilant les informations recueillies au moment des demandes de subvention. Sur le tableau fourni, le prix du loyer par an et par mètre carré n'est complété que pour la moitié des dossiers recensés ;
- sans mises à jour, les données les plus anciennes datent de 2008 ;
- le tableur n'indique pas la nature ou l'ampleur des travaux (construction neuve ou réhabilitation et/ou extension de bâtiments existants) ;
- dans quelques-uns des dossiers contrôlés, les porteurs de projet ont transmis des documents établis par un notaire confirmant que le prix de location est conforme au prix du marché ou encore un avis des domaines sur la valeur locative.

Au-delà de la donnée brute que représente le loyer au m², il convient de prêter attention au mode de calcul retenu par les bailleurs. Les surfaces communes - un tiers de la surface louée - sont ainsi exclues du calcul dans un des dossiers contrôlés.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, la chambre considère que la connaissance que se donne la région est insuffisante. L'obligation de fournir une attestation n'a été inscrite qu'à partir de 2021. Davantage qu'une « attestation du maître d'ouvrage s'engageant à pratiquer un loyer au prix du marché », il serait préférable d'exiger systématiquement le contrat de bail accompagné d'une estimation du prix du marché garantie par un tiers. Le cas échéant, le contrat de bail pourrait n'être exigé qu'au moment de la demande de versement du solde de la subvention.

En soi, l'allocation d'une aide via la fixation d'un prix inférieur au marché est possible dans le cadre de l'article L. 1511-8 du CGCT. Favoriser l'attractivité pour les professionnels de santé est d'ailleurs l'enjeu majeur pour les porteurs de projet, en contradiction avec l'attestation demandée par la région.

Dans ce cas, l'aide est légale à la condition d'une localisation en zones sous-denses telle que reconnues par l'agence régionale de santé. Une localisation hors zonage est possible seulement si la structure participe à la permanence des soins (hors des heures ouvrées). Pour mémoire, le zonage de l'agence régionale de santé n'a pas été retenu comme référence dans le cahier des charges CPER 2015-2020. Il l'est dans l'édition 2021-2027, sous la réserve toutefois d'implantation dans ou « à proximité » du zonage. Si le zonage n'est pas respecté, le prix du marché reste l'unique référence légale pour apprécier l'existence et la légalité de l'aide.

Dans la mesure où une aide est envisageable voire probable en raison de la nature même de l'intervention publique, son évaluation doit systématiquement s'appuyer sur un prix de marché vérifié. À l'inverse, les garanties sur des prix surévalués seraient plus solides. Le renforcement des exigences sur ce point fait l'objet d'une recommandation de la chambre.

Recommandation n° 1 : Obtenir systématiquement une estimation garantie par un tiers du prix de marché des locations ainsi que le contrat de bail avant versement intégral des subventions afin de créer les conditions de la transparence des aides publiques à des personnes privées.

Du point de vue de la région, la commune ou l'intercommunalité doit se constituer garante en s'engageant à prendre à sa charge la perte de recette en cas de vacance d'un cabinet médical, les autres professionnels de santé restant ne devant pas voir augmenter leur loyer en raison de cette situation. La version d'avril 2022 du cahier des charges rend même obligatoire, à cet effet, la signature d'une convention entre la collectivité et son délégataire, à remettre lors du dépôt de la demande de subvention. Selon la synthèse établie lors de l'évaluation précitée de 2018, les charges liées au fonctionnement de la MSP peuvent constituer un sujet de tension au sein de ses membres. Le départ d'un des professionnels de santé est susceptible de remettre en cause l'équilibre financier de chaque membre de l'équipe. Aussi, la prise en charge par le porteur du projet de la part du loyer relatif à un local vacant est de nature à diminuer le risque financier des professionnels de santé travaillant dans la structure. Comme les autres types d'aides prévues à l'article L. 1511-8 du CGCT, cela n'est envisageable que sous réserve des conditions de localisation énoncées aux paragraphes précédents.

Un porteur de projet peut être amené à vendre le bâtiment objet d'une subvention au titre du CPER. Afin d'éviter tout enrichissement sans cause de la collectivité, la région a indiqué que le bénéficiaire devrait sous certaines conditions rembourser les aides publiques obtenues au regard d'un bilan financier intégrant l'intégralité des dépenses et des recettes. Un seul cas a été identifié, hors de la période de contrôle. Le régime retenu paraît différent de celui institué par le règlement général des aides régionales.

Les notifications aux bénéficiaires, même les plus récentes, n'évoquent par ailleurs pas l'hypothèse de la revente.

2.2.3.5 L'abandon du critère géographique

Dans sa version 2015-2020, le cahier des charges requérait une absence de concurrence entre structures avec une distance minimale de 20 km entre deux MSP en milieu rural. Selon la région, cette règle, qui a été supprimée depuis, avait été instituée pour permettre une couverture de l'ensemble de la région, après le constat d'une concentration des demandes de subventions sur quelques départements. Au vu des dossiers contrôlés, elle n'a pas été observée systématiquement, sans que ces exceptions reposent sur une analyse de la « réalité des bassins de patientèle » - termes employés dans le cahier des charges. Cette mention a disparu du cahier des charges 2021-2027 au profit d'une simple contribution au maillage du territoire.

La chambre constate que la collectivité se prive d'un levier si ce n'est pour rejeter des demandes, mais au moins pour envisager des soutiens différenciés en fonction d'une analyse territoriale. Dans une note de janvier 2022 relative à un projet d'une équipe de soins primaires, les services de l'ordonnateur faisaient certes l'inventaire des critères non remplis pour justifier une proposition de rejet de financement mais ils mettaient aussi en avant que le projet venait s'ajouter à deux autres MSP situées à 2 km et elles-mêmes seulement distantes de 600 mètres l'une de l'autre, l'une financée par la région ayant déjà fragilisé l'autre. Cette situation n'est donc pas uniquement théorique.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a indiqué s'en tenir strictement au zonage de l'ARS sans envisager aucune forme de différenciation géographique.

2.2.3.6 Une attention portée à la modularité et à l'optimisation des locaux

La région indique attacher une attention particulière à la modularité du projet, le but étant que le bâti puisse s'agrandir au fur et à mesure de la croissance des effectifs de la structure. L'une des préconisations de l'évaluation de 2018 invitait à privilégier «la polyvalence, l'extensibilité et la modularité des espaces », pour permettre notamment l'agrandissement des MSP. Néanmoins, le mode de calcul de la base subventionnable, assis sur le nombre de professionnels de santé, peut-être à cet égard désincitatif.

Le cahier des charges du CPER 2021-2027 prévoit que « les travaux devront être entrepris en concertation avec les professionnels de santé et l'optimisation des coûts du projet devra être démontrée. ». En effet, l'évaluation externalisée en 2018 avait relevé des erreurs de conception dans certaines MSP avec notamment une isolation phonique et thermique insuffisantes. Par ailleurs, la taille de la MSP doit rester proportionnée pour éviter des loyers considérés comme excessifs. La consultation des plans par la région doit lui permettre par exemple de vérifier l'existence d'un secrétariat commun ou d'une salle de réunion pluriprofessionnelle.

2.2.4 Certains critères d'obtention d'un financement de l'immobilier à préciser

Quel que soit l'item sur le volet organisation des soins, la région se réfère avant tout à l'avis de l'ARS qui suit une grille uniformisée depuis quelques années. Son caractère favorable ou non constitue le véritable déterminant.

Or, la chambre relève que le délai entre l'avis de l'ARS et le passage en comité de programmation État-région des dossiers est parfois de plusieurs années, alors même qu'il repose en partie sur des déclarations d'intention des professionnels.

Tableau n° 4 : Dates des avis de l'ARS et des réunions du comité de programmation

	MSP Néronde	MSP Bourges	MSP Cœur de France	MSP Villemeux/ Eure	MSP Authon du Perche	MSP Valençay	MSP Monts	MSP Vendôme	Orléans Saint- Marceau
Date avis ARS	Juil. 19	Sept. 19	Août. 17	Avril 18	Oct. 18	2013 à 2017	Mai 18	Nov. 18	Janv. 17
Date de réunion du comité de programmation	Sept. 19	Oct. 20	Oct. 21	Juil. 19	Oct. 19	Mai 19	Nov. 20	Avril 20	Sept. 18

Source : CRC d'après la région

La pluriprofessionnalité et l'exercice coordonné sont appréciés au cas par cas. Les critères relèvent parfois du simple constat de ce qui est envisagé par les professionnels. Les services de la région comme ceux de l'ARS ont indiqué que l'appréciation de la crédibilité des engagements repose en grande partie sur les échanges oraux à l'occasion de réunions de terrain.

Le cahier des charges fixe une liste de critères obligatoires : le projet de MSP doit en particulier comporter un noyau dur de deux médecins et deux paramédicaux, une salle de réunion, un local pour un secrétariat commun ou encore un système d'information commun. Le niveau d'exigence requis résulte dans les faits de l'avis de l'ARS qui applique les critères de ses propres aides directes aux professionnels (accord conventionnel interprofessionnel – ACI). Le système d'information commun n'est toutefois véritablement requis que depuis le nouveau cahier des charges.

2.2.4.1 La prise en charge des soins non programmés, une valorisation sans effet pratique dans l'instruction des demandes de subvention

Les services régionaux ont indiqué que cette prise en charge est de plus en plus valorisée mais son absence ou son existence limitée ne constituent pas une cause de rejet, pas davantage qu'elles n'ont d'incidence financière.

Prise charge des soins non programmés et structures d'exercice regroupé dans le projet de santé de l'ARS 2018-2022

L'objectif opérationnel n° 10 du projet de l'ARS a trait à l'organisation de la réponse ambulatoire et hospitalière face aux besoins de soins non programmés. L'ARS considère en particulier que la prise en charge des soins non programmés sur les périodes d'ouverture des cabinets de médecine générale réduirait le nombre de passages dans les services d'urgences des établissements. Aussi, l'ARS voudrait qu'il existe une réponse connue, graduée, coordonnée et régulée entre les structures hospitalières et la médecine de ville pour orienter l'utilisateur du système de santé vers le lieu de prise en charge le plus adapté à la situation. En période diurne, l'ARS souhaite élargir l'offre d'accueil non programmé en médecine de ville en incitant notamment les structures de santé pluriprofessionnelles à organiser l'accès à des soins non programmés.

La région, qui partage les propositions de l'ARS, a rappelé dans son avis sur le projet régional de santé que les structures d'exercice regroupé financées par l'État et la Région sont encouragées à « réserver des plages horaires pour les soins non programmés, avec parfois une salle de « petites urgences », avec connexion directe vers l'extérieur pour approche des véhicules de secours ». Encouragée initialement, la présence d'une salle dédiée n'est pas considérée dans les cahiers des charges comme un élément obligatoire.

Au regard des avis de l'ARS consultés par la chambre, l'organisation mise en place pour assurer la prise en charge des soins non programmés est très diverse et fait l'objet de simples constats.

Compte-tenu de l'enjeu de non report vers des services d'urgence hospitalières, il s'agit d'un critère sur lequel préciser les attendus en lien avec l'ARS, dont les services ont confirmé le nécessaire renforcement.

La chambre observe par ailleurs que n'est jamais précisé si la prise en charge déjà existante des soins non programmés concerne ou non la patientèle connue ayant pour médecin traitant l'un des professionnels de la structure.

2.2.4.2 L'incertitude sur la nature du secrétariat commun

Les services de la région ont indiqué vérifier systématiquement l'existence d'un local dédié au secrétariat. L'expression « secrétariat commun » était présente dès le cahier des charges 2015-2020.

Or, parmi les dossiers consultés, la mutualisation du secrétariat comporte une multitude de formes (accueil, orientation, numéro unique, comptabilité...), physique ou déporté, restreinte à certains professionnels de santé ou non. Il s'agit parfois d'une simple annonce générale. Pour la MSP de Monts, l'avis ARS mentionne : « il n'est pas précisé dans le projet de santé si le secrétariat est mutualisé mais cette mutualisation est envisagée dans le cadre des nouveaux locaux ».

Là encore, une clarification sur les attendus paraît nécessaire. L'exigence, légitime du point de vue de l'utilisateur, ne relève toutefois pas directement du soin.

2.2.5 La vigilance à observer sur la destination des financements accordés

2.2.5.1 Développer la connaissance de l'exercice réel de la pluriprofessionnalité

Pour obtenir un financement, l'organisation de l'équipe doit comprendre un noyau dur de professionnels de santé, la structure d'exercice structurée devant être composée, *a minima*, de deux médecins généralistes et deux paramédicaux dont un infirmier. La quotité minimale d'activité en son sein est définie en vue de l'éligibilité et du calcul de la subvention.

La composition des structures d'exercice regroupé dans le projet régional de santé de l'ARS

L'ARS estime que l'organisation pérenne est favorisée par une taille critique suffisante (de l'ordre d'une dizaine de professionnels de santé, dont quatre généralistes). Cependant, la région a considéré que l'objectif minimum de quatre médecins constituerait un frein au développement des MSP et ne lui paraissait pas adapté pour l'achèvement du maillage territorial. C'est ce seuil de deux médecins qui a été retenu dans les deux CPER successifs, donc applicables également au financement de l'État.

La chambre a observé dans un des dossiers contrôlés que ce seuil a été considéré par des professionnels de santé comme insuffisant pour assurer une prise en charge des soins non programmés.

Afin d'encourager l'installation d'un maximum de médecins, la région a abaissé les quotités minimales. L'exercice mixte libéral dans la MSP et salarié dans un autre établissement (en EHPAD par exemple) doit s'en trouver facilité, même si en pratique le temps médical et l'offre de soins restent réduits. Ainsi, depuis 2018, le temps d'exercice minimum au sein d'une MSP (hors spécialistes) pour intégrer la base subventionnable est passé d'un mi-temps à 40 %. De la même façon, la région a réduit de 50 % à 30 % le temps d'exercice au sein d'une MSP d'un médecin spécialiste pour déclencher l'aide régionale d'une part, encourage la consultation avancée de spécialistes dans les MSP par le financement d'un cabinet non affecté par structure d'autre part.

La pluriprofessionnalité et l'exercice coordonné sont appréciés dans les avis de l'ARS au cas par cas, au vu principalement de deux leviers : des protocoles de prise en charge des patients pour certaines pathologies et des réunions régulières. La chambre souligne toutefois que :

- par nature même, dans les deux cas, il ne s'agit que d'annonces, les travaux pouvant être à un stade d'avancement divers. Les services de la région comme de l'ARS ont insisté sur la conviction acquise d'une dynamique commune à l'occasion de leurs échanges oraux avec les professionnels de santé. Les co-financeurs n'ont ensuite pas de visibilité sur leur mise en œuvre ;
- si parmi les douze dossiers consultés et le panel de MSP étudiés en 2018, les réunions régulières sont très souvent annoncées, il n'est parfois question que d'échanges « non formalisés entre midi ou le soir après les consultations ». L'évaluation de 2018 a permis de constater dans certains cas une absence de cette forme de coordination.

L'observatoire des MSP annoncé par l'ordonnateur dans sa communication de février 2022 pourrait être l'occasion d'enrichir la connaissance dans le temps des modalités réelles du caractère pluriprofessionnel.

L'une des modalités envisagées pour anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et en perte d'autonomie (objectif opérationnel n° 16 du PRS), est de promouvoir le développement d'une offre adaptée à ces patients notamment dans les projets médicaux des maisons de santé pluridisciplinaires ou pluriprofessionnelles. Dans son avis sur le PRS, la région indique que les professionnels de santé des structures d'exercice regroupé seront encouragés à intégrer ce point dans leur projet de santé. Or, ce point ne figure pas dans les cahiers des charges mais peut être intégré dans les projets de santé.

2.2.5.2 Les réserves et garanties à prendre vis-à-vis des exercices coordonnés sans regroupement physique - le concept des « MSP hors les murs »

Le regroupement dans les mêmes locaux n'a jamais été une condition de financement décisive.

Ainsi, le cahier des charges 2015-2020 prévoyait le subventionnement de structures ne respectant pas ses critères. C'est ainsi que des cabinets secondaires ou satellites de MSP ont fait l'objet de subventions à la même hauteur que les projets classiques, sous réserve d'une adhésion

au projet de santé. Une dizaine de dossiers sur près de 60 ont relevé de cette catégorie. Cette disposition a été supprimée du nouveau cahier des charges.

Pour autant, elle pourrait ressurgir en pratique via une nouvelle catégorie introduite dans le cahier des charges 2021-2027. Ce concept dit de « MSP hors les murs » inclurait des professionnels de santé travaillant en réseau, mutualisant certaines fonctions sans pour autant être tous regroupés dans les mêmes locaux. Outre le nombre de professionnels, les conditions minimales sont ici plus précises que dans le cas général :

- le secrétariat partagé, via un numéro de téléphone unique ;
- la gestion commune des agendas et des absences, en vue de l'organisation de la continuité des soins ;
- la mise en place d'un système d'information partagé, a minima l'utilisation des outils de E-parcours (reconnaissance nationale de bouquets de services numériques répondant à une logique de prise en charge décloisonnée).

Le cahier des charges indique que seuls les projets immobiliers en portage public pourront être financés. Cette restriction n'épuise cependant pas les réserves que la chambre nourrit à l'endroit de cette souplesse :

- les « MSP hors les murs » telles que décrites pourraient s'apparenter à une simple série de cabinets individuels. L'attractivité au départ d'un professionnel, argument souvent avancé pour justifier le modèle des MSP, n'apparaît pas acquise ;
- les porteurs de projet pourraient être de ce fait eux aussi enclins à une souplesse dans leur gestion locative voire davantage incités à des rachats par les professionnels de santé.

Si les co-financeurs acceptaient en pratique de tels projets, la chambre insiste sur la nécessité d'assurances particulières sur le respect, dans le temps, des critères d'éligibilité et sur le traitement du cas d'un changement d'affectation à d'autres fins.

L'ordonnateur n'a apporté aucun élément en réponse aux réserves de la chambre sur le concept des « MSP hors les murs ». Il a fait état de la simple possibilité d'un reversement de la subvention en cas de revente comme elle existe pour tout projet.

2.2.6 Le choix d'accepter le financement de structures ad hoc et de favoriser le développement des centres de santé

2.2.6.1 La possibilité d'un financement de structures avec des critères moins exigeants

Une dizaine de structures comportant un seul médecin généraliste ont bénéficié de subventions selon le tableau de recensement des effectifs au moment de l'instruction des dossiers.

Plus généralement, les cahiers des charges laissent ouverte la possibilité de financer des projets spécifiques selon des modalités définies au cas par cas. Cela couvre par exemple les

structures accueillant un médecin secondé par un infirmier à pratique avancée (IPA) et deux paramédicaux.

2.2.6.2 Un encouragement de plus en plus marqué en direction des centres de santé

Les travaux immobiliers en vue de créer des centres de santé (CDS), qui sont des structures d'exercice regroupé de professionnels salariés, peuvent être financés dans le cadre des CPER. Les porteurs de projet et les critères de sélection ont toujours été annoncés dans les cahiers des charges comme similaires au cas des MSP. Toutefois, des spécificités et des évolutions rédactionnelles sont soulignées par la chambre.

S'agissant des porteurs de projet, la mise à jour d'avril 2022 contient toujours la mention selon laquelle les établissements de santé peuvent être gestionnaires de CDS. Pour autant, ils ne sont plus éligibles à une subvention, seules les collectivités et les intercommunalités (ou leurs délégataires/prestataires) le sont.

Dans la mouture 2015-2020, le projet de santé devait être transmis après l'ouverture du centre de santé et le recrutement des salariés, ceux-ci ayant vocation à alimenter, adapter et faire vivre ce projet. Depuis les dernières mises à jour, l'ARS doit valider le projet de santé avant le démarrage de l'activité. Cependant, il s'agit d'un contrôle administratif léger où les informations requises sont le nom d'au moins un professionnel de santé ainsi que la description du projet par la collectivité. Il n'est plus exigé de nombre minimal de médecin (pas de « noyau dur » de professionnels comme pour les MSP). Selon les services régionaux, la dimension pluriprofessionnelle des centres de santé ne serait même plus obligatoire, au nom d'une certaine spécialisation (cf. par exemple CDS de soins infirmiers). Versée par l'assurance maladie, la ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) des médecins va conditionner le projet du centre de santé. Du point de vue de la région et de l'État, les critères minimaux à remplir relèvent davantage de simples constats d'existence :

- l'état de carence du territoire et la contribution au maillage régional ;
- l'expression des besoins de santé du territoire qui appellent la réalisation d'un centre de santé ;
- la carence de l'initiative privée en matière de projets d'exercice regroupé ;
- la liste des professionnels de santé ;
- les objectifs définis et des actions envisagées en matière d'exercice coordonné et de prévention santé ;
- l'articulation envisagée de la structure avec les autres structures sanitaires et sociales du territoire (hôpital, EHPAD, autres professionnels...).

Il convient de rappeler pour mémoire qu'entre la période 2015-2020 et 2021-2027, la région a pris la décision de créer un groupement d'intérêt public (GIP) chargé de gérer des centres de santé.

Outre un personnel salarié, la spécificité majeure d'un CDS consiste en l'application du tiers payant et l'absence de dépassement d'honoraires. Dans l'hypothèse où un CDS et une MSP partagent les mêmes bâtiments comme à Éguzon-Chantôme, les deux réserves émises par les co-financeurs sont que le patient puisse identifier clairement à quelle structure il s'adresse en délimitant physiquement les deux entités et que les prestations de la MSP ne donnent pas

lieu à un dépassement d'honoraires. À ce jour, ni la MSP ni le CDS d'Éguzon-Chantôme n'accueillent de médecins.

C'est dans la délibération « 35 mesures pour garantir l'accès aux soins de tous en Centre-Val de Loire : un droit fondamental, une priorité majeure » du 19 octobre 2017 que la région a acté sa volonté de faciliter le développement de l'exercice salarié des professionnels de santé au sein de CDS en portant la subvention pour ces structures de 50 % à 70 %. La part de l'État étant constante, c'est la contribution régionale qui a vocation à être majorée. L'effort consenti a même été porté à 80 % à la fin du CPER 2015-2020 et maintenu depuis. Selon les services régionaux, cette hausse de la participation a pour objectif de compenser l'absence de loyers dans le cas des CDS. La collectivité régionale souhaite offrir certes tous les choix possibles aux professionnels mais la chambre constate l'accumulation des mesures et contre-mesures correctrices. Compte tenu de son engagement au titre du CPER sur le volet immobilier et au titre du GIP sur le fonctionnement, l'orientation donnée apparaît clairement en faveur du développement de centres de santé.

2.2.7 Pour les maisons de santé pluriprofessionnelles, des modalités financières assises sur le nombre de professionnels

Dans le cas des MSP comme des CDS, la base subventionnable est sans lien avec le montant des investissements. Pour les MSP, le taux de subvention est de 50 % plafonné à 110 000 € par professionnel de santé dans la limite de 20 professionnels¹¹. La version d'avril 2022 du cahier des charges a supprimé ce plafond, sachant que les travaux d'extension peuvent faire l'objet d'une nouvelle demande financière en fonction des installations supplémentaires. Comme évoqué ci-dessus, le taux passe à 80 % pour les CDS, sans qu'il y ait de liste de professionnels. L'unité subventionnable est alors l'espace aménagé pour accueillir un professionnel de santé, le secrétariat ou une salle de réunion dans la limite de 20 bureaux ou espaces.

Quelques bonifications sont clairement identifiées :

- la présence d'un logement pour stagiaire fait l'objet d'un bonus de 60 000 € (maximum deux logements finançables). La région souhaiterait que des médecins deviennent maîtres de stage des IPA : en effet, le nombre d'IPA formés étant réduit, les étudiants ne trouvent pas de stage auprès de leurs pairs. La synthèse de l'étude conduite en 2018 souligne qu'au sein du panel, la présence de maîtres de stage est nettement majoritaire. Il s'agit d'un levier avéré de recrutement. Ainsi, d'après la même étude, près de 40 % des MSP ont bénéficié d'une installation suite à un stage. Parmi les dossiers consultés par la chambre sur un échantillon plus récent, la plupart

¹¹ Il s'agit des conditions financières du CPER 2021-2027, le précédent CPER étant moins favorable notamment avec un plafond de 100 000 € par professionnel. Les professionnels de santé éligibles pour déterminer la dépense subventionnable sont : médecins généralistes, infirmiers et infirmiers en pratique avancée, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ergothérapeutes, psychomotriciens, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, diététiciens, psychologues et dans la mesure où ils exercent leur activité au moins 2 jours par semaine dans le cadre de la MSP. Les médecins spécialistes sont éligibles dès lors que leur engagement à exercer au sein de la MSP est d'au moins 1,5 jour par semaine.

- disposent de maîtres de stage et de lieu d'hébergement ;
- la performance environnementale du bâti (+ 10 % de la part de la région), conformément à sa politique générale ;
- l'inscription dans le périmètre d'une opération de revitalisation du territoire (+ 10 % de la part de l'État). Une ORT vise la requalification d'ensemble d'un centre-ville ;
- pour les MSP uniquement, 40 000 € par bureau d'assistant médical, dans la limite de deux ;
- pour les CDS uniquement, l'acquisition de matériels professionnels destinés à l'accueil de spécialistes peut également être financée, au taux de 80 %, (dont 25 % maximum à la charge de l'État), d'une dépense plafonnée à 200 000 €.

2.2.8 Un suivi des effets à renforcer

2.2.8.1 Le constat d'un dispositif de suivi insuffisant

Le cahier des charges CPER 2015-2020 précisait que chaque MSP financée devait transmettre chaque année à l'ARS une grille de suivi permettant à cette agence de mesurer les facteurs de réussite ou les difficultés rencontrées. La région n'a pas connaissance de ces envois et de la production de rapports annuels tel que cela était annoncé. Cette disposition n'a pas été reprise dans le cahier des charges 2021-2027, dans lequel figure la possibilité de questionnaires transmis par la région ou l'État. Il est indiqué que les structures s'engagent à répondre mais pour autant aucun document ne matérialise cette obligation. La région n'a pas de lien juridique avec les professionnels de santé.

La nouvelle version du cahier des charges (annexe C) adoptée au printemps 2022 prévoit la signature par chaque professionnel de santé d'une lettre d'engagement type. Cette dernière comprend notamment un item relatif à leur lieu d'exercice antérieur. En règle générale, la plupart des professionnels de santé sont issus de la commune d'implantation de la MSP qui est donc un simple regroupement d'activité. La région considère que le financement de telles MSP rend le territoire attractif pour d'autres professionnels. Or, cet argument justifiant l'intervention régionale ne peut être corroboré en l'absence de suivi régulier dans le temps.

Il n'existe d'ailleurs pas de conventionnement avec les porteurs de projets publics. Les subventions font l'objet de notifications qui ne font apparaître aucune obligation particulière relative au type de projet financé.

La mise en place d'un conventionnement pourrait intégrer des obligations de remontée d'informations, dont l'ampleur n'aurait à l'évidence pas vocation à être chronophage. Sans cela, la concrétisation d'un observatoire des MSP tel qu'annoncé par l'ordonnateur dans le pacte régional de février 2022 paraît aléatoire. Une recommandation est adressée en ce sens.

Recommandation n° 2 : Mettre en place des conventions de financement intégrant un engagement de remontée d'informations à l'observatoire annoncé des maisons de santé, afin de créer les conditions de sa réussite.

2.2.8.2 Les enseignements de l'évaluation conduite en 2018 et l'appréciation des services de l'ARS à l'occasion du zonage 2022

Comme cela a été mentionné *supra*, une évaluation d'ampleur mais ponctuelle a été confiée à un prestataire privé en 2018 sur un échantillon de 28 MSP. Une centaine de professionnels a été rencontrée. Des monographies et une synthèse ont été produites, dont quelques exemples ont été extraits pour illustrer les paragraphes qui précèdent.

D'une manière générale, la synthèse souligne les freins et les facteurs de réussite lors de la conception du projet ou de ses premières années de vie qui ont trait aux aspects organisationnels ou immobiliers. La région a adapté son cahier des charges en fonction de ces enseignements, en particulier sur le projet immobilier (exemple du besoin de modularité et d'extensibilité des locaux).

La synthèse recense les bonnes pratiques pour assurer la pérennité de MSP une fois créées. Elle souligne l'importance des différents volets des projets de santé qui doivent fédérer et obtenir l'adhésion de l'ensemble des professionnels de santé. Certains éléments n'ont en revanche pas donné lieu à des suites, en particulier les assurances sur la fixation à l'avance de règles de répartition des charges entre professionnels de la MSP.

En s'appuyant sur l'évaluation conduite auprès de 28 structures, l'ordonnateur a affirmé en 2019 dans une communication que les deux tiers de l'échantillon ont augmenté leur nombre de professionnels de santé et que 80 % d'entre elles ont vu leur nombre de médecins se stabiliser ou augmenter. L'évaluation soulignait aussi l'enjeu de la pyramide des âges de chaque MSP. La moitié de l'échantillon comptait des médecins de plus de 55 ans. La présence de maîtres de stage, encouragée par la collectivité, est un moyen d'anticiper les remplacements de départs en retraite.

Pour leur part, les services de l'ARS attribuent l'amélioration de l'accès aux soins dans trois territoires de vie-santé (TVS) à l'installation de jeunes médecins attirés par des projets d'exercice coordonné. Il s'agit des TVS de Château-Renault, Monts et Jargeau. Dans le cas du secteur de Monts, le regroupement préexistait en fait au projet de MSP porté par la commune laquelle a été sollicitée par les professionnels sur place.

En tirant les leçons de la littérature internationale, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a indiqué en décembre 2021 dans une étude récente que les déterminants de l'installation d'un médecin sont multiples. Cette étude retient par ordre d'importance :

- un ensemble de facteurs personnels relatifs aux attaches que le professionnel a vis-à-vis d'un territoire ;
- les conditions d'exercice, comme la possibilité de maîtriser la charge de travail ;
- les aspects financiers, qui apparaissent dans certains cas secondaires par rapport aux « autres conditions de l'épanouissement professionnel ». L'incitation doit être très importante pour avoir une incidence. Des effets de court terme existent pour les dispositifs en direction des étudiants en contrepartie d'engagement de service ;
- et enfin, les commodités offertes sur le territoire.

L'augmentation du nombre de places en formation médicale, la sélection d'étudiants parmi les communautés défavorisées en termes d'accès aux soins ainsi que la restriction de la

liberté d'installation sont des stratégies mentionnées par la DREES. Elles ne relèvent cependant pas d'un choix local et l'étude pointe l'inefficacité de mesures isolées.

2.3 Un engagement en faveur du développement de la télémédecine bien qu'en deçà des attentes figurant au contrat État-région

La télémédecine peut prendre deux formes. Il s'agit de la téléconsultation qui est une consultation à distance entre un médecin et son patient via des moyens de vidéotransmission sécurisés et la télé-expertise qui permet à un médecin de solliciter par vidéo ou messagerie sécurisée l'avis d'un confrère face à une situation médicale donnée (lecture de diagnostic, analyses, avis sur un traitement...).

2.3.1 Une surestimation des crédits par rapport aux projets concrétisés sur 2015-2020

Les projets ciblés devaient permettre la télésurveillance pour assurer le maintien à domicile de personnes atteintes de maladie chronique notamment dans les milieux ruraux isolés et la télémédecine dans les structures d'exercice coordonné et les EHPAD. Les services de la région ont indiqué que l'ARS avait été à l'initiative de cette proposition. L'instruction des dossiers était traitée au fil de l'eau.

Dans les faits, les aides ont été limitées à la télémédecine, solution complémentaire permettant de limiter les déplacements, d'éviter le renoncement aux soins, de réduire les délais de prise en charge, de renforcer l'accès des patients à un parcours de soin ou encore d'éviter certaines hospitalisations. En effet, il n'y a eu aucune proposition de projets de télésurveillance pour assurer le maintien à domicile des personnes atteintes de maladies chroniques.

Au titre du CPER 2015-2020, la région avait prévu des crédits à hauteur de 2,5 M€ sur cette thématique. Le tableau récapitulatif transmis par la préfecture de région permet de constater que l'appréciation initiale du montant des financements s'est avérée être près de cinq fois plus élevée que le montant finalement engagé.

Tableau n° 5 : Bilan du CPER 2015-2020 - volet Santé- E santé (31 décembre 2020)

En euros	Financement sur la période	Programmé	Engagé	Mandaté
État	1 000 000	287 477	261 588	147 676
Région	2 500 000	616 215	496 860	237 406
TOTAL	3 500 000	903 692	758 448	385 082

Source : CRC d'après le bilan financier transmis par le SGAR

2.3.2 Une insertion dans l'organisation territoriale des soins à vérifier

Alors que les précédents dossiers étaient traités au fil de l'eau, le CPER 2021-2027 a introduit la forme de l'appel à projet. À la date du présent rapport, deux appels à projet ont été lancés. La totalité des subventions relatives au premier appel à projet, réalisé d'avril à juin 2021, n'avait pas été notifiée à la date de rédaction du présent rapport, en raison de compléments d'information demandés par l'ARS. Le second, qui s'est déroulé de décembre 2021 à mars 2022 est en cours d'instruction avec 60 dossiers reçus.

Le nouveau cahier des charges comporte trois axes :

- le développement de la télésanté, dans le cadre d'appels à projets, par le financement de matériels pour équiper les MSP, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou les établissements médico-sociaux ;
- le maintien à domicile, avec notamment la mise en place d'une plateforme de télé suivi et de télésurveillance médicale pour accompagner les professionnels intervenant à domicile dans le cadre du suivi des patients atteints de maladies chroniques ;
- le soutien au développement de l'innovation et de l'expérimentation (exemples : unités mobiles de télésanté, showrooms pour démonstration auprès des professionnels de santé).

Si le taux de subventions est fixé à 80 % de la dépense subventionnable pour les deux premiers axes, il est défini au cas par cas pour le dernier axe.

Au total, la chambre relève que :

- les dossiers de télémedecine (CPER 2015 et 2021) sont moins onéreux qu'attendus et qu'ils peuvent contenir une part de fonctionnement. À ce stade, il y a toujours eu plus de crédits que nécessaire au vu des dossiers présentés. Un recentrage vers des projets moins onéreux a été annoncé ;
- les services régionaux souhaiteraient fluidifier le dispositif, en repassant au moins pour partie à une logique de traitement au fil de l'eau des dossiers. Au titre du CPER 2021-2027, la région a inscrit des crédits à hauteur de 1,55 M€ pour financer l'e-santé ;
- pour garantir un service de qualité, le pacte régional de février 2022 paraît conditionner le soutien, d'une part, à l'intervention de personnels qualifiés pour assurer un lien humain entre le patient et le médecin à distance et, d'autre part, à l'avis de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), de façon à assurer l'insertion du projet de télémedecine dans l'organisation territoriale de soins. Ce conditionnement reste à vérifier en pratique.

2.4 La recherche d'une attractivité non immobilière

2.4.1 L'accompagnement des démarches des acteurs locaux et des professionnels

2.4.1.1 Le soutien financier aux contrats locaux de santé

Document de planification stratégique, le projet régional de l'ARS est décliné par des contrats locaux de santé (CLS) signés avec les collectivités locales.

La région estime que les CLS doivent couvrir l'ensemble des bassins de vie de la région pour permettre la coordination des engagements et « créer une synergie renforcée entre les élus, les professionnels ». Aussi elle a octroyé 1,2 M€ depuis 2014 pour 22 territoires engagés dans un CLS. Certains CLS subventionnés promeuvent l'attractivité et l'accueil de nouveaux professionnels quand d'autres définissent des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de leur population.

2.4.1.2 Le développement des communautés professionnelles territoriales de santé

L'article L. 1411 du code de la santé publique (CSP) prévoit que les professionnels de santé peuvent s'organiser en « coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux » pour concourir à l'offre de soins de premier recours. Selon les termes de l'article L. 1434-12 du CSP, ils peuvent, à cet effet, décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé. L'article L. 1434-12 du CSP dispose également que ses membres doivent formaliser un projet de santé, qu'ils transmettent pour opposition éventuelle à l'ARS.

L'ambition de cette nouvelle modalité d'exercice coordonné est de décloisonner le système de soins, de faciliter l'émergence d'initiatives locales et d'offrir un environnement attractif pour l'installation de jeunes médecins grâce au travail en équipe. Leur large périmètre territorial permet d'atteindre une taille critique suffisante pour « retrouver du temps médical » par des actions coordonnées de soins non programmés, des solutions de remplacement entre praticiens ou une meilleure organisation des tâches externes (télésecrétariat, etc.). À titre d'exemple, en 2020, la CPTS Beauce-Gâtinais a institué un dispositif de « prise de rendez-vous et de régulation par un télésecrétariat médical » via un numéro d'appel unique et une offre de soins non programmés. D'autres CPTS pourraient s'inspirer de cette bonne pratique. La coordination entre médecine de ville et hôpital peut être favorisée grâce à cette structuration en association.

La chambre observe que la distinction avec plusieurs critères inscrits dans les cahiers des charges des structures d'exercice regroupé pourrait à l'avenir être tenue. Les projets immobiliers pourraient ne devenir pour l'essentiel que le vecteur d'aide financière via des loyers inférieurs aux prix de marché. La reconnaissance de « MSP hors les murs » telles que

décrites ci-dessus pourrait s'inscrire dans cette perspective. Les services de l'ARS ont indiqué inciter à ne pas se focaliser sur l'enjeu immobilier.

Si les CPTS sont créées à l'initiative des professionnels de santé d'un territoire donné, leur institution est fortement encouragée au plan national et localement par les ARS. Ces dernières ont pour mission légale de contribuer à « la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé ». En application de l'article L. 1431-2 du CSP, elles s'assurent, par l'examen des projets de santé des CPTS, de la mise en œuvre des mesures du projet régional de santé « et en évaluent l'efficacité ». Le plan « Ma santé 2022 » prévoyait la création de 1000 CPTS d'ici 2022.

Afin d'encourager la mise en place de ces CPTS, la Région accorde depuis 2017 une aide forfaitaire au démarrage de 20 000 €. Le financement s'opère dans le cadre des contrats régionaux de solidarité territoriale (CRST) afin de favoriser et optimiser l'articulation entre les CPTS (à l'initiative exclusive des professionnels) et les CLS (à l'initiative des collectivités). 23 associations ont été d'ores et déjà soutenues par la région pour un montant de 0,45 M€.

La région ne dispose pas, à la date du présent rapport, de bilan qualitatif général. Les CPTS sont particulièrement nombreuses en Centre Val-de-Loire. Le rapport annuel de l'Assurance Maladie sur les charges et les produits publié en juillet 2021 mentionne une couverture à plus de 70 % de la population alors que ce taux ne dépasse pas les 25 % dans les autres régions métropolitaines.

2.4.2 Une stratégie de communication

La région a souhaité construire de concert avec l'ARS et les collectivités une politique d'attractivité régionale intégrant une stratégie de communication pour l'installation de médecins et professionnels de santé en Centre-Val de Loire. Elle est structurée autour du financement d'ingénierie, du renforcement de l'accueil des professionnels de santé sur les territoires (logement, services, emploi du conjoint...), de supports de communication, de présence dans des salons, congrès, séminaires, d'actions autour de l'accueil de professionnels, ou encore de partenariats avec les associations d'étudiants en santé. Le site internet Instal toi Doc s'inscrit également dans cette démarche, faisant le lien avec le portail d'accompagnement des professionnels de santé, mis en place par l'État et qui renseigne sur la formation, les aides individuelles et plus généralement les conditions d'exercice.

Dans le champ de ses compétences, la région s'est engagée à faciliter l'accès aux soins en développant les offres de mobilités vers les structures de soins, par exemple en positionnant l'accès aux structures de soins dans les conventions région / communautés de communes concernant la mobilité rurale.

2.5 La constitution d'un groupement d'intérêt public, un outil supplémentaire qui n'est pas sans risque pour la collectivité régionale

Dans sa communication au conseil régional du 26 novembre 2019, l'ordonnateur a introduit une priorité 19 visant la création à horizon 2025 de 150 postes de médecins salariés

au sein de centres de santé. Il présentait cette initiative comme répondant aux « aspirations de nombre de professionnels », en complémentarité avec l'exercice libéral. Il demandait à ce que l'État en recrute 150 également.

Le président du conseil régional faisait état dans sa communication de l'ouverture de trois centres de santé existants à Blois, Vierzon et Châlette-sur-Loing ainsi que d'autres projets émergeants. Ces centres, financés dans le cadre des CPER, ont fait l'objet de portages juridiques par les communes ou leurs groupements.

Sans donner d'éléments le démontrant, la communication de 2019 indiquait que « ces projets sembl[ai]ent insuffisants ». Plusieurs autres collectivités, notamment départementales, ont lancé dans d'autres régions françaises de telles initiatives arguant également que le salariat répond aux aspirations des médecins à un meilleur équilibre entre vie personnelle et professionnelle – cette dernière étant alors détachée de toute responsabilité de gestion et dans le cadre d'horaires encadrés. Ces avantages peuvent aussi profiter à des médecins en fin d'activité.

Les études préalables à la disposition de la chambre n'ont trait qu'au montage juridique et à l'équilibre économique. La chambre observe néanmoins que les arguments relatifs aux aspirations sociétales n'ont pas été appuyés par une forme ou une autre de quantification du potentiel de recrutement et surtout par une présentation détaillée de l'offre existante de médecine salariée en région. Les centres de santé cités par l'ordonnateur dans sa communication de 2019 ne sont que ceux financés dans le cadre des CPER. Or, la base FINESS en recense bien d'autres. Le mode d'estimation du nombre de postes à créer (300) n'a pas été porté à connaissance.

Face au constat de dégradation de l'accès aux soins, l'ordonnateur a en réalité souhaité que soient proposés aux médecins tous les choix possibles (MSP dans et « hors les murs », centres de santé, CPTS), en misant sur la recherche de complémentarité dans un contexte particulièrement concurrentiel. Devenir employeur et gestionnaire relève toutefois d'un changement de nature et d'enjeux pour la collectivité. Développer des formules mixtes comme à Éguzon-Chantôme où il n'y a à ce stade aucun médecin ni dans la MSP ni dans le centre de santé demande à être éprouvé dans les faits.

Par délibération en date du 10 avril 2020, le conseil régional a fait le choix d'un portage juridique via la création d'un GIP qui fait l'objet d'un contrôle spécifique par la chambre. Pour sa part, le présent rapport se borne à émettre les observations générales suivantes en examinant l'économie générale du GIP sans aborder le détail de son organisation et de son fonctionnement.

L'ordonnateur justifie le choix du modèle GIP par le souhait de donner un caractère partenarial à son initiative, avec le concours du bloc communal et d'associations œuvrant dans le domaine de la santé. La chambre relève qu'en réalité une région ne peut plus être gestionnaire de centres de santé et salarier par exemple des médecins généralistes.

L'article L. 6323-1-3 du CSP issu de la loi dite « 3DS » du 21 février 2022, relatif aux organismes habilités à créer et gérer des centres de santé, ne mentionne en effet plus les régions au contraire des organismes à but non lucratif, des départements, des communes et de leurs groupements. La version précédente mentionnait les collectivités territoriales de manière générale. L'article L. 1110-1 du code de la santé a certes réaffirmé la contribution de toutes les collectivités afin de garantir l'égal accès aux soins mais c'est bien « dans le champ de leurs compétences respectives fixées par la loi ».

Dès lors, le seul vecteur juridique pour une intervention régionale à cette fin est l'adhésion à un organisme à but non lucratif. Un GIP en est un au titre de l'article L. 6323-1-5 du CSP. Ce type de montage développé par la région Centre-Val de Loire avant la loi « 3DS » a été repris récemment par celle d'Occitanie.

En Centre-Val de Loire, cette évolution législative entraîne une situation d'incertitude juridique, compte tenu de la place prépondérante de la région dans la gouvernance et de ses actions actuelles, exclusivement centrées sur la création de centre de santé, alors que son objet statutaire est plus large. Ce point est développé dans le rapport de la chambre relative au GIP.

Selon les termes de la délibération du 10 avril 2020, le GIP est chargé de créer, sur la base d'un projet de santé, chacun des centres de santé et d'en assurer la gestion des fonctions supports (ressources humaines et comptables). Il devait recruter uniquement des médecins hors de la région et encaisser les recettes issues principalement des caisses d'assurance maladie. Les communes et intercommunalités devaient prendre en charge les locaux et le personnel administratif et paramédical dédié.

En toute hypothèse, la région, bénéficiant de droits de vote prépondérants au sein du conseil d'administration (50 % des droits de vote), s'est engagée à assurer l'équilibre financier du GIP. Par contraste, la convention constitutive du GIP occitan rassemble certains départements et évoque un partage de la subvention d'équilibre, donc du risque avec les autres niveaux de collectivités, départements et bloc communal.

La présidence de droit est assurée par le président du conseil régional et la directrice est mise à disposition par la collectivité. L'autorisation pluriannuelle d'engagement votée en 2020 est régulièrement réévaluée et a déjà plus que doublé. Cinq centres avaient été ouverts au 31 décembre 2021 et une vingtaine de médecins recrutés (objectif : 50 centres et 300 médecins). La démarche n'en est qu'à ses débuts.

Les montants réellement versés par la région au GIP relèvent principalement de subventions de fonctionnement et de façon plus marginale de subventions d'investissement. Des crédits européens FEDER, gérés par la région, sont également annoncés et s'ajoutent aux montants figurant au tableau ci-dessous (0,3 M€ en 2022).

Tableau n° 6 : Versements de la région au profit du GIP PRO SANTÉ

Imputation	2020	2021	2022
65738 (fonctionnement)	254 900	541 628	900 000
204181 (investissement)	0	108 787	0
Total général	254 900	650 415	900 000

Source : CRC d'après le comptable et la région Centre-Val de Loire

Lors de l'entretien d'ouverture, l'ordonnateur a indiqué que l'objectif à terme était l'autofinancement de la structure. Au regard de cet objectif, la chambre formule plusieurs observations.

D'abord, outre l'équilibre en dernier ressort financé par une autorisation d'engagement, la participation de la région a pu prendre la forme d'une mise à disposition de personnel sans contrepartie financière. La collectivité finance également les travaux immobiliers à des niveaux

plus élevés que pour les MSP. A titre d'exemple, près de 50 % du coût des travaux du centre de santé d'Éguzon-Chantôme ont été pris en charge via une subvention régionale. L'acquisition de matériels professionnels destinés à l'accueil de spécialistes est par ailleurs éligible à un soutien financier.

Ensuite, la délibération a été votée en référence à la répartition des charges décrites ci-dessus. La structure dont la région s'est engagée à assurer l'équilibre financier ne devait pas assurer le portage du personnel administratif et paramédical. La remise en cause de cette répartition dans le cadre des conventions conclues entre le GIP et le bloc communal induit un risque pour la région. L'article 3.4.2 de la convention constitutive ne mentionne que la mise à disposition de locaux comme contribution des autres collectivités aux charges. Elle est jugée « significative » dans la convention mais en réalité sans commune mesure avec les termes de la présentation initiale.

Enfin, les études préalables n'intègrent de manière certaine à la charge du GIP que les salaires des médecins et des fonctions supports. Elles isolent les dépenses liées aux locaux, aux salaires des secrétaires médicaux et aux équipements. Elles n'intègrent pas la rémunération d'autres professions paramédicales comme les infirmiers.

En conséquence, l'équilibre financier, et donc le niveau de subventionnement régional, est susceptible d'évoluer comme la forte progression de l'autorisation pluriannuelle d'engagement l'a déjà illustré. Le rapport spécifique relatif au GIP confirme cette tendance.

La chambre souhaite que des bilans annuels portant coût complet des centres de santé pour la collectivité régionale soient portés régulièrement à la connaissance de son assemblée (investissement et fonctionnement).

Recommandation n° 3 : Présenter à l'assemblée délibérante un bilan annuel du coût complet des centres de santé, porté à la charge de la région du fait du groupement d'intérêt public.

CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE

Face au constat de la désertification médicale, le principal levier que la région mobilise depuis plusieurs générations de CPER consiste en un financement de l'immobilier des structures d'exercice regroupé. Plus de 13 M€ ont été consacrés à la création de maisons et centres de santé depuis 2015 et la couverture territoriale paraît large.

Face à un besoin prégnant, la constance de l'engagement dans un cadre partenarial Préfecture-Conseil régional-Agence régionale de santé doit être soulignée. Elle ne devrait cependant pas masquer les pistes d'amélioration dans la gestion de ces dispositifs.

Tout d'abord, la chambre regrette l'absence d'un diagnostic CPER et d'un bilan cartographié des financements. Ce bilan cartographié devrait être actualisé au vu des structures toujours existantes depuis le vote des subventions, voire en distinguant celles ne réunissant plus le nombre minimal de professionnels ayant justifié le financement initial. La création annoncé d'un observatoire des maisons de santé peut être une opportunité, sous réserve de créer les conditions de sa réussite.

Ensuite, un renforcement du pilotage de la gestion des demandes de subvention apparaît nécessaire. Des outils existent et des améliorations ont été initiées au fil des mises à jour des cahiers des charges des CPER. Elles méritent d'être concrétisées et prolongées afin par exemple d'évaluer l'aide financière qui est apportée aux professionnels de santé au travers de prix de marché des locations attestés par un tiers. La chambre émet des réserves sur le financement immobilier des « MSP dites hors les murs » associant des cabinets distants. Certains termes des cahiers des charges mériteraient d'être précisés par exemple sur les modalités de secrétariat commun et de prise en charge des soins non programmés.

En réalité, la collectivité régionale souhaite offrir tous les choix possibles aux professionnels et la chambre constate l'accumulation des mesures et contre-mesures correctrices. Suivant un mouvement national et des évolutions sociétales, la région a souhaité être de plus en plus incitative en direction de la médecine salariée.

Elle s'est engagée en 2020 dans la constitution d'un GIP chargé de créer et de gérer des centres de santé. La loi du 21 février 2022 dite « 3DS » a supprimé la possibilité pour une région d'avoir ce rôle en propre. Cette évolution législative entraîne une situation d'incertitude juridique, compte tenu de la place prépondérante de la région dans la gouvernance du GIP dont les actions actuelles sont exclusivement centrées sur la création de centres de santé, alors que son objet statutaire est plus large. Le coût pour les finances régionales s'est avéré croissant depuis sa création et le risque financier repose quasi-exclusivement sur la collectivité régionale.

3 L'AUGMENTATION DE L'OFFRE DE SOINS PAR LA FORMATION DE DAVANTAGE DE PROFESSIONNELS

En région Centre-Val de Loire, l'inspection générale des affaires sociales prévoit que sans actions correctives la densité médicale pour 100 000 habitants baissera jusqu'à 340 en 2035 (contre 350 selon les données 2021 du conseil de l'ordre). Le bilan de son zonage réalisé par l'ARS en 2022 rappelle par ailleurs les projections nationales de la DREES selon lesquelles l'offre de soins en médecine générale va continuer à baisser jusqu'en 2025.

Dans ce contexte, attirer des médecins même provenant d'autres régions en leur apportant des conditions financières et matérielles favorables ne pourra avoir au mieux qu'un effet d'atténuation comme cela a été constaté *supra*, voire créer des effets d'aubaine et un risque de surenchère entre les projets publics ou privés. Les besoins de soins ne devraient quant à eux pas diminuer, bien au contraire au vu du vieillissement de la population – un tiers des habitants de la région auraient plus de 65 ans en 2025 et la part des 25-64 ans serait la plus faible des régions hors Ile-de-France (Insee, 2021).

Traiter le sujet de l'offre en amont, c'est-à-dire la formation, apparaît donc légitime, voire être la question centrale avec sa répartition sur le territoire. La compétence obligatoire de la région est toutefois restreinte aux professions paramédicales pour lesquelles des enjeux spécifiques peuvent exister. L'intervention régionale s'agissant de l'offre de formation

médicale – aussi stratégique soit-elle - ne peut relever que d'un soutien politique et d'un financement sur des aspects matériels.

3.1 La formation des professionnels paramédicaux, une compétence obligatoire régionale

La mission de la région s'agissant de la formation des professions paramédicales s'inscrit dans le cadre de la décentralisation en 2005 de l'organisation des formations sanitaires et sociales. Cette mission comprend :

- des compétences obligatoires comme la gouvernance partenariale de la formation, les co-agrément des écoles avec l'État, les avis annuels sur le nombre de places ouvertes, le financement du fonctionnement des écoles et instituts ;
- des compétences facultatives, notamment le financement des investissements immobiliers des écoles.

Toutes promotions confondues, 6 025 élèves et étudiants étaient inscrits à la rentrée 2021 à l'un des cursus paramédicaux en région Centre-Val de Loire, trois métiers concentrant 84 % des élèves et étudiants (infirmier (60 %), aide-soignant (18 %) et masseur-kinésithérapeute (6 %)). Il existe 28 organismes de formations recensés en région Centre-Val de Loire dont 16 relevant du secteur sanitaire, 11 du secteur social et 1 du secteur sanitaire et social. Les formations sanitaires concernent principalement au titre de la présente enquête les métiers d'infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes ou encore de sages-femmes. Ces professions peuvent être exercées en libéral ou en établissement. Selon un document publié en 2019 par l'observatoire sanitaire, médico-social et social financé par la région, les deux tiers des infirmiers relèvent de la fonction publique hospitalière.

Carte n° 5 : Lieux de formation du secteur sanitaire et social en région Centre-Val de Loire



Source : CRC d'après la région CVDL

3.1.1 Une gouvernance partenariale de la formation professionnelle

Depuis la loi du 5 mars 2014, la région élabore avec l'État et les partenaires sociaux, réunis au sein du comité régional de l'emploi, de la formation et de l'orientation professionnelle (CREFOP), le contrat de plan régional de développement des formations et de l'orientation professionnelle, instrument de formalisation des engagements respectifs des différents partenaires et de programmation, à moyen terme, de l'ensemble de la formation professionnelle initiale et continue des jeunes et des adultes. Le contrat 2016-2021 signé le 7 juillet 2017 inclut les formations sanitaires et sociales dont les priorités et engagements sont définis dans un

schéma des formations sanitaires et sociales, auparavant disjoint. Une fiche action du contrat vaut schéma.

Les axes principaux figurant au contrat 2016-2021 pour les formations sanitaires et sociales sont les suivants :

- la quantité et la qualité des stages : la région fait mention d'une raréfaction des offres de stage qui serait en lien avec le développement des pratiques de soins ambulatoires. Cette raréfaction serait mise en avant par les instituts de formation. Une cartographie des lieux de stage a été réalisée en partenariat avec l'ARS, identifiant l'offre potentielle à prospecter. Le contrat de plan affirme la volonté que l'ensemble des stagiaires soient répartis sur tout le territoire, en vue de favoriser les installations des élèves et étudiants ;

- la mobilité professionnelle ;

- l'adaptation de l'offre de formation en mobilisant des outils tel un observatoire ;

- l'attractivité des métiers ;

- la qualité des formations et le rapprochement avec les universités.

Une consultation des acteurs est menée à la date du présent rapport pour l'élaboration du contrat 2022-2027.

La chambre relève l'absence de disponibilité de statistiques relatives à la raréfaction avancée des offres de stage. La collectivité peut agir sur la question des conditions de mobilité et d'hébergement, du point de vue des élèves et étudiants. S'agissant du volet offre, elle ne peut procéder qu'à des invitations.

3.1.2 Une implication de plus en plus conséquente en faveur des structures de formation

3.1.2.1 L'équilibre financier des écoles en fonctionnement

L'article L. 4383-5 du CSP prévoit que la région a la charge du fonctionnement et de l'équipement des écoles et instituts publics de formation. Ainsi, la région est tenue d'assurer l'équilibre financier de la formation initiale des professionnels concernés. Les établissements sont le plus souvent rattachés à un hôpital, qui tient des budgets dédiés par exemple pour les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI).

Les dépenses des établissements comprennent le personnel, les fluides, les équipements et matériels pédagogiques, la sécurisation et l'entretien des locaux. La contribution régionale permet d'assurer l'équilibre des budgets de chaque institut¹². La région a souhaité préciser qu'elle verse aussi des subventions ponctuelles relatives aux opérations de gros entretien ainsi

¹² Pour établir le niveau de la subvention d'équilibre, la région prend en compte l'ensemble des dépenses et des recettes de l'établissement de formation. Les recettes sont constituées par les frais d'inscriptions versés par les étudiants mais aussi par les produits des formations payantes (cf. formation professionnelle continue) dispensées par l'institut de formation. Le principe est le même pour les structures privées mais celles-ci bénéficiant de frais de scolarité plus importants, la subvention est donc minorée à due proportion.

que d'équipements. La chambre observe que les opérations de gros entretien relevant de l'investissement ne sont pas visées explicitement par les textes.

Le dialogue financier et de gestion s'établit directement entre la région et les structures de formation et leur établissement de rattachement. Au vu de certains ratios et des projets nouveaux, le dialogue porte selon les services régionaux notamment sur le nombre d'agents des instituts (fonctions supports, encadrements).

La région est compétente pour attribuer des aides aux élèves et étudiants inscrits dans les instituts et écoles, accordées sous forme de bourses d'études. Les critères sociaux sont a minima identiques à ceux du centre régional des œuvres universitaires et scolaires (CROUS). La région a fait le choix d'aller au-delà en alignant le régime de bourse des élèves poursuivant des études d'un niveau inférieur au baccalauréat, jusque-là moins favorable, sur celui des étudiants de l'enseignement supérieur.

Les crédits inscrits à la section de fonctionnement pour les formations sanitaires et sociales ont été de 49 M€ en 2020 (données définitives). Le budget prévisionnel 2022 les estime à 54,2 M€. Parmi ces crédits, la collectivité n'a pas été en mesure de détailler les crédits consacrés aux formations paramédicales en ciblant par nature de dépense les infirmiers, kinésithérapeutes et sages-femmes.

3.1.2.2 La forte croissance des dépenses d'investissement immobilier et la prise de maîtrise d'ouvrage

La compétence en matière d'investissement n'a jamais été clairement attribuée. La prise en charge de ce type de dépenses par la région n'apparaît pas obligatoire. Pour autant, cette dernière participe systématiquement au financement des travaux de construction et de rénovation.

Dans certains cas, la région peut même être maître d'ouvrage. Après la réalisation de deux opérations à Amboise et Châteaudun, il est annoncé une maîtrise d'ouvrage régionale pour la relocalisation de l'IFSI de Châteauroux et l'extension de l'institut de formations paramédicales (IFPM) sud d'Orléans. Pour d'autres projets, le choix de la maîtrise d'ouvrage n'est pas encore arrêté.

Selon les services régionaux, le financement régional est adapté à chaque situation en fonction des cofinancements mobilisés avec un maximum fixé en théorie à 60 % du coût du projet. Toutefois, la contribution a pu aller jusqu'à 80 % du montant total. Selon le pacte régional pour répondre aux enjeux de santé publique de 2022, la région estime le coût de la rénovation de l'immobilier des instituts de formation paramédicale à 65 M€ d'ici 2027.

La collectivité travaille actuellement à l'élaboration d'un plan pluriannuel d'investissement (PPI) et à une priorisation subséquente. A ce stade, au vu des éléments transmis et des échanges avec les services régionaux, la chambre constate que le budget d'investissement devrait pratiquement quadrupler, de 3 M€ annuels jusqu'à 12/13 M€ en 2027-2028.

3.1.2.3 Le souhait de ne pas être qu'un financeur

Dans ses relations avec les structures de formation, la région voudrait dépasser la simple fonction de financeur et susciter des changements dans les pratiques.

Le contenu des formations n'est à l'évidence pas du ressort de la région même si celle-ci est vivement intéressée par exemple par les infirmiers en pratique avancée (IPA) au regard des bénéfices attendus en termes d'amélioration de l'accès aux soins pour les patients du fait de la délégation de tâches possibles entre le médecin et l'IPA. L'université qui assure cette formation et son financement n'a pas fait de demande expresse pour une éventuelle participation financière de la région.

Selon cette dernière, participant au risque de raréfaction de l'offre en la matière, l'accueil de stagiaires peut être parfois considéré comme une charge supplémentaire de travail pour les établissements. Les services régionaux constatent l'importance du stage dans ces formations tant dans les faits que dans la « culture » des élèves et soignants. Aussi la région voudrait instiller auprès de ses partenaires l'idée d'un parcours de stage différent à certains moments de la scolarité et/ou une modification des pratiques pédagogiques privilégiant les techniques de simulation. La région souhaite ainsi mener des enquêtes sur la perception des périodes de stage par les apprenants (le vécu en stage) et réfléchir sur les évolutions possibles dans les pratiques et le parcours de mise en stage ou dans les situations d'apprentissage. Par le passé, elle a mis en place des actions pour développer la pratique du numérique. Elle souhaite que les modifications des pratiques concernent l'ensemble des structures de formation et que soit mis en place un pilotage des structures assorti d'indicateurs de performance. À terme, elle souhaiterait que les instituts de formation disposent de davantage de marges de manœuvre dans la mise en œuvre de la formation (adaptation à envisager en ce sens du référentiel de formation) et dans le respect des compétences attendues (précisées dans le référentiel de certification). Cette stratégie, à l'état d'esquisse à ce stade, devrait prendre plus d'importance dans le prochain contrat de plan État/région.

Par ailleurs, la région essaye de mieux connaître les cohortes d'étudiants inscrits en formation en ayant recours aux statistiques produites par l'observatoire sanitaire, médico-social et social qu'elle finance. Celui-ci a réalisé trois types d'enquêtes sur l'origine des effectifs, la détermination des causes d'abandon en cours de scolarité et l'insertion professionnelle des jeunes diplômés.

3.1.2.4 La fixation des quotas d'entrée en formation paramédicales

Après échange avec l'ARS, les structures de formation et leurs établissements de rattachement, la région donne un avis sur le nombre de places en première année de formation pour les formations soumises à quota (infirmier, masseur-kinésithérapeute, sage-femme, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste). Selon les cas, la région ou l'institut de formation peut être à l'initiative de propositions d'évolution.

Les services de la collectivité ont indiqué chercher à apprécier l'adéquation de l'appareil de formation avec les besoins des employeurs ainsi qu'une répartition des diplômés sur l'ensemble du territoire. En théorie, le scénario d'évolution des quotas proposés par la région est construit à partir des analyses de l'observatoire sanitaire, médico-social et social en fonction :

- des projections sur plusieurs années des flux entrants (étudiants entrant sur le marché du travail) et sortants (cessation d'activité, retraites, etc.) ;
- et du nombre de professionnels attendus par les employeurs.

Des fiches par métier sont effectivement produites. La chambre constate toutefois que la démarche, pertinente dans son principe, n'est pas sans limite en pratique :

- les fiches disponibles ont été mises à jour au cours du deuxième trimestre 2022 à l'exception de certaines comme celle des kinésithérapeutes ;
- l'engagement de la région en 2019 de former 1 500 nouveaux infirmiers par an résulte d'une volonté politique. Cet objectif a été calculé pour permettre à la région d'obtenir à terme un ratio d'infirmiers par habitant correspondant aux valeurs les plus hautes constatées en France. Le pacte régional pour répondre aux enjeux de santé publique en Centre-Val de Loire 2022 ne fait référence qu'à un ratio de places pour 100 000 habitants, ce qui a abouti à un effort particulier sur le Loiret et le Loir-et-Cher.

En Centre-Val de Loire, ni les services régionaux ni ceux de l'ARS ne mentionnent de désaccords sur les objectifs de progression. La comparaison des avis du conseil régional et des arrêtés ministériels fait apparaître quelques divergences mais d'ampleur limitée. Pour 2020-2021, les décisions prises dans le cadre du « Ségur » de la santé ont accentué l'augmentation prévue dans l'avis antérieur de la région. Les objectifs affichés par la collectivité sont depuis, de fait, supérieurs à ceux retenus dans le cadre du « Ségur ». Ils sont croissants, de 1 456 à 1 602 en 2023 puis 1 625 en 2025. L'augmentation annuelle entre 2022 et 2023 est la plus élevée depuis 2019, dépassant les 10 %. Ce ne sont toutefois encore que des prévisions, sous réserve d'arrêtés ministériels.

Pour apprécier l'impact financier de la hausse des quotas, la région s'appuie sur un coût moyen de formation par élève. Celui-ci, calculé en 2019, s'établit, pour les sages-femmes, infirmiers et masseurs kinésithérapeutes, à respectivement 8 400 €, 6 900 € et 5 300 € par an. Le dimensionnement en personnel pédagogique est défini pour obtenir des ratios d'encadrement des élèves cohérents. Sur la base de la moyenne fournie par les services régionaux, le surcoût prévisible du passage de 1200 à 1625 places en première année de formation d'infirmiers est de près de 9 M€ une fois l'ensemble des trois années de formation déployées. Le coût total à horizon 2025 dépasse les 33 M€ (par comparaison, la formation des masseurs kinésithérapeutes représenterait 2,9 M€ et moitié moins pour les sages-femmes compte tenu de leurs faibles nombres et en dépit de durées d'études plus longues). À ces données financières, il convient d'ajouter la participation aux investissements immobiliers mentionnée *supra* dont une partie résultera de l'augmentation du nombre de places ouvertes.

La chambre observe que quel que soit le nombre de places ouvertes, la poursuite de la formation puis le maintien dans les fonctions sont des sujets au moins aussi importants comme le relève d'ailleurs la collectivité.

3.2 Les actions en faveur de l'offre de formation médicale

Le constat d'un accès aux soins rendu moins aisé pose naturellement la question de l'offre de formation médicale. Toutes les délibérations cadres adoptées par la région ces dernières années l'évoquent soit sous la forme de demandes exprimées auprès de l'État soit dans le cadre de financements accordés par la région aux structures universitaires. Les dernières délibérations en date, adoptées en février et mai 2022, n'ont pas fait exception.

Outre la question de l'accroissement de l'offre de formation médicale tel que détaillée ci-dessous, la région a exprimé le souhait d'être espace d'expérimentation notamment pour le développement de la valorisation des acquis de l'expérience (VAE) et de l'accès direct à certaines professions de santé comme les masseurs kinésithérapeutes. La collectivité soutient également le recours accru aux infirmiers de pratique avancée (IPA) qui bénéficient de délégations de tâches. Cela passerait par l'augmentation du nombre d'IPA formés ainsi qu'une reconnaissance statutaire et financière. La région soutient l'idée d'une expérimentation de la primo-prescription par les IPA comme prévu à l'article 76 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

3.2.1 Le soutien politique à la création d'une formation médicale à Orléans

Afin de justifier son appui à la création d'un deuxième lieu de formation médicale à Orléans, la région met en avant dans son pacte 2022 deux séries d'arguments :

- un enjeu de répartition sur le territoire : les lieux d'études et d'exercice de l'internat contribuent à déterminer l'implantation des médecins. Force est de constater que la densité de médecins généralistes libéraux au 31 décembre 2020 est nettement plus élevée en Indre-et-Loire (9,6 pour 10 000 habitants) et dans le Loir-et-Cher (7,3) que dans les quatre autres départements de la région (de 5,9 à 6,5). La présence d'une faculté de médecine unique située à Tours est un facteur explicatif. La région relève un faible nombre d'internes accueillis en dehors de cette ville ;
- un enjeu de volume global de médecins formés : le *numerus apertus*¹³ fixé par l'arrêté du 13 septembre 2021 pour la période 2021-2025 lui apparaît en décalage au regard de la population. L'objectif de médecins à former en Bourgogne-Franche-Comté est de 2 440 contre seulement 1 500 en Centre-Val de Loire. La Bourgogne-Franche-Comté ne présente qu'une population légèrement supérieure (2,8 contre 2,7 M d'habitants) mais bénéficie de deux facultés de médecine dans les deux anciennes capitales régionales.

C'est pourquoi les demandes du conseil régional exprimées auprès de l'État portent à la fois sur le nombre de places de formation et d'internat mais aussi sur le statut universitaire

¹³ Le *numerus apertus*, qui a remplacé le *numerus clausus*, désigne le nombre minimum d'étudiants admis en deuxième année de médecine. Le nombre effectif est fixé chaque année par les universités en fonction de leurs capacités d'accueil et des places disponibles. Il s'agit d'un « nombre ouvert », par opposition au système précédent du « *numerus clausus* » (« nombre fermé »). Dans les faits, il s'agit toujours d'un nombre limitant.

du centre hospitalier d'Orléans. Ces demandes impliquent aussi bien des moyens que des questions d'organisation. C'était l'objet d'une démarche initiée auprès du Premier Ministre par plusieurs élus dont ceux du conseil régional.

Faisant le constat d'une densité médicale la plus basse de France métropolitaine, le Premier Ministre a lancé un plan visant à augmenter l'offre de formation médicale dans la région. Le nombre d'étudiants formés par an devrait atteindre 500 au lieu de 300 actuellement et, à court terme, le nombre d'internes passer à 350 à compter de 2023¹⁴. L'hôpital d'Orléans devrait être transformé en centre hospitalier universitaire, avec une faculté de médecine de plein exercice à terme. À la rentrée 2022, 105 places en première année de médecine ont été ouvertes à Orléans de manière délocalisée, la faculté de rattachement étant toujours celle de Tours¹⁵. L'inspection générale des affaires sociales et celle de l'éducation, du sport et de la recherche ont rendu un rapport en mars 2022, visant à estimer les moyens nécessaires et le calendrier pour atteindre l'objectif des 500 étudiants formés. Outre un renforcement conjoint des deux pôles hospitalo-universitaires, les inspections ont proposé des actions visant à améliorer la répartition des internes sur le territoire régional.

Les bâtiments de l'ancien hôpital Madeleine à Orléans vont accueillir la faculté de droit et d'économie. Les étudiants en médecine à Orléans pourraient être accueillis à terme dans ceux de la faculté de droit et d'économie laissés libres après son déménagement, en complément toutefois d'une autre installation – celle de l'institut national supérieur du professorat et de l'éducation (INSPE). Le pôle santé inclurait la formation des étudiants en médecine, en kinésithérapie et d'autres le cas échéant.

À ce stade, aucun subventionnement spécifique de la collectivité régionale découlant de la décision de création d'une formation médicale à Orléans n'a été acté à la date du présent rapport. Les subventions annoncées en mai 2022 par la région dans son pacte et figurant au CPER 2021-2027 correspondent au déploiement de la faculté de droit et d'économie sur le site Madeleine (5,4 M€), le réaménagement des anciens locaux pour accueillir l'INSPE (6,5 M€) ainsi que la création d'un pôle rééducation pour l'école de kinésithérapie (3 M€). Cette situation pourrait être amenée à évoluer car une étude approfondie sur les besoins immobiliers est annoncée.

3.2.2 L'aide financière à l'immobilier universitaire

La région a validé dans le cadre d'un avenant au CPER 2021-2027 une subvention de 3,5 M€ (sur un montant total d'opérations de 5,5 M€) pour la création en septembre 2022 d'une formation complète en odontologie à Tours. La collectivité avait auparavant déjà participé à l'ouverture de fauteuils dentaires à Orléans et Tours (environ 0,5 M€) permettant d'accueillir chaque année, pour un stage de six mois, 40 étudiants des universités de Nantes et de Clermont-Ferrand.

Les crédits nécessaires à la création de la faculté d'odontologie ne sont pas nouveaux, dans la mesure où ils proviennent d'une partie de ceux fléchés sur la construction d'un bâtiment

¹⁴ Le nombre d'étudiants en deuxième année passe aussi à 350 dès la rentrée 2022.

¹⁵ Le nombre de places en L.AS (Licences avec accès santé) est également augmenté à l'université d'Orléans. Les L.AS sont des licences généralistes avec des possibilités de passerelle vers la deuxième année de médecine.

de recherche en biologie universitaire, qui s'inscrit dans le projet global de déménagement du centre hospitalier de Tours sur le site Trousseau. Les services régionaux ont précisé que le financement complémentaire de cet autre projet sera assuré dans le cadre d'un nouveau contrat après 2027.

Par ailleurs, le pacte adopté en février 2022 annonce un conditionnement de l'aide à la répartition de la formation pratique des 50 dentistes formés par promotion dans chacun des hôpitaux de référence du Centre-Val de Loire (Bourges, Chartres, Dreux, Châteauroux, Blois, Orléans et Montargis). Ce point n'a toutefois fait l'objet à la date du présent rapport d'aucune confirmation. En effet, bien que l'ouverture soit annoncée pour septembre 2022, la délibération et la convention d'attribution susceptibles d'avaliser ce conditionnement n'avaient pas, à la date de rédaction du présent rapport, été adoptées. L'acte II du pacte régional voté en mai 2022 n'évoque plus explicitement le conditionnement au profit de la mention suivante : « ces crédits appuient un projet pédagogique au plus près des bassins de vie afin de renforcer l'attractivité des zones sous-denses pour les futurs chirurgiens-dentistes ».

Enfin, dans le cadre du CPER 2021-2027, la région a prévu le financement de la création d'un pôle « rééducation » par la réhabilitation de locaux pour l'école universitaire de kinésithérapie d'Orléans à hauteur de 3 M€.

3.2.3 L'aide aux conditions d'étude, centrée sur l'hébergement

Tout d'abord, en termes d'orientation, la région souhaite développer l'information des élèves du secondaire au sujet des moyens d'accès aux études de santé et soutenir l'orientation des lycéens vers les études médicales.

Ensuite, la région met en œuvre des actions visant à améliorer les conditions des études universitaires. Des fonds européens, dont elle assure la gestion, ont été accordés pour financer des outils pédagogiques dans le cadre des licences avec option accès santé (0,6 M€ de FEDER). Ces mesures, décidées avant la crise COVID, sont en cours de réalisation et aucun bilan n'en a été dressé à la date de rédaction du présent rapport.

La collectivité régionale souhaite favoriser une répartition des internes sur tout le territoire. Le recrutement de chefs de clinique assistants territoriaux s'inscrit dans cette démarche. Ces médecins spécialistes exerçant dans des hôpitaux non universitaires peuvent ainsi acquérir un statut universitaire. Leurs missions sont partagées entre une activité de soins et de recherche/enseignement en accompagnant les étudiants en médecine. Ils permettent en outre d'assurer le lien entre le CHU de Tours et les hôpitaux de la région. Il s'agit de contrats de deux ans, cofinancés à parité région/ARS pour la part universitaire des postes (création d'une autorisation d'engagement de 0,5 M€ soit 12 500 € x 2 ans x 20 postes). Pour l'instant, le financement n'a porté que sur cinq postes. À terme, les crédits FEDER pourraient être utilisés.

Enfin, à destination des stagiaires, internes, jeunes professionnels en début d'exercice ou médecins remplaçants, le conseil régional souhaiterait développer à l'avenir la création d'hébergements (projet de création de 20 résidences Pro Santé). Le conseil régional souhaite associer les départements, qui peuvent pratiquer déjà des aides en ce domaine. L'originalité serait d'aller au-delà d'une offre de logement avec la création de « véritables lieux de vie partagés » favorisant « l'ancrage sur le territoire ». Quatre candidatures ont été sélectionnées à l'issue d'un premier appel à projet en janvier 2022 (Amboise, Le Blanc, Bourges, et le secteur

de Chartres). Un second appel à projet a été lancé. Son cahier des charges prévoit l'inclusion de « services et [...] prestations facilitant l'objectif affiché d'intégration des étudiants », supposant la mise à disposition de moyens humains (a minima 0,5 ETP pour les structures de plus de dix logements). Du point de vue de la région, il s'agit d'une aide à l'investissement qui s'inscrirait dans le cadre des articles L. 1511-8 et R. 1511-44 du CGCT.

Historiquement, une aide à l'hébergement des étudiants de 4^{ème} année de médecine en stage « loin de Tours » a déjà été consentie par la région (15 000 € pour l'année universitaire 2021/2022), son souhait étant que les étudiants puissent créer du lien sur place afin le cas échéant de s'y installer à l'issue de leur étude. La chambre relève que l'aide régionale a été étendue en 2019 au département d'Indre-et-Loire selon le règlement d'attribution, alors même qu'une partie de ce territoire est hors zonage de l'ARS et que la répartition territoriale motivait à l'origine cette aide.

CONCLUSION DE LA TROISIÈME PARTIE

Traiter le sujet de l'offre en amont, c'est-à-dire la formation des professionnels, est une question centrale afin de dépasser le simple effet d'atténuation que les structures d'exercice coordonné peuvent avoir sur les difficultés d'accès aux soins.

La compétence de la région, restreinte aux professions paramédicales, est exercée par la région Centre-Val de Loire, tant dans son volet obligatoire que facultatif. Le soutien financier va croître avec l'augmentation souhaitée du nombre de places ouvertes. Le surcoût prévisible du passage de 1200 à 1625 places en première année de formation d'infirmiers serait de près de 9 M€ sur les trois années de formation, sur un montant total de 33 M€. Le budget d'investissement devrait pratiquement quadrupler, de 3 M€ annuels à 12/13 M€ en 2027-2028.

Des outils de diagnostic et de pilotage ont été mis en place comme le recours aux enquêtes d'un observatoire sanitaire, médico-social et social. Des améliorations restent là encore souhaitables. Par exemple, la chambre relève l'indisponibilité de statistiques relatives à la raréfaction des offres de stage ou aux budgets dédiés par profession en dehors des estimations susmentionnées. Quel que soit le nombre de places ouvertes, la poursuite de la formation puis le maintien dans les fonctions sont des sujets au moins aussi importants comme le relève d'ailleurs la collectivité.

L'intervention régionale, s'agissant de l'offre de formation médicale, compétence de l'État, consiste en un fort soutien politique et dans un financement sur des aspects immobiliers. Un plan a été annoncé par le Premier Ministre, visant à atteindre 500 médecins formés en région Centre-Val de Loire au lieu de 300 actuellement. À ce stade, aucun subventionnement nouveau de la collectivité régionale découlant de la décision de création d'une formation médicale à Orléans n'avait été acté à la date de rédaction du présent rapport. La région a prévu en revanche le financement de la réhabilitation de locaux de formation en kinésithérapie et odontologie. Enfin, la collectivité a récemment décidé d'accentuer son soutien à l'amélioration des conditions d'étude, en lançant des appels à projet pour la création de résidences partagées.

ANNEXES

Annexe n° 1. Procédure.....	63
Annexe n° 2. Répartition des structures d'exercice regroupé	64
Annexe n° 3. Accessibilité potentielle localisée	66
Annexe n° 4. Couverture territoriale des structures d'exercice regroupés dont l'immobilier a été financé par la région	68
Annexe n° 5. Réponse	75

Annexe n° 1. Procédure

Le tableau ci-dessous retrace les différentes étapes de la procédure telles qu'elles ont été définies par le code des juridictions financières :

Objet	Dates	Destinataire	Dates de réception des réponses éventuelles
<i>Envoi de la lettre d'ouverture de contrôle</i>	15 février 2022 reçue le 16 février 2022	M. François Bonneau, président de la région Centre-Val de Loire	
<i>Entretien préalable (ordonnateur en fonction)</i>	6 juillet 2022	M. François Bonneau	
<i>Délibéré de la chambre</i>	21 juillet 2022		
<i>Envoi du rapport d'observations provisoires (ROP)</i>	1 ^{er} août 2022 reçu le même jour	M. François Bonneau	4 octobre 2022
<i>Délibéré de la chambre</i>	30 novembre 2022		
<i>Envoi du rapport d'observations définitives (ROD1)</i>	14 décembre 2022 reçu le même jour	M. François Bonneau	13 janvier 2023

Annexe n° 2. Répartition des structures d'exercice regroupé

Tableau n° 7 : Répartition des MSP adhérente à l'ACI

Région métropolitaine	Nbre de MSP 2021	Habitants	Nb MSP pour 100 000 habitants	Rang
Bourgogne-Franche-Comté	99	2807807	3,53	1
Centre-Val de Loire	66	2572853	2,57	2
Occitanie	145	5885496	2,46	3
Normandie	76	3327477	2,28	4
Nouvelle Aquitaine	125	5979778	2,09	5
Auvergne-Rhône-Alpes	160	7994459	2,00	6
Pays de la Loire	67	3781423	1,77	7
Hauts-de-France	105	6004108	1,75	8
Grand-Est	95	5550389	1,71	9
Bretagne	56	3335414	1,68	10
Corse	5	338554	1,48	11
Provence-Alpes-Côte d'Azur	51	5052832	1,01	12
Ile-de-France	99	12213447	0,81	13
TOTAL	1149	64844037	1,77	

Source : assurance maladie (rapport annuel 2021 sur les charges et les produits)

Tableau n° 8 : Répartition des centres de santé polyvalents ou médicaux

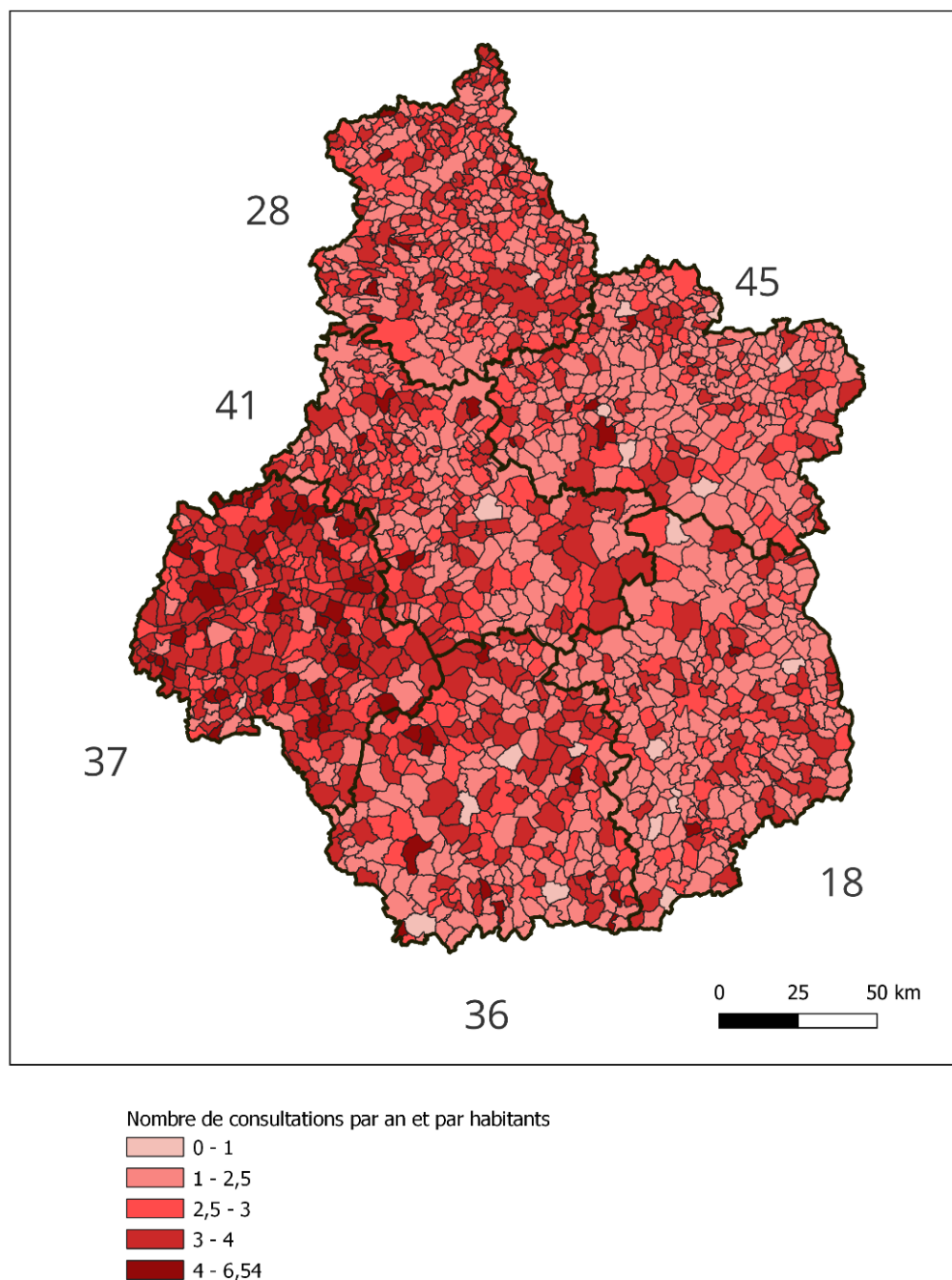
Région métropolitaine	Nbre de centres de santé 2021	Habitants	Nb MSP pour 100 000 habitants	Rang
Ile-de-France	194	12213447	1,588	1
Hauts-de-France	45	6004108	0,749	2
Bourgogne-Franche-Comté	21	2807807	0,748	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	32	5052832	0,633	4
Centre-Val de Loire	15	2572853	0,583	5
Grand-Est	32	5550389	0,577	6
Occitanie	31	5885496	0,527	7
Pays de la Loire	18	3781423	0,476	8
Auvergne-Rhône-Alpes	36	7994459	0,450	9
Bretagne	13	3335414	0,390	10
Nouvelle Aquitaine	19	5979778	0,318	11
Normandie	7	3327477	0,210	12
Corse	0	338554	0,000	13
TOTAL	224	64844037	0,345	

Source : assurance maladie (rapport annuel 2021 sur les charges et les produits)

Annexe n° 3. Accessibilité potentielle localisée

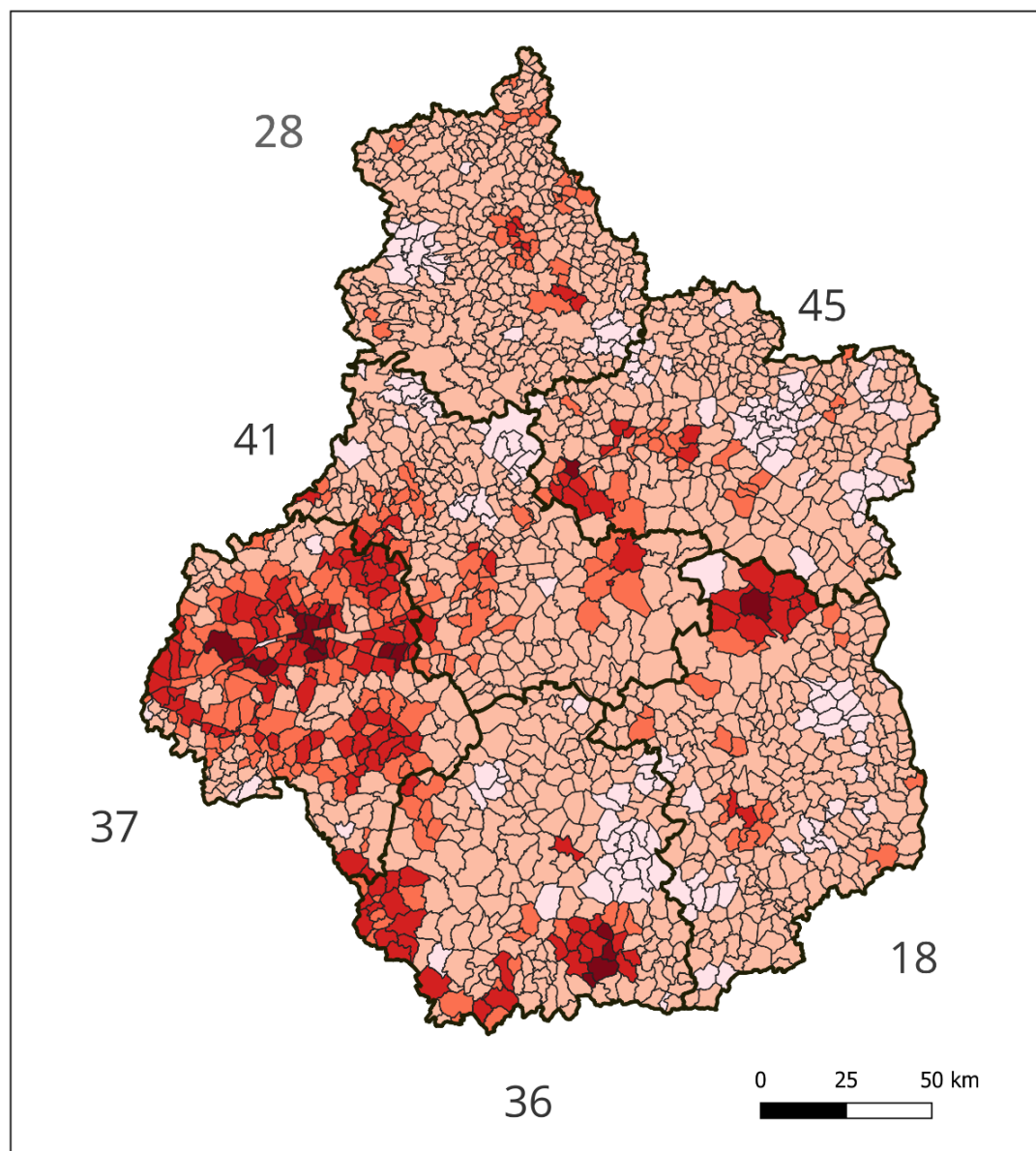
Nota : les cartes présentées ci-dessous donnent une image impressionniste de la situation régionale générale. Elles n'ont pas vocation à être utilisées pour rechercher la position relative d'une commune voire d'un groupe de communes.

Carte n° 6 : Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes en région Centre-Val de Loire (édition 2021 exploitant des données 2019)



Source : CRC d'après l'Insee

**Carte n° 7 : Nombre de consultations par an et par habitant (APL aux médecins de moins de 62 ans ;
édition 2021 sur des données 2019)**



Nombre de consultations par an et par habitants (APL 2019)



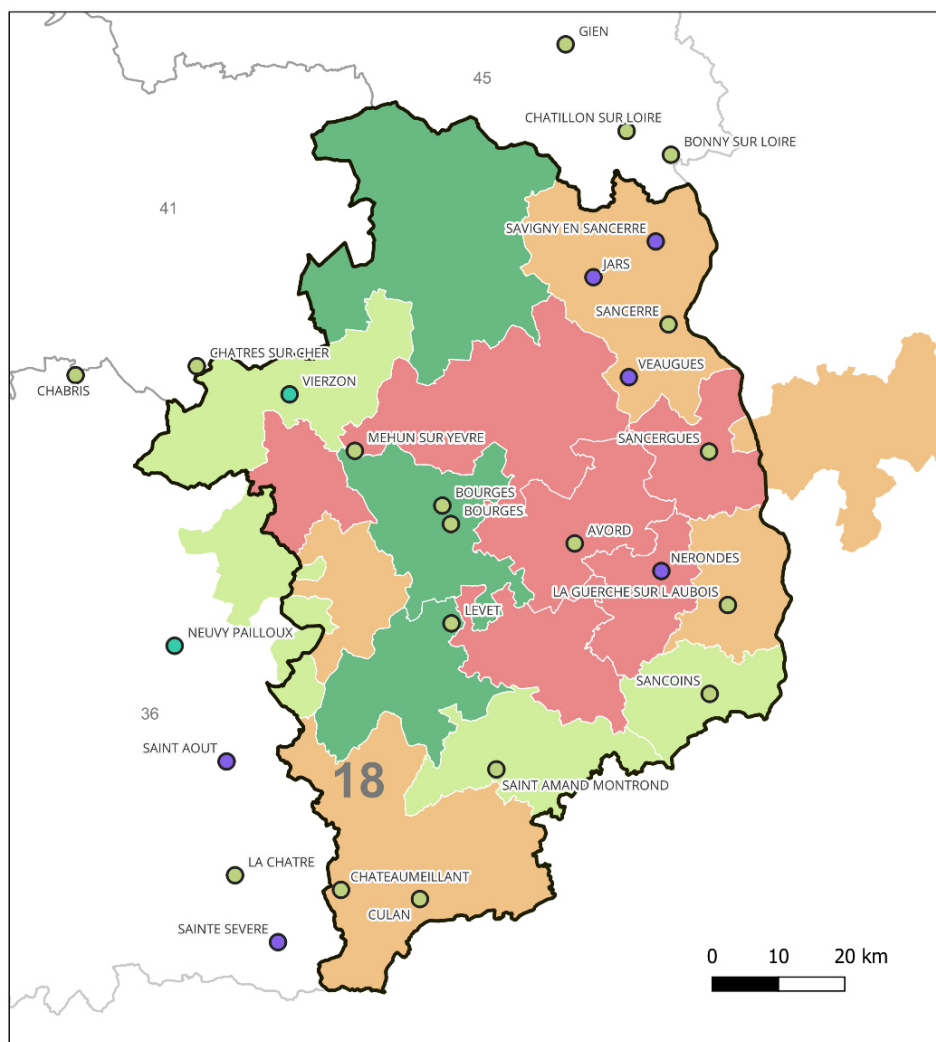
Source : CRC d'après la DREES

Annexe n° 4. Couverture territoriale des structures d'exercice regroupés dont l'immobilier a été financé par la région

Des cartes, qui associent les structures d'exercice coordonné financées par la région (existantes ou futures) et la densité des médecins généralistes libéraux par EPCI, ont été établies par la chambre pour chaque département. La densité des médecins généralistes provient du site l'observatoire des territoires (donnée 2020). L'échelle de densité, générée automatiquement par l'application utilisée pour réaliser la carte, est fonction de la fourchette minimum et maximum des densités constatées dans le département en question. Aussi, d'un département à l'autre, les codes couleur des densités ne correspondent pas à la même fourchette de valeur.

Cette vision permet de mesurer le maillage territorial, objectif général fixé par la région. Elle ne permet pas d'apprécier les éventuels effets d'une accumulation de structures à proximité les unes des autres.

Carte n° 8 : Structures d'exercice coordonné du département du Cher financées par la région



Densité médicale par EPCI en 2020
(nbre de médecins généralistes libéraux pour 100 000 hab)
(Données issues du site Observatoire des territoires)

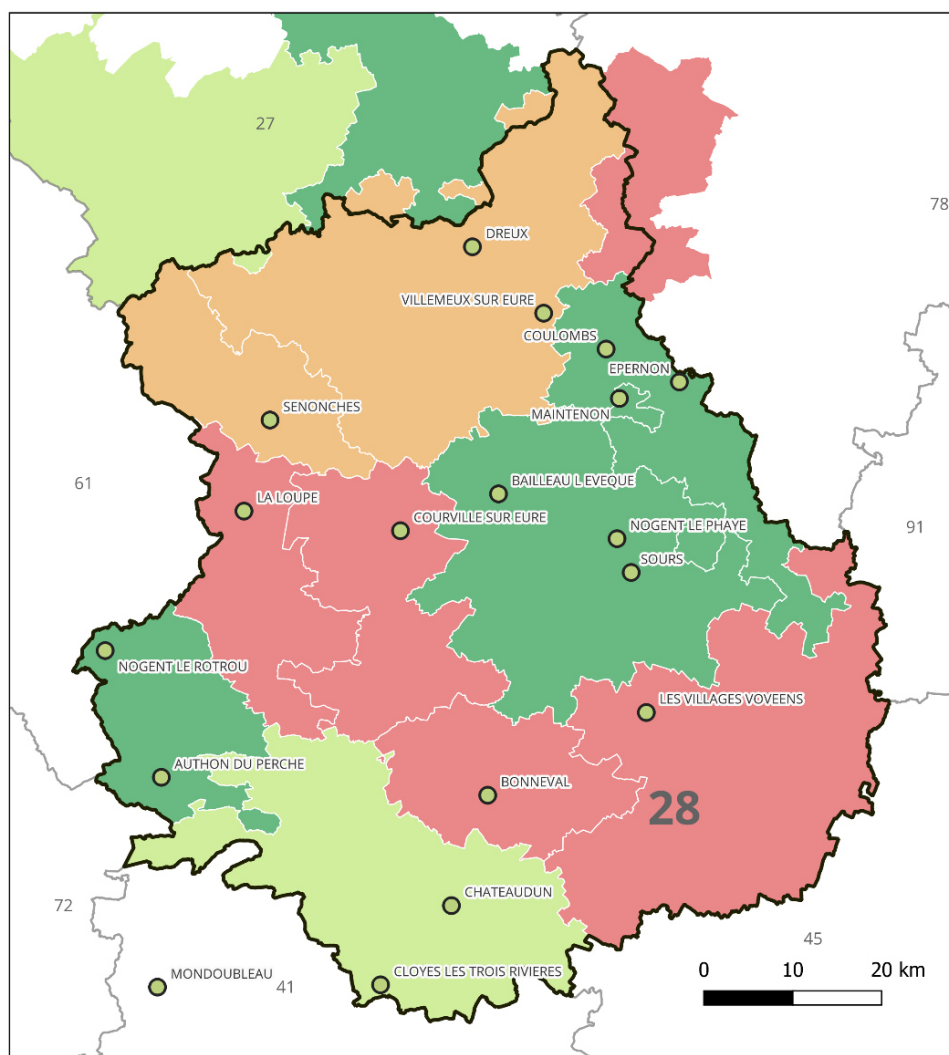
- 21 - 40
- 40 - 60
- 60 - 79
- 79 - 99

Les structures de santé cofinancées par la région

- Maison de santé
- Centre de Santé
- Autre structure à exercice coordonné

Source : CRC d'après la région

Carte n° 9 : Structures d'exercice coordonné du département d'Eure-et-Loir financées par la région



Densité médicale par EPCI en 2020
(nbre de médecins généralistes libéraux pour 100 000 hab)
(Données issues du site Observatoire des territoires)

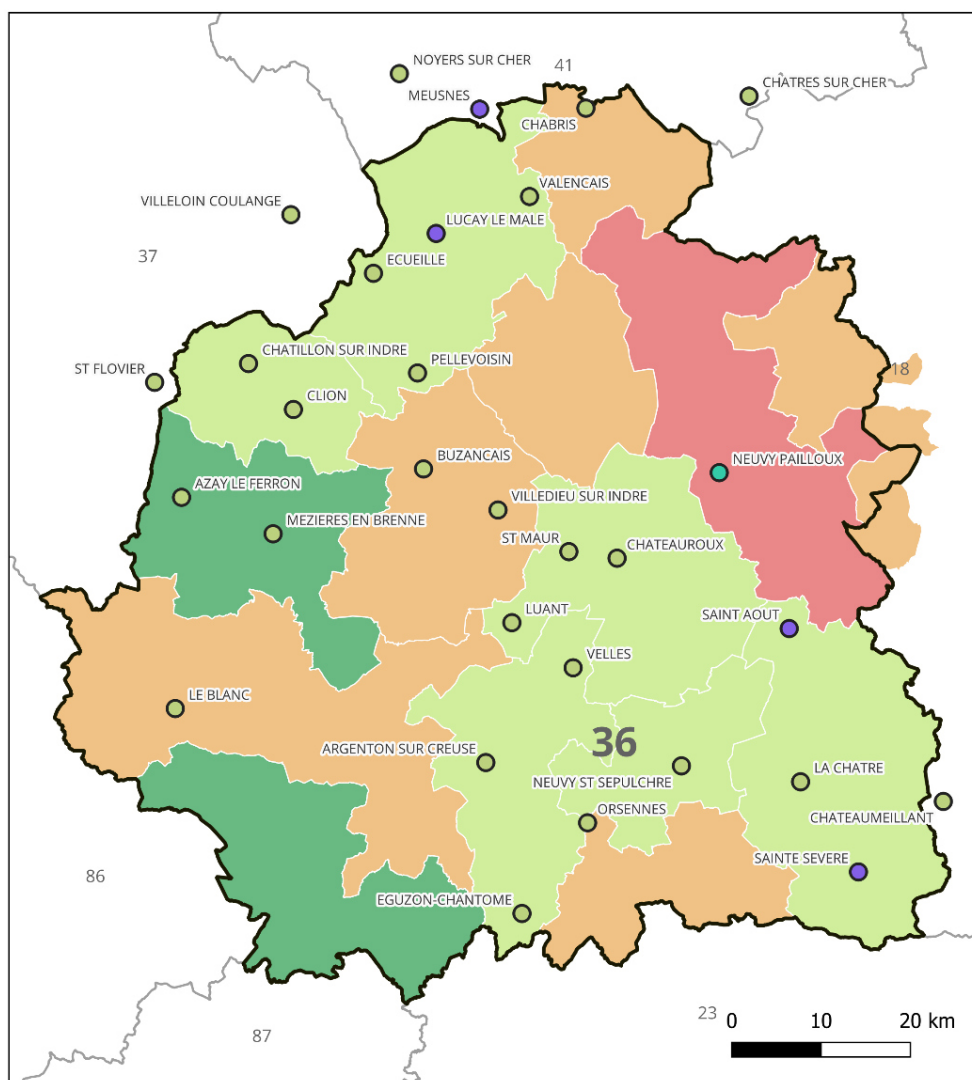
- 40 - 48
- 48 - 56
- 56 - 64
- 64 - 72

Les structures de santé cofinancées par la région

- Maison de santé

Source : CRC d'après la région

Carte n° 10 : Structures d'exercice coordonné du département de l'Indre financées par la région



Densité médicale par EPCI en 2020
(nbre de médecins généralistes libéraux pour 100 000 hab)
(Données issues du site Observatoire des territoires)

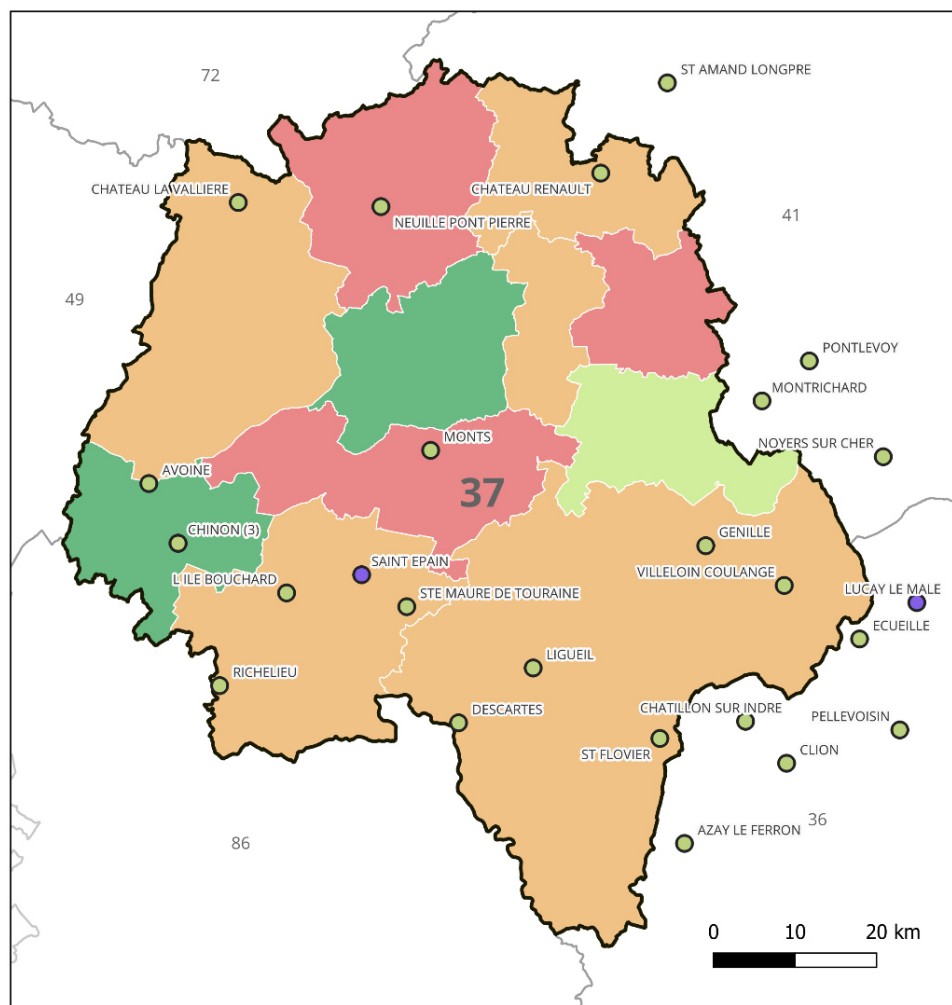
20 - 41
41 - 63
63 - 84
84 - 105

Les structures de santé cofinancées par la région

● Maison de santé
● Centre de Santé
● Autre structure à exercice coordonné

Source : CRC d'après les données de la région

Carte n° 11 : Structures d'exercice coordonné de l'Indre-et-Loire financées par la région



Densité médicale par EPCI en 2020
(nbre de médecins généralistes libéraux pour 100 000 hab)
(Données issues du site Observatoire des territoires)

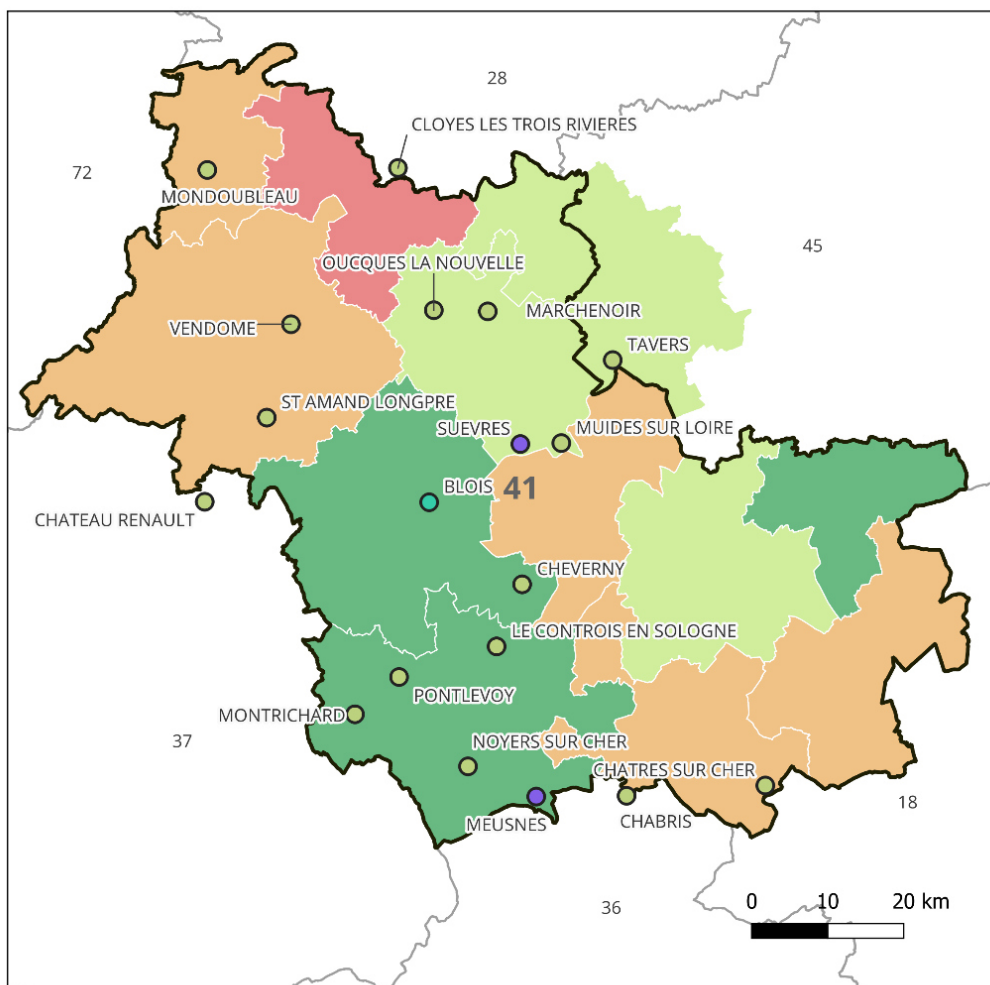
70 - 81
81 - 92
92 - 104
104 - 115

Les structures de santé cofinancées par la région

● Maison de santé
● Autre structure à exercice coordonné

Source : CRC d'après les données de la région

Carte n° 12 : Structures d'exercice coordonné du Loir-et-Cher financées par la région



Densité médicale par EPCI en 2020
(nbre de médecins généralistes libéraux pour 100 000 hab)
(Données issues du site Observatoire des territoires)

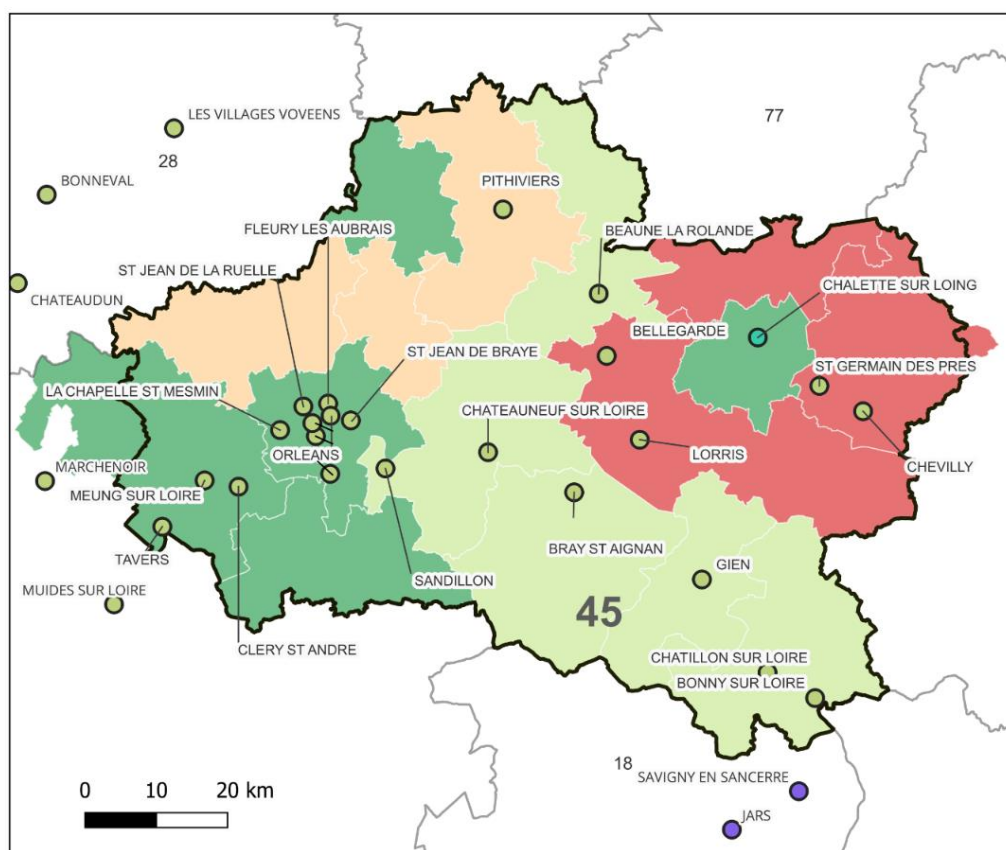
54 - 65
65 - 76
76 - 87
87 - 98

Les structures de santé cofinancées par la région

● Maison de santé
● Centre de Santé
● Autre structure à exercice coordonné

Source : CRC d'après la région

Carte n° 13 : Structures d'exercice coordonné du Loiret financées par la région



Densité médicale par EPCI en 2020
(nbre de médecins généralistes libéraux pour 100 000 hab)
Données issues du site de l'Observatoire des Territoires

29 - 41
41 - 53
53 - 66
66 - 78

Structures de santé cofinancées par la région

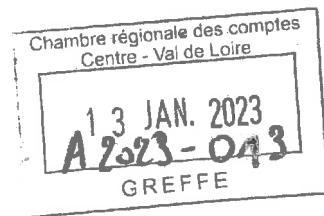
● Centre de Santé
● Maison de santé

Source : CRC d'après la région

Annexe n° 5. Réponse



Direction Générale Mobilités et Territoires Durables
Dossier suivi par César GONZALEZ
Tél : 02.38.70.32.32
Références : DGMTD/CG/NC/23.03



Madame Céline DAUSSIN-CHARPANTIER
Présidente de la Chambre régionale des
comptes Centre-Val de Loire
15, rue d'Escures
BP 2425
45032 ORLEANS CEDEX 1

Orléans, le

12 JAN. 2023

Madame la Présidente,

Par courrier en date du 14 décembre 2022, vous avez bien voulu me faire part du rapport d'observations définitives de l'enquête que vous avez menée relative à l'organisation territoriale des soins de premiers recours, et je vous en remercie.

Certaines des observations formulées dans le rapport provisoire ont fait l'objet de modifications suite au courrier adressé à cet effet le 30 septembre 2022 et je vous en remercie. Toutefois, je tiens à vous rappeler quelques compléments et éléments de réponses sur les points suivants :

- l'accès aux soins de ville,
- la création d'une formation médicale à Orléans
- la compétence régionale et la loi 3DS du 21 février 2022.

Pour ce qui relève de vos conclusions sur l'accès aux soins de ville et les structures d'exercice regroupé, je relève que vos remarques suggèrent que la Région ne saurait pas suffisamment s'appuyer sur des éléments objectifs pour évaluer les besoins du territoire en matière d'offre de soins (points 2.2.1 et 2.2.2), et que la manière dont les dossiers de demandes de subventions est traitée et suivi apparaît comme trop fragile, notamment sur l'insuffisance des garanties dans l'instruction (2.2.3), l'imprécision des critères obligatoires pour obtenir un financement (2.2.4), le manque de vigilance sur la destination des financements accordés (2.2.5), ou encore le cadre d'éligibilité des dépenses (2.2.7). Sur le volet plus spécifique relatif à la télémedecine, le constat ne semble ne retenir qu'une inadéquation des moyens au regard des résultats obtenus (2.3).

Plusieurs des points que vous avancez sont inexacts ou incomplets :

- Le calcul de la subvention est assis sur le nombre de ces professionnels engagés dans le projet au moment du dépôt de la demande de financement. Outre les réunions d'échanges préalables, l'engagement des professionnels de santé sur leur quotité de temps d'exercice peut être indiqué dans les documents transmis et/ou par l'attestation d'engagement (annexe C du cahier des charges mentionnant la spécialité, la qualité de maître de stage ou non, la quotité de temps d'exercice au sein de la MSP et le lieu d'exercice antérieur) - (2.2.3.1 2.2.8.1).

- Factuellement, l'optimisation et la modularité des locaux est appréciée sur la base des échanges en réunion de présentation du projet aux partenaires et au regard des plans du bâtiment transmis. La modularité est une préconisation, et non un critère d'éligibilité, qui permet de questionner le projet lors de sa conception (ex : possibilité de réaménagement interne par des cloisons modulables, espace disponible pour une future extension ...) (2.2.3.6).
- A l'instar des autres financements de la Région, le cas de revente des locaux est bien mentionné dans le cahier des charges et s'applique à tous les types de projets (y compris « MSP hors les murs »), dans ce cas la Région serait en droit de solliciter le recouvrement de tout ou partie de l'aide octroyée (2.2.3.4; 2.2.5.2).
- Les critères organisationnels obligatoires (2.2.4) sont listés dans le cahier des charges. Les services de la Région vérifient que le projet respecte *a minima* le noyau dur de professionnels requis, comporte une salle de réunions, un secrétariat commun, un dossier médical partagé et un système d'information commun... La Région se réfère à l'avis favorable de l'ARS compétent en la matière sur le projet de santé élaboré par les professionnels (ex : la pluridisciplinarité et l'exercice coordonné, la nature du secrétariat commun, la prise en charge des soins non programmés, ...). Le projet de santé peut également intégrer la question de l'anticipation des risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et en perte d'autonomie.
- Des critères de sélection sont définis quel que soit le type de projet, y compris les « autres cas d'exercice regroupé » et les centres de santé. Pour ces derniers, la liste des professionnels de santé doit être transmise sans préciser le nombre attendu sachant que le recrutement d'un médecin coordonnateur suffit pour créer un centre de santé (2.2.6.1). La démographie médicale de la région justifie d'un assouplissement des critères d'éligibilité des projets.

Plus généralement, en tant que financeur public, il me revient d'estimer et de peser les impacts prévisionnels et le caractère incitatif d'un cadre d'intervention auprès du public-cible à qui il est adressé d'une part, et au regard des effets qu'il doit produire d'autre part. Ainsi, si dans le droit votre remarque soulevant la nécessité de s'assurer du maintien sur la longue durée de professionnels de santé dans les structures financées est opportune, dans les faits elle est susceptible de générer une multitude de contraintes administratives et techniques pour le maître d'ouvrage de ladite structure. En définitive, l'instabilité et la complexité ainsi générée risquerait de gripper une dynamique locale déjà particulièrement complexe à coordonner pour les acteurs et, *in fine*, retarderait la réponse aux besoins d'offre de soins de premiers recours dans tous les territoires, ou pire, conduirait à l'abandon de projets. Cet exemple – qui pourrait être repris sur d'autres remarques que vous formulez – illustre la posture que j'ai soutenue d'une exigence administrative suffisante et rigoureuse à même de créer et de maintenir les conditions d'une mobilisation rapide et efficace au regard des priorités territoriales en matière de santé publique.

Concernant le pilotage global des projets de structures d'exercice regroupé, le rapport sous-estime le partenariat étroit et régulier entre la Région, la Préfecture de Région, l'ARS et la fédération régionale des Maisons et Pôles de Santé (FMPS). Il me semble pourtant essentiel de le rappeler, afin notamment de faire-valoir la mobilisation complémentaire de compétences au service des enjeux locaux. Par exemple, chaque projet de santé – qui constitue un prérequis systématique au déblocage des financements d'une MSP – fait l'objet d'un avis de l'ARS à même de justifier de l'engagement et de la crédibilité des professionnels de santé.

Concernant les données mobilisées pour évaluer des enjeux territoriaux, vous soulevez la pertinence et la robustesse de celles utilisées dans le pacte régional de février 2022. Quant à la question du suivi et de l'évaluation des effets produits par les politiques publiques, je suis en mesure de vous confirmer que les données partielles dont vous avez pu bénéficier au moment de la rédaction de votre rapport seront améliorées dans les années à venir par l'apport d'une évaluation plus systématique des programmes et par la création de l'observatoire des maisons de santé, dont les travaux sont engagés depuis cet automne.

En conséquence, et à ce jour, au-delà des inévitables spécificités locales, et si des améliorations doivent nécessairement être faites – et seront faites – au cadre d'intervention au gré de l'évolution des contextes, la Région dispose de garanties suffisantes en matière de données et de retours d'expériences pour justifier l'urgence de la réponse à apporter à nos concitoyens en matière d'accès aux soins dans des territoires soumis à une carence majeure de professionnels de santé.

Concernant le pôle de **formation médicale à Orléans**, le rapport précise *qu'aucun subventionnement spécifique de la collectivité régionale découlant de la décision de création d'une formation médicale à Orléans n'a été acté (3.2.1)*. Mais comme le souligne ce même paragraphe la région ne dispose pas d'éléments pour se prononcer dans la mesure où « *une étude approfondie sur les besoins immobiliers est annoncée* ».

Enfin, concernant la **compétence régionale et la loi 3DS du 21 février 2022**, vous soulevez un premier point qui concerne le cadre juridique dans lequel la collectivité régionale a fait le choix de porter la création d'un groupement d'intérêt public visant à répondre aux questions d'accès aux soins. Cette question est majeure pour des habitants de la région dont on estime aujourd'hui qu'un quart n'a pas déclaré de médecin traitant, obérant toute possibilité d'un suivi médical de qualité.

Vous évoquez « une situation d'insécurité juridique » de la structure GIP initiée par la collectivité régionale.

Le GIP pro santé n'a pas été créé comme structure « écran » pour conduire ce projet majeur de la collectivité. Si l'essentiel de la dotation d'équilibre est apporté par la Région, cette structure déploie, dans le cadre réglementaire autorisé, un projet innovant à une échelle géographique élargie.

Aussi, considérant que :

- L'article L. 6323-1 du code de la santé publique définit la notion de « centres de santé »,
- L'article L. 6323-1-3 du même code, dans sa version en vigueur lors de la création du GIP, précisait que « Les centres de santé sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements publics de coopération intercommunale, soit par des établissements publics de santé,
- soit par des personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé, à but non lucratif ou à but lucratif (...) ».

Le régime des GIP posé par la loi du 17 mai 2011 prévoit qu'un GIP est une personne morale de droit public constitué entre des personnes publiques et privées (le cas échéant) qui y exercent ensemble des activités d'intérêt général à but non lucratif.

La structure GIP entre dans la catégorie « organisme à but non lucratif » habilitée à créer et gérer des centres de santé.

Aussi, si la loi 3 DS ne retient pas directement la Région comme collectivité compétente pour créer et gérer des centres de santé, elle confirme la possibilité pour les GIP de le faire. A

cet égard la loi 3DS confirme le choix juridique retenu par la collectivité régionale en 2020. La loi ne limite pas, en l'état, les membres des GIP et la possibilité qu'une Région se saisisse de cet outil.

En limitant les compétences des Régions en matière de centres de santé, la loi 3 DS oblige, par voie de conséquence, à repenser la place de la Région dans la gouvernance du GIP. Sa place prépondérante aurait pour effet de contourner les limitations posées par l'article L 6323-1. 3 du code de la santé publique.

Or en aucun cas la loi ne vient limiter le rôle des Régions au sein des GIP, y compris des GIP gestionnaires de centres de santé.

Si telle avait été la volonté du législateur la loi 3DS aurait pu le prévoir. En effet, le GIP ProSanté a été créé par arrêté du Directeur régional de l'ARS Centre-Val de Loire le 30 juin 2020 sur les bases d'une convention constitutive prévoyant un rôle décisif pour la Région Centre-Val de Loire. Or, la loi 3DS a été publiée le 22 février 2022 soit postérieurement à la création du GIP Pro Santé.

En outre, lors des travaux préparatoires de la loi, attentive, la Région Centre-Val de Loire avait attiré l'attention du Gouvernement sur l'existence du GIP Pro Santé. Ce dernier en connaissait donc parfaitement l'existence et l'organisation. Ainsi si cette solution ne semblait pas adéquate, la loi 3DS aurait pu la remettre en cause. Tel n'a pas été le cas.

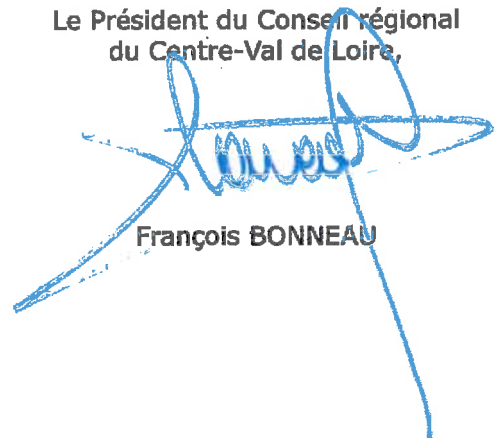
Dès lors, compte tenu de la parfaite conformité de la solution du GIP comme gestionnaire de centres de santé, aussi bien aux textes en vigueur au moment de sa création qu'à ceux qui prévalent actuellement, je ne perçois aucune insécurité juridique telle qu'évoquée dans votre rapport provisoire.

La loi 3DS est parfaitement claire, sans incertitude quant à la compétence d'un GIP en la matière, sans restriction quant à sa gouvernance, ne laissant place à aucun espace d'interprétation qui pourrait permettre de déceler une quelconque fragilité juridique. Les textes sont ici respectés en tous points.

On peut par ailleurs relever que la loi 3DS n'a pas entendu retirer aux régions leurs compétences en matière de santé puisqu'elle réaffirme à l'article L 1110-1 du code de la santé publique que : « Les professionnels ... contribuent, avec les collectivités territoriales et leurs groupements, dans le champ de leurs compétences respectives fixées par la loi, ... à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. ». Par l'Intermédiaire du GIP Pro Santé, la Région vient appliquer strictement l'article L 1110-1 du code de la santé publique.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma considération distinguée.

Le Président du Conseil régional
du Centre-Val de Loire,



François BONNEAU



Chambre régionale des comptes Centre-Val de Loire

15 rue d'Escures

BP 2425

45032 Orléans Cedex 1

Tél. : 02 38 78 96 00

centrevallaloire@crtc.ccomptes.fr

www.ccomptes.fr/fr/crc-Centre-Val de Loire