



# **RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE**

## **GROUPEMENT D'INTÉRÊT PUBLIC (GIP) PRO SANTÉ CENTRE-VAL DE LOIRE (Département du Loiret)**

Exercices 2020 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

<b>SYNTHÈSE.....</b>	<b>5</b>
<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>9</b>
<b>1 UN OUTIL D’INTERVENTION DE LA RÉGION DANS LA LUTTE CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX.....</b>	<b>10</b>
1.1 Une région confrontée à une pénurie de médecins.....	10
1.1.1 La définition des soins de premier recours.....	10
1.1.2 Une évolution défavorable de la démographie médicale .....	11
1.1.3 Un zonage récemment révisé .....	13
1.2 Un cadre d’intervention de la région devenu juridiquement fragile .....	14
1.2.1 De larges compétences dévolues à la région dans le domaine de la santé.....	14
1.2.2 Le GIP Pro santé, outil d’intervention de la région en matière de santé.....	15
1.2.3 Un cadre d’intervention de la région au sein du GIP, devenu fragile depuis la loi du 21 février 2022.....	16
1.2.4 La compétence juridique du GIP pour créer et gérer des centres de santé.....	16
<b>2 UNE GOUVERNANCE INNOVANTE MAIS DÉSÉQUILIBRÉE DONT LE PILOTAGE OPÉRATIONNEL EST INSUFFISANT .....</b>	<b>19</b>
2.1 Une gouvernance partagée mais déséquilibrée par l’omniprésence de la région.....	19
2.1.1 L’approbation de la convention constitutive du GIP .....	19
2.1.2 Une gouvernance innovante : une structure partenariale de coopération .....	19
2.1.3 La place prépondérante de la région au sein du GIP Pro santé .....	20
2.1.3.1 La majorité des droits statutaires .....	20
2.1.3.2 Une place centrale au sein de l’assemblée générale .....	21
2.1.3.3 La présidence de droit du président du conseil régional.....	21
2.1.3.4 Une directrice mise à disposition par la région .....	21
2.1.3.5 La région garante de l’équilibre financier du GIP .....	22
2.1.4 Une nécessaire articulation avec les départements .....	22
2.2 Un pilotage opérationnel insuffisant .....	24
2.2.1 L’absence d’un plan d’action formalisé et concerté au sein du GIP .....	24
2.2.2 Une simple cartographie orientant les décisions d’implantation .....	24
2.2.3 La localisation des centres régionaux de santé.....	25
2.2.4 Une stratégie de communication finalisée seulement en janvier 2022.....	26
2.2.5 Un modèle économique initial exigeant.....	27

3	UNE RÉELLE MUTUALISATION DES MOYENS MAIS DES FREINS AU DÉPLOIEMENT DES CENTRES DE SANTÉ.....	29
3.1	Le fonctionnement des centres de santé .....	29
3.1.1	Un cadre juridique récemment rénové .....	29
3.1.2	Les missions des centres de santé .....	30
3.1.3	Les documents obligatoires .....	30
3.1.3.1	Les documents obligatoires élaborés au niveau central.....	30
3.1.3.2	Les documents obligatoires élaborés au niveau local.....	31
3.1.4	Le conventionnement avec l'assurance maladie .....	31
3.1.5	Une participation à la permanence des soins .....	32
3.1.5.1	Le cadre juridique.....	32
3.1.5.2	La participation à la permanence des soins ambulatoires.....	33
3.1.6	L'élaboration de programmes d'activité .....	33
3.2	Les conditions d'emploi des professionnels de santé.....	34
3.2.1	Les modalités de recrutement des personnels .....	34
3.2.1.1	Le cadre juridique.....	34
3.2.1.2	La mise en œuvre par le GIP Pro santé .....	34
3.2.2	La rémunération des praticiens .....	35
3.2.2.1	Le cadre juridique.....	35
3.2.2.2	La mise en œuvre par le GIP Pro santé .....	35
3.3	La mise en commun de moyens .....	36
3.3.1	La mutualisation des moyens au sein du GIP Pro santé.....	36
3.3.2	La mise à disposition de moyens par la région .....	37
3.3.3	La centralisation de certaines fonctions support .....	38
3.4	Les freins au déploiement des centres régionaux de santé.....	39
3.4.1	Une montée en puissance plus lente que prévue .....	40
3.4.2	Les difficultés à recruter en dehors de la région .....	41
3.4.3	La taille restreinte des centres de santé et ses conséquences .....	43
3.4.4	Une organisation fragmentée en raison d'obstacles juridiques.....	43
3.4.5	Les autres freins au déploiement des centres de santé .....	44
3.4.5.1	Les conditions d'accueil des étudiants dans les centres de santé.....	44
3.4.5.2	Le recrutement de médecins adjoints non encore thésés .....	45
3.4.5.3	La définition du zonage .....	45
4	UN MODÈLE ÉCONOMIQUE À ADAPTER .....	47
4.1	L'organisation comptable et financière.....	47
4.1.1	Un service public qualifié d'administratif par les services de l'État.....	47
4.1.2	L'application du régime de la comptabilité publique.....	47
4.1.3	L'organisation comptable du groupement.....	48
4.1.4	La gestion budgétaire .....	48
4.1.5	La commande publique .....	49
4.2	Une situation financière fragile .....	49
4.2.1	Une exécution budgétaire bien en-deçà des prévisions.....	49
4.2.2	Un équilibre budgétaire garanti grâce à la contribution de la région .....	50
4.3	La nécessaire adaptation du modèle économique .....	52

4.3.1 Un risque d'augmentation sensible de la contribution régionale au GIP .....	52
4.3.2 Des écarts significatifs par rapport au modèle économique initial .....	53
4.3.3 Les axes d'efficience identifiés par la direction du GIP .....	54
<b>ANNEXES.....</b>	<b>56</b>
Annexe n° 1. Procédure.....	57
Annexe n° 2. Carte des communes et communautés de communes candidates pour accueil un centre régional de santé ou une antenne (mai 2022).....	58
Annexe n° 3. Carte : degré de fragilité des intercommunalités en matière d'accès aux soins en Centre-Val de Loire (janvier 2020) .....	59
Annexe n° 4. Organigramme prévisionnel.....	60
Annexe n° 5. Rémunération des médecins.....	61
Annexe n° 6. Cartographie de l'accessibilité potentielle localisée (APL) de la région Centre-Val de Loire.....	62
Annexe n° 7. Aides ou dispositifs applicables en zones sous denses .....	63
Annexe n° 8. Glossaire.....	64
Annexe n° 9. Réponse .....	65



## SYNTHÈSE

Le groupement d'intérêt public (GIP) Pro santé est un dispositif d'intervention spécialisé dans la création et la gestion de centres de santé permettant à la région Centre Val de Loire et à ses partenaires de contribuer à la lutte contre la désertification médicale. Le pilotage du GIP doit être amélioré et son modèle économique, jusqu'à présent déséquilibré, mériterait d'être actualisé en privilégiant le renforcement des centres de santé existants.

### *Un cadre d'intervention devenu juridiquement fragile*

Le GIP a été créé par une délibération du conseil régional en date du 10 avril 2020 et un arrêté de l'ARS Centre-Val de Loire du 30 juin 2020. Instrument d'intervention de la région dans la lutte contre la désertification médicale, l'action du GIP Pro santé s'inscrivait initialement bien dans le cadre des compétences de ses membres. Cependant, la loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration (dite loi 3DS) est venue réserver la capacité de création et de gestion des centres de santé à certains échelons territoriaux, dont les régions ne font pas partie. Cette évolution législative entraîne une situation d'incertitude juridique pour la région, principal membre et financeur du GIP.

### *Une gouvernance innovante mais un pilotage insuffisant*

La région Centre-Val de Loire occupe une place prépondérante au sein du GIP tant dans sa gouvernance que dans l'équilibre financier de la structure. La volonté de la région de faire du GIP Pro santé un outil de partenariat avec les autres collectivités territoriales de la région rend nécessaire la recherche d'une bonne articulation avec les départements qui ont pour mission de promouvoir l'accès aux soins de proximité. En outre, le groupement ne dispose pas d'un plan d'action stratégique formalisé, précisant notamment, de manière transparente et concertée avec les autres membres du GIP, ses priorités d'action et les critères d'implantation des centres de santé.

### *Des freins au déploiement des centres régionaux de santé*

Après seulement deux années de fonctionnement, il est encore trop tôt pour dresser un bilan complet de l'action du GIP Pro santé, d'autant que la crise sanitaire du Covid-19 a été peu propice au démarrage de son activité. Pour autant, le déploiement des centres régionaux de santé a été plus lent que prévu et leur taille plus réduite, en raison d'un certain nombre d'obstacles juridiques et organisationnels que le groupement s'attache à lever. Par ailleurs, la gestion directe et centralisée à l'échelon régional de centres de santé n'a pas encore montré sa plus-value.

*Un modèle économique à actualiser*

La chambre invite le GIP Pro santé à actualiser son modèle économique en renforçant le réalisme de ses hypothèses et en privilégiant d'abord le renforcement des centres de santé existants. Plusieurs axes d'efficience ont d'ores et déjà été identifiés par la direction du GIP comme le recours à des assistants médicaux et à des étudiants en médecine, l'intensification des efforts de communication et le développement de la téléconsultation.

À l'issue de son contrôle, la chambre a formulé deux recommandations.

## RECOMMANDATIONS

**Recommandation n° 1 :** Élaborer un plan d'action stratégique avec tous les membres du GIP précisant les priorités et les critères de choix d'implantation des centres de santé (page 25).

**Recommandation n° 2 :** Actualiser le modèle économique afin que celui-ci repose sur des hypothèses d'activité en phase avec celles observées (page 54).



## INTRODUCTION

La chambre régionale des comptes de Centre-Val de Loire a procédé, dans le cadre fixé par les dispositions de l'article L. 211-3 du code des juridictions financières (CJF), au contrôle des comptes et de la gestion du groupement d'intérêt public (GIP) Pro santé pour les exercices 2020 et suivants. Celui-ci a porté notamment sur sa gouvernance, son organisation, son activité et sa situation financière.

En complément de l'accompagnement du développement de maisons et centres de santé pluriprofessionnels, par l'intermédiaire de subventions à l'investissement pour des opérations immobilières, la région Centre-Val de Loire s'est dotée d'un outil d'intervention spécialisé dans la création et la gestion de centres de santé. Un centre de santé est un équipement sanitaire de proximité qui, suivant l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, dispense des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours.

Les différentes étapes de la procédure telles qu'elles ont été définies par le CJF (article L. 243-1 à L. 243-6) sont présentées en annexe n° 1 « Procédures ».

L'examen des comptes et de la gestion du GIP Pro santé a été réalisé dans le cadre de l'enquête dédiée à l'organisation des soins de premiers recours.

# **1 UN OUTIL D'INTERVENTION DE LA RÉGION DANS LA LUTTE CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX**

## **1.1 Une région confrontée à une pénurie de médecins**

### **1.1.1 La définition des soins de premier recours**

Le code de la santé publique définit les soins de premiers recours (article L. 1411-11) ainsi que les différents acteurs et structures de soins plus spécialement chargés de dispenser ce type de soins, qu'il s'agisse des médecins généralistes (article L. 4310-1), des centres de santé (article L. 6323-1), des maisons de santé (article L. 6323-3) ou des communautés professionnelles territoriales de santé (article L. 1434-12).

Selon l'article L. 1411-11 du code de la santé publique : « L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécient en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé conformément au schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-2. »

Les soins de premiers recours reposent sur les principes de proximité, de prise en charge globale (prévention et soins), d'accessibilité (géographique et financière), d'orientation dans le système de soins et, le cas échéant, de pluridisciplinarité.

Conformément aux dispositions de l'article L. 1411-11 du code de la santé publique, les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

### **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).

Si le médecin généraliste constitue le pivot de l'organisation des soins de premier recours, le périmètre des autres professionnels de santé participant à l'organisation de ces soins est discuté.

#### **1.1.2 Une évolution défavorable de la démographie médicale**

La région Centre-Val de Loire est confrontée à une évolution défavorable de la démographie médicale. Celle-ci s'accroît depuis deux décennies. La région est désormais la plus carencée de métropole en termes d'offre médicale. Elle connaît en particulier une situation critique en matière de densité de médecins généralistes libéraux. Avec une moyenne de 7,1 médecins généralistes pour 10 000 habitants, la région se situe en dessous de la moyenne nationale (8,8 médecins pour 10 000 habitants). De surcroît, le tiers des praticiens présents sur le territoire a plus de 60 ans ce qui risque d'aggraver la situation de désertification médicale<sup>1</sup>.

Cette situation compromet l'accès aux soins pour les habitants : En région Centre-Val de Loire, une forte proportion de patients se retrouve sans médecin traitant. La part des assurés sociaux de 16 ans et plus sans médecin traitant (MT) était estimée à 13 % en 2017<sup>2</sup>, part ramenée à 11,3 % pour les plus de 21 ans.

<sup>1</sup> Source : Projet régional de santé.

<sup>2</sup> Source : Schéma régional de santé de la région Centre-Val de Loire.

Tableau n° 1 : Densité médicale en 2021

Dépt.	Nb de médecins généralistes	Densité de généralistes pour 100 000 hab.	Proportion de médecins de plus de 55 ans
18	193	63	56,99 %
28	249	57	61,45 %
36	139	63	53,96 %
37	597	98	41,54 %
41	237	71	54,85 %
45	432	64	51,78 %
<b>Région</b>	<b>1 827</b>	<b>71</b>	<b>53,00 %</b>

Source : Données ARS du Centre Val de Loire au 1<sup>er</sup> septembre 2021

Face à ce constat, les membres du groupement ont décidé de s'unir pour lutter contre le phénomène de désertification médicale et renforcer le maillage de la présence médicale permettant un accès aux soins pour le plus grand nombre<sup>3</sup>.

À l'initiative de la région, il a été décidé la création d'un partenariat sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) en application de la loi du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit. Ainsi, les signataires ont souhaité constituer un GIP dont ils sont les membres, outil commun concourant à la mise en œuvre de leurs stratégies en matière de santé. Ce groupement est ouvert à des personnes morales dont l'activité peut concourir à son bon fonctionnement<sup>4</sup>.

Le projet du GIP, qui a pour objectif de créer 300 postes de médecins salariés, s'intègre dans la plateforme d'engagement et de mobilisation (encadré) pour « Une région 100 % santé ». Cette plateforme se déploie autour de quatre ambitions déclinées en 20 priorités. Ce projet stratégique régional a été présenté, le 26 novembre 2019, lors d'une réunion conjointe du conseil régional et du conseil économique, social et environnemental de la région (CESER)<sup>5</sup>.

#### **Plateforme d'engagement et de mobilisation**

- Anticipation pour la formation et l'installation d'un nombre accru de médecins et de professionnels de santé ;
- Anticipation pour l'accès aux soins dans la proximité de chaque territoire ;
- Anticipation pour une approche globale et exigeante de la prévention et la promotion de la santé ;
- Anticipation pour le renforcement de l'attractivité territoriale.

<sup>3</sup> Source : Préambule de la convention constitutive du GIP.

<sup>4</sup> L'accueil d'un centre de santé n'est donc pas une condition de l'adhésion au GIP. Selon l'article 2.1.1 de la convention constitutive, l'adhésion des collectivités publiques est examinée au regard des apports du nouveau membre, qu'il s'agisse d'un apport matériel ou d'un apport immatériel.

<sup>5</sup> Voir aussi le dossier de presse.

### 1.1.3 Un zonage récemment révisé

L'attribution des aides financières à l'installation repose sur un système de zonage pour chaque département qui permet de les attribuer de façon sélective dans les zones où la densité de médecins généralistes est la plus faible. En effet, les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins sont réparties en deux catégories par l'ARS, à savoir les zones d'intervention prioritaires (ZIP) – les plus fragiles – et les zones d'action prioritaires (ZAC).

La révision du zonage est obligatoire tous les trois ans<sup>6</sup>. L'ARS Centre-Val de Loire a actualisé le zonage par arrêté du 13 janvier 2022. Cette révision a permis d'actualiser<sup>7</sup> la cartographie en prenant en compte l'évolution de l'offre de soins, particulièrement dans les territoires où la situation s'est dégradée.

Désormais, près de 93 % de la population régionale est classée en zone sous-dense.

#### Détermination des zones déficitaires dans le zonage

L'indicateur socle du zonage est l'accessibilité potentielle localisée à un médecin (APL). Développé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), il s'agit d'un indicateur composite prenant en compte l'offre et la demande de soins avec une dimension prospective pour anticiper notamment les départs à la retraite. L'APL est calculée au niveau de chaque territoire de vie-santé (TVS), la maille du zonage, et s'exprime en nombre de consultations accessibles par an par habitant.

Les zones dites « sous-denses » sont les zones d'intervention prioritaire (ZIP) éligibles à toutes les aides, dont les aides conventionnelles de l'assurance maladie et les zones d'action complémentaire (ZAC) éligibles aux seules aides régionales, aux contrats d'engagement de service public (CESP) et aux aides des collectivités territoriales. Ces zones sont déterminées par les agences régionales de santé (ARS) dans le respect de seuils, exprimés en part de population (Cf. annexe n° 7).

En termes de population couverte dans le zonage 2020 :

- ZIP : 12,1 millions de personnes, soit 18 % de la population en France ;
- ZAC : 23,9 millions, soit 35,6 % ;
- Zones de vigilance (dans lesquelles l'accès à la médecine générale libérale n'est pas en difficulté immédiate mais appelle une vigilance particulière pour le moyen terme) : 8,2 millions, soit 12,2 % ;
- Hors vivier (pas de difficultés d'accès) : 22,9 millions, soit 34,2 %.

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après le rapport annuel 2022 de l'assurance maladie

<sup>6</sup> Article R. 1434-43 du CSP.

<sup>7</sup> Auparavant deux zonages avaient été réalisés en 2017 et 2020.

## 1.2 Un cadre d'intervention de la région devenu juridiquement fragile

Le GIP a été créé par une délibération du conseil régional en date du 10 avril 2020 et par arrêté de l'ARS Centre-Val de Loire du 30 juin 2020. Constitué pour une durée indéterminée, le GIP Pro santé Centre-Val de Loire est une personne morale de droit public.

Instrument privilégié d'intervention de la région dans la lutte contre la désertification médicale, l'action du GIP Pro santé s'inscrivait initialement bien dans le cadre des compétences des personnes morales concernées. Cependant, la loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration (dite loi 3DS) est venue limiter la capacité de création et de gestion des centres de santé à certains échelons territoriaux, dont les régions ne font pas partie. Cette évolution législative entraîne une situation d'incertitude juridique.

### 1.2.1 De larges compétences dévolues à la région dans le domaine de la santé

Lors de la création du GIP en 2020, ses missions entraient pleinement dans le champ de compétence de la région. Le préambule de la convention constitutive du GIP rappelle les textes généraux qui fondent la compétence de la région : « À l'initiative de la Région, et dans le respect des compétences qu'elle détient législativement (voir en ce sens : articles L. 1111-2 et L. 4221-1 du code général des collectivités territoriales ; L. 1424-1 du code de la santé publique), il a été décidé la création d'un partenariat sous la forme d'un Groupement d'intérêt public (GIP) en application de la loi du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit. »

En droit, la région dispose, au même titre que la commune et le département, de la possibilité d'attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans certaines zones sous-denses. Elle subventionne ainsi des maisons de santé et participe financièrement à la construction des locaux. De la même façon, la région peut soutenir financièrement des actions de promotion de la santé, notamment lorsqu'il s'agit d'agir sur les déterminants environnementaux. Elle intervient alors au titre de sa compétence relative à l'aménagement du territoire et à l'environnement<sup>8</sup>. Au titre de l'aménagement du territoire, les principaux subventionnements accordés par la région se fondent sur les dispositions plus spécifiques de l'article L. 1511-8 du CGCT qui lui permet d'agir pour le maintien et l'installation de professionnels de santé. Ces aides sont par ailleurs inscrites dans les contrats de plan État-Région successifs.

Plus précisément, pour lutter contre les déserts médicaux, une région peut intervenir de deux manières. Elle peut, d'une part, attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins<sup>9</sup>. Elle peut, d'autre part, attribuer hors de tout zonage des aides visant à financer des structures participant à la permanence des soins, « notamment des maisons

---

<sup>8</sup> Le président du GIP a insisté sur l'idée que les centres de santé et l'organisation des soins de proximité en général s'inscrivaient dans la politique d'aménagement du territoire.

<sup>9</sup> Cf. premier alinéa du I de l'article L. 1511-8 du CGCT.

médicales »<sup>10</sup>. S’y ajoutent des possibilités d’indemnités d’études, de logement et de déplacement aux étudiants.

Enfin, 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 ») prévoit que la région peut désormais participer au financement du programme d’investissement des établissements de santé publics respectant les objectifs du schéma régional de santé<sup>11</sup>.

### **L’essor des centres de santé gérés par les collectivités territoriales**

Parmi les plus de 2 000 centres de santé recensés par l’observatoire des centres de santé en 2019, près de 9,4 % de l’ensemble de ces centres, soit 192 centres et 24 % des centres de santé médicaux ou polyvalents (médecine générale et spécialisée), soit 167 centres, sont gérés par des collectivités territoriales. Les collectivités gestionnaires sont essentiellement des communes ou des intercommunalités. Néanmoins, un nombre croissant de conseils départementaux créent leurs centres de santé, depuis l’inauguration par le département de Saône-et-Loire du premier centre de santé départemental en 2018. Ainsi, la Corrèze a inauguré un centre de santé en octobre 2019, l’Orne a ouvert le sien en juin 2020 et la Dordogne a ouvert deux centres de santé.

*Source : CRC Centre-Val de Loire*

## **1.2.2 Le GIP Pro santé, outil d’intervention de la région en matière de santé**

En complément de l’accompagnement du développement de maisons et centres de santé pluriprofessionnels, par l’intermédiaire de subventions à l’investissement pour des opérations immobilières, la région Centre-Val de Loire a souhaité se doter d’un outil d’intervention spécialisé dans la création et la gestion de centres de santé.

Le préambule de la convention constitutive précise les missions du GIP. Il est créé « afin de répondre à la baisse du nombre de médecins, de stabiliser puis d’accroître l’offre médicale et de contribuer à l’accès aux soins pour tous les habitants dans tous les territoires de la région Centre-Val de Loire, en déclinaison du projet stratégique régional développé en réponse au diagnostic territorial régional, et en articulation avec les contrats locaux de santé (CLS) qui permettent un travail partenarial entre élus (intercommunalités, communes, départements) et acteurs locaux pour conduire des réflexions et des actions favorisant la bonne santé des habitants, en particulier dans les domaines de l’attractivité du territoire et de la prévention. »

Ainsi, le GIP Pro santé Centre-Val de Loire a pour objet principal de porter la création et l’animation de centres de santé, lesquels permettront de recruter des professionnels de santé, médecins généralistes en particulier conformément aux dispositions des articles L. 6323-1 et suivants du code de la santé publique. Il a également pour mission d’identifier en lien avec l’ARS les secteurs géographiques prioritaires pour leur implantation, territoires dans lesquels l’accès de la population aux soins est inexistant, insuffisant ou inadapté.

<sup>10</sup> Cf. troisième alinéa du I de l’article L. 1511-8 du CGCT.

<sup>11</sup> Article L. 1424-2 du code de la santé publique.

### **1.2.3 Un cadre d'intervention de la région au sein du GIP, devenu fragile depuis la loi du 21 février 2022**

La loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures a modifié sensiblement les compétences des collectivités territoriales en matière de création et de gestion des centres de santé.

Dans sa version antérieure, l'article L. 6323-1-3 du CSP était rédigé ainsi : « 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. »

Dans sa nouvelle rédaction, issue de la loi 3DS, désormais « les centres de santé sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par les départements, soit par les communes ou leurs groupements, 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. »

Dans sa nouvelle rédaction, l'article L. 6323-1-3 du code de la santé publique ne reprend pas les termes « collectivités territoriales » mais énumère les échelons territoriaux compétents. S'agissant des collectivités territoriales, il limite donc la capacité de création et de gestion des centres de santé aux communes, à leurs groupements et aux départements, excluant ainsi les régions. Dans les faits, les centres de santé sont avant tout un service de proximité qui, pour cette raison, a vocation à être géré par une collectivité de proximité<sup>12</sup>. Hormis les cas de la région Centre-Val de Loire et, plus récemment de la région Occitanie, il n'existe pas d'autres centres de santé régionaux. Cette évolution législative crée donc une incertitude juridique quant à la capacité de la région à participer majoritairement à un GIP qui dans les faits se consacre exclusivement à la création et de gestion de centres de santé.

### **1.2.4 La compétence juridique du GIP pour créer et gérer des centres de santé**

L'article 98 de la loi du 17 mai 2011 dispose que « Le groupement d'intérêt public est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière. Il est constitué par convention approuvée par l'État soit entre plusieurs personnes morales de droit public, soit entre l'une ou plusieurs d'entre elles et une ou plusieurs personnes morales de droit privé. Ces personnes y exercent ensemble des activités d'intérêt général à but non lucratif, en mettant en commun les moyens nécessaires à leur exercice (...) ».

La seule limite apportée par la loi est qu'un GIP ne doit pas être constitué entre collectivités territoriales pour exercer des missions qui peuvent être confiées à un EPCI ou un syndicat mixte. En l'espèce, le GIP intègre plusieurs personnes publiques relevant de différents échelons administratifs (communes et intercommunalités) ainsi que des personnes privées (associations). La région et la direction du GIP soutiennent que, eu égard l'objet et à la

---

<sup>12</sup> Historiquement, ces centres sont d'ailleurs, avant tout, gérés à l'échelon communal, dont le rôle se trouve également conforté par la nouvelle rédaction du premier alinéa.

composition du GIP Pro santé, aucun établissement public de coopération intercommunale ou syndicat mixte ne pourrait exercer des compétences identiques.

L'article L. 6323-1-3 du code de la santé publique, qui n'a pas été modifié sur ce point, autorise toujours les « organismes à but non lucratif » à créer et gérer des centres de santé. Cette possibilité, qui concerne principalement les associations et les mutuelles, permet ainsi à des GIP, à l'instar du GIP Pro-santé, qui relèvent de la catégorie des organismes à but non lucratif, de créer des centres de santé. De plus, le recours à un GIP pour créer un centre de santé et recruter directement des médecins a été validé par la loi 3DS dont l'article 127 prévoit désormais que « lorsque les centres de santé sont gérés par un organisme à but non lucratif constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public dont au moins deux collectivités territoriales ou groupements de collectivités territoriales sont membres, ces professionnels peuvent être des agents de ce groupement d'intérêt public. » Selon la direction du GIP, « cette nouvelle disposition législative vient valider la solution retenue en 2020 en faisant apparaître nommément la structure GIP ».

Enfin, l'avis de la direction régionale des finances publiques, rendu au stade de l'approbation des statuts du GIP, mérite de retenir l'attention. Ainsi, « Sous réserve d'une analyse plus juridique permettant de considérer que l'article L. 4221-1 du code général des collectivités territoriales prévoyant que le conseil régional a compétence pour promouvoir le développement [...] sanitaire [...] dans le respect de l'intégrité, de l'autonomie et des attributions des départements et des communes constitue une base légale pour justifier non seulement toute action de promotion de la santé, mais aussi d'animation et de participation à la gestion des politiques sanitaires, au regard notamment de la nécessité de développer des actions de prévention de la santé, la constitution d'un « GIP Santé » apparaît pertinent dans le contexte spécifique de la situation de la Région Centre-Val de Loire.<sup>13</sup>»

Il résulte de ce qui précède que l'article L. 6323-1-3 du CSP, dans sa rédaction issue de la loi 3DS, limite les compétences de la région en matière de gestion des centres de santé et, par voie de conséquence, oblige à repenser sa place dans la gouvernance du GIP. Ainsi il conviendra de veiller à ce que la région n'occupe pas une place trop prépondérante<sup>14</sup> ou hégémonique dans l'organisation et le fonctionnement du GIP comme c'est le cas actuellement. Dans le cas contraire, cela pourrait avoir pour effet de contourner les limitations posées par l'article L. 6323-1-3 du code de la santé publique concernant les échelons territoriaux compétents pour la création et la gestion des centres de santé.

La région indique que la loi 3S n'interdit pas à une région d'être membre d'un GIP et que l'article L. 1110-1 du code de la santé publique légitime son action. Pour autant les dispositions de l'article L. 1110-1 précité ne saurait fonder à elles seules l'intervention de la région via le GIP, dans la création et gestion de centres de santé, dès lors qu'elles précisent bien que les collectivités interviennent dans le champ de leurs compétences respectives fixées par la loi et qu'un texte spécifique - l'article L. 6323-1-3 du CSP - précise et limite explicitement les collectivités territoriales habilitées à créer des centres de santé. Par ailleurs, la chambre a constaté que bien qu'il ait un double objet, le GIP se consacre essentiellement à la création et gestion des centres de santé et ne met que partiellement en œuvre sa deuxième mission de diagnostic et d'identification, en lien avec l'ARS, des secteurs d'implantation prioritaires.

---

<sup>13</sup> Avis du 29 juin 2020 du directeur régional des finances publiques portant sur la création du GIP Pro santé.

<sup>14</sup> Point examiné plus loin.

### **Les groupements d'intérêt public**

Un GIP est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière. Il est constitué par convention approuvée par l'État soit entre plusieurs personnes morales de droit public, soit entre l'une ou plusieurs d'entre elles et une ou plusieurs personnes morales de droit privé quel qu'en soit le domaine et les fins opérationnelles, pour une durée adaptée à leurs activités. Les personnes morales de droit public et les personnes morales de droit privé chargées d'une mission de service public doivent détenir ensemble plus de la moitié du capital ou des voix dans les organes délibérants. La loi laisse, d'une part, les membres constitutifs libres de créer ce type d'organisme dès lors que son objet est d'exercer ensemble des activités d'intérêt général à but non lucratif, en mettant en commun les moyens nécessaires à leur exercice et, d'autre part, permet que le GIP ait une durée indéterminée et soit créé sans capital si c'est le choix de ses membres.

*Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les fiches juridiques du Conseil d'État*

---

### **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*La région Centre - Val de Loire est confrontée à un déclin de sa démographie médicale qui s'accroît depuis deux décennies et qui en fait la région métropolitaine la plus carencée en termes d'offre médicale.*

*Avec une moyenne de 7,1 médecins généralistes pour 10 000 habitants, la région Centre-Val-de-Loire se situe en dessous de la moyenne nationale (8,8 médecins pour 10 000 habitants). De surcroît, le tiers des praticiens présents sur le territoire a plus de 60 ans, ce qui risque d'aggraver la situation de désertification médicale de la région.*

*Face à ce constat, à l'initiative de la Région, il a été décidé la création d'un partenariat sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) en application de la loi du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit. Créé par arrêté de l'ARS Centre-Val de Loire du 30 juin 2020, le GIP Pro Santé est l'instrument privilégié d'intervention de la région dans la lutte contre la désertification médicale.*

*Cependant, la loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration (dite loi 3DS) est venue limiter la capacité de création et de gestion des centres de santé à certains échelons territoriaux, dont les régions ne font pas partie. Cette évolution législative crée une incertitude juridique quant à la capacité de la région à participer majoritairement à un GIP qui dans les faits se consacre principalement à la création et la gestion de centres de santé, alors que son objet statutaire est plus large.*

---

## **2 UNE GOUVERNANCE INNOVANTE MAIS DÉSÉQUILIBRÉE DONT LE PILOTAGE OPÉRATIONNEL EST INSUFFISANT**

### **2.1 Une gouvernance partagée mais déséquilibrée par l’omniprésence de la région**

#### **2.1.1 L’approbation de la convention constitutive du GIP**

Conformément aux dispositions de l’article 1er du décret n° 2012-91 du 26 janvier 2012 relatif aux groupements d’intérêt public, le GIP Pro santé a été créé par arrêté de l’ARS Centre-Val de Loire du 30 juin 2020 qui approuve la convention constitutive du 2 juin 2020.

Cette convention constitutive a été modifiée à trois reprises. Les conventions constitutives du 31 mai 2021 et du 25 septembre 2020 ont intégré les candidatures de nouveaux membres, ont modifié l’attribution des droits statutaires et ont complété le régime comptable du GIP (art. 3.4). La dernière convention constitutive, signée le 6 décembre 2021 et approuvée le 24 mars 2022, a modifié l’article 2.1.1 permettant l’adhésion de nouveaux entrants par signature d’une annexe, simplifiant ainsi le processus de signature et de modification de la convention.

#### **2.1.2 Une gouvernance innovante : une structure partenariale de coopération**

La création du GIP a notamment pour objet, en lien étroit avec l’agence régionale de santé (ARS) et les autres collectivités territoriales, de renforcer le pilotage régional du secteur des soins de premiers recours sur le territoire régional. De nombreux rapports parlementaires ont souligné la dispersion des compétences dans ce domaine et le besoin de coordination des actions des collectivités territoriales dans la lutte contre les déserts médicaux.

Selon le GIP, cette forme juridique permet de poursuivre, une mission d’intérêt général à but non lucratif, de fédérer les énergies et d’élargir les partenariats autour d’objectifs partagés et d’une méthode concertée<sup>15</sup>. Il se positionne en interlocuteur des collectivités locales et des acteurs de santé et souhaite développer « une offre de soins complémentaire à celle proposée par le secteur libéral, qui vient l’épauler et la conforter et non s’y substituer. »

Le préambule de la convention constitutive précise que « sur chaque secteur géographique identifié, la création du centre de santé et de ses éventuelles antennes, sera étudiée en lien étroit avec l’ARS et les acteurs locaux : collectivités territoriales, établissements et acteurs de la santé, professionnels de santé libéraux représentés notamment via l’URPS (Union Régionale des professionnels de Santé) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), pour une complémentarité optimale avec l’offre libérale. »

---

<sup>15</sup> Source : Site internet du GIP.

Aujourd'hui, le GIP Pro santé regroupe quinze membres : cinq collectivités territoriales (la région Centre-Val de Loire, les communes de Tours, Châteauroux, Saint-Pierre des Corps et Saint-Sulpice-de-Pommeray), cinq EPCI<sup>16</sup>, trois acteurs associatifs (association ASSAD-HAD, l'APEC, l'Association France Asso Santé), et deux organisations professionnelles, à savoir l'Union régionale des professionnels de santé (URP) et la Fédération des maisons et pôles de santé (FMPS).

L'adhésion d'une commune ou intercommunalité souhaitant accueillir sur son territoire un centre de santé relevant de ce dispositif n'est pas obligatoire mais fortement conseillée pour pouvoir participer à la gouvernance du GIP.

Enfin, le GIP Pro santé a développé une expertise dans l'accompagnement des collectivités territoriales qui souhaitent développer les structures de soins d'exercice collectif. Il considère que cet apport en ingénierie de projet, que ce soit dans l'expression des besoins ou dans le montage administratif des projets, est particulièrement utile pour les petites communes.

### **2.1.3 La place prépondérante de la région au sein du GIP Pro santé**

La région Centre-Val de Loire occupe une place prépondérante au sein du GIP tant dans sa gouvernance que dans l'équilibre financier de la structure.

#### 2.1.3.1 La majorité des droits statutaires

Si le GIP Pro santé ne comptait à l'origine que trois membres, il en compte désormais 15 membres conformément à la convention constitutive du 6 décembre 2021, du fait des élargissements successifs.

Comme le prévoit l'article 105 de la loi du 17 mai 2011, « un conseil d'administration peut être constitué dans les conditions prévues par la convention constitutive pour exercer certaines des compétences de l'assemblée générale ». C'est également la convention constitutive du groupement qui fixe le nombre de membres au sein du conseil d'administration ainsi que leur qualité. L'article 103 de la loi du 17 mai 2011 précise que les personnes morales de droit public et les personnes morales de droit privé chargées de la gestion d'un service public doivent détenir ensemble la majorité des voix dans l'assemblée générale et le conseil d'administration. La convention constitutive précise les attributions du conseil d'administration.

Le conseil d'administration est constitué de 20 administrateurs. Le président du GIP est de droit le président du conseil régional. La convention constitutive instaure trois collèges avec une répartition des droits de vote au sein du conseil d'administration.

---

<sup>16</sup> La communauté de communes d'Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse, la communauté de communes Cœur de Beauce, la communauté de communes Berry Grand Sud, la communauté de communes des Loges, la communauté de communes des Terres du Val de Loire.

**Tableau n° 2 : Répartition des droits de vote**

Collèges	Répartition des droits de vote	Nombre d'administrateurs
Collège 1 - région	50 %	10
Collège 2 – autres collectivités et leurs groupements	30 %	6
Collège 3 – associations et autres structures	20 %	4

Source : Convention constitutive

Le conseil d'administration se réunit au moins deux fois par an et aussi souvent que l'intérêt du groupement l'exige sur convocation du président ou à la demande d'au moins la moitié de ses membres, selon les modalités prévues dans le règlement intérieur. Il ne délibère valablement que si, au travers de leur voix, la moitié des membres est présente ou représentée. L'examen des comptes rendus des réunions montre que le conseil d'administration exerce les attributions prévues, que la fréquence des réunions annuelles est respectée et le quorum est atteint.

#### 2.1.3.2 Une place centrale au sein de l'assemblée générale

L'assemblée générale est en principe composée de l'ensemble des membres du groupement et prend les décisions d'ordre général, sous réserve qu'elles ne relèvent pas du champ de compétences du conseil d'administration ou d'une autre instance du GIP. L'assemblée générale constitue le lieu de discussion de la stratégie du groupement. Les missions et attributions de l'assemblée sont fixées par la convention constitutive du GIP.

La chambre a vérifié que la périodicité des réunions de l'assemblée générale est conforme à celle fixée par la convention collective, soit au moins à deux réunions annuelles. Le quorum a été atteint pour toutes les réunions annuelles. L'examen par la chambre des procès-verbaux montre que l'assemblée générale exerce les attributions que lui sont confiées.

#### 2.1.3.3 La présidence de droit du président du conseil régional

Le président du groupement est, de droit, le président du conseil régional Centre-Val de Loire. Il assure la présidence de l'assemblée générale, convoque l'assemblée générale et le conseil d'administration et détermine l'ordre du jour de ces instances. En cas de partage des voix lors de toute réunion des instances du GIP, le président a voix prépondérante.

#### 2.1.3.4 Une directrice mise à disposition par la région

Mise à disposition à temps complet par la région au profit du GIP Pro santé, la directrice assure, sous l'autorité du conseil d'administration, le fonctionnement du groupement. Elle est la représentante légale du groupement et le représente dans tous les actes de la vie civile. Elle met en œuvre les décisions de l'assemblée générale et du conseil d'administration en sa qualité de responsable exécutif du groupement. Dans ses rapports avec les tiers, la directrice engage le groupement pour tout acte entrant dans l'objet de celui-ci.

La directrice est l'ordonnateur des dépenses et des recettes du groupement. À ce titre, elle est chargée de la constatation des droits et des produits dont elle prescrit et autorise le recouvrement et de l'engagement, la liquidation et l'ordonnancement des dépenses (exécution du budget du groupement). Elle signe les transactions après autorisation du conseil d'administration.

La directrice prend part, sans droit de vote, à toutes les réunions des instances du GIP. Elle peut formuler des propositions en vue des mesures à prendre par le conseil d'administration ou l'assemblée générale et présenter oralement ou par écrit ses observations sur toutes questions en cours d'examen. Elle détermine, sous forme de procédures formalisées et diffusées auprès de l'ensemble des agents du GIP, les modalités de fonctionnement quotidien, de gestion des personnes et des ressources. Elle veille à la mise à jour de ces procédures.

Par arrêté du 24 mars 2021 portant délégation de signature au sein du GIP Pro Santé Centre-Val de Loire, le président du GIP Pro Santé a énuméré les actes pour lesquels il était donné délégation de signature à la directrice du GIP.

#### 2.1.3.5 La région garante de l'équilibre financier du GIP

Tous les membres du groupement s'obligent par la convention constitutive à participer au financement des activités du GIP selon les modalités prévues dans la convention. Chaque membre, à l'exception de la région, verse une cotisation d'adhésion. D'un montant modeste de dix euros, cette cotisation n'est versée qu'une seule fois. Il en résulte que l'équilibre financier du groupement repose sur la contribution régionale. Les autres communes et intercommunalités ne versent pas de concours financiers mais mettent à disposition à titre gracieux les locaux en prenant en charge leur coût de fonctionnement. Ainsi, la région assure seule l'équilibre budgétaire du fonctionnement du GIP en versant une contribution financière chaque année et, le cas échéant, une subvention d'équilibre.

### **2.1.4 Une nécessaire articulation avec les départements**

Bien que les statuts du GIP prévoient la possibilité d'associer les départements à sa gouvernance, ces derniers sont, pour l'instant, restés en retrait de la démarche initiée par la GIP sans qu'il soit possible d'en déterminer les raisons, alors même que la loi 3DS conforte « le rôle de chef de file du département en matière sanitaire et sociale. <sup>17</sup>» Son étude d'impact justifie ce rôle par la proximité entre les champs de compétences respectifs des départements et des centres de santé. En effet, la mission prévue à l'article L. 6323-1-1 du code de la santé publique consistant pour les centres de santé, à « favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus vulnérables » peut être rapprochée de la compétence du département en matière de prise en charge des publics en situation de fragilité telle qu'elle ressort du deuxième alinéa de l'article L. 3211-1- du code général des collectivités territoriales.

L'article L. 3211-1 du code général des collectivités territoriales a été modifié afin de préciser que le département a compétence pour promouvoir la cohésion territoriale « et l'accès

---

<sup>17</sup> Rapport n° 4721, Assemblée nationale, 25 novembre 2021, page 485.

aux soins de proximité » (1° du II). Cette affirmation, au sein du code général des collectivités territoriales (CGCT), vient en complément de la modification apportée au code de la santé publique afin de consolider l'identification du département comme collectivité intervenant dans le champ social et sanitaire. Dans la période récente, plusieurs départements ont d'ailleurs créé des centres de santé<sup>18</sup>.

Ainsi, la loi précitée du 21 février 2022 s'inscrit dans la droite ligne des préoccupations de la loi « NOTRÉ » en poursuivant le mouvement de clarification des compétences de chacune des collectivités territoriales. La modification du code général des collectivités territoriales concourt, ainsi, à une meilleure lisibilité du droit.

Malgré la volonté affichée du GIP Pro santé d'associer toutes les catégories de collectivités territoriales, force est de constater qu'il n'a pas, pour l'instant, suscité l'adhésion des départements de la région Centre-Val de Loire à sa démarche. Au moment où les différentes collectivités publiques doivent unir leurs efforts pour lutter contre la désertification médicale, il serait souhaitable d'engager une réflexion sur une meilleure articulation entre les différents échelons territoriaux, notamment avec les départements, à l'instar de la démarche initiée par la région Occitanie qui a élargi sa gouvernance à plusieurs départements.

Si la Région indique savoir gérer ses compétences « en proximité » (comme elle le fait déjà pour les transports scolaires ou les lycées) et avoir déployé dans chaque chef-lieu de département des Espaces Région Centre (demain, Maisons de la Région), cela ne remet pas en cause l'intérêt d'une bonne articulation avec les départements au sein du GIP.

### **Le service public régional pour la santé en Occitanie**

En complément de l'accompagnement du développement de maisons et centres de santé pluriprofessionnels, par l'intermédiaire de subventions à l'investissement pour des opérations immobilières, la Région Occitanie a décidé en 2021 de créer, en partenariat avec les collectivités locales, un service public régional pour la santé de proximité. Ce partenariat a pris la forme juridique d'un GIP qui a pour mission de recruter des médecins, des infirmières et infirmiers ou encore des sages-femmes pour exercer dans les « déserts médicaux » ou les zones risquant de le devenir.

Deux départements et plusieurs communautés de communes sont signataires de la convention constitutive. Les conseils départementaux, qui disposent d'un collège spécifique (collège n° 2), contribuent au fonctionnement du GIP « Ma santé, Ma région » pour couvrir au minimum un tiers des financements nécessaires à l'équilibre des charges et des produits, des centres de santé situés dans le département concerné.

*Source : CRC Centre-Val de Loire, d'après la convention constitutive du GIP en Occitanie.*

<sup>18</sup> Ce n'est pas le cas en région Centre-Val de Loire.

## **2.2 Un pilotage opérationnel insuffisant**

### **2.2.1 L'absence d'un plan d'action formalisé et concerté au sein du GIP**

Si la région dispose d'un plan santé, le groupement ne dispose pas de son propre plan d'action stratégique ou d'un document en faisant office qui aurait été élaboré de manière concertée notamment avec l'ensemble de ses membres.

Or, le préambule de la convention constitutive précise que : « Ainsi, les signataires ont souhaité constituer un GIP dont ils sont les membres, outil commun concourant à la mise en œuvre de leurs stratégies en matière de santé. Ce groupement est ouvert à des personnes morales dont l'activité peut concourir à son bon fonctionnement. » De plus, la convention constitutive confie au GIP la mission d'identifier en lien avec l'ARS les secteurs prioritaires pour l'implantation des centres de santé, sans que ce travail d'identification n'ait donné lieu, jusqu'à présent, à la rédaction d'un document formalisé.

Elle dispose également que : « Sur chaque secteur géographique identifié, la création du centre de santé et de ses éventuelles antennes, sera étudiée en lien étroit avec l'ARS et les acteurs locaux : collectivités territoriales, établissements et acteurs de la santé, professionnels de santé libéraux représentés notamment via l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), pour une complémentarité optimale avec l'offre libérale ».

Ainsi, dès lors qu'il est conçu comme un outil de partenariat avec les autres collectivités territoriales et les acteurs de santé du territoire, il serait cohérent que le GIP Pro santé dispose d'un plan d'action stratégique précisant, de manière transparente et concertée avec les autres membres du GIP, ses priorités d'action et les critères d'implantation des centres régionaux de santé<sup>19</sup>.

Selon la directrice du GIP, il est peu réaliste d'imaginer déterminer de manière coercitive, et à la place des médecins, les lieux d'installation des centres de santé. Toutefois, la chambre souligne qu'un meilleur ciblage des territoires prioritaires permettrait d'éviter de pourvoir des zones déjà très attractives comme la commune de Tours.

### **2.2.2 Une simple cartographie orientant les décisions d'implantation**

S'il n'a pas formalisé sa stratégie dans un document, le GIP s'appuie cependant sur certains critères et, à titre principal, sur le zonage arrêté par l'ARS définissant les secteurs les plus carencés de la région. Les zones d'intervention prioritaires sont les lieux privilégiés d'installation des centres de santé. Toutefois, le GIP ne s'interdit pas de créer les centres régionaux de santé dans des secteurs non classés ZIP mais qui révéleraient des fragilités à l'instar du quartier des Rives du Cher à Tours ou à Beauce-la-Romaine.

À titre complémentaire, le GIP prend en compte d'autres critères comme le degré de fragilité des intercommunalités en matière d'accès aux soins, le maillage et la présence de MSP, les échanges avec les professionnels de santé présents sur le territoire et regroupés au sein des

---

<sup>19</sup> Plusieurs communes candidates pour l'accueil de médecins ont essuyé des refus pour des raisons peu explicites.

CPTS ou de l'URPS, les animateurs de contrats locaux de santé (CLS), les ARS départementales et, enfin, les élus locaux. De même, le GIP est guidé dans son action par les demandes formulées par les collectivités porteuses de projets et qui sont à même de mettre à disposition des locaux adaptés au déploiement d'un centre régional de santé (Cf. annexe n° 2). Enfin, le GIP est aussi contraint de prendre en compte les souhaits formulés par les médecins candidats à l'installation sur un secteur géographique donné.

À cet égard, en janvier 2020, les services de la région ont élaboré une cartographie (Cf. annexe n° 3)<sup>20</sup> en se fondant sur le degré de fragilité des intercommunalités en matière d'accès aux soins. Le degré de fragilité était défini par rapport à plusieurs indicateurs mesurés en 2018 : activité moyenne par généraliste libéral, densité des généralistes libéraux, part des généralistes libéraux par tranche d'âge (60 ans et plus) et part de la population sans médecin traitant.

La direction du GIP souligne que cette cartographie – non actualisée depuis 2020 - permet d'orienter les choix d'implantation mais qu'elle ne constitue pas la base exclusive de sa stratégie territoriale de déploiement des centres de santé. C'est bien le croisement des critères qui « guide le développement » de ces structures.

La chambre recommande cependant de clarifier et formaliser cette stratégie en concertation avec l'ensemble des membres du GIP.

**Recommandation n° 1 : Élaborer un plan d'action stratégique avec tous les membres du GIP précisant les priorités et les critères de choix d'implantation des centres de santé.**

### 2.2.3 La localisation des centres régionaux de santé

Au moment du contrôle, sept centres de santé étaient ouverts, répartis sur cinq des six départements que compte la région. Parmi ces centres de santé, l'OSAT<sup>21</sup> présente la spécificité d'accueillir exclusivement des patients atteints de pathologies chroniques sans médecin traitant et ayant besoin de soins de suivi. Le temps médical est optimisé par une organisation pluriprofessionnelle recourant notamment à de nouveaux métiers en appui des médecins (assistant médical, infirmier de pratique avancé). Pour ces patients souvent polyopathologiques, les consultations sont complexes et les démarches à réaliser sont longues et chronophages.

Alors que, selon le président du GIP, le cœur de cible du GIP reste la ruralité, plusieurs centres de santé ont été implantés dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) dont l'un est situé « hors zonage ».

Bien que les textes imposent aux collectivités territoriales d'adosser leurs aides facultatives au zonage arrêté par l'ARS, le GIP s'en est affranchi en décidant d'implanter un centre de santé à Tours, commune qui n'est pas classée en zone sous-dense. Toutefois, le GIP

<sup>20</sup> La délibération de la commission permanente régionale réunie le 10 avril 2020 approuvant la convention constitutive comportait une cartographie.

<sup>21</sup> Offre de soins alternative et transitoire (OSAT).

a justifié ce lieu d'implantation, dans un quartier prioritaire de la politique de la ville, par les difficultés d'accès aux soins des résidents de ces quartiers.

**Tableau n° 3 : La situation géographique des centres de santé et le zonage de l'ARS**

Centres de santé	Lieu géographique des centres de santé	Territoire de vie-santé/ Quartier prioritaire	Zonage ARS déc. 2021	ETP
OSAT de Châteauroux	36000 CHÂTEAUX	Châteauroux	ZAC	1,9
Centre de santé du Grand Blésois	41000 ST SULPICE DE POMMERAY	Blois	ZAC	1
Centre de santé de Jargeau	45173 JARGEAU	Jargeau	ZIP	2,7
Centre de santé de la Rabaterie	37700 SAINT-PIERRE DES CORPS	Rabaterie - Quartier prioritaire de la politique de la ville	ZIP	1,2
Centre de santé de Beauce-la-Romaine	41160 BEAUCE-LA-ROMAINE	Meung sur Loire	ZAC	1
Centre de santé de Tours-Rives du Cher	37000 TOURS	Tours	Hors zonage	2,1
Centre de santé de Toury	28310 TOURY	Janville-en-Beauce	ZIP	2

Source : Site de l'ARS Centre-Val de Loire, nouveau zonage médecins (2022)

En outre, le centre régional de santé de Saint-Pierre des Corps a été installé dans le quartier de la Rabaterie, classé en ZIP, mais non loin du centre municipal de santé (CMS), existant de longue date dans cette commune et distant de seulement 800 mètres<sup>22</sup>. La coexistence de deux centres de santé dans un rayon aussi limité, s'adressant à la même patientèle, peut interroger en termes d'économie des moyens. Le renforcement de l'effectif médical du CMS, avec le soutien financier du GIP, aurait sans doute permis une meilleure mutualisation des moyens.

## 2.2.4 Une stratégie de communication finalisée seulement en janvier 2022

Prenant conscience du retard pris dans l'élaboration de sa stratégie de communication, le GIP a conclu, en mai 2021 et pour une période de quatre mois, un marché public avec un prestataire pour une mission d'accompagnement dans l'élaboration de son plan de communication.

Le cahier des clauses administratives particulières précise que le GIP, nouvel acteur sur un marché extrêmement concurrentiel, a voulu mieux définir et positionner son offre auprès de médecins candidats à l'installation en tant que salariés et, pour cela, s'adjoindre une assistante à maîtrise d'ouvrage. Cette assistance lui a permis de bénéficier d'un conseil stratégique

<sup>22</sup> Selon le GIP, le lieu d'implantation du centre régional de santé a été choisi en étroite collaboration avec la commune de Saint-Pierre des Corps, et la taille des locaux ne permettait pas d'accueillir un médecin supplémentaire.

concernant le paysage des acteurs déjà en place, de cartographier les structures qui recrutent des médecins salariés en France et qui entrent directement en concurrence avec l'offre du GIP. Selon le cahier des charges, cette assistance devait également définir une stratégie de communication (positionnement, éléments de langage et message(s), sémantique, univers graphique, éléments visuels, etc.) qui devait faire écho à la stratégie de communication de la région. Si la région indique qu'elle a été finalisée en janvier 2022, la chambre n'a pas eu connaissance de cette stratégie ni de sa mise en œuvre.

## 2.2.5 Un modèle économique initial exigeant

La région Centre-Val de Loire a accepté de communiquer les études préalables (juridiques et économiques) qu'elle a fait réaliser au moment de la création du GIP.

Pour l'essentiel, le modèle économique élaboré par la région avec l'aide d'un cabinet conseil prévoyait des économies d'échelle via une mutualisation inter centres (fonctions de direction et administratives, fonctions support, etc.) et la mise en place, grâce à un extranet, d'un pilotage efficace. Il reposait sur le déploiement de trois types de centres de santé : type M1 (deux médecins en ETP), type M2 (trois médecins en ETP) et type M3 (cinq médecins en ETP) et exclusivement en zone d'intervention prioritaire (ZIP).

Il apparaît aujourd'hui que ce modèle économique, devant permettre d'atteindre un équilibre financier assez rapidement (estimé à trois ans), reposait sur des hypothèses de recrutement de médecins, et donc d'activité, surévaluées. Il préconisait une « massification » des effectifs dans des centres de santé de plus grande taille avec trois ou cinq ETP de médecins. Ainsi, à partir de la troisième année, le GIP était supposé dégager un résultat excédentaire dont le montant devait augmenter au fil des exercices passant de 0,32 M€ en 2022 à 0,75 M€ en 2024. La direction du groupement a reconnu la fragilité des hypothèses sur lesquelles était fondé le modèle économique.

**Tableau n° 4 : Le résultat projeté pour les trois modèles de centres de santé**

Modèles de centres de santé	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
M1 (2 ETP)	- 25 569,00 €	10 305,00 €	- 12 372,00 €	- 7 809,00 €	- 7 397,00 €
M2 (3 ETP)	- 15 107,00 €	44 857,00 €	8 025,00 €	6 338,00 €	9 131,00 €
M3 (5 ETP)	- 28 638,00 €	28 515,00 €	- 2 138,00€	31 944,00 €	50 891,00 €

Source : Étude économique du cabinet conseil

Il s'avère que le rythme de création des centres, de recrutement des médecins et, plus généralement, de développement de l'activité médicale a été plus lent que prévu et la taille des centres plus réduites. De fait le GIP n'a pas encore pleinement bénéficié des effets attendus de la mutualisation et de la taille des centres de santé. Ce modèle reposait également sur une gestion active de la patientèle (rappel des rendez-vous) et de la facturation (codage des actes et gestion des tiers payants).

---

**CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*La région Centre-Val de Loire occupe une place prépondérante au sein du GIP tant dans sa gouvernance que dans l'équilibre financier de la structure. Elle dispose de la majorité des droits de vote dans les instances du groupement et assure seule l'équilibre budgétaire du fonctionnement du GIP en versant une contribution financière chaque année et, le cas échéant, une subvention d'équilibre.*

*Malgré la volonté affichée du GIP Pro santé d'associer toutes les catégories de collectivités territoriales, force est de constater que le GIP n'a pas, pour l'instant, réussi à susciter l'adhésion des départements de la région Centre-Val de Loire à sa démarche.*

*En outre, le pilotage du GIP Pro santé est insuffisant. Le groupement ne dispose toujours pas d'un plan stratégique précisant, de manière transparente et concertée avec les autres membres du GIP, ses priorités d'action et les critères d'implantation des centres de santé. Sa politique de communication, élément clé du projet, intervient en décalage de plusieurs mois avec le démarrage du GIP.*

*Enfin, le fonctionnement du GIP repose sur un modèle économique exigeant reposant sur des conditions de développement d'activité médicale, d'organisation et de gestion strictes qui n'ont pas pu être mises en œuvre.*

---

### 3 UNE RÉELLE MUTUALISATION DES MOYENS MAIS DES FREINS AU DÉPLOIEMENT DES CENTRES DE SANTÉ

#### 3.1 Le fonctionnement des centres de santé

Les centres de santé sont tenus de respecter les règles définies par le code de la santé publique (article L. 6323-1 notamment), le code de la sécurité sociale (article L. 162-32-1) ainsi que l'accord national des centres municipaux de santé du 8 juillet 2015 destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie.

##### 3.1.1 Un cadre juridique récemment rénové

Le pacte territoire santé lancé au niveau national en 2012 dans le cadre de la lutte contre les déserts médicaux vise à conforter les centres de santé afin de favoriser les regroupements de professionnels de santé et faciliter la prise en charge des patients tout en créant des conditions d'installation attractives. Par ailleurs, l'article 204 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a lancé la réforme des centres de santé en autorisant le gouvernement à légiférer par voie d'ordonnance afin de clarifier et adapter les dispositions relatives aux conditions de création, de gestion, d'organisation et de fonctionnement des centres de santé.

Ainsi, l'ordonnance du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé, prise en application de l'article 204 de la loi du 26 janvier 2016 précitée a pour principal objet de renforcer l'offre de soins de premier recours en favorisant l'accroissement du nombre de centres de santé. Dans cette perspective cette ordonnance et ses textes d'application - le décret et l'arrêté du 27 février 2018 relatifs aux centres de santé - s'attachent à simplifier et clarifier les conditions de création et de fonctionnement des centres de santé.

#### Principaux textes de référence

##### Texte législatif

Ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative à la création et au fonctionnement des centres de santé

Articles L. 6323-1 à L. 6323-1-15 du code de la santé publique

##### Textes réglementaires

Décret du 27 février 2018 relatif aux centres de santé

Articles D. 6323-1 à D. 6323-12 du code de la santé publique

Arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé

##### Textes conventionnels

Accord national du 8 juillet 2015 des centres de santé et les cinq avenants

Accord conventionnel interprofessionnel du 20 avril 2017

Source : CRC Centre-Val de Loire

### 3.1.2 Les missions des centres de santé

De manière générale, les centres de santé ont été créés afin de pallier l'absence ou la pénurie d'offre de soins de la médecine libérale. Ils se sont peu à peu développés pour proposer différentes activités médicales ou paramédicales : polyvalentes, infirmières ou dentaires. Ils sont les héritiers des dispensaires qui prodiguaient des soins gratuits, bien antérieurement à la création de la sécurité sociale, et s'inscrivent dans cette démarche d'accueil des publics les plus vulnérables. Ainsi, en vertu de l'article L. 6323-1-7 du code de la santé publique, les centres de santé pratiquent le mécanisme du tiers payant et ne facturent pas de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative ou des tarifs mentionnés au 1<sup>o</sup> du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

#### Les missions des centres de santé

Les centres de santé sont avant tout des structures sanitaires de proximité qui, suivant l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, dispensent des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours.

Les soins s'entendent de la prévention, du diagnostic et de soins qui sont autant d'activités qu'en principe le centre de santé doit pratiquer indissociablement.

Par dérogation, un centre peut ne pratiquer que des activités de diagnostic, à l'instar des activités de radiologie. En revanche, un centre ne peut pas limiter son activité à la seule prévention ou aux seuls soins, les deux étant intrinsèquement liés.

Les centres de santé, tout comme leurs antennes, doivent réaliser, à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie. Le nombre d'actes hors du champ du remboursement par l'assurance maladie ne saurait être supérieur à celui des actes remboursables.

*Source : CRC Centre-Val de Loire*

### 3.1.3 Les documents obligatoires

Créé en juin 2020, le GIP Pro santé compte, au 1<sup>er</sup> juin 2022, sept centres « régionaux » de santé. Certains documents obligatoires sont élaborés au niveau central, d'autres au niveau local. Ils n'appellent pas d'observations particulières.

#### 3.1.3.1 Les documents obligatoires élaborés au niveau central

Sur proposition du conseil d'administration, l'assemblée générale a adopté, dès le début de son mandat - lors de sa réunion du 25 septembre 2020 -, un règlement intérieur<sup>23</sup>, relatif au fonctionnement du groupement, opposable à chacun des membres. Document facultatif, ce règlement constitue un élément complémentaire de la convention constitutive.

<sup>23</sup> Le règlement intérieur s'appelle désormais « règlement de fonctionnement ». Ce changement de dénomination pour but d'éviter toute confusion avec la notion de « règlement intérieur » utilisée dans le cadre du droit du travail.

Par délibération du 18 décembre 2020, l'assemblée générale a adopté le règlement financier établi par le conseil d'administration conformément à la convention constitutive. Le règlement financier complète et précise les dispositions de la convention constitutive et peut être révisé en tant que de besoin par l'assemblée générale. Il fixe les dispositions budgétaires et comptables, la procédure de la commande publique, rappelle les aspects fiscaux et les opérations courantes du groupement eu égard le personnel (rémunération, titres restaurant et frais de déplacement).

### 3.1.3.2 Les documents obligatoires élaborés au niveau local

#### ➤ **Le projet de santé**

Les éléments devant figurer dans le projet de santé, sont listés à l'article 2 de l'arrêté du 27 février 2018. Ils portent sur le diagnostic de territoire, les coordonnées du centre de santé et de son représentant légal, les informations relatives à ses personnels, ses missions et ses activités et enfin le dispositif mis en œuvre pour assurer la coordination interne et externe conformément à l'article L. 6323-1-10.

Tous les projets de santé ont été élaborés par le GIP Pro Santé Centre-Val de Loire, gestionnaire du centre de santé, en concertation avec les élus locaux du territoire, les professionnels de santé, la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), l'ARS et la caisse d'assurance maladie. Les projets de santé comportent les éléments d'information définis par l'arrêté ministériel du 27 février 2018 relatifs aux centres de santé et n'appellent pas d'observations particulières.

#### ➤ **Les engagements de conformité**

L'engagement de conformité constitue, avec le projet de santé, le second élément indispensable à l'ouverture du centre puisque le récépissé de cet engagement vaut autorisation de dispenser des soins au sein du centre (article L. 6323-1-11 du code de santé publique). Par ce document, le représentant légal du centre de santé s'engage sur le respect de toutes les obligations légales et réglementaires auxquelles les centres sont soumis. Les engagements de conformité fournis par le GIP répondent aux éléments définis par l'arrêté ministériel du 27 février 2018 relatif aux centres de santé.

#### ➤ **Les règlements de fonctionnement des centres de santé**

Les règlements de fonctionnement, annexés aux projets de santé, conformément à l'article L. 6323-1-10 du code de la santé publique, doivent comporter les éléments relatifs à l'hygiène et la sécurité des soins ainsi que les informations relatives aux droits des patients. Les règlements de fonctionnement des centres de santé ouverts par le GIP comprennent les fiches de procédures correspondantes. Leur contenu est conforme aux éléments d'information définis par l'arrêté ministériel du 27 février 2018 relatif aux centres de santé.

### **3.1.4 Le conventionnement avec l'assurance maladie**

Conformément à l'avenant n° 1 à l'accord national des centres de santé publié au Journal officiel du 17 novembre 2017, le contrat d'installation vise à favoriser l'installation des centres de santé médicaux ou polyvalents dans les zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4

du code de santé publique<sup>24</sup> définies par l'agence régionale de santé et caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins. À cette fin, il est mis en place une aide forfaitaire versée au moment de l'installation du centre de santé dans les zones précitées pour accompagner l'effort d'investissement généré par l'ouverture du centre de santé.

Le centre de santé s'engage à exercer au sein de la zone citée pendant une durée de cinq années consécutives à compter de la date d'adhésion au contrat. Le centre de santé s'engage également à participer au dispositif de permanence des soins ambulatoire, tel qu'il est organisé sur le territoire, sauf dérogation accordée par le Conseil de l'Ordre des médecins.

En contrepartie des engagements précités l'assurance maladie s'engage à verser au centre de santé une aide à l'installation de 30 000 euros pour le premier ETP de médecin généraliste salarié, puis de 25 000€ pour les deuxième et troisième ETP rémunérés (plafond fixé à trois ETP). Tous les centres de santé du GIP Pro santé ont conventionné avec l'assurance maladie.

### **3.1.5 Une participation à la permanence des soins**

La permanence des soins en médecine ambulatoire correspond à la réponse à la demande de soins non programmés, en-dehors des heures usuelles d'ouverture des cabinets médicaux libéraux et des centres de santé.

#### **3.1.5.1 Le cadre juridique**

Dans le cadre de son exercice salarié, un médecin du centre de santé peut participer au dispositif de la permanence des soins ambulatoires conformément aux dispositions des articles L. 6314-1 et suivants et des articles R. 6315-1 et suivants du code de la santé publique. Le médecin salarié du centre de santé participant au dispositif est mentionné sur le tableau de permanence des soins et est inscrit sur le tableau tenu par le conseil départemental de l'Ordre des médecins. Cette participation donne lieu au versement d'une rémunération forfaitaire fixée dans le cadre du cahier des charges défini par l'ARS conformément à la réglementation en vigueur. Les dispositions de l'article D. 311-1 du code de la sécurité sociale, précisent que les médecins participant à la permanence des soins ambulatoires contribuent de façon occasionnelle à l'exécution d'une mission de service public à caractère administratif au sens des dispositions du 21° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale.

S'agissant des centres de santé créés par le GIP, leurs projets de santé permettent l'accès aux soins de toute personne sollicitant une prise en charge médicale. Le tiers payant est appliqué pour tous. Une information est faite à l'extérieur du centre et en son sein

---

<sup>24</sup> L'article L. 1434-4 du code de la santé publique : « Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine par arrêté, après concertation avec les représentants des professionnels de santé concernés :

1° Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, pour les professions de santé et pour les spécialités ou groupes de spécialités médicales pour lesquels des dispositifs d'aide sont prévus en application du 4° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ».

sur les horaires d'ouverture, les horaires de consultation, et les modalités de prise de rendez-vous, ainsi que sur l'orientation en dehors des horaires d'ouverture.

### 3.1.5.2 La participation à la permanence des soins ambulatoires

Les contrats de travail des praticiens précisent que « la participation à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) reste sur la base du volontariat. ». Le groupement y apporte quelques précisions : « Le code de la déontologie et le code de la santé prévoient que les médecins volontaires participent à la permanence des soins. Il ne peut y avoir d'obligation de la part de l'employeur. Le GIP les y engage. Le GIP demande à ce que les médecins recrutés fassent part à l'ordre des médecins du département de leur volonté de participer ou non à la PDSA. Si le médecin est volontaire il est inscrit au tableau et une convention quadripartite est signée ». Dans ce cas, le GIP perçoit les recettes issues de la permanence des soins et reverse ces mêmes recettes aux médecins, déduction faites des cotisations fiscales et sociales. Quatre médecins recrutés par le GIP, exerçant dans les centres régionaux de santé, ont bien réalisé des gardes sur l'année 2022.

### 3.1.6 **L'élaboration de programmes d'activité**

Selon l'article L. 6323-1-13 du code de la santé publique, chaque organisme gestionnaire de centres de santé transmet annuellement au directeur général de l'agence régionale de santé les informations relatives aux activités et aux caractéristiques de fonctionnement et de gestion des centres de santé et de leurs antennes dont il est le représentant légal.

Conformément à l'article 3.4.3 de la convention modifiée, le directeur du groupement élabore pour chaque exercice un programme d'activité et un projet de budget incluant l'ensemble des opérations de recettes et de dépenses prévues pour l'exercice. Il fixe un montant des crédits destinés à la réalisation des objectifs spécifiques du groupement. Ces programmes et les budgets sont adoptés par l'assemblée générale des membres du groupement statuant à la majorité absolue des votes selon les droits de vote définis à l'article 2.2.1, et ce avant l'ouverture de l'exercice considéré.

Ce programme est élaboré sur la base des échanges avec le président et des objectifs de déploiement attendus. L'analyse des comptes rendus de l'assemblée générale (2020 et 2021) atteste de la présentation de ce document aux membres du GIP même si le contenu du programme apparaît succinct.

S'agissant du programme pour l'année 2022 (déterminant le budget primitif), il apparaît très optimiste notamment concernant le recrutement de 30 médecins et 10 secrétaires médicales et l'ouverture de dix centres de santé sachant qu'au 31 décembre 2021, cinq centres de santé ont été ouverts avec douze médecins et cinq secrétaires. À cet égard, le programme pluriannuel servant de base pour la demande de financement auprès de la région s'avère davantage réaliste ne prévoyant que quatre ouvertures annuelles de centres de santé.

## 3.2 Les conditions d'emploi des professionnels de santé

La question des conditions d'emploi des personnels du GIP revêt un aspect primordial dans la mesure où l'objet même du GIP réside dans sa capacité à attirer de nouveaux médecins, lesquels n'affluent pas spontanément vers certains territoires de la région et pour lesquels le GIP est contraint de prévoir des conditions financières suffisamment attractives.

### 3.2.1 Les modalités de recrutement des personnels

#### 3.2.1.1 Le cadre juridique

En droit, il doit être relevé que l'article 109 de la loi n° 2011-525 précitée dispose que les personnels du groupement sont constitués : « 1° Des personnels mis à disposition par ses membres ; 2° Le cas échéant, des agents relevant d'une personne morale de droit public mentionnée à l'article 2 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, non membre du groupement, et qui sont placés dans une position conforme à leur statut ; 3° Des personnels propres recrutés directement par le groupement, à titre complémentaire. » Le code de la santé publique précise également que « les professionnels qui exercent au sein des centres de santé sont salariés. Les centres de santé peuvent bénéficier de la participation de bénévoles à leurs activités. »<sup>25</sup>

Sous réserve de dispositions relatives à la mise à disposition prévues par le statut général de la fonction publique, les personnels du groupement ainsi que son directeur sont soumis, par la convention constitutive, soit à un régime de droit public déterminé par décret en Conseil d'État lorsque le groupement au sein duquel ils exercent assure, à titre principal, la gestion d'une activité de service public administratif, soit au code du travail lorsque le groupement assure, à titre principal, la gestion d'une activité de service.

#### 3.2.1.2 La mise en œuvre par le GIP Pro santé

Le règlement intérieur du GIP précise que « les personnels du groupement sont soumis aux dispositions du régime de droit public ». Parmi les personnels, le règlement définit trois catégories, à savoir les personnels mis à disposition, les personnels détachés et les personnels propres recrutés directement par le GIP.

Le GIP emploie des agents mis à disposition ou détachés de leur collectivité. La région met trois fonctionnaires territoriaux à disposition du GIP : la directrice du GIP, la chargée de mission et l'assistante de direction. Une seule mise à disposition est effectuée par une intercommunalité (la communauté de communes des Loges) et concerne une secrétaire médicale affectée au centre de santé de Jargeau. Toutes ces mises à disposition donnent lieu à remboursement, conformément à la réglementation. Par ailleurs, deux agents sont détachés de la région ainsi qu'un médecin du département du Loiret.

La majorité du personnel est recruté sous contrat par le GIP, qu'il s'agisse du personnel médical ou du personnel administratif. Les conditions de recrutement et d'emploi, les modalités

---

<sup>25</sup> Source : Code de la santé publique, l'article L. 6323-1-5.

de rémunération de ces personnels, ainsi que les avantages sociaux sont fixées par le conseil d'administration.

### **3.2.2 La rémunération des praticiens**

#### **3.2.2.1 Le cadre juridique**

Le régime de rémunération de ces contractuels est prévu par le décret n° 2013-292 du 5 avril 2013 relatif au régime de droit public applicable aux personnels des groupements d'intérêt public lequel renvoie, pour l'essentiel, aux dispositions du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'État. Ainsi, l'article 1-3 du décret du 17 janvier 1986 susmentionné dispose que : « Le montant de la rémunération est fixé par l'autorité administrative, en prenant en compte, notamment, les fonctions occupées, la qualification requise pour leur exercice, la qualification détenue par l'agent ainsi que son expérience. »

La circulaire du 20 octobre 2016 relative à ce décret précise que : « Chaque administration est libre de définir les conditions de rémunération de ses contractuels. Le juge a en effet statué qu'aucune disposition et aucun principe ne faisaient obligation de rémunérer les agents contractuels sur la base d'un indice de la fonction publique. À ainsi été jugée légale la rémunération fixée de manière globale et forfaitaire, sans référence à un indice, dès lors qu'elle pouvait être considérée comme englobant l'ensemble des éléments prévus par la loi<sup>26</sup>. »

Enfin, la juridiction administrative a déjà jugé que le principe de parité entre les fonctions publiques, qui fait obstacle à ce que des collectivités territoriales puissent attribuer à leurs agents des rémunérations qui excéderaient celles auxquelles peuvent prétendre les agents de l'Etat occupant des fonctions ou ayant des qualifications équivalentes, ne saurait s'appliquer aux groupements d'intérêt public dont le personnel propre n'est pas de plein droit soumis aux lois et règlements applicables aux agents publics<sup>27</sup>. Ainsi, le régime de GIP, exorbitant de droit commun, permet de proposer aux médecins une rémunération attractive, au besoin au moyen de primes ou autres indemnités.<sup>28</sup>

#### **3.2.2.2 La mise en œuvre par le GIP Pro santé**

La rémunération des médecins est indexée en référence à la grille de la fonction publique hospitalière en fonction de l'ancienneté, de l'expérience professionnelle, des missions exercées et de l'engagement professionnel (entre 5 000 et 8 950 euros bruts par mois). Elle varie sensiblement selon la quotité de travail hebdomadaire qui, selon les praticiens, va de 8 heures à 39 heures. Il ressort de l'examen des fiches de paie que les modalités de rémunération des médecins sont harmonisées et n'appellent pas d'observations particulières (Cf. annexe n° 5).

Le régime indemnitaire voté par le conseil d'administration du GIP comprend une indemnité de fonctions, de sujétions et d'expertise (IFSE) et, pour certains médecins, le cas échéant, une part variable fixée en fonction des résultats de l'entretien professionnel. Il est prévu

<sup>26</sup> CAA Versailles, 19 oct. 2006, n° 05VE01171.

<sup>27</sup> Source : Tribunal administratif de Marseille, 20 janvier 2020, n° 1800925.

<sup>28</sup> Source : Analyse juridique de la SELARL D4 Avocats Associés, produite par le GIP.

que cet entretien soit réalisé en début d'année par la direction du groupement avec l'appui du médecin coordonnateur du GIP.

Toutefois, le versement de cette prime n'est pas encore effectif. En effet, selon la direction du groupement, le temps de constitution de la patientèle et de prise de fonction du médecin ne permet pas, au terme de six mois, de constater un rythme de consultation et une « implication » de nature à justifier l'octroi d'une prime complémentaire. Par ailleurs, la déclinaison des critères n'a pas été validée en assemblée générale, ce qui ne permet pas à l'agent comptable de valider le paiement de rémunération complémentaire.

La direction du groupement souligne que « chaque contrat de travail est adressé à l'ordre des médecins du département au moment du recrutement. Nous avons pu avoir sur l'ordre des médecins départemental du Loir-et-Cher des demandes de modifications concernant notamment des questions déontologiques. Nous nous sommes basés sur ce point sur les contrats types proposés par le Conseil national de l'ordre des médecins. »

### **3.3 La mise en commun de moyens**

Selon l'article 98 de la loi du 17 mai 2011, les membres des GIP exercent ensemble au sein du groupement des activités d'intérêt général à but non lucratif, en mettant en commun les moyens nécessaires à leur exercice, ce qui les distingue des groupements d'intérêt économique (GIE).

#### **3.3.1 La mutualisation des moyens au sein du GIP Pro santé**

Le GIP prend à sa charge les salaires des médecins et des secrétariats médicaux mais aussi du personnel d'encadrement, les charges mutualisées relatives à des fonctions support et, enfin, les investissements afférents aux équipements.

Dans une logique de mutualisation des moyens, les locaux sont mis à disposition à titre gratuit par les collectivités et leurs groupements au profit du GIP pour l'implantation de centres de santé. Les communes et intercommunalités prennent également à leur charge l'entretien des locaux, les fluides et toutes les dépenses afférentes.

**Tableau n° 5 : La participation des communes et intercommunalités**

Centres de santé	Engagements des propriétaires des locaux mis à disposition	
OSAT de Châteauroux	Ensemble des charges de propriété, les fluides, la taxe foncière, l'entretien des locaux	Commune de Châteauroux
Centre de santé du Grand Blésois	Accompagnement à l'installation des médecins et leurs familles, ensemble des charges de propriété, les fluides, la taxe foncière, l'entretien des locaux	Commune de St Sulpice de Pommeray
Centre de santé de Jargeau	Ensemble des charges de propriété, les fluides, la taxe foncière, l'entretien des locaux	Communauté de communes des Loges
Centre de santé de la Rabaterie	Ensemble des charges de propriété, les fluides, la taxe foncière, l'entretien des locaux	Commune de St Pierre des Corps
Centre de santé de Beauce-la-Romaine	Ensemble des charges de propriété, les fluides, la taxe foncière, l'entretien des locaux	Communauté de communes des Terres du Val de Loire
Centre de santé de Tours-Rives du Cher	Ensemble des charges de propriété, les fluides, la taxe foncière, l'entretien des locaux	Ville de Tours
Centre de santé de Toury	Ensemble des charges de propriété, les fluides, la taxe foncière, l'entretien des locaux	Communauté de communes Cœur de Beauce

Source : Données du GIP

Le GIP prospecte auprès des collectivités candidates qui disposent de locaux provisoires ou définitifs permettant l'implantation d'un centre de santé ou d'une antenne. Ces locaux, dès lors qu'ils permettent l'activité médicale (a minima deux cabinets, un espace secrétariat, une salle d'attente dédiée, etc.), sont identifiés comme lieux potentiels d'installation.

La mise à disposition de personnels, de locaux, d'équipements donne lieu à des conventions entre le GIP et les entités mettant à disposition. Les conventions de partenariat en précisent les modalités. L'assemblée générale du 31 mai 2021 a modifié certains éléments intégrés dans les conventions précitées pour préciser l'appui de la collectivité pour la réception et le stockage temporaire des commandes de mobiliers et matériels ainsi que le montage des mobiliers.

Enfin, l'appui des collectivités locales intervient pour accompagner l'installation durable des médecins notamment en mobilisant les réseaux locaux pour favoriser le parcours professionnel du conjoint, la mise en relation avec les structures de garde d'enfant, la mise en relation avec les établissements scolaires locaux et les démarches immobilières.

### 3.3.2 La mise à disposition de moyens par la région

Au-delà de sa contribution financière au fonctionnement du GIP Pro santé, la région apporte, à titre gracieux, des prestations de support technique et administratif à travers la mise à disposition de moyens immobiliers et matériels.

Le projet de convention, qui devait être soumis en juillet 2022 au vote des élus de la région, avait pour objet de fixer les conditions de mise à disposition par la région de locaux de bureaux et de moyens matériels en faveur du GIP Pro Santé afin d'y accueillir ses agents administratifs et de direction. Cette mise à disposition correspondrait alors à une subvention en nature, et serait valorisée annuellement au compte administratif de la collectivité.

Les biens immobiliers mis à disposition se composent de trois bureaux à vocation administrative sur le site « Calvin » (4 rue de l'Université à Orléans) et d'un espace de stockage sur le site de l'entrepôt du Conseil régional. La région met également à disposition du GIP Pro Santé jusqu'à six postes informatiques (écrans, PC informatiques et postes téléphoniques), valorisés à leur valeur nette comptable pour les biens non déclassés.

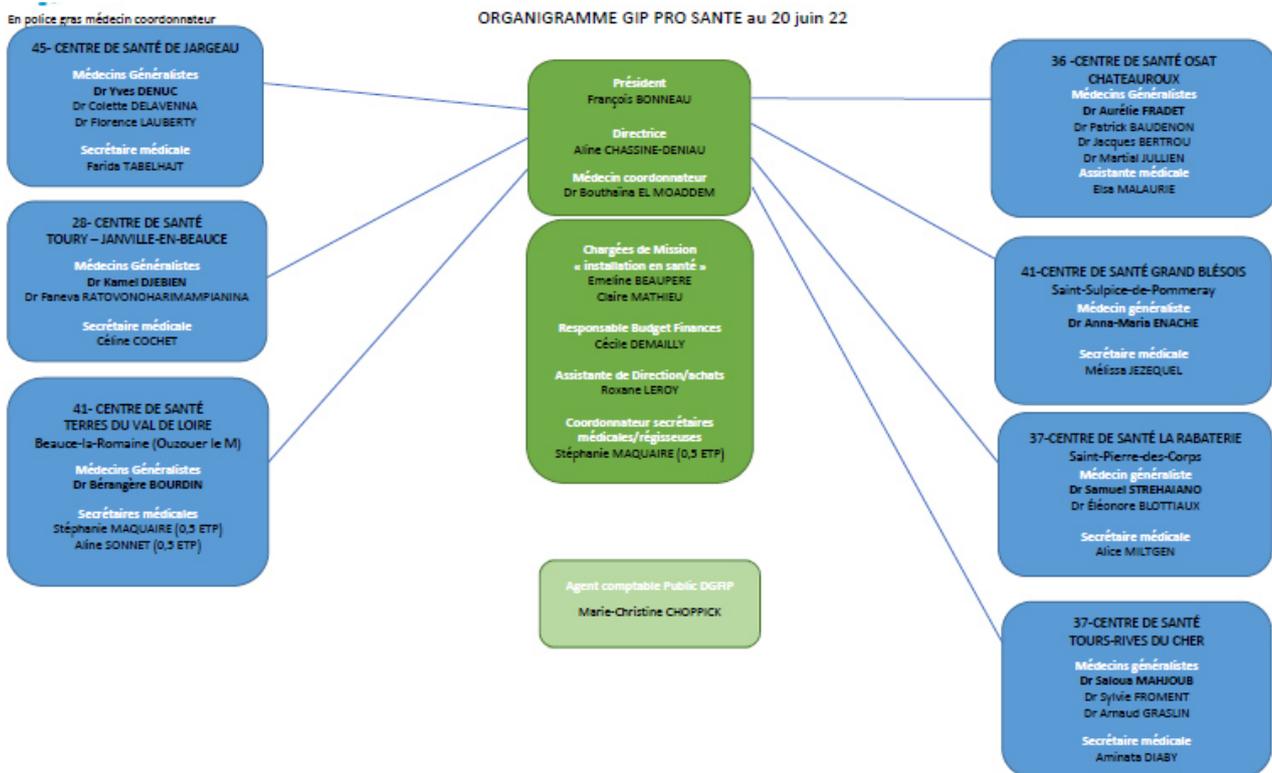
Les personnels administratifs et de direction du GIP Pro Santé sont autorisés à utiliser, dans le cadre de l'exercice de leurs missions, les véhicules de services de la région dans le respect des règles de fonctionnement fixés par la collectivité régionale en la matière. Les véhicules de services utilisés sont assurés, entretenus, maintenus et réparés par la région. Les frais de carburant et d'autoroute sont pris en charge par la collectivité.

### **3.3.3 La centralisation de certaines fonctions support**

La direction et les fonctions support sont regroupées sur un site situé à Orléans mis à disposition gracieusement par la région Centre-Val de Loire. Dans l'organigramme prévu initialement, la fonction de direction devait être assurée par un médecin, directeur médical, assisté d'un directeur financier et administratif. Cette organisation devait permettre au directeur médical de consacrer l'essentiel de son temps de travail au projet de santé et au management des services médicaux.

L'organigramme initialement projeté a été redimensionné avec notamment des postes de directeurs et de chargés de mission. Le GIP indique que dans l'organigramme actuel, la direction « n'a pas de profil médical mais fait l'objet de l'appui de l'expertise médicale d'un médecin mobilisé trois jours par mois. Les profils de chargés de mission appuient la recherche, l'installation et la prise de fonction des médecins ce qui correspond à la réalité opérationnelle du projet. (...) Le recrutement d'un profil RH sera très vite nécessaire mais en suspend le temps d'effectifs plus importants. » Le siège du groupement emploie huit personnes, soit 5,5 équivalents temps plein (ETP).

## Organigramme n° 1 : L'organigramme actuel



Source : Organigramme fourni par le groupement

Certaines missions, demandant des compétences techniques élevées, ont été externalisées. Ainsi, la maintenance informatique est externalisée pour les logiciels médicaux, les postes informatiques et les photocopieurs. L'entretien des centres de santé est assuré par les collectivités qui mettent les locaux à disposition. Les démarches afférentes aux ressources humaines sont réalisées en interne mais, en 2021, le GIP a eu recours à deux prestataires externes pour le recrutement des médecins.

Lors du contrôle de la chambre, l'identification des besoins et des usages, préalable à la mise en place d'un intranet, était en cours. Le partage de documents et données se fait donc par courriel. Ainsi, les économies d'échelle attendues du projet organisationnel ne sont pas encore optimales.

### 3.4 Les freins au déploiement des centres régionaux de santé

Le déploiement des centres régionaux de santé a été plus lent que prévu car il s'est heurté à un certain nombre d'obstacles juridiques et organisationnels.

Parmi les freins au déploiement des centres de santé, la direction du GIP a notamment mis en avant les difficultés de recrutement médical en-dehors de la région, l'exercice limité à 20 heures par semaine dans les antennes et, enfin, la volonté des professionnels d'exercer à proximité des villes importantes et moins en milieu très rural.

### 3.4.1 Une montée en puissance plus lente que prévue

Créé en juin 2020, le GIP Pro santé a pour objectif d'ouvrir 50 centres de santé, et de recruter 300 médecins généralistes<sup>29</sup> à l'horizon 2028, constituant ainsi une équipe régionale de médecins généralistes salariés, travaillant localement en équipe, en lien avec les professionnels de santé du territoire. Les médecins sont recrutés en contrat à durée déterminée (CDD) de trois ans, renouvelable.

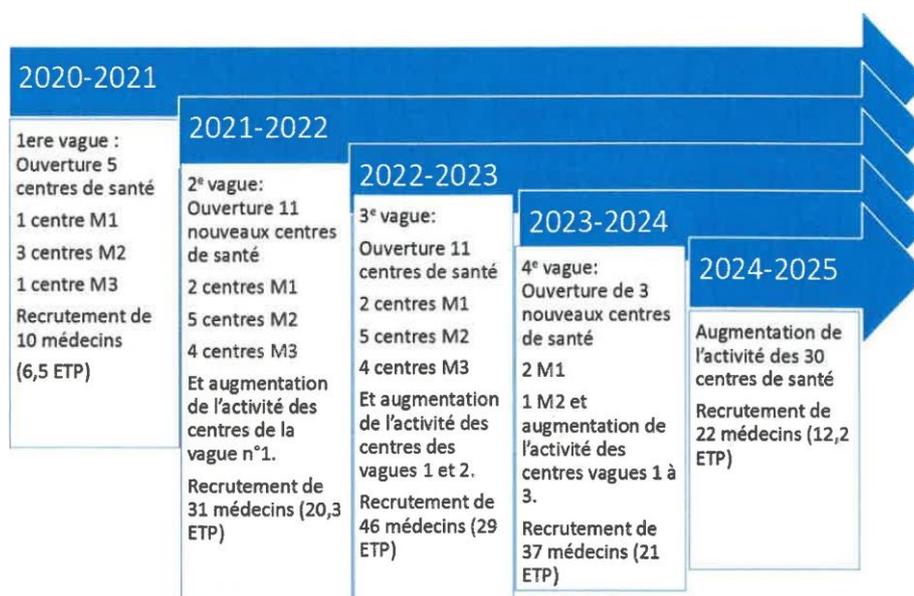
**Tableau n° 6 : Le déploiement envisagé des centres de santé**

Modèles de centres de santé	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	TOTAL
M1 (2ETP)	1	2	2	2	7
M2 (3ETP)	3	5	5	1	14
M3 (5 ETP)	1	4	4		9
TOTAL	5	11	11	3	30

Source : Avis de la DRFIP du 29 juin 2020

Sur les cinq premières années d'existence du GIP, il était prévu la création de 30 centres de santé et le recrutement de 89 ETP de médecins salariés, dans trois types de centres de santé selon leur superficie, à savoir de type M1 d'une surface de 110 m<sup>2</sup>, de type M2 d'une surface de 130 m<sup>2</sup> et de type M3 d'une surface de 175 m<sup>2</sup>.

**Schéma n° 1 : Déploiement des centres de santé**



Source : Avis de la DRFIP Centre-Val de Loire

<sup>29</sup> Initialement, le projet se limitait au recrutement de 150 médecins.

Au 31 décembre 2021, cinq centres de santé avaient été ouverts avec douze médecins et cinq secrétaires médicales. En juin 2022, le nombre de centres de santé ouverts dans cinq départements avait été porté à sept avec seize médecins<sup>30</sup> et huit secrétaires médicales<sup>31</sup>.

Le budget pour l'année 2022 a été bâti sur une prévision d'ouverture de dix centres de santé avec le personnel correspondant, soit le recrutement de 30 médecins et 10 secrétaires médicales. Cette prévision trop optimiste a été revue à la baisse avec l'ouverture de seulement quatre nouveaux centres de santé en 2022.

Pour autant, l'ordonnateur a indiqué être satisfait des résultats obtenus après seulement quelques mois d'activité. À sa décharge, il a souligné que les délais de validation du projet et la difficulté à identifier les bons interlocuteurs au démarrage des premiers centres de santé ont été des facteurs de complexité et des causes de retard dans le déploiement du dispositif.

### 3.4.2 Les difficultés à recruter en dehors de la région

Plus de 80 % des médecins recrutés par le GIP Pro santé exerçaient précédemment dans un des six départements de la région Centre-Val de Loire. Quelques médecins étaient auparavant en poste dans le secteur hospitalier, secteur qui est aussi confronté à une pénurie de professionnels dans certains services<sup>32</sup>. En recrutant plusieurs médecins retraités, le GIP a permis à ces médecins de prolonger leur carrière, le plus souvent à temps partiel, en bénéficiant du dispositif de cumul emploi-retraite. Parmi les médecins recrutés par le GIP, certains étaient déjà salariés ou titulaires dans le secteur public local.

Ce constat témoigne des limites de l'action du GIP visant à attirer des praticiens en dehors de la région. Certes, l'action du GIP reste tributaire de l'évolution défavorable de la démographie médicale. Pour autant, pour accroître l'attractivité du territoire vis-à-vis des praticiens, les leviers d'action du GIP restent limités. Il déploie des efforts de communication mais sans autre possibilité que d'offrir, aux praticiens concernés, le statut de salarié.

Au moment du contrôle, dans une vision plus large de la problématique, le président du GIP a aussi relevé le manque d'efficacité de certaines aides existantes, qui toucheraient un public assez limité, et il s'est déclaré favorable à un conventionnement « différencié » et une tarification plus incitative pour les médecins s'installant dans les zones en sous-densité médicale. Il a plaidé pour une augmentation sensible du nombre d'internes dans la région Centre-Val de Loire.

---

<sup>30</sup> Au 1<sup>er</sup> juin 2022, 16 médecins sont en poste : sur 21 médecins recrutés cinq médecins sont partis.

<sup>31</sup> Source : Données du GIP.

<sup>32</sup> Notamment les services d'urgences.

**Tableau n° 7 : L'origine géographique et statut précédent des médecins recrutés au centres de santé**

Centre de santé	Médecin généraliste	Statut précédent : libéral, hospitalier, retraité, étudiant en médecine	Lieu géographique d'exercice précédent
OSAT de Châteauroux	1	Retraité (libéral)	36
OSAT de Châteauroux	2	Retraité (libéral)	36
OSAT de Châteauroux	3	Hospitalier pdt 1 an à l'hôpital de Châteauroux auparavant Maine et Loire salarié	36 Maine et Loire
OSAT de Châteauroux	4	Remplaçante libérale	36
Centre de santé du Grand Blésois	1	Thésée depuis octobre 2021	Région parisienne
Centre de santé de Jargeau	1	Titulaire FPT	Médecin de PMI CD du Loiret
Centre de santé de Jargeau	2	Salarié de la CC des Loges au centre de santé municipal avant reprise du Cds par le GIP	Jargeau 45
Centre de santé de Jargeau	3	Salariée clinique, soins de suite, EHPAD	45
Centre de santé de la Rabaterie	1	Médecin militaire retraité	37 sur le dernier poste mais mobilité géographique toute sa carrière
Centre de santé de la Rabaterie	2	Thésé récemment	37
Centre de santé de Beauce-la-Romaine	1	Remplaçante libérale	37 et 41
Centre de santé de Tours-Rives du Cher	1	Libérale souhaitant arrêter son activité sauf si possibilité de salariat recrutement en accord avec l'URPS, la FMPS et la CPTS	Tours 37
Centre de santé de Tours-Rives du Cher	2	Praticien hospitalier en région parisienne jusqu'en 2020 puis 2020 hôpitaux de Chinon	37 Région parisienne
Centre de santé de Tours-Rives du Cher	3	Médecin militaire retraité	37 sur le dernier poste mais mobilité géographique toute sa carrière
Centre de santé de Toury	1	Médecin salarié	71 Saône et Loire
Centre de santé de Toury	2	Lauréat des épreuves de vérification des connaissances pour les médecins hors UE avec des diplômes hors UE praticien attaché associé notamment en milieu hospitalier avec obtention de l'autorisation d'exercer	Région parisienne

Source : Données du groupement

### 3.4.3 La taille restreinte des centres de santé et ses conséquences

Les centres régionaux de santé qui ont été ouverts sont de taille restreinte<sup>33</sup>. Pour cette raison, ils n'ont pas la taille critique suffisante pour bénéficier d'économies d'échelle et de recettes complémentaires de l'assurance maladie. La taille réduite des centres régionaux de santé limite aussi les possibilités de délégation de tâches entre professionnels de santé. Il est à noter que, jusqu'à présent, le GIP a choisi de positionner ses médecins dans de nouveaux centres de santé plutôt que de renforcer l'effectif médical des centres municipaux de santé existants.

**Tableau n° 8 : L'organisation des centres de santé au 15 juin 2022**

Centres de santé	Médecins			Secrétaires		Locaux autonomes
	Nombre	Heures hebdomadaires travaillées	ETP	Nombre	ETP	
OSAT de Châteauroux	4	68 H	1,9	1	0,8	Non
Centre de santé du Grand Blésois	1	35 H	1,0	1	1	Non
Centre de santé de Jargeau	3	94 H	2,7	1	1	X
Centre de santé de la Rabaterie	2	43,5 H	1,2	1	0,8	X
Centre de santé de Beauce-la-Romaine	1	35 H	1,0	2	1	X
'Centre de santé de Tours-Rives du Cher	3	73 H	2,1	1	1	X
Centre de santé de Toury	2	70 H	2,0	1	1	Non
TOTAL	16		11,9	8	6,6	

Source : Données du groupement

En raison de la taille restreinte des centres régionaux de santé, il est plus difficile d'atteindre les seuils d'activité<sup>34</sup> qui ouvrent droit à des rémunérations complémentaires versées par l'assurance maladie. Par conséquent, la direction du GIP se déclare confrontée à la nécessité de « massifier » en priorité les effectifs des centres de santé déjà ouverts tout en poursuivant le déploiement géographique des centres régionaux de santé.

### 3.4.4 Une organisation fragmentée en raison d'obstacles juridiques

Au plan de l'organisation administrative, à chaque ouverture d'un centre « régional » de santé, le GIP est tenu de demander un numéro d'établissement FINESS et de faire une déclaration préalable auprès de l'Agence régionale de santé. Il doit aussi, pour chaque centre de santé, élaborer un projet de santé et un règlement de fonctionnement. Cette organisation fragmentée induit des lourdeurs administratives qui peuvent constituer autant de freins au déploiement rapide des centres de santé.

<sup>33</sup> Seuls deux centres de santé ont un effectif d'au moins deux médecins.

<sup>34</sup> Le seuil de 4 000 patients permet de percevoir des aides complémentaires.

Idéalement, dans un souci de simplification administrative et de renforcement du maillage territorial, le GIP aurait souhaité ouvrir un centre de santé principal par département avec installation d'antennes<sup>35</sup> rattachées au centre de santé départemental.

Toutefois, cette possibilité offerte par le CSP est soumise à des conditions strictes. L'arrêté ministériel du 27 février 2018 relatif aux centres de santé définit les caractéristiques des antennes notamment la proximité géographique du centre principal. Ainsi, les horaires d'ouverture de l'antenne ne peuvent dépasser 20 heures par semaine, l'antenne doit être située à moins de 30 minutes de trajet du site principal du centre de santé et disposer d'un système d'information partagée avec le site principal. Ces dispositions, jugées relativement contraignantes, limitent les créations d'antennes et peuvent constituer un frein au déploiement des structures d'exercice collectif. Au moment du contrôle, une seule antenne avait été créée à Vienne en val, antenne du centre de santé de Jargeau qui est le site principal.

L'organisation et le fonctionnement des antennes sont peu compatibles avec la réalité de terrain (distance inférieure à 30 minutes du centre principal, l'ouverture n'excédant pas 20 heures par semaine). Même si l'agence régionale de santé peut accorder des dérogations, ces dernières ne sont que temporaires.

Afin de pouvoir recourir plus facilement à l'implantation d'antennes, le président du groupement a adressé, le 5 novembre 2021, une lettre au Premier ministre, dans laquelle il souligne que si des dérogations peuvent être accordées par le directeur de l'agence régionale de santé, « ces dernières ne peuvent l'être qu'à titre temporaire. Ce point apparaît aujourd'hui limitant pour organiser le maillage régional, ces antennes ne pouvant accueillir que des médecins exerçant à mi-temps ou des professionnels acceptant d'exercer en bi-sites. »

### **3.4.5 Les autres freins au déploiement des centres de santé**

Dans la lettre précitée adressée au Premier ministre, le président du GIP dresse la liste des verrous juridiques qu'il souhaiterait voir levés.

#### **3.4.5.1 Les conditions d'accueil des étudiants dans les centres de santé**

D'une manière générale, le choix géographique d'installation des jeunes médecins est largement influencé par l'expérience acquise lors des stages réalisés durant les cycles de formation.

Un médecin peut intervenir en tant que maître de stage universitaire pour accueillir des étudiants de 2<sup>e</sup> cycle (stage obligatoire permettant d'appréhender les spécificités de la médecine générale) ou des internes de 3<sup>e</sup> cycle. Dans le cadre de ces stages de niveau 2, un interne peut consulter en l'absence du maître de stage.

Ainsi, selon le président du GIP, il apparaît essentiel que le GIP développe l'accueil des étudiants au sein de ses centres de santé, certains médecins salariés se proposant, d'ores et déjà, de devenir maîtres de stage. Or, les prérequis permettant d'agréer les maîtres de stage universitaires de 3<sup>e</sup> cycle apparaissent bloquants, certains médecins du GIP disposant certes

---

<sup>35</sup> L'antenne n'a pas d'autonomie de gestion.

d'une expérience professionnelle avérée mais ne pouvant toutefois pas justifier d'une pratique de médecine générale d'au moins trois ans, condition requise pour s'engager dans la formation.

Au regard de conditions actuelles, le GIP suggère d'introduire « une souplesse pour que tout médecin justifiant une activité médicale, d'au moins trois ans, puisse s'engager dans la formation et devenir maître de stage (exemple d'un médecin de nationalité étrangère exerçant en centre hospitalier pendant quatre ans avant d'obtenir son autorisation d'exercer la médecine générale).<sup>36</sup>»

#### 3.4.5.2 Le recrutement de médecins adjoints non encore thésés

Un interne en médecine peut exercer comme adjoint d'un médecin libéral (notamment selon les textes en cas d'afflux exceptionnel de population), sous certaines conditions. Ce type de contrat est communément mobilisé par les médecins libéraux pour s'adjoindre un médecin adjoint, en complément de leur propre activité. Selon le président du GIP, le recrutement par le GIP de diplômés non thésés, sous statut de médecins adjoints, permettrait d'installer ces professionnels, leur donnerait l'opportunité de tester le salariat et de bénéficier de souplesses dans l'organisation du temps de travail pour préparer et soutenir leur thèse.

#### 3.4.5.3 La définition du zonage

Un arrêté relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins détermine les secteurs géographiques sur lesquels des aides à l'installation sont mobilisables. Selon le président du GIP, des communes, notamment celles situées dans les périmètres d'agglomérations ou de métropoles, sont aujourd'hui exclues de ce zonage et donc des aides à l'installation, quand bien même ces communes présentent de fortes carences. Le président du GIP indique que ces aides sont déterminantes dans l'équilibre économique du GIP, qu'elles guideront, pour partie, les choix d'implantation des centres régionaux de santé et que compte tenu de la carence régionale, « un zonage prioritaire couvrant la totalité de la région pourrait être attendu. »

Au-delà des freins au déploiement des centres régionaux de santé, la chambre attire l'attention sur les limites d'une action, conduite au niveau régional, axée sur la gestion directe par le GIP de centres de santé. D'une part, ces derniers sont des structures de proximité dont la création résulte, pour cette raison et de longue date, de l'initiative prioritaire et quasi-exclusive des communes et des structures intercommunales. D'autre part, si l'échelon régional apparaît pertinent pour les actions d'ingénierie de projet, de communication, de coordination et d'appui au recrutement de praticiens pour le compte des collectivités territoriales, la valeur ajoutée d'une gestion directe de centres de santé au niveau régional reste en revanche à démontrer.

---

<sup>36</sup> Source : Lettre au Premier ministre.

---

**CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*Plus de 80 % des médecins recrutés par le GIP Pro santé exerçaient précédemment dans un des six départements de la région Centre-Val de Loire. Ce constat témoigne des limites de l'action du GIP visant à attirer des praticiens en dehors de la région. Certes, l'action du GIP reste tributaire de l'évolution défavorable de la démographie médicale. Pour autant, les leviers d'action du GIP pour accroître l'attractivité du territoire vis-à-vis des praticiens, sont limités. Il déploie des efforts de communication sans autre leviers d'action que celui de proposer le statut de salarié.*

*Le déploiement des centres régionaux de santé a été plus lent que prévu initialement car il s'est heurté à un certain nombre d'obstacles juridiques et organisationnels que le groupement s'attache à lever.*

*Au-delà des freins au déploiement des centres régionaux de santé, la chambre constate que la gestion de centres de santé locaux, centralisée au niveau régional, n'a pas encore montré sa plus-value.*

---

## **4 UN MODÈLE ÉCONOMIQUE À ADAPTER**

### **4.1 L'organisation comptable et financière**

#### **4.1.1 Un service public qualifié d'administratif par les services de l'État**

La convention constitutive d'un GIP doit obligatoirement être soumise à l'avis préalable du directeur des finances publiques. Cette obligation est prévue par l'alinéa 2 du II° de l'article 1 du décret n° 2012-91 du 26 janvier 2012 relatif aux groupements d'intérêt public : « La décision d'approbation est prise après avis du directeur régional ou départemental des finances publiques. Cet avis est réputé rendu à l'expiration d'un délai franc de vingt jours à compter de la transmission à ce directeur des documents et informations mentionnés au I de l'article 3 du présent décret ».

Par courriel en date du 12 juin 2020, le directeur de l'ARS a sollicité l'avis préalable à la décision d'approbation de la convention constitutive du groupement d'intérêt public (GIP) Pro-Santé Centre-Val-de-Loire du directeur régional des finances publiques.

L'avis positif relatif à la création du GIP Pro Santé a été transmis à l'agence régionale de santé Centre-Val de Loire par le directeur régional des finances publiques le 29 juin 2020. En préliminaire, l'avis rendu précise que la convention constitutive contient toutes les mentions obligatoires en application de l'article 99 de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011.

Compte-tenu de son objet et de son caractère non lucratif, le GIP Pro-Santé répond, selon l'avis rendu, « à une mission d'intérêt général. Par ailleurs, l'absence de concurrence (désert médical) et l'absence de recherche de bénéficiaires par le GIP conduisent à le qualifier de service public administratif. »

#### **4.1.2 L'application du régime de la comptabilité publique**

L'article 112 de la loi du 17 mai 2011 dispose que « La comptabilité du groupement est tenue et sa gestion assurée soit selon les règles de droit public lorsque le groupement assure, à titre principal, la gestion d'une activité de service public administratif, soit selon les règles de droit privé lorsque le groupement assure, à titre principal, la gestion d'une activité de service public industriel et commercial ».

L'article 3.4 de la convention constitutive du 6 décembre 2021 stipule que « Le groupement tient une comptabilité de droit public et est soumis aux dispositions des titres Ier et III du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la Gestion Budgétaire et Comptable Publique (GBCP). Il opte pour la comptabilité budgétaire et applique ainsi les articles 175 (1° et 2°), 178 à 185, 204 à 208 et 220 à 228 de ce même décret. »

Le groupement est soumis aux dispositions financières et comptables de l'instruction générale de la comptabilité publique M9<sup>37</sup>. L'article 7 de l'arrêté de l'ARS du 30 juin 2020 précise que « le régime de la comptabilité publique est applicable au groupement qui assure la gestion d'une activité de service public administratif. »

#### **4.1.3 L'organisation comptable du groupement**

La comptabilité du GIP est tenue par un agent comptable nommé par le ministre du budget. Le comptable est seul chargé des opérations mentionnées à l'article 18 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012.

Il est tenu d'exercer les contrôles prévus notamment aux articles 19 et 20. Il s'assure du respect des principes et des règles de comptabilité générale, ainsi que de la qualité du contrôle interne comptable relatifs aux opérations qui lui sont assignées. Il tient la comptabilité générale du GIP dans les conditions prévues aux articles 201 à 203 du décret susvisé. Il établit le compte financier à la fin de chaque exercice et assiste avec voix consultative aux séances du conseil d'administration et de l'assemblée générale.

Par arrêté du 25 novembre 2020, le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics a nommé un agent comptable pour le groupement d'intérêt public « Pro Santé Centre-Val de Loire ». Par arrêté du 13 janvier 2022, le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics a nommé son successeur.

#### **4.1.4 La gestion budgétaire**

Le compte financier établi par l'agent comptable est soumis à l'organe délibérant qui l'arrête. Ce document est accompagné d'un rapport de gestion établi par l'ordonnateur pour l'exercice écoulé. Il n'y a pas de compte financier pour l'exercice 2020 compte tenu de l'absence d'exécution. S'agissant de l'exercice 2021, le compte financier ainsi que le rapport annexé ont été présentés à l'assemblée générale du 3 mars 2022. L'organe délibérant a approuvé le compte financier 2021 et a procédé à l'affectation du résultat.

Les recettes du groupement sont constituées des cotisations versées par les membres, d'une contribution régionale, de toutes subventions publiques ou privées, des remboursements de l'assurance maladie dont il est fait état à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, du produit de l'exploitation de ses biens, notamment des droits de propriété intellectuelle que le GIP peut acquérir, de toute autre recette autorisée par la loi ou les règlements.

S'agissant des dépenses, les grandes rubriques sont composées des charges du personnel, achats et services extérieurs. Les résultats annuels de sa gestion sont reportés sur l'exercice suivant.

---

<sup>37</sup> Source : Règlement financier du groupement.

#### 4.1.5 La commande publique

Le GIP, personne morale de droit public, est un pouvoir adjudicateur, soumis au code de la commande publique. Plusieurs consultations ont été lancées en 2020 et 2021, portant sur la fourniture de logiciels médicaux, la communication, le recrutement des médecins français et le recrutement des médecins étrangers. L'achat des matériel, fournitures et mobiliers s'effectue auprès de l'Union des groupements d'achats publics (UGAP). En mai 2022, le GIP a adhéré à la centrale d'achat Approlys, qui a pour but de mutualiser l'achat public à l'échelon régional. D'autres marchés sont à venir notamment dans le domaine des logiciels médicaux et de la recherche des médecins.

### 4.2 Une situation financière fragile

Après seulement deux années de fonctionnement, il est encore trop tôt pour dresser un bilan complet de l'action du GIP Pro santé et de sa soutenabilité financière à moyen terme, d'autant que la crise sanitaire du Covid-19 n'a pas été propice au démarrage de son activité. Pour autant les premiers constats plaident pour une adaptation du modèle économique.

#### 4.2.1 Une exécution budgétaire bien en-deçà des prévisions

Le taux de réalisation du compte de résultat 2021 a été de 37 %, soit 1,26 M€ contre 3,4 M€ prévus. Ce faible taux d'exécution budgétaire s'explique par le fait que « le budget 2021 a été bâti sur une ambition très volontariste de création de 10 centres de santé et le recrutement de 29,9 ETP plus cinq ETP mis à disposition et remboursés par le GIP » alors qu'au 31 décembre 2021, seulement cinq centres avaient été ouverts.

**Tableau n° 9 : Le compte de résultat 2021**

CHARGES	Prévisionnel 2021	Réalisé 2021	PRODUITS	Prévisionnel 2021	Réalisé 2021
Personnel	2 520 900	731 403	Subvention de l'État	75 000	165 716
Fonctionnement autre que les charges de personnel	485 900	335 228	Autres subventions	608 628	846 915
Intervention	-	-	Revenues d'activité et autres produits	2 718 372	251 902
<b>TOTAL DES CHARGES (1)</b>	<b>3 006 800</b>	<b>1 066 631</b>	<b>TOTAL DES PRODUITS (2)</b>	<b>3 402 000</b>	<b>1 264 533</b>
<b>Résultat : bénéficiaire (3)=(2)-(1)</b>	<b>395 200</b>	<b>197 902</b>			
<b>Équilibre du compte de résultat</b>	<b>3 402 000</b>	<b>1 264 533</b>	<b>Équilibre du compte de résultat</b>	<b>3 402 000</b>	<b>1 264 533</b>

Source : Données du groupement

Les charges annuelles, dont les charges de personnels représentent 69 %, se sont élevées en 2021 à 1,07 M€ et ont essentiellement été couvertes par des subventions, à hauteur de 1 M€, dont plus de 0,8 M€ d'aide régionale (au lieu de 0,6M€ prévus au budget). Les recettes d'activité, c'est-à-dire les remboursements de l'assurance maladie et les subventions versées par l'ARS et les caisses d'assurance maladie n'ont représenté que 0,25 M€.

En 2021, les produits d'activité (0,25 M€) n'ont donc permis de couvrir qu'un tiers des charges de personnel (0,73 M€). La programmation pluriannuelle faite par le GIP montre que cette même tendance se confirme pour les années 2022 à 2025 (Cf. tableau n° 12). L'effectif du GIP est composé de 30 personnes<sup>38</sup> dont 5,5 ETP travaillant au siège du groupement.

Dans son avis du 29 juin 2020, la direction régionale des finances publiques, constatant la valeur élevée des ratios de dépenses de personnel, invitait le GIP à se conformer aux recommandations de l'IGAS<sup>39</sup> aux termes desquelles « il est impératif de maîtriser les dépenses de personnel qui ne sauraient aller au-delà de 65 à 80 % des recettes d'activité - et de limiter le ratio personnel administratif sur personnel soignant à moins de 1 ».

Le ratio<sup>40</sup> de personnel administratif sur personnel soignant était, au moment du contrôle, supérieur à 1. La direction du groupement reconnaît que les recettes issues des consultations et de l'accord national ne permettent pas, à ce stade d'émergence du projet, de couvrir les charges globales du GIP. En 2021, les financements de la région représentaient près de 70 % du budget réalisé.

#### 4.2.2 Un équilibre budgétaire garanti grâce à la contribution de la région

La capacité d'autofinancement composée du résultat de l'exercice excédentaire et des dotations aux amortissements s'élève à 235 000 euros pour l'année 2021.

**Tableau n° 10 : La situation bilancielle (en euros)**

EMPLOIS	Prévisionnel 2021	Réalisé 2021	RESSOURCES	Prévisionnel 2021	Réalisé 2021
Insuffisance d'autofinancement			Capacité d'autofinancement	494 000	235 222
Investissements	494 000	118 851	Subvention régionale	-	58 400
Remboursement des dettes financières			Autres ressources		
TOTAL DES EMPLOIS (1)	494 000	118 851	TOTAL DES RESSOURCES (2)	494 000	293 622
<b>Augmentation du fonds de roulement : (3)=(2)-(1)</b>	-	<b>174 771</b>			

Source : Données de l'établissement

<sup>38</sup> Effectifs au 15 juin 2022.

<sup>39</sup> IGAS, rapport n° RM2013-119P, « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain ».

<sup>40</sup> Soit : 12,1 ETP pour le personnel administratif et 11,9 pour le personnel médical.

La trésorerie constituée par le compte de dépôts de fonds au Trésor (DFT), s'établit à au 31 décembre 2021 à 173 466,80 €. Les dettes fournisseurs de l'exercice correspondant à des factures non parvenues pour un montant de 302,10 €, ont bien rattachées à l'exercice 2021. Le fonds de roulement a été abondé de 175 000 euros. Ce résultat est dû aux dépenses programmées et non réalisées sur 2021. Selon les services financiers du groupement, ces dépenses n'ont pas fait l'objet de rattachement suite à une difficulté dans leur estimation.

Le budget 2022 a été adopté par l'assemblée générale le 6 décembre 2021, à hauteur de 5,18 M€ en fonctionnement et 329 000 euros en investissement. Les charges de personnel (4,23 M€) constituent le premier poste de dépense du compte de résultat. Les recettes sont constituées pour 4 M€ des remboursements de l'assurance maladie et des subventions attribuées par l'ARS et les caisses d'assurance maladie, pour 300 000 euros de la subvention FEDER-FSE dans le cadre de l'opération « Une région 100 % santé-renforcer l'offre de soins pour améliorer l'accès à la santé » et pour 900 000 euros de la contribution régionale. La capacité d'autofinancement est appréhendée à 284 000 euros dont 214 000 euros du bénéfice. Les investissements (329 000 euros) sont autofinancés à 80 %.

La région assure l'équilibre financier du GIP en lui versant une contribution financière chaque année, déterminée annuellement sur présentation par le GIP, au plus tard le 30 juin de l'année n-1, d'un budget prévisionnel de fonctionnement pour l'année n.

**Tableau n° 11 : Les versements de la région Centre-Val de Loire**

Région	2021		2022		PROGRAMMATION PLURIANNUELLE		
	Prévu	Versé	Prévu	Versé au 15/06/2022	2023	2024	2025
Contribution financière	608 528 €	796 528 €	900 000 €	450 000 €	1 670 000 €	2 140 000 €	2 380 000 €
Subvention d'équilibre							
Subvention d'investissement		108 787 €			100 000 €	100 000 €	100 000 €
<b>TOTAL</b>	608 528 €	905 315 €	900 000 €	450 000 €	1 770 000 €	2 240 000 €	2 480 000 €

Source : Données du GIP Pro santé

La région a porté de 0,92 M€ à 1,62 M€ le montant de l'autorisation d'engagement (AE) destinée au financement du fonctionnement du GIP Pro santé et a affecté le montant de 0,9 M€ sur cette AE pour le financement du fonctionnement du GIP en 2022<sup>41</sup>.

Au-delà de la contribution financière de la région, un bilan en coûts complets nécessiterait de prendre en compte les mises à disposition à titre gracieux de moyens immobiliers et matériels, consenties par la région et les autres collectivités territoriales membres du GIP.

<sup>41</sup> Source : Rapport relatif au budget primitif 2022 de la région Centre-Val de Loire, pages 31-32.

### 4.3 La nécessaire adaptation du modèle économique

La poursuite de la montée en charge des effectifs médicaux des centres régionaux de santé devrait permettre de réduire la part des charges fixes et des frais de siège dans les comptes du GIP. Pour autant, la chambre relève d'ores et déjà des éléments de fragilité dans le modèle économique du GIP qui nécessitera des adaptations.

#### 4.3.1 Un risque d'augmentation sensible de la contribution régionale au GIP

Au regard des comptes prévisionnels, la région ne devait verser une contribution que les deux premières années d'installation du GIP ce qui représentait respectivement 68 % puis 4 % des recettes totales. Par la suite, le GIP devait fonctionner uniquement avec les recettes générées par les centres de santé.<sup>42</sup>

Or, le groupement a soumis récemment à la région une programmation pluriannuelle budgétaire qui prévoit une prolongation de l'aide régionale jusqu'en 2025, en investissement comme en fonctionnement. Cette prospective financière, qui est établie avec une hypothèse d'ouverture de quatre centres de santé par an, repose sur une augmentation sensible de la contribution régionale afin d'équilibrer les comptes du groupement. Au moment de la rédaction du présent rapport, le conseil régional n'avait pas encore donné son accord sur les implications de cette simulation financière.

**Tableau n° 12 : La programmation pluriannuelle**

BUDGET	2021	2022	2023	2024	2025
Charges de Personnel	731 402,96 €	2 029 237,78 €	3 000 000,00 €	4 200 000,00 €	5 400 000,00 €
Autres charges	297 907,88 €	760 488,84 €	800 000,00 €	800 000,00 €	800 000,00 €
Investissement	118 851,15 €	113 889,21 €	120 000,00 €	120 000,00 €	120 000,00 €
<b>DÉPENSES</b>	<b>1 148 161,99 €</b>	<b>2 903 615,83 €</b>	<b>3 920 000,00 €</b>	<b>5 120 000,00 €</b>	<b>6 320 000,00 €</b>
Solde trésorerie n-1	- €	173 466,80 €	97 709,71 €	97 709,71 €	97 709,71 €
Recettes CDS	417 618,19 €	1 267 858,74 €	1 920 000,00 €	2 880 000,00 €	3 840 000,00 €
Subv Région fonctionnement	796 528,00 €	900 000,00 €	1 670 000,00 €	2 140 000,00 €	2 380 000,00 €
Subv FEDER	- €	570 000,00 €	230 000,00 €	- €	- €
Subv Région investissement	108 787,00 €	90 000,00 €	100 000,00 €	100 000,00 €	100 000,00 €
<b>RECETTES</b>	<b>1 322 933,19 €</b>	<b>3 001 325,54 €</b>	<b>4 017 709,71 €</b>	<b>5 217 709,71 €</b>	<b>6 417 709,71 €</b>
<b>RECETTES-DÉPENSES</b>	<b>174 771,20 €</b>	<b>97 709,71 €</b>	<b>97 709,71 €</b>	<b>97 709,71 €</b>	<b>97 709,71 €</b>

Nombre de CDS	5 CDS	9 CDS	13 CDS	17 CDS	21 CDS
---------------	-------	-------	--------	--------	--------

Source : Programmation pluriannuelle

<sup>42</sup> Source : Avis de la DRFIP du 29 juin 2020.

### 4.3.2 Des écarts significatifs par rapport au modèle économique initial

Le modèle économique a été construit sur l'hypothèse d'un maillage du territoire par trois types de centre de santé en privilégiant une « massification » des effectifs dans les centres de santé de plus grande taille afin de générer des économies d'échelle.

Le centre de santé de type M1, correspond à une amplitude d'ouverture de 48 heures hebdomadaires avec trois médecins travaillant 24 heures hebdomadaires chacun, soit l'équivalent de deux ETP, et un taux de fréquentation sensé atteindre 100 % à partir du second semestre d'activité grâce à une politique active de suivi des rendez-vous.

Le modèle M2 correspond à trois ETP de médecin et le modèle M3 – à cinq ETP, le temps de travail étant réparti sur 59 heures d'amplitude horaires d'ouverture de la structure.

Or, ainsi qu'exposé ci-avant, le rythme de développement des centres a été plus lent que prévu et la taille de ces centres plus réduite qu'espéré, limitant les effets positifs attendus d'une mutualisation et des économies d'échelle.

Enfin, ce modèle était également fondé sur des pratiques de gestion active pour libérer du temps médical et maximiser les recettes : partage de tâches, valorisation maximale du codage des actes, maîtrise du taux de non venue des patients, maîtrise de la facturation et du coût du tiers payant.

La direction du groupement a reconnu la fragilité des hypothèses sur lesquelles était fondé le modèle économique. D'abord, ce modèle repose sur l'hypothèse d'une « massification rapide des effectifs » avec un nombre de 2,3 ou 5 médecins à terme par centre de santé avec des recrutements échelonnés dans sur un délai de trois ans au maximum. Ensuite, il prévoyait des « chiffres d'affaires » (facturation des consultations) très importants. En réalité, les hypothèses retenues de nombre de consultations par heure par médecin et de cotation des actes apparaissent, selon le GIP, surévaluées compte tenu de la patientèle réellement accueillie dans les centres de santé (personnes âgées, polyopathologies, pathologies lourdes...). Si les besoins de la population sont prégnants, la direction souligne que le temps de constitution de la patientèle peut être plus long que prévu pour des raisons diverses et notamment de diffusion de l'information.

E, effet, le modèle économique est fondé sur une base de 2000 patients médecin traitant (PMT) pour deux médecins généralistes (soit 1000 PMT par médecin). La moyenne nationale constatée est de 880 PMT et porte essentiellement sur des médecins libéraux. Selon la direction du GIP, la réalité montre « que la tendance possible au sein du GIP est de 600 PMT par médecin généraliste, soit 1200 PMT pour deux praticiens, ce qui est très inférieur au modèle.

Le modèle économique pour le recrutement des médecins est basé sur les pratiques observées à savoir un salaire chargé médian de 10 230 €. (...) Le salaire chargé moyen d'un médecin du GIP est un peu plus élevé que le modèle (11 600 € mensuel en moyenne ce qui par an et multiplié par les effectifs pèse dans l'équilibre). La moyenne d'âge des médecins du GIP est de 50 ans et l'essentiel des effectifs se positionne sur des références de grilles indiciaires plutôt élevées ».

Comme l'a admis la direction du GIP, « les conditions de l'équilibre financier présenté par le cabinet conseil croisent une série de déterminants dont les objectifs sont extrêmement ambitieux, voire supérieurs à l'activité moyenne constatée au niveau national. ». Pour sa part, le cabinet conseil a indiqué, lors de la contradiction, que le modèle économique avait bien été

élaboré conjointement avec la région et qu'il avait insisté sur « la fragilité et la sensibilité de ce modèle. »

En pratique, le GIP Pro santé n'a pas été en mesure de mettre en œuvre les conditions de gestion rigoureuse induites par le modèle économique initial. De plus, par souci d'attractivité, la politique de recrutement s'est révélée plus généreuse que celle retenue comme hypothèse du modèle.

La chambre recommande au GIP Pro santé d'actualiser son modèle économique en le faisant reposer sur des hypothèses d'activité plus réalistes, à tout le moins en adéquation avec les données d'activité constatées depuis le démarrage du GIP.

**Recommandation n° 2 : Actualiser le modèle économique afin que celui-ci repose sur des hypothèses d'activité en phase avec celles observées.**

### 4.3.3 Les axes d'efficience identifiés par la direction du GIP

Le modèle économique équilibré, présenté aux services de la direction régionale des finances publiques au moment de la création du GIP, était fondé sur une évolution des dépenses moins rapide que celle des recettes ce qui devait permettre au GIP de dégager un résultat excédentaire dès 2022. Actuellement l'équilibre est assuré par la subvention régionale. Ainsi, le retour à l'équilibre réel du GIP dépendra de l'accroissement de l'activité médicale afin de générer une croissance des recettes des centres de santé, tout en maîtrisant la masse salariale.

Plusieurs axes d'efficience, dont certains sont identifiés dans les études précitées, devraient être mis en œuvre afin d'optimiser le modèle économique. Ainsi le recrutement d'assistants médicaux permettrait d'augmenter l'activité des centres de santé avec un moindre impact sur la masse salariale. À cet égard, le recrutement d'une assistante médicale à Châteauroux est en cours. De plus, l'emploi d'un assistant médical permet de bénéficier d'une aide conventionnelle supplémentaire.

#### **Le dispositif des assistants médicaux**

L'avenant n° 7 à la convention médicale en cours prévoit une aide financière de l'assurance maladie pour faciliter l'embauche des assistants médicaux par les médecins. En contrepartie, ces médecins s'engagent à recevoir davantage de patients.

Épaulés par l'assistant médical dans leurs tâches au quotidien (tâches administratives, de préparation à la consultation ou missions d'organisation et de coordination), les médecins peuvent dégager davantage de temps pour leur pratique au quotidien, bénéficier ainsi de meilleures conditions d'exercice afin, notamment de consacrer plus de temps médical à leurs patients, accepter de nouveaux patients ou voir plus facilement un patient sans rendez-vous, en cas d'urgence.

Mi-juin 2021, 2 026 contrats d'assistants médicaux avaient été signés, dont 1 634 avec des médecins généralistes et 392 avec des spécialistes. Ces contrats représentent 1 093 équivalents temps plein (ETP) d'assistant médical au niveau national.

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après le rapport annuel 2022 de l'assurance maladie

S'inscrivant dans la logique de l'exercice pluriprofessionnel, la direction du groupement explore aussi d'autres pistes<sup>43</sup> telles que la signature de conventions avec des infirmières libérales en pratique avancée à Tours, Saint-Pierre des Corps et Beauce-la-Romaine pour des délégations de tâche. Par ailleurs, un partenariat avec une infirmière Asalée est en cours à Jargeau pour développer des coopérations d'actes notamment sur des actions d'éducation thérapeutiques, des dépistages, suivis addictologies, diététique.

Un autre axe d'efficience réside dans le recours à des étudiants en médecine qui peuvent effectuer des consultations, ce qui implique de former un maître de stage susceptible de leur consacrer quelques heures par semaine de tutorat. Le GIP collabore avec l'association « GRACE- IMG » des internes en médecine la faculté de médecine de Tours pour inciter les jeunes diplômés à rester en région Centre-Val de Loire.

Par ailleurs, la possibilité de pratiquer la télémédecine, notamment la téléconsultation, représente une opportunité de développement au sein des territoires ruraux. La direction du GIP étudie la possibilité d'un partenariat avec l'Institut médical de Sologne pour des appuis de télé expertises (pneumologie, cardiologie et gériatrie). Enfin, le GIP prévoit d'intensifier ses actions de communication auprès notamment des facultés de médecine, des réseaux de professionnels de santé (URPS, CPTS, etc.).

En conclusion, l'intégration d'autres collectivités territoriales et la « massification » des effectifs des centres de santé existants apparaissent nécessaires pour permettre au GIP d'assurer son équilibre financier à moyen terme. Si la création du GIP Pro santé tente d'apporter une réponse à la désertification médicale, il conviendrait cependant d'adapter son modèle économique en privilégiant d'abord le renforcement des centres de santé existants avant de poursuivre le déploiement de structures de soins de taille réduite sur tout le territoire.

---

### **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*Après seulement deux années de fonctionnement, il est encore trop tôt pour dresser un bilan complet de l'action du GIP Pro santé et de sa soutenabilité financière à moyen terme, d'autant que la crise sanitaire du Covid-19 était peu propice au démarrage de son activité.*

*Pour autant, la chambre relève d'ores et déjà des éléments de fragilité dans le modèle économique du GIP comme dans sa mise en œuvre qui nécessiteront donc des adaptations.*

*L'intégration d'autres collectivités territoriales et la « massification » des effectifs des centres de santé existants apparaissent nécessaires pour permettre au GIP d'assurer son équilibre financier à moyen terme. Si la création du GIP Pro santé tente d'apporter une réponse à la désertification médicale, il conviendrait cependant d'adapter son modèle économique en renforçant le réalisme de ses hypothèses et en privilégiant le renforcement des centres de santé existants.*

---



---

<sup>43</sup> Source : Réponse au questionnaire n° 4.

## ANNEXES

Annexe n° 1. Procédure.....	57
Annexe n° 2. Carte des communes et communautés de communes candidates pour accueil un centre régional de santé ou une antenne (mai 2022).....	58
Annexe n° 3. Carte : degré de fragilité des intercommunalités en matière d'accès aux soins en Centre-Val de Loire (janvier 2020) .....	59
Annexe n° 4. Organigramme prévisionnel .....	60
Annexe n° 5. Rémunération des médecins .....	61
Annexe n° 6. Cartographie de l'accessibilité potentielle localisée (APL) de la région Centre-Val de Loire .....	62
Annexe n° 7. Aides ou dispositifs applicables en zones sous denses .....	63
Annexe n° 8. Glossaire.....	64
Annexe n° 9. Réponse .....	65

## 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 (articles L. 243-1 à L. 243-6) :

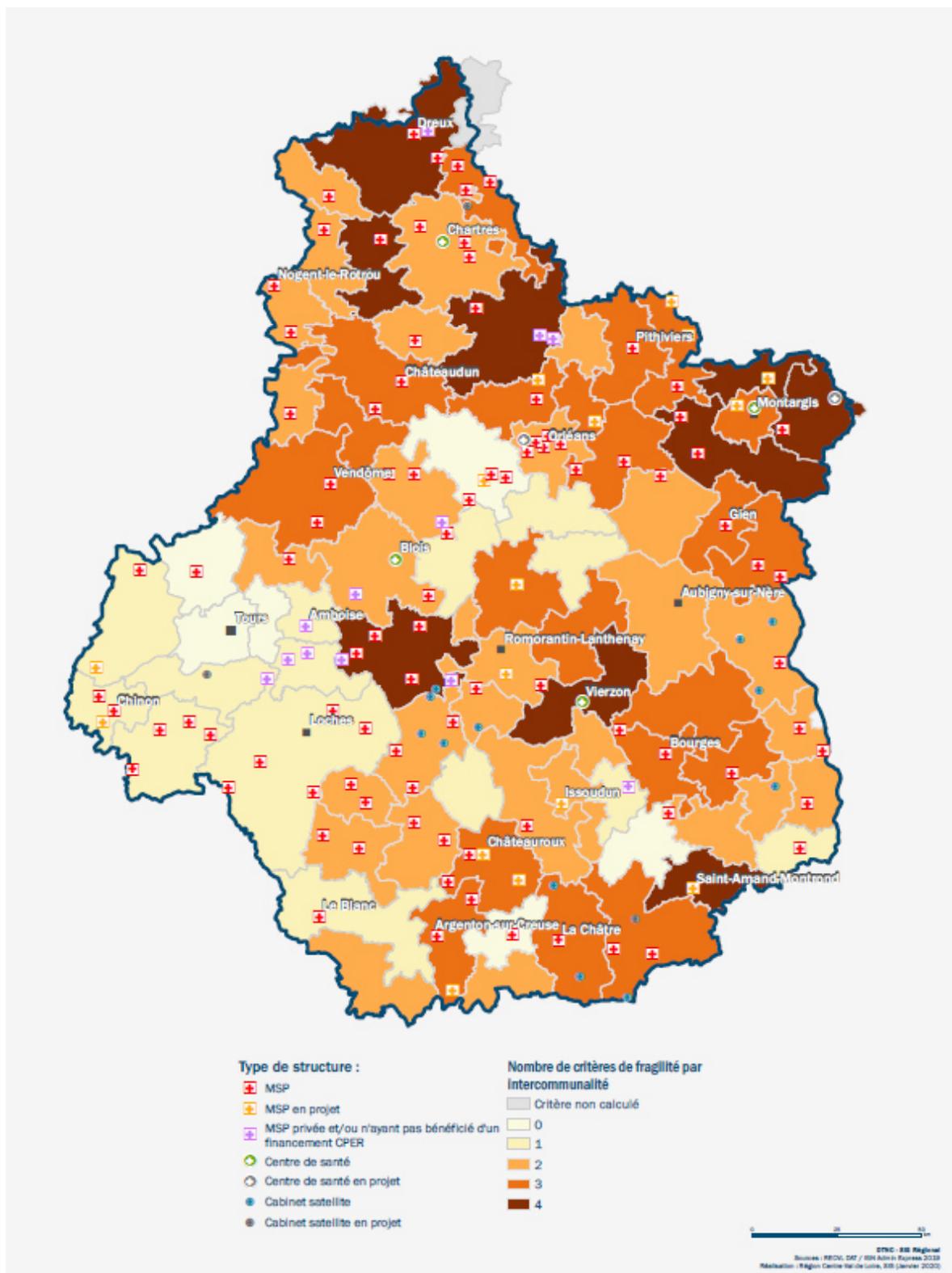
<i>Objet</i>	<i>Dates</i>	<i>Destinataires</i>	<i>Dates de réception des réponses éventuelles</i>
<i>Envoi de la lettre d'ouverture de contrôle</i>	22 février 2022 reçue le 22 février 2022	Mme Aline Chassine Deniau, ordonnateur à compter du 30 juin 2020	
	22 février 2022 reçue le 24 février 2022	M. François Bonneau, président du conseil d'administration	
<i>Entretiens préalables</i>	30 juin 2022	Mme Aline Chassine Deniau	
	6 juillet 2022	M. François Bonneau	
<i>Délibéré de la chambre</i>	25 juillet 2022		
<i>Envoi du rapport d'observations provisoires (ROP)</i>	11 août 2022 reçu le même jour	Mme Aline Chassine Deniau	23 septembre 2022 (réponse conjointe)
	11 août 2022 reçu le même jour	M. François Bonneau	
<i>Délibéré de la chambre</i>	30 novembre 2022		
<i>Envoi du rapport d'observations définitives (ROD1)</i>	21 décembre 2022 reçu le même jour	Mme Aline Chassine Deniau	9 janvier 2023

## Annexe n° 2. Carte des communes et communautés de communes candidates pour accueillir un centre régional de santé ou une antenne (mai 2022)



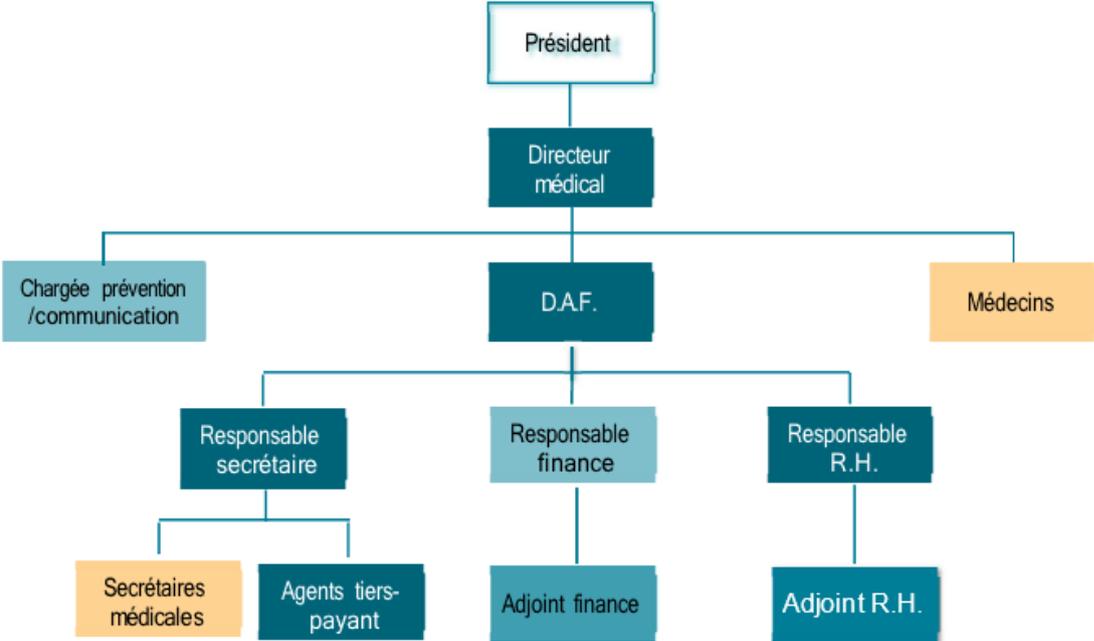
Source : GIP Pro santé

**Annexe n° 3. Carte : degré de fragilité des intercommunalités en matière d'accès aux soins en Centre-Val de Loire (janvier 2020)**



Source : GIP Pro santé

Annexe n° 4. Organigramme prévisionnel



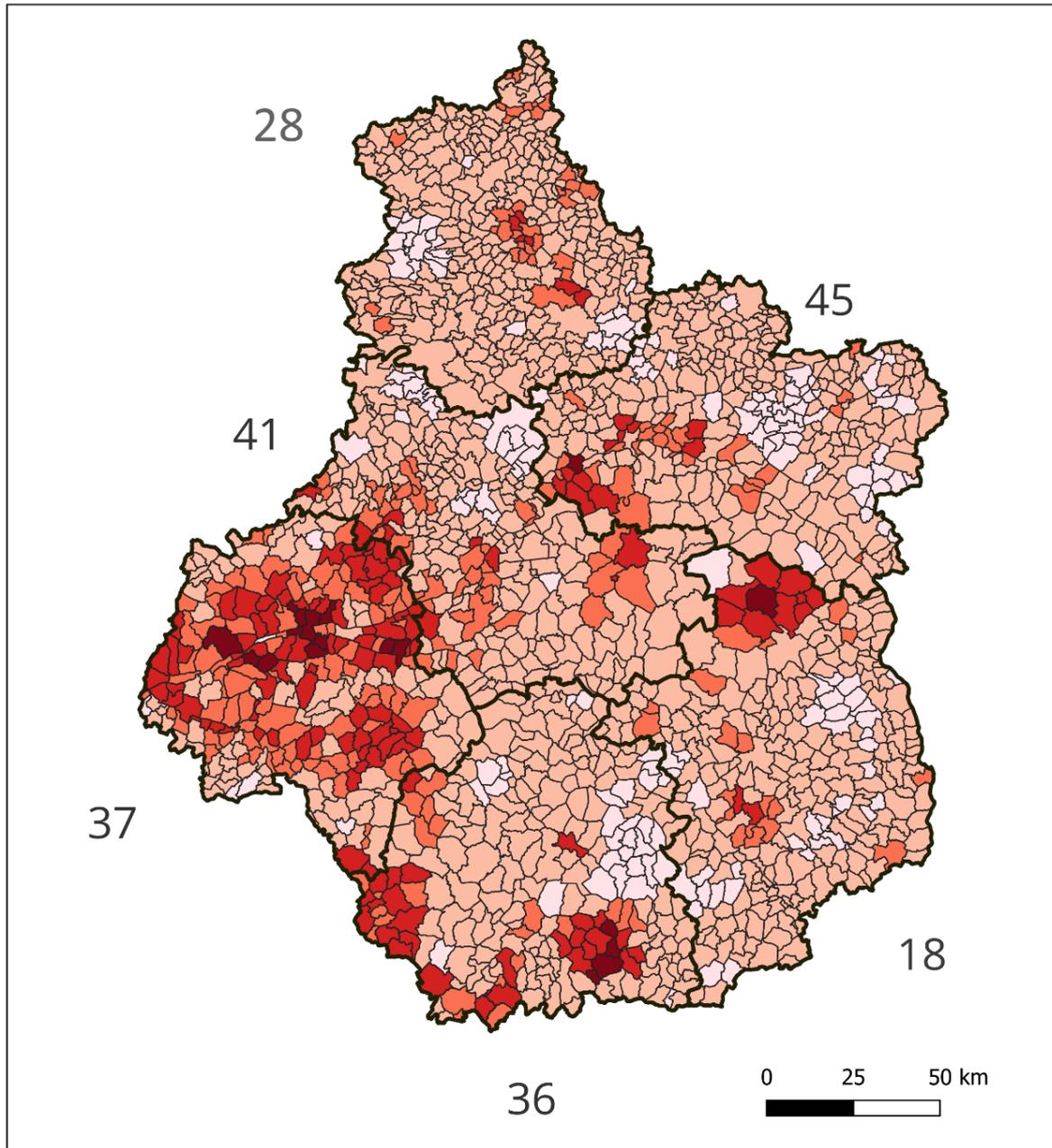
Source : GIP Pro santé

## Annexe n° 5. Rémunération des médecins

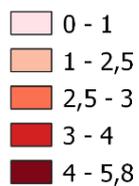
Médecins	Grille indiciaire	Grade	Temps de travail	Rémunération proratisée en fonction du temps de travail
1	hospitalière	PH, échelon 10	12 heures/semaine	2 572 € brut IFSE 86 € part variable du RI en fonction des résultats de l'entretien prof°:
2	hospitalière	PH, échelon 10	8 heures/semaine	1 715€ brut IFSE 57 € part variable du RI en fonction des résultats de l'entretien prof°
3	hospitalière	PH, échelon 10	32 heures/semaine	6 858 € brut IFSE 229 € part variable du RI en fonction des résultats de l'entretien prof°:
4	hospitalière	PH, échelon 7	19,5 heures/semaine	2 488 € brut IFSE 125 € part variable du RI en fonction des résultats de l'entretien prof°:
5	hospitalière	PH, échelon 4	39 heures/semaine	5 280 € brut IFSE 250 € part variable du RI en fonction des résultats de l'entretien prof°
6	hospitalière	PH, échelon 10	39 heures/semaine	7 750 € brut IFSE : 250 € part variable du RI en fonction des résultats de l'entretien prof°
7	hospitalière	PH, échelon 10	39 heures/semaine	7 501 € brut IFSE : 450 € brut part variable du RI en fonction des résultats de l'entretien prof°
8	hospitalière	PH, échelon 13	24 heures/semaine	5 143 € brut IFSE : 171 € part variable du RI en fonction des résultats de l'entretien prof°
9	hospitalière	PH, échelon 10	19,5 heures/semaine	3 750 € brut IFSE 125 € part variable du RI en fonction des résultats de l'entretien prof°:
10	hospitalière	PH, échelon 4	24 heures/semaine	3 621 € brut IFSE 132 € part variable du RI en fonction des résultats de l'entretien prof°:
11	hospitalière	PH, échelon 6	39 heures/semaine	5 645 € brut IFSE : 500 € part variable du RI en fonction des résultats de l'entretien prof°
12	hospitalière	PH, échelon 11	35 heures/semaine	7 501 € brut IFSE : 250 € brut part variable du RI en fonction des résultats de l'entretien prof°
13	hospitalière	PH, échelon 9	30 heures/semaine	6 157 € brut IFSE : 386 € brut part variable du RI en fonction des résultats de l'entretien prof°
14	hospitalière	PH, échelon 10	8 heures/semaine	1 715€ brut IFSE 57 € part variable du RI en fonction des résultats de l'entretien prof°
15	hospitalière	PH, échelon 12	39 heures/semaine	7 183 € brut IFSE : 450 € part variable du RI en fonction des résultats de l'entretien prof°
16	hospitalière	PH, échelon 10	39 heures/semaine	7 501 € brut IFSE : 430 € part variable du RI en fonction des résultats de l'entretien prof°

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les contrats de travail

### Annexe n° 6. Cartographie de l'accessibilité potentielle localisée (APL) de la région Centre-Val de Loire



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



Source : CRC d'après les données de la DREES

## Annexe n° 7. Aides ou dispositifs applicables en zones sous denses

Aides ou dispositifs applicables en zones sous denses	ZIP	ZAC
Aides conventionnelles L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale	X	
Rémunération de l'examen de certificat de décès b du 2° du I de l'article D. 162-30 du code de la sécurité sociale	X	X
Aide au financement des cotisations sociales (pour les jeunes médecins installés dans un délai de 3 ans après l'obtention de leur diplôme en ZIP uniquement en secteur 1 et secteur 2 OPTAM) L. 162-5-19 code de la sécurité sociale	X	
Contrat d'engagement de service public en études médicales L. 632-6 du code de l'éducation	X	X
Aides des collectivités territoriales L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales	X	X
Exonération partielle des revenus tirés de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) 151 ter du code général des impôts	X	
Contrat de début d'exercice* L. 1435-4-2 du code de la santé publique	X	X
Contrat médecin/établissement public de santé L. 1435-5-1 du code de la santé publique	X	X
Contrat médecin/établissement de santé privé d'intérêt collectif L. 1435-5-2 du code de la santé publique	X	X
Contrat médecin/centre de santé L. 1435-5-3 du code de la santé publique	X	X
Contrat médecin/organisme de mutualité L. 1435-5-4 du code de la santé publique	X	X
Cumul emploi-retraite Arrêté du 22 décembre 2017 modifié fixant le seuil d'affiliation au régime des prestations complémentaires de vieillesse des médecins libéraux prévu à l'article L. 645-1 du code de la sécurité sociale	X	X
Décret n°2018-213 du 28 mars 2018 relatif à l'inscription universitaire des personnes ayant validé la formation du résidanat et n'ayant pas soutenu leur thèse	X	X
Indemnité forfaitaire d'hébergement versée aux étudiants de troisième cycle des études de médecine, odontologie et de pharmacie 9° de l'article R. 6153-10 du code de la santé publique ➔ Voir ci-dessous le <i>nota bene</i> sur le zonage applicable aux étudiants de troisième cycle pouvant bénéficier de cette mesure	X	X
Indemnité forfaitaire d'hébergement pour les étudiants en deuxième cycle des études de médecine 3° de l'article D. 6153-58-1 du code de la santé publique	X	X
Mesure « 400 postes supplémentaires de médecins généralistes dans les territoires prioritaires » Instruction n° DGOS/DIR/2019/27 du 06 février 2019 Cette mesure est également applicable dans les QPV	X	X
Assistants spécialistes temps partagé ville/hôpital Note d'information n° DGOS/RH1/2020/147 du 03 septembre 2020 Cette mesure est également applicable dans les QPV	X	X
Exonération fiscale de cotisation fiscale des entreprises (CFE) pour les cabinets secondaires 2° de l'article L. 1464 D du code général des impôts	X	X
Aide au financement d'un poste d'assistant médical Avenant 7 et 8 de la convention médicale de 2016	X	ZAC dont l'APL est inférieur à 3,5 C/an/hab.

\* Créé par la LFSS 2020, le contrat de début d'exercice vient remplacer les 4 contrats suivants :

- le contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG) - ancien article L. 1435-4-2 du code de la santé publique ;
- le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA) - ancien article L. 1435-4-3 du code de la santé publique ;
- le contrat de praticien isolé à activité saisonnière (PIAS) – ancien article L. 1435-4-4 du code de la santé publique ;
- le contrat de praticien territorial médical de remplacement (PTMR) – ancien article L. 1435-4-5 du code de la santé publique.]

Source : ARS Centre-Val de Loire

## Annexe n° 8. Glossaire

ALD	Affection de longue durée
APL	Accessibilité potentielle localisée
ARS	Agence régionale de santé
CGCT	Code général des collectivités territoriales
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDD	Contrat à durée déterminée
CLS	Contrat local de santé
CMU	Couverture maladie universelle
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de sante
CSP	Code de la santé publique
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale
ETP	Equivalent Temps Plein
FMPS	Fédération des maisons et pôles de santé
GIP	Groupement d'intérêt public
GRH	Gestion des ressources humaines
IFSE	Indemnité de fonctions, de sujétions et d'expertise
IPA	Infirmier en pratique avancée
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
OSAT	Offre de soins, alternative et transitoire
PRS	Projet régional de santé
ROSP	Rémunération sur objectif de santé publique
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SPIC	Service public industriel et commercial
URPS	Union régionale des professionnels de santé
ZAC	Zone d'action prioritaire
ZIC	Zone d'intervention prioritaire

**Annexe n° 9. Réponse**



Madame Cécile DAUSSIN-CHARPENTIER  
Présidente de la Chambre régionale des  
Comptes Centre-Val de Loire  
15 rue d'Escures – BP 2425  
45032 ORLEANS CEDEX 1

Orléans, le 9 janvier 2023

Madame la Présidente,

Vous avez bien voulu porter à ma connaissance le rapport définitif validé par la chambre régionale des comptes le 1<sup>er</sup> décembre dernier et portant sur le contrôle du GIP pro santé Centre-Val de Loire.

Au regard des éléments de réponse d'ores et déjà apportés lors de la communication du rapport provisoire, je vous confirme certaines observations et réponses formulées sur le document transmis.

#### La compétence régionale et la loi 3DS du 21 février 2022

Vous soulignez 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 le cadre « juridiquement fragile » 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.

Votre rapport définitif, en pages 16 et 17, fait une interprétation extensive de l'évolution législative que constitue la loi 3DS en considérant qu'en limitant les compétences des Régions en matière de centres de santé, elle 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 Pro Santé 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<sup>1</sup>. 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.

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

Concernant la dotation d'équilibre, la Région a compétence pour financer toute structure maître d'ouvrage qui a vocation à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé. Le GIP est à ce titre soutenu par la collectivité.

Sur le point relatif au portage quasi exclusif du budget par la Région, il serait intéressant de raisonner en coût global et d'intégrer l'implication financière des collectivités qui mettent des locaux à disposition et en assurent le fonctionnement (fluides et entretien). La quantification des moyens engagés par les collectivités partenaires viendrait abaisser le pourcentage de l'engagement régional dans les dotations.

Le rapport précise par ailleurs que l'échelon départemental doit être l'échelon privilégié dans l'accès aux soins de proximité. Force est de constater qu'aucun département

---

<sup>1</sup> Courrier du Président de Région en date du 25 mars 2021 adressé à Monsieur Jean Castex, Premier Ministre

ne s'est encore aujourd'hui engagé sur cette voie et que la Région peut tout autant que l'échelon départemental, gérer un "services" de proximité avec l'appui des collectivités engagées, à l'instar de son action dans la gestion des lycées, de la formation et des transports scolaires. Le rôle des Régions a fortement évolué par la volonté du législateur.

Par ailleurs d'un point de vue organisationnel la Région a déployé sur chaque chef-lieu de département des Espaces Région Centre (demain, Maisons de la Région) pour gérer, en proximité, ses compétences dont celle d'aménagement du territoire et donc de santé. Ils pourraient être le lieu de ce pilotage de proximité dès lors que le déploiement des centres régionaux de santé sera plus abouti et que cette solution paraîtra opérationnelle.

### La stratégie partagée du GIP : maillage territorial et programme d'actions

Le rapport indique que le GIP ne dispose pas de plan d'action stratégique concerté avec les autres membres du GIP.

Je tenais à rappeler que :

- Le GIP dispose d'un document stratégique négocié avec l'ARS et les membres, le projet de santé, document fondateur de son action,
- A l'occasion du vote du budget le programme d'actions de l'année à venir est débattu et voté par l'assemblée générale,
- En amont de chaque ouverture de centre, la Direction départementale de l'ARS est sollicitée tout comme la FMPS et l'URPS, membres du GIP ainsi que les CPTS... Cet échange avec les acteurs permet de confirmer la pertinence du choix géographique.

Un travail collaboratif à l'initiative du GIP a été engagé avec l'URPS, la FMPS, L'ARS et la CPAM régionale pour définir une méthodologie de travail, capitaliser des données récentes des partenaires permettant de disposer d'une lecture fine du territoire. Les données utilisées par l'ARS datent pour l'essentiel de 2019 et ne tiennent pas compte des mouvements récents.

Cette lecture croisée des secteurs les plus carencés sera prochainement achevée et soumise à échanges pour définir une convergence de points de vue. Toutefois si cette connaissance fine est un préalable, une stratégie trop précise d'implantation pourrait faire perdre des opportunités de recrutement de médecins d'où le choix d'un mode agile qui permet de chercher à offrir une solution de médecine générale à un nombre plus important de territoires.

### Une stratégie de communication élaborée tardivement

La communication sur ce projet a été engagée dès l'adoption du rapport « Santé » en 2019, lui-même largement diffusé et médiatisé.

La stratégie de communication n'a pas été élaborée tardivement mais dès le début de l'activité du GIP et dès la mise en place d'un pilotage opérationnel du projet en février 2021 :

- cahier des charges relatif à la stratégie de communication rédigé en mars 2021
- mise en concurrence et notification du marché dès mai 2021
- stratégie finalisée en janvier 2022

Elaborer une stratégie la première année de fonctionnement et parallèlement à la structuration de toutes les fonctions de gestion et de pilotage ne peut être considérée comme tardive (p.26).

### Un modèle économique à objecter

Vous soulignez la fragilité relative du modèle économique du GIP qui perçoit l'essentiel de ses recettes propres en fonction du volume de consultations et de l'atteinte des objectifs du cadre national.

Il peut être constaté que la première année de fonctionnement n'a pas permis d'atteindre une activité optimum en raison notamment du recrutement, au fil de l'année, de médecins et de la nécessité de constituer une patientèle connue et fidélisée, condition permettant un rythme de consultations plus soutenu et resserré.

Les centres de santé du GIP ayant une vocation de médecine générale, il apparaît complexe, contrairement à d'autres modèles qui portent des activités d'ophtalmologie ou dentaire de dégager, de facto, un équilibre financier. L'accueil de patients souvent en renoncement aux soins génère des consultations complexes et longues, peu rémunérées.

Le mode de rémunération, encore jugé à l'acte, sert peu les objectifs de santé publique porté par le GIP et ne permet pas de dégager des gains d'efficacité.

Il serait utile de repenser le modèle économique des Cds et de se reposer la question de ce qui « fait santé » dans une société où l'accès aux soins n'est pas assuré pour de nombreuses personnes.

Par ailleurs, si l'accord national présente des améliorations, les conditions d'octroi des aides restent complexes à atteindre pour des structures de petite taille telles que celles développées à l'échelle de la région. Il ne peut y avoir de communes mesures avec des centres historiques pluri professionnels de la région Ile-de-France.

La trajectoire budgétaire du GIP sera affinée au regard des enseignements de ces deux premières années de fonctionnement et des ratios d'activité qui s'en dégagent.

### Effectifs au 31 décembre 2021

La question des effectifs jugés bas fin d'année 2021 est mise en avant comme un démarrage lent du projet.

Je tiens à valoriser ce résultat qui, 8 mois après le démarrage effectif de la structure, apparaît comme très prometteur. Les délais liés à la validation de l'Etat dans la construction du portage ainsi que celles liées au démarrage des premiers centres de santé faute d'identifier des interlocuteurs ARS et ASIP en capacité d'informer et traiter les demandes ont été des facteurs de complexité et de retard dans la mise en route.

Je vous prie d'agréer Madame la Présidente, l'expression de mes sentiments respectueux.

La Directrice du GIP Pro Santé,

Aline CHASSINE DENIAU

---



**Chambre régionale des comptes Centre-Val de Loire**

15 rue d'Escures

BP 2425

45032 Orléans Cedex 1

Tél. : 02 38 78 96 00

[centrevaldeloire@crtc.ccomptes.fr](mailto:centrevaldeloire@crtc.ccomptes.fr)

[www.ccomptes.fr/fr/crc-centre-val-de-loire](http://www.ccomptes.fr/fr/crc-centre-val-de-loire)