



## Création d'une charte d'engagements réciproques visant à lutter contre la concurrence entre territoires en matière de démographie médicale

### PREAMBULE

Plus de dix ans après l'adoption de la loi « Bachelot » portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi « HPST »), force est de constater l'insuffisance des politiques publiques nationales mises en place pour lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins. L'ensemble des professionnels et les gouvernements successifs ont certes engagé des réformes, annoncées comme des remèdes à la problématique des déserts médicaux, mais pour l'heure ces réformes ont toutes été incapables d'endiguer la croissance des inégalités territoriales d'accès aux soins.

Même si le dispositif « Ma sante 2022 » laisse envisager des pistes d'amélioration qui doivent néanmoins faire la preuve de leur efficacité opérationnelle (promotion des structures d'exercice coordonné et développement des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), suppression du numerus clausus et réforme du 2<sup>e</sup> cycle des études médicales, développement de la télémédecine, etc.), le constat est sans appel : en tenant compte du seul accès à un médecin généraliste, **entre 9 et 12 % de la population française vit aujourd'hui dans un désert médical, soit 6 à 8 millions de personnes**. Les écarts de densité entre départements varient en moyenne de 1 à 3 pour les médecins généralistes.

Si le rythme d'adoption des lois « santé » tend à s'accélérer, à savoir une tous les trois ans contre dix ou quinze ans auparavant, et alors que les plans gouvernementaux se succèdent, **les enjeux de l'adaptation de l'offre de soins, et plus particulièrement dans nos territoires ruraux, demeurent les mêmes et pourraient encore s'aggraver** avec le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques et la dépendance.

Or les inégalités territoriales d'accès aux soins portent une atteinte particulière au pacte républicain, qui repose sur la solidarité nationale pour le financement de notre modèle social, et empêchent aujourd'hui de garantir à tous les Français un accès équitable à des soins de qualité, dans les mêmes conditions et délais.

Face à cette situation, les collectivités territoriales ont fait preuve de courage et de responsabilité en multipliant les initiatives pour faire face à l'absence de médecins généralistes ou de spécialistes en consacrant des sommes importantes à la lutte contre la désertification médicale, et en fédérant les acteurs locaux, alors que ce combat relevait avant tout de la compétence de l'Etat.

D'ailleurs, bien souvent les élus, acteurs de terrain, ont été les premiers à **développer des solutions pragmatiques pour répondre aux besoins de leur population** et enrayer la désertification médicale par la promotion de leur territoire : prêt de logements, primes d'installation, participation aux frais de déplacement, aides à la recherche d'emploi pour le conjoint, construction d'équipements dédiés à un exercice collégial, salariat etc. La **loi du 23 février 2005** relative au développement des territoires ruraux est intervenue pour entériner et formaliser ces initiatives, qui constituent autant d'« **opérations séduction** » visant à pallier les insuffisances des actions de l'État.

Les territoires investissent tout particulièrement et fortement dans le **déploiement de structures permettant l'exercice coordonné**. Le soutien massif des collectivités territoriales a permis l'essor significatif du recours aux **maisons de santé pluri-professionnelles (MSP)**, situées à 80 % en zones rurales : 1 268 structures étaient ainsi recensées en juin 2019 (dont 421 projets), soit une hausse de 39 % depuis 2017.

*En Lot-et-Garonne, la conceptualisation des aires de santé a permis, dès 2010, une approche territorialisée préfiguratrice des communautés professionnelles de santé et a fédéré des acteurs complémentaires autour d'un projet de santé territorialisé (professionnels de santé, élus, techniciens des collectivités). Ainsi, à ce jour, 10 des 12 EPCI portent des projets architecturaux et financiers de MSP multisites ou monosite. Les EPCI ont pris l'habitude de ces analyses territoriales et de ces échanges d'expériences.*

Malheureusement, les stratégies d'incitation à l'installation prises par les collectivités locales ont pu parfois tourner à la surenchère et à la concurrence entre territoires, plutôt que de miser sur la complémentarité ou la cohérence. Bien souvent, cette « course en avant », se traduit par un phénomène de « double peine », les territoires les moins bien pourvus étant bien souvent des territoires disposant de moyens financiers limités.

Les chiffres le montrent pourtant :

- De jeunes médecins s'installent ou exercent en tant que remplaçants dans le département après avoir réalisé leurs stages d'internat (données CDOM47);
- Des médecins installés « vagabondent » entre les modes d'exercice à la recherche de celui qui leur convient le mieux et se déplacent ainsi au sein du département « testant » les offres à disposition (libéral en cabinet, libéral en MSP, salarié en hôpital, salarié en centre de santé, exercice mixte, etc.).

**C'est pourquoi, afin d'éviter en Lot-et-Garonne toute surenchère entre collectivités dont certains professionnels et cabinets de recrutement se jouent sans scrupule, les signataires de la chartre souhaitent instaurer les principes suivants de bonnes pratiques, basés sur la complémentarité et la solidarité plutôt que la concurrence.**

## CHARTRE D'ENGAGEMENT

*Cette charte de non concurrence se concrétise par l'engagement de chacun des signataires à :*

- *s'inscrire dans le projet territorial de santé et la démarche de marketing territorial de son territoire et mutualiser sa démarche de recherche de professionnels de santé au sein de ces dynamiques (projets des aires de santé, CPTS, etc.) ;*
- *établir la règle selon laquelle le salaire et le type de contrat proposé aux nouveaux médecins devront être identiques entre les communes et y adhérer (par exemple les coûts de loyer au sein des MSP, les avantages au moment de l'installation en termes de mises à disposition de locaux professionnels ou privés, etc.) ;*
- *ne pas « débaucher » un médecin d'un territoire signataire ou encore ne pas mettre en place d'avantages financiers pour aider à l'installation ;*

*Elle s'inscrit donc autour de deux grandes obligations :*

- *Celle de solidarité*
- *Celle de non concurrence*

**Même si cette charte ne revêt légalement qu'une portée symbolique :**

- *Elle souligne qu'en termes de démographie médicale, les collectivités locales ont un rôle à jouer mais qu'elles ne peuvent se substituer à l'Etat qui doit rapidement prendre les mesures nécessaires à la présence de professionnels de santé partout sur le territoire national.*
- *Elle souligne qu'en matière de démographie médicale, les élus locaux agiront en solidarité, en responsabilité, en complémentarité et en cohérence pour, à leur niveau, permettre aux habitants de leur territoire de disposer de services publics essentiels.*
- *Elle représente un acte fort soulignant la nécessaire unité des élus locaux face aux pratiques de certains cabinets de recrutement ou de professionnels qui s'apparentent à du mercenariat.*

## ENGAGEMENT DES SIGNATAIRES

### OBLIGATION DE SOLIDARITE

1. Les signataires s'engagent à :
  - prendre connaissance et s'inscrire dans la dynamique portée par leur territoire en matière de démographie (par exemple conseil communautaire) ;
  - échanger et s'entraider mutuellement dans leurs démarches de recherche de professionnels de santé et d'autre part à respecter cette charte dans son intégralité.
2. Les signataires apporteront une attention particulière aux préconisations et recommandations de la Commission départementale de la démographie médicale visant à favoriser la mise en place d'une approche concertée, équitable et cohérente en matière d'offre de soins et d'équipements.

## OBLIGATION DE NON CONCURRENCE

### 3. Les signataires s'engagent à :

- envisager toute approche territoriale relative à la démographie médicale sur la base des EPCI (cf. les 5 contrats locaux de santé existants) et à fédérer les initiatives de leur commune autour du projet territorial existant, mutualisant les ressources dudit territoire ;
- ne pas démarcher, détourner ou tenter de démarcher ou de détourner, les médecins installés dans un périmètre de trente kilomètres, au profit de leur commune ou pour le compte d'une commune proche, sans échange et accord préalable des élus de ce périmètre.

*Cette obligation de non concurrence s'applique également pour toute embauche d'un médecin salarié dans le cadre d'une activité de soins et prescriptive. A ce titre, il sera proposé au médecin salarié embauché, ou en instance de l'être, un même contrat type éventuellement inspiré de celui des centres de santé, la rémunération du médecin salarié se fera selon une grille tarifaire identique.*

### 4. Les signataires s'obligent à :

- participer à une démarche commune (EPCI, département) de marketing territorial et le cas échéant à potentialiser des recrutements inter EPCI (exercices mixtes, salariat, libéral, participation des établissements hospitaliers) ;
- ne pas faire de surenchère vis à vis de tout médecin ayant été préalablement en négociation avec le représentant d'une commune située dans le périmètre défini de la présente charte ;
- ne pas proposer d'avantages ou de mesures attractives manifestement disproportionnés au regard des indicateurs socio-économiques locaux.