



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

centres hospitaliers

Question écrite n° 37917

Texte de la question

M. Daniel Boisserie alerte Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur le manque de médecins titulaires dans les hôpitaux publics, qui ont alors recours à l'intérim hospitalier. Sur les 743 postes de praticiens budgétisés pour les hôpitaux limousins au 1er janvier 2013, seuls 537 sont occupés par des titulaires à temps plein. La région compte donc 200 postes de titulaires hospitaliers qui ne sont pas pourvus, d'après le rapport d'activité 2012 du Centre national de gestion. Cela n'implique pas nécessairement qu'ils soient vacants. Ce déficit de personnel est comblé par l'embauche, souvent très onéreuse pour l'hôpital, de contractuels relevant du droit privé. Si le tarif moyen est généralement de 650 euros net les douze heures (source : fédération hospitalière de France), ce qui équivaut déjà à environ trois fois celui d'un titulaire en milieu de carrière (hors gardes, astreintes ou activités libérales), certains n'hésitent pas à exiger 900 euros nets la journée. Pour assurer la permanence des soins ou éviter la fermeture d'un service, la plupart des petits centres hospitaliers limousins, où l'activité est faible et les équipes restreintes, et où l'on constate un manque cruel de praticiens titulaires en gériatrie, gynécologie-obstétrique, chirurgie orthopédique et psychiatrie, ont régulièrement recours aux intérimaires, mais l'absence de réglementation en la matière (notamment sur le montant de la prestation) rend l'évaluation de son étendue impossible. Comme le Limousin, la Picardie, la Basse-Normandie, le Centre, l'Auvergne, comptent près d'un tiers des postes non-occupés par des praticiens titulaires. Il lui demande donc ce que le Gouvernement entend mettre en œuvre pour favoriser l'embauche de médecins titulaires dans les centres hospitaliers en zone rurale, et lutter ainsi contre le recours à l'intérim qui s'avère extrêmement coûteux pour l'hôpital public.

Texte de la réponse

Réduire les inégalités de santé, permettre un accès aux services qu'un système de santé performant doit garantir en proximité (soins, prévention, dépistage, éducation à la santé), représentent deux enjeux majeurs pour le Gouvernement, qui fondent la stratégie nationale de santé lancée par le Premier ministre le 8 février dernier et dont il a confié la responsabilité à la ministre des affaires sociales et de la santé. Dès son arrivée aux responsabilités, cette dernière s'est mobilisée pour améliorer l'accessibilité aux soins tant financière que géographique et cette volonté politique a trouvé sa traduction, plus particulièrement, à travers la signature de l'accord conventionnel intervenu en octobre 2012 entre les médecins libéraux et l'assurance maladie sur les dépassements d'honoraires, d'une part, et l'annonce du « pacte territoire-santé » le 13 décembre 2013, d'autre part. Les difficultés d'accès aux soins, matérialisées par des délais de rendez-vous longs ou l'éloignement géographique d'un professionnel, alimentent le sentiment de désertification médicale. En matière de densité médicale, la situation française s'avère paradoxale : le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé (avec une croissance de près de 30 % depuis 20 ans) alors que les inégalités territoriales d'installation des professionnels de santé demeurent particulièrement importantes ; les zones rurales ne sont pas les seules concernées, les banlieues des grandes villes et même certains arrondissements parisiens enregistrent une baisse importante du nombre de médecins de famille. Le « pacte territoire-santé » procède d'une démarche incitative et décline douze engagements qui constituent un plan global et cohérent autour de trois axes : le

premier axe vise à changer la formation et à faciliter l'installation des jeunes médecins, notamment en permettant à tous les étudiants de faire un stage en cabinet avant l'internat, en les formant davantage à l'exercice en cabinet. La création d'une garantie de revenu permettra aussi à 200 praticiens territoriaux de médecine générale de s'implanter dans les territoires dès 2013 et un « référent-installation » a été désigné dans chaque région pour accompagner les jeunes médecins dans toutes les étapes de leur installation. Le second axe cible la transformation des conditions d'exercice des professionnels de santé par la généralisation du travail en équipe, le développement de la télémédecine ou encore l'accélération du transfert de compétences. Le troisième axe consiste à promouvoir des investissements spécifiques pour les territoires isolés. L'accès aux soins urgents en moins de trente minutes sera assuré d'ici 2015. Des réponses sur mesure seront mises en oeuvre concernant les hôpitaux de proximité. Enfin, si l'offre libérale est totalement absente d'un territoire, il ne peut être exclu de recourir à des centres de santé, dont le modèle économique doit être révisé.

Données clés

Auteur : [M. Daniel Boisserie](#)

Circonscription : Haute-Vienne (2^e circonscription) - Socialiste, écologiste et républicain

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 37917

Rubrique : Établissements de santé

Ministère interrogé : Affaires sociales et santé

Ministère attributaire : Affaires sociales et santé

Date(s) clé(s)

Date de signalement : Question signalée au Gouvernement le 10 décembre 2013

Question publiée au JO le : [24 septembre 2013](#), page 9789

Réponse publiée au JO le : [17 décembre 2013](#), page 13159