

Entretien avec le directeur général de l'AP-HP Benoît Leclercq : « Le dossier de l'activité libérale reste prioritaire pour moi »

Tour d'horizon avec son directeur des échéances de rentrée à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Benoît Leclercq annonce qu'il envisage avec la CME de prendre des mesures coercitives à l'encontre des médecins en grève pour défendre leur secteur libéral. Le patron du premier CHU de France livre également ses premières impressions sur l'avant-projet de loi Bachelot.

LE QUOTIDIEN – La grève du codage des actes a de lourdes conséquences à l'AP-HP depuis deux mois et demi. De quels moyens de pression disposez-vous pour interrompre le mouvement ?

BENOÎT LECLERCQ – Chaque mois, l'AP-HP perd en théorie 50 millions d'euros de recettes, une somme que nous espérons récupérer rapidement, mais elle perd réellement 200 000 euros par mois pour cause de frais financiers. Sur le principe, nous ne pouvons pas, le président de la CME et moi-même, faire subir à l'AP-HP les frais de cette grève. Nous envisageons d'engager des mesures incitant les médecins participant au mouvement à nous restituer au plus vite les codages qu'ils ont gardés sous le coude. La CME se réunit aujourd'hui pour évoquer la question. Je ne peux dire quelle sera l'issue de cette séance où seront proposées de fortes mesures de retour à la normale, y compris l'éventualité du non-renouvellement des autorisations d'activité libérale. Une vingtaine de contrats arrivent à échéance en octobre : si la CME décide de les suspendre, ce serait une décision forte, plutôt rare.



« L'AP-HP ne peut pas subir les frais de la grève »

Une enquête interne à l'AP-HP est en cours sur l'activité libérale des 320 médecins concernés. Que montre-t-elle ?

Un premier contrôle a porté sur les affichages : on est passé de 60 % d'affichages à 100 % en neuf mois. Un autre audit va bientôt être lancé à propos des délais de rendez-vous. La troisième obligation, le tact et mesure, est plus délicate car les règles déontologiques doivent être définies par l'Ordre des médecins et les pouvoirs publics. Une chose est sûre, ce dossier reste prioritaire pour moi.

Il se dit que l'AP-HP connaîtrait un nouveau léger déficit. Qu'en est-il ?

Il y a certes des tensions budgétaires, mais qui doivent être appréciées en regard des masses en jeu (6 milliards d'euros de budget annuel). À la fin du mois de juillet, en tout cas, l'AP-HP était en ligne avec ses prévisions : la progression d'activité est conforme à l'objectif (+ 2 %).

La stratégie de l'AP-HP – développer l'activité pour compenser les surcoûts et équilibrer les comptes – ne risque-t-elle pas de s'essouffler à moyen terme ?

Nous avons encore des marges de progression pour récupérer des parts de marché en chirurgie et en médecine. Parallèlement, nous essayons de réduire les coûts et les frais de structure. D'où la modernisation du siège et la politique d'efficacité, qui prévoit des réorganisations de services, de blocs, et des regroupements d'hôpitaux.

Certains directeurs de centres hospitaliers de province mettent en doute l'efficacité des regroupements annoncés à l'AP-HP, considérant que ce CHU est trop grand. Que leur répondez-vous ?

L'AP-HP représente 10 % de l'hospitalisation publique, c'est pourquoi elle est très mobilisée sur l'effort de réduction de ses coûts. Il est vrai qu'elle doit se transformer, et c'est ce qu'elle fait, dans la continuité du plan Hôpital 2007. Nous regroupons des hôpitaux pour créer des filières et améliorer la prise en charge, dans l'esprit de la loi Hôpital, patients, santé, territoires. Les activités médicales comme les activités supports ont à réaliser des efforts de réorganisation.

Comment pourrait évoluer votre rôle de directeur général de CHU au vu des changements apportés par le projet de loi Bachelot ?

Mon ambition est de réussir la mise en route de la transformation de l'AP-HP. Quand le président de la République dit qu'il faut un patron à l'hôpital, il veut dire

que le directeur doit avoir la capacité de décider. D'où la création d'un directoire. Ce directoire est la consolidation de ce qui se passe déjà dans la gestion médico-économique de l'hôpital. Le binôme directeur général-président de la CME continuera de former le noyau dur de la future gouvernance. La loi nous donnera des outils juridiques pour être plus réactifs.

Votre prédécesseur Rose-Marie Van Lerberghe, dans un livre publié l'an passé, estime que les médecins hospitaliers sont « mieux protégés que n'importe quel salarié ». Souhaitez-vous que la future loi limite cette indépendance ?

Tout assouplissement du mode de recrutement des médecins, y compris sous forme contractuelle, comme la plus grande liberté d'affectation des chefs de service, concourt à l'amélioration de la prise en charge du patient. C'est ce qui figure dans l'avant-projet de loi. L'AP-HP s'appuiera sur ces évolutions pour répondre au besoin de développement de son activité.

Quelles relations entretenez-vous avec le nouveau président de votre conseil d'administration, le député socialiste Jean-Marie Le Guen ? Avez-vous défini des pistes de travail communes ?

J'entretiens d'excellentes relations avec tous les partenaires de la gouvernance de l'AP-HP, et en premier lieu avec Jean-Marie Le Guen et Pierre Coriat [le président de la CME, NDLR]. Nous avons des convictions communes en ce qui concerne le plan stratégique et la transformation de l'AP-HP.

> PROPOS RECUEILLIS PAR DELPHINE CHARDON

Baisse de l'accès direct à plusieurs disciplines Le regard sur le médecin spécialiste a changé

Une enquête présentée aujourd'hui détaille, discipline par discipline, les répercussions de la réforme du médecin traitant et du parcours de soins sur les modes de recours au spécialiste libéral ou hospitalier. En 2006, la part d'accès direct libre (non coordonné) a nettement diminué, principalement en dermatologie (- 33 %) et en ORL (- 58 %) au profit des accès conseillés par le médecin généraliste traitant.

RENDRE L'ACCÈS AU SPÉCIALISTE moins anarchique : c'était un des objectifs de la réforme du médecin traitant et des parcours de soins, même si les ministres d'alors (le tandem Douste-Blazy/Bertrand) avaient plutôt mis l'accent sur l'accroissement de la qualité des soins grâce à une meilleure coordination. Le pari du changement des comportements a été partiellement gagné et ce dès l'entrée en application de la réforme. Selon une enquête fouillée de l'IRDES (1) sur l'accès aux spécialistes, qui a comparé la situation de 2006 à celle de 2004, le recours direct non coordonné au spécialiste libéral ou hospitalier est devenu beaucoup moins fréquent pour les patients ayant désigné un médecin traitant, ce qui démontre l'impact de ce dispositif sur les habitudes des Français. Le mécanisme de pénalités financières (augmentation du ticket modérateur) pour les patients qui contournent le parcours de soins n'y est pas pour rien : le taux de remboursement des consultations « hors par-

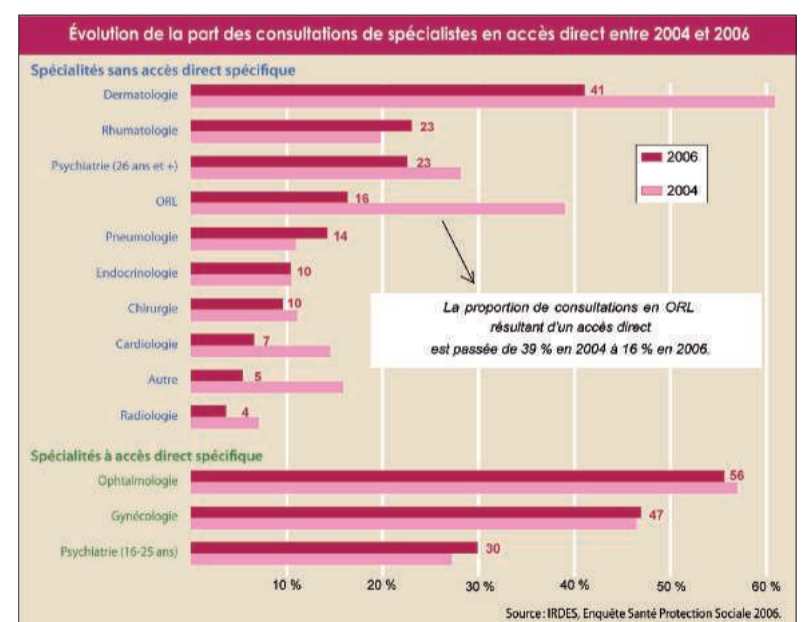
cours » était passé de 70 % en 2005 à 60 % début 2006. En pratique, l'IRDES a mesuré, non pas l'évolution de l'activité globale des spécialistes (une étude de la CNAM avait déjà montré la baisse de 4 % du volume des CS en 2006), mais l'évolution du mode de recours – direct ou indirect – dans toutes les disciplines juste avant et juste après la réforme grâce à deux enquêtes Santé protection sociale 2004 et 2006.

Toutes spécialités confondues, la proportion de consultations en accès direct libre est passé de 32 % à 28 %. Cette baisse globale peut sembler timide, mais elle masque des écarts considérables entre spécialités. La diminution des recours au médecin en accès direct est sévère en dermatologie (de 61 % à 41 % soit une diminution de 33 %) et plus encore en ORL (de 39 % à 16 %, soit une régression de 58 %), deux disciplines pour lesquelles la proportion de consultations « libres » (sans adressage préalable d'un autre médecin) était justement très importante. Ces chiffres accréditent *a posteriori* certaines déclarations alarmistes de 2006 de la part de représentants des dermatologues et des ORL faisant état de « creux » inédits dans leurs carnets de rendez-vous, alors que certaines caisses martelaient le message sur la fin de l'accès direct au spécialiste. Au grand dam des syndicats qui auraient souhaité une présentation plus « équilibrée » de la réforme. D'autres spécialités où l'accès direct était moins fréquent avant la réforme ont quand même

subi les effets du « filtre » du médecin traitant et des pénalités financières hors parcours. La part de séances procédant d'un accès direct a ainsi baissé de 28 à 23 % en psychiatrie chez les adultes de 26 ans et plus (- 20 %) et de 15 à 7 % en cardiologie (- 55 %). En radiologie, le recours direct qui était déjà limité avant la réforme (7 %) est devenu résiduel (4 %).

En revanche, selon cette étude et contrairement à certains discours syndicaux, la part d'accès direct libre a peu évolué entre 2004 et 2006 en rhumatologie, pneumologie, chirurgie et endocrinologie. Dans la plupart des spécialités, le fait de consulter après un conseil du médecin généraliste traitant a progressé (mouvement de balancier), principalement en dermatologie, ORL et cardiologie (l'accès *via* le spécialiste lui-même restant stable). Au total, cette analyse « montre qu'il existe une tendance au recentrage de l'accès au spécialiste autour du médecin généraliste, et ce dès la mise en place de la réforme du parcours de soins ».

Le bouclier de l'accès spécifique. En revanche – est-ce une consolation pour les partenaires conventionnels – l'accès aux trois spécialités protégées par un accès direct autorisé dit « spécifique » (ophtalmologie, gynécologie, psychiatrie pour les 16-25 ans) n'a guère été modifié. En clair, le fait d'épargner aux patients des pénalités lorsqu'ils consultent dans les conditions de cet accès spécifique (prescriptions de verres correc-



teurs et suivi du glaucome lors de l'accès à l'ophtalmologue ; pour les gynécologues-obstétriciens, consultations périodiques dans le cadre du dépistage, de la contraception, de la grossesse... ; jeunes de 16 à 25 ans pour les psychiatres) a bel et bien « amorti le choc » de l'évolution des habitudes des Français dans la foulée de la réforme du médecin traitant. Néanmoins, si l'on exclut ces trois disciplines en accès spécifique, l'étude constate que « 13 % » des consultations spécialisées réalisées pour des patients qui ont pourtant un médecin traitant ne respectent pas le parcours de soins. Non anecdotique, ce chiffre sur l'accès direct « coûte que coûte » est en tout cas supérieur à

celui avancé par la CNAM qui affirme que moins de 2 % des actes se font hors parcours de soins pour les patients inscrits. La proportion d'assurés adeptes du « hors piste » dans le système de soins français peut-elle encore baisser ? Il sera intéressant de mesurer l'évolution du recours au spécialiste après septembre 2007, c'est-à-dire depuis que les consultations non coordonnées sont remboursées seulement à... 50 % par la Sécurité sociale.

> CYRILLE DUPUIS

(1) Institut de recherche et documentation en économie de la santé. « Modes d'accès aux spécialistes en 2006 et évolution depuis la réforme de l'assurance-maladie » (août 2008). L'enquête a interrogé en 2006 environ 8 000 ménages et 22 000 personnes.