

REGARDS CROISÉS ● ● ●

Gérard LARCHER *Président de la FHF (1997-2004)*
Gérard VINCENT *Délégué général de la FHF (1998-2016)*

D'hier à demain, quelles perspectives pour notre système de santé ?

Témoins et acteurs de l'histoire récente de la Fédération, Gérard Larcher, président de la FHF de 1997 à 2004 et Gérard Vincent, délégué général de 1998 à 2016 partagent leur analyse des grandes réformes et actions qui ont marqué les 30 dernières années, et leur vision des enjeux et défis à venir.

Pouvez-vous retracer les grandes évolutions connues par la FHF depuis la fin des années 90 ?

Gérard Vincent La FHF est née il y a un siècle de la volonté des dirigeants hospitaliers de l'époque de fédérer les hôpitaux publics pour parler d'une même voix, afin de défendre le secteur, bien sûr, mais aussi et surtout pour proposer les évolutions nécessaires. Elle a accompagné toutes les réformes qui ont abouti à l'hôpital que nous connaissons aujourd'hui et qui constitue une fierté nationale. À partir des années 80, la Fédération a malheureusement traversé une crise qui, sans remettre en cause sa représentativité, a affaibli son image et sa crédibilité en raison d'une attitude plus critique que constructive. Un mouvement de contestation interne au milieu, composé essentiellement des représentants des Conférences de directeurs et présidents de CME, mais aussi des syndicats de praticiens hospitaliers et de directeurs, ainsi que de quelques figures politiques de premier plan, engagées au sein de la FHF, a éclaté brutalement en 1997, aboutissant à la démission du président de l'époque et à l'élection de Gérard Larcher, alors vice-président du Sénat et président de l'union hospitalière de la région Île-de-France, soutenu par la plus grande figure du milieu, Pierre Raynaud, qui avait lui-même été président de la FHF. Alors à l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales), après avoir passé vingt ans sur le terrain et six années à la tête de la direction des hôpitaux au ministère, j'ai été très fier d'avoir été choisi par Gérard Larcher pour devenir son délégué général, me permettant ainsi de poursuivre mon engagement au service de l'hôpital. Notre entente et notre connivence étaient connues de tous, tant en interne qu'à l'extérieur du milieu hospitalier.

Gérard Larcher a apporté dans cette œuvre de refondation de la maison commune son dynamisme, son enthousiasme et sa grande intelligence politique. J'ai eu la chance ensuite de travailler avec de grands présidents – Claude Evin, Jean Leonetti et Frédéric Valletoux – qui, dans des styles différents, ont continué à porter haut et fort les exigences du service public. Le déménagement en 2007 dans les locaux actuels a donné de l'espace aux équipes tout en limitant la capacité à cinquante collaborateurs afin d'éviter le piège de la bureaucratie. L'une de mes plus grandes fiertés a été de voir les Conférences de directeurs et de présidents de CME se réunir à nouveau dans la maison commune qu'ils avaient désertée. En 2006, la création des fédérations hospitalières régionales à la place des grandes unions a permis de rapprocher la FHF de ses adhérents.

Gérard Larcher Comme président de la FHF, une mission dans laquelle je me suis beaucoup investi, j'ai souhaité, en accord avec Gérard Vincent, qu'elle se dote d'un plan stratégique. Celui adopté fin 2001 a été notre feuille de route et il a installé au cœur du débat public le rôle et les missions de l'hospitalisation publique. Il s'agissait ainsi de faire de la FHF, non seulement un acteur de défense de l'hôpital public, mais surtout une force de propositions et d'impulsion de réformes. Nous voulions aussi qu'elle suive le mouvement de décentralisation et de déconcentration de l'État ; donc qu'elle s'articule avec les enjeux territoriaux. C'est ce qui a été fait avec la réforme des statuts en 2006.

C'est dans ce cadre que nous avons voulu développer les actions internationales de la FHF, d'abord pour renforcer, en lien avec l'Agence française de développement, les capacités de nos hôpitaux en matière de coopération internationale vers les pays du Sud ; mais aussi pour se nourrir des expériences, notamment de nos partenaires européens. Je crois beaucoup aux analyses comparatives et aux échanges de savoir-faire. Il ne s'agit pas de copier, ni d'ignorer les cultures nationales, si prégnantes dans le champ santé ; cela permet de savoir ce qui marche ailleurs et ainsi d'éviter des erreurs ; cela permet d'adopter de bonnes pratiques ou de s'inspirer d'innovations qui ont fait leurs preuves.

Avec le recul, quels ont été, de votre point de vue, les grands moments du quart de siècle qui vient de s'écouler pour les établissements de santé ?

G. V. Les deux principales réformes, à mes yeux, sont celle du financement et la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT). La tarification à l'activité, dite T2A, réclamée par la FHF, en dépit d'un succès d'estime plus que timide dans les milieux des directeurs et des praticiens au départ, a permis, depuis sa mise en place en 2004, de sortir de la logique mortifère du budget global. Avec une dotation globale de fonctionnement quasiment garantie sur des bases historiques, il n'y avait aucune incitation à développer l'activité. La T2A a redonné un intérêt à agir pour répondre au mieux aux besoins des patients, en redistribuant les cartes sur le plan financier. À activité équivalente correspond désormais un financement identique, et ce sur tout le territoire national. Ceux qui prônent depuis de nombreuses années sa disparition, pour des raisons idéologiques, porteront une lourde responsabilité face au dépérissement de l'hôpital public qui en résulterait car, ne rêvons pas, le système de la T2A restera le mode de financement des cliniques. La deuxième grande réforme portée par la FHF a été la stratégie de groupe qui a abouti à la création des GHT en 2016¹. Malheureusement, cette réforme n'est pas totalement

¹. Loi de modernisation de notre système de santé du 26 juillet 2016.



Gérard Larcher DR

Il s'agissait ainsi de faire de la FHF, non seulement un acteur de défense de l'hôpital public, mais surtout une force de propositions et d'impulsion de réformes.



Gérard Vincent

Philippe Chagnon / Cocktail Santé

aboutie car certains GHT couvrent des zones géographiques trop larges, ce qui entrave leur fonctionnement. Sur le plan juridique, nous sommes restés au milieu du gué puisque les hôpitaux membres ont conservé leur autonomie, là où une gouvernance unique devrait être mise en place.

G. L. La FHF a joué un rôle moteur. Elle a suscité, alimenté, accompagné les évolutions de ces 25 dernières années. Inutile d'insister sur sa contribution à la mise en place de la T2A, qui était et qui reste une bonne formule pour autant qu'elle soit mixée à d'autres sources de financement. Inutile de rappeler comment nos hôpitaux ont progressivement, sous son impulsion, mis en œuvre la loi Kouchner et fait vivre la démocratie sanitaire et les droits des malades.

L'hospitalisation publique reste plus centrale que jamais. Elle a naturellement besoin de crédits mais ne nous y trompons pas ; elle a d'abord besoin de s'interroger sur son fonctionnement, sur ses dysfonctionnements aussi.

Il en a été de même pour toutes les évolutions dans le champ médico-social ou le développement des liens avec la médecine de ville, sujet sur lequel il reste d'ailleurs beaucoup à faire ! Mais nous n'avons pas mis fin à l'hospitalo-centrisme et notre système de soins reste encore trop centralisé. Pour autant, je suis frappé par la capacité d'adaptation de l'hôpital public, ce service public ouvert 24 h/24, 365 jours par an ; par sa modernisation à l'ère du numérique ; par sa résilience, comme il l'a prouvé au moment de la crise du Covid. Enfin, je ne vous étonnerai pas en rappelant tout ce que nous devons à Gérard Vincent, à sa volonté de changement, à sa capacité d'entraînement et de conviction, tant auprès des acteurs politiques que du monde hospitalier. Notre binôme président/délégué général a fonctionné de façon parfaite. Mais comment pouvait-il en être autrement avec une personnalité aussi solide et respectée que celle de Gérard Vincent !

Comment voyez-vous l'avenir du système public de santé ? Quels sont, selon vous, les enjeux et défis à venir ?

G. V. Depuis les années 2010-2012, il y a un durcissement, qui explique la crise budgétaire actuelle. Il faudrait faire des réformes de fond, rendre la gouvernance plus souple.

Si la démarche de responsabilité populationnelle portée et déployée par la FHF depuis 2017 est une très bonne initiative, nous n'avons pas encore trouvé la bonne formule pour le financement au parcours. Qui pilote ? Comment répartir l'enveloppe ?

Je ne vois pas l'avenir de l'hôpital public avec son statut actuel. Selon moi, deux réformes majeures doivent être menées. La première consiste à requestionner l'outil (le statut public), qui tend aujourd'hui à se retourner contre la valeur (le service public) du fait d'une gestion devenue trop difficile et paralysante, et ce par exemple en s'inspirant du modèle des fondations privées à but non lucratif. La seconde grande réforme serait de confier aux régions le soin de piloter et de réguler le système de santé pour les rendre responsables financièrement

des choix stratégiques, l'État gardant son rôle régalien dans le financement global du système, la gestion des crises sanitaires et la définition des compétences exigées des professionnels. Même s'il n'existe pas de modèle parfait, nous devons nous inspirer de nos voisins, la plupart des pays en Europe ayant mis en place des réformes en ce sens, avec une efficacité supérieure à la nôtre.

G. L. Je veux d'abord dire combien j'ai apprécié de travailler avec les acteurs du monde hospitalier, et combien je respecte toutes celles et ceux qui travaillent à l'hôpital public. Je n'ai pas attendu la crise du Covid pour savoir tout ce que nous leur devons. Mais je sais aussi à quel point le monde hospitalier est aujourd'hui à la recherche de sens !

Le premier enjeu pour notre système de santé, c'est d'abord de garantir partout l'accès à des soins de qualité. Président du Sénat, je peux vous dire que c'est le premier souci des maires que je rencontre. Le deuxième enjeu, c'est naturellement le vieillissement de la population avec tout ce qu'il implique à la fois en termes de soins et de politique de maintien à domicile. Troisième enjeu : c'est rester à la pointe de la recherche et des soins de qualité.

Alors, dans ce contexte, l'hospitalisation publique reste plus centrale que jamais. Elle a naturellement besoin de crédits mais ne nous y trompons pas : elle a d'abord besoin de s'interroger sur son fonctionnement, sur ses dysfonctionnements aussi. Et cela sans tabou et sans conservatisme. Il ne faut pas s'interdire de revisiter les textes statutaires et réglementaires du XX^e siècle et d'inventer de nouvelles formes d'organisation hospitalière. C'est à la FHF de porter des propositions nouvelles et de les faire partager. ❤️

Propos recueillis par Nadia Bastide-Sibille - Octobre 2024