



Réforme des ARS : construire la proximité

En créant, dans la loi « *Hôpital, patients, santé et territoires* » (HPST) du 21 juillet 2009, les **agences régionales de santé**, le législateur cherchait à pallier une **faiblesse** ancienne du système français : **l'éclatement du pilotage territorial de la santé**. Regrouper, à l'échelle régionale, les compétences relatives à l'hôpital, à la médecine de ville, à la prévention et à la veille sanitaire permettait de substituer à une administration fragmentée un **acteur unique**, capable de décloisonner les politiques de santé et d'adapter la stratégie nationale aux réalités territoriales. Des progrès réels ont été constatés en la matière.

Mais, près de quinze ans après leur création, le **bilan est contrasté**. La crise Covid-19 a cristallisé avec une intensité particulière les critiques adressées aux ARS : **l'éloignement du terrain, l'insuffisante association des élus locaux, l'articulation perfectible avec les préfets, la complexité de la gouvernance, le manque de lisibilité pour les usagers comme pour les professionnels, et la trop faible capacité à corriger les inégalités territoriales d'accès aux soins**.

Ces critiques traduisent une **tension structurelle** au cœur du modèle français de santé territoriale. Les ARS sont à la fois des agences de l'État, des régulateurs régionaux, des interlocuteurs des collectivités, des autorités de planification, des gestionnaires de crise, des financeurs d'actions territoriales et des garants de la qualité et de la sécurité des soins.

Plusieurs réformes ont cherché à **corriger ces déséquilibres** : en renforçant la place des élus locaux dans la gouvernance des ARS, en donnant plus de consistance aux territoires de santé, et en tentant de répondre à la pénurie des soignants et des soins. Les recherches de solution plus récentes ont renforcé le rôle des préfets dans la cohérence de l'action territoriale de l'État, y compris en matière sanitaire et médico-sociale.

Les projets gouvernementaux et les débats parlementaires tentent de répondre à une question plus radicale : **faut-il seulement améliorer les ARS, ou faut-il transformer leur nature même ?**





Trois axes majeurs pour une réforme ambitieuse

- 1 Se doter d'un échelon départemental renforcé disposant de compétences et de moyens budgétaires dédiés.
- 2 Étendre le pouvoir de dérogation de l'autorité en charge des politiques sanitaires afin de permettre une meilleure adaptation aux besoins des territoires
- 3 Bâtir un socle de service minimum auquel chaque habitant peut prétendre.

I. L'absence de proximité : un défi récurrent pour les ARS

A. Un pilotage régional en tension avec les dynamiques locales

Le choix de l'échelon régional comme niveau pertinent de pilotage des politiques de santé trouve son origine dans la loi Boulin (création de la carte sanitaire en 1970), il a ensuite été confirmé par toutes les réformes suivantes (plan Juppé 1996). La création des ARS s'inscrit dans la continuité de ces réformes et peut être interprétée comme un mouvement de rationalisation des structures régionales préexistantes.

La création des **grandes régions** en 2015, a constitué un **choc d'organisation** que les ARS concernées ont difficilement absorbé. Le 1^{er} janvier 2016, la réforme s'est traduite par la réduction de vingt-six à dix-sept ARS. Le fonctionnement des ARS s'en est trouvé bousculé, comme les tentatives de territorialisation des politiques de santé déjà fragiles.

En outre, les dispositifs comme les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) ou les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont **révélé l'écart croissant entre une gouvernance régionale centralisée et les besoins concrets des territoires, souvent organisés à l'échelle départementale.**

B. Un échelon départemental à renforcer

Les **délégations départementales** des agences de santé concentrent en moyenne moins de la moitié des effectifs des ARS (48 %), ce qui peut paraître assez limité. Le rôle des délégations reste largement cantonné à **des fonctions de représentation ou de simple interface, sans véritable autonomie décisionnelle.** Cette situation crée une **asymétrie institutionnelle avec la préfecture**, en charge de la sécurité sanitaire, et les conseils départementaux, compétents en matière médico-sociale.

Or, l'objectif partagé par l'ensemble des acteurs est clair : **bâtir un échelon départemental fort**, capable de restaurer une véritable proximité et de mieux articuler les politiques de santé avec les réalités locales.

Cela implique de conférer aux délégations départementales des **compétences propres** dans les domaines où la proximité est décisive – médecine ambulatoire, promotion de la santé, environnement, coordination des acteurs locaux – et de leur allouer des **moyens budgétaires dédiés**, notamment via une délégation d'une partie des crédits du **Fonds d'intervention régional (FIR).**

Ce transfert de compétences des agences régionales à leurs délégations départementales doit permettre de réduire le temps de la décision et de rapprocher la décision du terrain. Il s'agirait également de leur donner les moyens **d'organiser une offre de soins de proximité cohérente** : les secteurs d'intervention où la proximité est décisive comme le médico-social, l'ambulatoire, la promotion de la santé ou la santé environnementale doivent être ciblés en priorité afin d'articuler une offre socle en s'appuyant sur les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les Contrats locaux de santé (CLS) et les acteurs du médico-social.

Le renforcement de l'échelon départemental peut aller **plus loin** comme le préconise l'article premier de la **proposition de loi** visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires, adoptée par le Sénat le 13 mai 2025, qui prévoit de **donner aux départements un rôle de coordination des actions en matière d'amélioration de l'accès aux soins dans les territoires.**

La construction d'un échelon départemental des politiques de santé est une étape indispensable dans la recherche de la proximité, elle doit se voir attribuer les compétences et les moyens financiers afférents.

II. Les relations entre ARS, élus locaux et préfets : un dialogue à réinventer

A. Une organisation verticale source de tensions



Les ARS ont été conçues comme des **agences spécialisées** chargées de décliner la politique nationale de santé au niveau régional. Elles disposent de l'expertise sanitaire, de la compétence de planification, de régulation de l'offre de soins, de gestion du médico-social et de sécurité sanitaire.

Les élus locaux et les préfets incarnent une autre logique, celle de la **proximité territoriale**, de la **gestion de crise**, de la **relation avec la population** et de la **cohérence de l'action publique locale**. C'est cette tension qui

structure les difficultés entre les ARS, les élus locaux et les préfets.

La santé est demeurée une compétence de l'État et de l'assurance maladie. Les collectivités interviennent surtout par leurs compétences connexes telles que l'action sociale, la Protection maternelle et infantile (PMI) ou par des initiatives volontaires.

Mais la désertification médicale a **renforcé l'intervention directe des collectivités.** Communes, intercommunalités, départements et régions financent des maisons de santé, salarient parfois des médecins, soutiennent des centres de santé, versent des aides à l'installation, investissent dans la télémédecine ou créent des dispositifs de mobilité tels que le Médicobus.

Les **ARS ont bien créé des lieux de dialogue**, mais ceux-ci ont souvent été **trop régionaux**, **trop techniques** et **trop formels** pour devenir de véritables espaces de décision partagée.

Les élus locaux ont fréquemment eu le sentiment d'être **associés tardivement**, sur des **documents volumineux**, dans des **procédures déjà largement arbitrées** par l'administration sanitaire. Les élus sont dans les instances, mais ils ne pèsent pas toujours sur les décisions. Les ARS sont présentes dans les territoires, mais leurs délégations départementales n'ont pas toujours la capacité d'incarner une administration sanitaire de proximité.

Pour tenir compte des revendications légitimes des élus locaux, la loi « 3DS », a notamment transformé le conseil de surveillance des ARS et a permis aux communes et départements de gérer des centres de santé. Le décret du 30 juillet 2025 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements a renforcé l'articulation entre les préfets et les ARS.

B. Des contrats locaux de santé à consolider

Aujourd'hui, la collaboration entre ARS et collectivités locales s'organise autour de deux axes principaux : **l'accompagnement financier des acteurs de l'offre de soins** (maisons de santé, etc.) et la conclusion de **contrats locaux de santé** (CLS) avec l'ARS. Le CLS, qui se veut à la fois un outil d'adaptation locale du plan régional de santé et un levier de mobilisation des collectivités, constitue l'instrument central de cette coopération.



Pourtant, son utilisation reste limitée par son **sous-financement chronique** (en moyenne 30 000 € annuels par ARS pour la coordination des CLS, contre près du double pour les CPTS), un **turnover élevé des coordinateurs** et **manque d'acculturation des administrations**. En 2023, plus de 600 CLS étaient actifs ou en cours de négociation, couvrant plus de 60 % de la population française – une progression notable par rapport aux 40 % de 2019, mais qui ne suffit pas à combler les lacunes persistantes.

Toutefois, ces initiatives locales illustrent une réalité incontestable : **les collectivités territoriales sont devenues des actrices incontournables de la santé publique**, en capacité de répondre, souvent avec plus d'agilité que l'État, aux enjeux de proximité. Leur rôle, encore trop peu valorisé, devrait être consolidé par une expertise accrue des ARS, notamment au niveau départemental, pour accompagner les élus dans leurs projets (rédaction de projets de santé, assistance technique, juridique et financière). **Certaines ARS peinent encore à jouer ce rôle d'accompagnement, ce qui aggrave les disparités territoriales et limite l'efficacité des dispositifs existants.**

C. Un pouvoir de dérogation pour s'adapter aux besoins locaux

La crise sanitaire a profondément modifié les **relations entre les ARS et les préfets**. Le décret du 30 juillet 2025 renforce la capacité du préfet à assurer la cohérence de l'action déconcentrée de l'État, y compris dans les domaines sanitaires et médico-sociaux.

Ce texte reconnaît que les **décisions structurantes** (fermeture de maternités, réorganisation de services d'urgence, restructuration d'établissements médico-sociaux) **ne relèvent pas uniquement** de la régulation sanitaire, mais touchent aussi à **l'aménagement du territoire** et à la confiance des populations dans l'action publique. Il fait du **préfet un acteur de l'organisation de soins**.

Cette évolution invite à repenser la relation entre ARS et préfecture non seulement comme un enjeu de coordination, mais aussi comme un **levier d'adaptation des politiques de santé aux réalités locales**. Dans cette perspective, le pouvoir de dérogation des préfets pourrait servir d'exemple pour renforcer celui des ARS.

Aujourd'hui, le **pouvoir de dérogation des directeurs généraux d'ARS**, encadré par le décret n° 2023-260 du 7 avril 2023, est utilisé avec une grande prudence et se limite souvent à des questions de forme. **Élargir ce pouvoir**, en permettant des dérogations à des règles de fond lorsque l'application uniforme des normes nationales empêche de répondre aux besoins locaux, serait un progrès décisif. Cette extension devrait être entourée de **garanties : dérogation justifiée par un diagnostic territorial documenté, association préalable du préfet, des collectivités locales, de l'Assurance maladie et des représentants des professionnels**, et information ou avis du conseil d'administration de l'ARS et de la CRSA.

Une telle réforme nécessiterait une **intervention législative** pour clarifier le périmètre du pouvoir de dérogation de l'autorité, compétente aux termes des projets de réformes annoncés, en matière sanitaire. Quelle qu'elle soit, l'objectif n'est pas de fragiliser les normes nationales,

mais de permettre l'adaptation des normes sanitaires lorsque leur application uniforme empêche de **répondre aux besoins locaux**.

III. Définir un socle de services minimal : l'urgence d'une offre de santé accessible à tous

A. Des inégalités territoriales persistantes malgré les dispositifs existants

La **question de l'accès aux soins, et plus encore des inégalités territoriales** qui en découlent, s'est imposée comme un enjeu majeur depuis le milieu des années 2000. Si les déserts médicaux ne sont pas un phénomène nouveau, la crise de la démographie médicale – marquée par une baisse du nombre de médecins généralistes et des difficultés accrues pour accéder aux spécialistes – a accentué ces disparités. Les politiques publiques déployées pour y remédier (ouverture progressive du *numerus clausus*, aides à l'installation, développement des pratiques avancées) n'ont pas encore produit les effets escomptés.

La Cour des comptes a souligné, dans son rapport de 2023, l'**éparpillement des dispositifs d'aide** (plus de 15 aides nationales et conventionnelles s'enchevêtrent pour un budget de 205 millions d'euros) et l'absence de ciblage efficace, avec un maillage territorial trop dispersé (plus de 85 % des communes classées en zones d'intervention prioritaire ou complémentaire).



L'**accès aux soins** ne saurait se réduire à la **seule présence de professionnels sur un territoire**.

Il exige une **organisation collective**, capable de garantir à chaque habitant un niveau minimal de réponse à ses besoins, dans des délais raisonnables et avec une qualité optimale. Cette vision, portée par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) dès 2018, dépasse la logique traditionnelle de l'offre pour se concentrer sur **l'accès effectif aux services pertinents**, quels que soient le mode d'exercice ou la forme juridique de la structure qui les délivre.

B. Un socle de service minimal pour tous : une cible à atteindre

Face à l'absence de solutions structurelles, les collectivités locales ont pris l'initiative, devenant des acteurs à part entière de la santé publique. Leur action, souvent menée en concertation avec les ARS, se manifeste par des politiques incitatives (exonérations fiscales, primes, mise à disposition de locaux) ou des créations d'infrastructures (maisons de santé, centres de santé). Pourtant, ces initiatives restent **fragmentées** et exposées à des risques de concurrence territoriale, notamment lorsque les aides locales s'accumulent sans coordination, ou que les territoires les plus fragilisés peinent à rivaliser avec les plus dotés.



Pour éviter ces écueils, la mise en place d'un **socle de services minimaux** s'impose comme une priorité. Ce socle, co-construit avec les usagers et les professionnels, pourrait inclure :

- Un accès à des soins primaires en proximité, avec des professionnels capables d'assurer un diagnostic et des traitements dans des délais adaptés.
- Une expertise technique (biologie, imagerie) accessible lorsque nécessaire.
- La garantie d'avoir un médecin traitant et de bénéficier de soins dentaires préventifs et curatifs.

Un indicateur qui vise à garantir une offre de soins de proximité accessible en moins de 30 minutes et sous 48 heures est un exemple d'avancée dans cette direction. Cependant, sa pertinence dépendra de sa mise en œuvre concrète et de la capacité des acteurs à éviter sa dilution. Les collectivités locales joueront un rôle déterminant dans cette dynamique, en proposant des solutions adaptées à leurs territoires et en comblant les carences éventuelles, qu'elles relèvent de l'exercice libéral, salarié ou mutualisé.

En conclusion, la réforme des ARS doit s'articuler autour de trois impératifs : un **échelon départemental consolidé**, une **gouvernance partagée** avec les élus locaux, un pouvoir de dérogation élargi pour les autorités en charge de la politique sanitaire et **la définition d'un socle de services minimal** pour tous. Ces leviers, s'ils sont activés de manière cohérente, pourraient enfin répondre à l'exigence de proximité qui doit guider la réforme des ARS et répondre aux attentes des territoires et des citoyens.

POUR EN SAVOIR PLUS

Contrôle en clair

<https://www.senat.fr/travaux-parlementaires/office-et-delegations/delegation-aux-collectivites-territoriales-et-a-la-decentralisation/contrôle-en-clair/pour-une-plus-grande-territorialisation-des-politiques-de-sanitaires-et-medico-sociales.html>



Pascale GRUNY
Rapporteuse
Aisne
Les Républicains



Guylène PANTEL
Rapporteuse
Lozère
Rassemblement Démocratique et
Social Européen



Céline BRULIN
Rapporteuse
Seine-Maritime
Communiste Républicain Citoyen
et Écologiste - Kanaky

 delegation-collectivites-territoriales@senat.fr

 01.42.34.20.51

 www.senat.fr

