

N° 657

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

Enregistré à la Présidence du Sénat le 26 mai 2026

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation (1)
relatif à la réforme des Agences régionales de santé (ARS),

Par Mmes Pascale GRUNY, Guylène PANTEL et Céline BRULIN,

Sénateur et Sénatrices

(1) Cette délégation est composée de : M. Bernard Delcros, *président* ; M. Rémy Pointereau, *premier vice-président* ; Mme Pascale Gruny, MM. Cédric Vial, Fabien Genet, Mme Corinne Féret, MM. Éric Kerrouche, Didier Rambaud, Pierre Jean Rochette, Gérard Lahellec, Grégory Blanc, Mme Guylène Pantel, *vice-présidents* ; MM. Jean Pierre Vogel, Laurent Burgoa, Mme Sonia de La Provôté, M. Hervé Gillé, *secrétaires* ; M. Jean-Claude Anglars, Mmes Nadine Bellurot, Catherine Belrhiti, MM. François Bonhomme, Max Brisson, Mme Céline Brulin, MM. Bernard Buis, Cédric Chevalier, Thierry Cozic, Mme Catherine Di Folco, MM. Daniel Gueret, Joshua Hochart, Patrice Joly, Mmes Muriel Jourda, Anne-Catherine Loisier, MM. Jean-Jacques Lozach, Pascal Martin, Jean-Marie Mizzon, Franck Montaugé, Mme Sylviane Noël, M. Olivier Paccaud, Mme Anne-Sophie Patru, MM. Hervé Reynaud, Pierre-Alain Roiron, Jean-Yves Roux, Mmes Patricia Schillinger, Ghislaine Senée, Nadia Sollogoub, MM. Laurent Somon, Lucien Stanzione.

SOMMAIRE

L'ESSENTIEL.....	5
RÉFORME DES ARS : CONSTRUIRE LA PROXIMITÉ.....	5
I. L'ABSENCE DE PROXIMITÉ : UN DÉFI RÉCURRENT POUR LES ARS	7
A. UN PILOTAGE RÉGIONAL EN TENSION AVEC LES DYNAMIQUES LOCALES	7
B. UN ÉCHELON DÉPARTEMENTAL À RENFORCER.....	7
II. LES RELATIONS ENTRE ARS, ÉLUS LOCAUX ET PRÉFETS : UN DIALOGUE À RÉINVENTER	8
A. UNE ORGANISATION VERTICALE SOURCE DE TENSIONS	8
B. DES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ À CONSOLIDER	9
C. UN POUVOIR DE DÉROGATION POUR S'ADAPTER AUX BESOINS LOCAUX.....	10
III. DÉFINIR UN SOCLE DE SERVICES MINIMAL : L'URGENCE D'UNE OFFRE DE SANTÉ ACCESSIBLE À TOUS	10
A. DES INÉGALITÉS TERRITORIALES PERSISTANTES MALGRÉ LES DISPOSITIFS EXISTANTS	10
B. UN SOCLE DE SERVICE MINIMAL POUR TOUS : UNE CIBLE À ATTEINDRE.....	11
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	13
AVANT PROPOS.....	14
I. DES CRITIQUES RÉCURRENTES : L'ABSENCE DE PROXIMITÉ ET L'AFFAIBLISSEMENT DE L'ÉCHELON DÉPARTEMENTAL.....	16
A. UNE ORGANISATION DE PLUS EN PLUS ÉLOIGNÉE DES TERRITOIRES.....	16
1. <i>Le choix de structurer l'organisation du système de santé</i>	17
a) Un système de santé introuvable ?	17
b) Un choix organisationnel fort : l'établissement public administratif.....	18
2. <i>Un échelon régional dont la pertinence peut être questionnée au regard des enjeux</i>	19
a) Le choix de la région comme niveau pertinent a été pris dans les années 1990	20
b) Le choix en faveur de l'échelon régional bousculé par la réforme régionale de 2015.....	21
B. UN ÉCHELON DÉPARTEMENTAL FAIBLE	21
1. <i>Des délégations départementales aux compétences peu définies et résiduelles</i>	22
a) Des compétences résiduelles.....	22
b) Des effectifs réduits.....	23
2. <i>Un consensus sur la nécessité de renforcer l'échelon départemental</i>	25
a) Des premières réponses techniques qui ne suffisent pas à faire taire les critiques	26
b) Un objectif clair : bâtir un échelon départemental fort	28

II. DES RELATIONS SOUVENT DIFFICILES AVEC LES ÉLUS LOCAUX ET LES PRÉFETS	30
A. UNE ORGANISATION VERTICALE QUI NE RÉPOND PAS SUFFISAMMENT AUX DEMANDES DES ÉLUS LOCAUX.....	31
1. <i>Une politique des petits pas entamée depuis la fin de l'épidémie de Covid-19</i>	<i>32</i>
a) Une gouvernance des ARS qui fait peu de place aux élus locaux	32
b) Des ajustements de la gouvernance des ARS destinés à accorder plus de place aux élus locaux.....	34
2. <i>Une situation marquée par une montée en puissance des collectivités locales dans les politiques de santé</i>	<i>36</i>
a) Des initiatives nombreuses dans un dispositif contractuel trop étroit.....	36
b) Les CLS doivent être mieux articulés avec les autres dispositifs santé.....	37
B. DES RELATIONS AVEC LES PRÉFETS DE DÉPARTEMENT PROFONDÉMENT MODIFIÉES DEPUIS LA CRISE COVID-19	38
1. <i>Des évolutions législatives et réglementaires majeures</i>	<i>39</i>
a) Des ajustements après la crise Covid-19	39
b) Le décret de juillet 2025 fait du préfet le garant de la cohérence territoriale de l'État	42
2. <i>La question du pouvoir de dérogation.....</i>	<i>44</i>
a) Un pouvoir de dérogation reposant sur une logique similaire	44
b) Un droit à la dérogation élargi pour adapter les politiques aux besoins des territoires.....	46
III. TROUVER LES MODALITÉS D'UN SOCLE DE SERVICES POUR L'ENSEMBLE DES TERRITOIRES	48
A. LES INÉGALITÉS TERRITORIALES D'ACCÈS AUX SOINS : UNE DIFFICULTÉ NON RÉVOLUE	49
1. <i>Des inégalités territoriales qui persistent malgré l'augmentation du nombre de médecins en activité.....</i>	<i>50</i>
a) Déserts médicaux : mesurer l'ampleur du phénomène.....	50
b) Le dernier rapport du Cnom ne fait pas apparaître d'amélioration notable	51
2. <i>Une responsabilité exclusive de l'État</i>	<i>53</i>
a) Les actions en faveur de la résorption des déserts médicaux	53
b) Un zonage utile, mais trop dispersé pour garantir une réponse territoriale	55
B. UNE TERRITORIALISATION DES POLITIQUES DE SANTÉ À CONSTRUIRE	58
1. <i>Les collectivités locales sont un acteur de l'offre de soins à part entière.....</i>	<i>59</i>
a) Les collectivités locales se mobilisent et montrent comment il est possible d'agir	59
b) Organiser l'action locale pour éviter la concurrence entre territoires	60
2. <i>Définir un socle de base</i>	<i>62</i>
a) Organiser l'accès des habitants d'un territoire aux services pertinents.....	62
b) Une méthode pour bâtir ce socle de service	64
EXAMEN EN DÉLÉGATION.....	67
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES	87

AUDITIONS EN DÉLÉGATION	89
I. AUDITION DE MME VIRGINIE MAGNANT, SECRÉTAIRE GÉNÉRALE DES MINISTÈRES CHARGÉS DES AFFAIRES SOCIALES ET DE M. YANN DEBOS, CHEF DU PÔLE ARS SUR LE SUJET DES EFFECTIFS DÉPARTEMENTAUX ET DU DROIT DE DÉROGATION DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS).....	89
II. AUDITION DE M. THOMAS FATÔME, DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM), SUR LE SUJET DE LA TERRITORIALISATION DES POLITIQUES DE SANTÉ ET DES RELATIONS ENTRE LES CAISSES PRIMAIRES ET LES ÉLUS LOCAUX.....	105
LISTE NON EXHAUSTIVE DE RAPPORTS PORTANT SUR LES ARS OU SUR L'ORGANISATION DE L'OFFRE.....	118

L'ESSENTIEL

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 AR : **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.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

N°	Recommandations	Destinataires de la recommandation	Acteurs concernés	Calendrier prévisionnel	Support/action
1	Se doter d'un échelon départemental renforcé disposant de compétences et de moyens budgétaires dédiés.	Premier ministre	Gouvernement	6 mois	Projet de loi ou décret
2	Étendre le pouvoir de dérogation de l'autorité en charge des politiques sanitaires afin de permettre une meilleure adaptation aux besoins des territoires.	Premier ministre	Gouvernement	6 mois	Projet de loi
3	Bâtir un socle de service minimum auquel chaque habitant peut prétendre	Premier ministre	Gouvernement	6 mois	Projet de loi du financement de la Sécurité sociale (pour le financement), décret, circulaire

AVANT PROPOS

Créées par la loi « *Hôpital, patients, santé et territoires* » du 21 juillet 2009, les agences régionales de santé avaient pour ambition de répondre à une faiblesse ancienne du système français : l'éclatement du pilotage territorial de la santé. En regroupant, à l'échelle régionale, les compétences relatives à l'hôpital, à la médecine de ville, à la prévention et à la veille sanitaire, le législateur entendait substituer à une administration fragmentée un acteur unique, capable de décloisonner les politiques de santé et d'adapter la stratégie nationale aux réalités territoriales.

Près de quinze ans après leur création, le bilan est contrasté. Les ARS ont incontestablement permis de structurer un pilotage régional de la santé, de professionnaliser la planification sanitaire, de mieux articuler l'offre hospitalière et médico-sociale et de disposer d'un interlocuteur identifié pour la mise en œuvre des politiques nationales.

A contrario, la crise Covid-19 a exposé avec une intensité particulière les critiques adressées aux ARS depuis leur création : éloignement du terrain, insuffisante association des élus locaux, relations parfois mal définies avec les préfets de département, difficulté à articuler expertise sanitaire et responsabilité démocratique, complexité de la gouvernance, manque de lisibilité pour les usagers comme pour les professionnels, et faible capacité à corriger les inégalités territoriales d'accès aux soins.

Ces critiques ne sont pas seulement conjoncturelles. Elles 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.

Depuis la fin de la crise Covid, plusieurs réformes ont cherché à corriger ces déséquilibres. La loi 3DS a renforcé la place des élus locaux dans la gouvernance des ARS. La loi Valletoux a tenté de donner plus de consistance aux territoires de santé, à la mobilisation des professionnels et à la permanence des soins. Les décrets de juillet 2025 ont renforcé le rôle des préfets dans la cohérence de l'action territoriale de l'État, y compris en matière sanitaire et médico-sociale. Enfin, les débats parlementaires de 2025 et les annonces du Premier ministre ont rouvert une question plus radicale : faut-il seulement améliorer les ARS, ou faut-il transformer leur nature même ?

Le présent rapport part d'un constat simple : la critique des ARS ne peut se réduire ni à un procès de l'agence, ni à une défense de principe du modèle existant. Les difficultés actuelles tiennent moins à l'existence d'un acteur régional de santé qu'à l'insuffisante clarification de ses responsabilités, de ses moyens, de ses relations avec les préfets de département, de son dialogue avec les élus et de son ancrage départemental. Réformer les ARS ne saurait donc consister uniquement à les rebaptiser, à modifier leur

organigramme ou à déplacer leur tutelle. Il s'agit de répondre à une question plus fondamentale : quel est le socle minimal de service accessible à la population ? Quelles sont les modalités de sa mise en œuvre

La définition de ce socle est d'autant plus urgente que les tensions se sont aggravées. Les déserts médicaux demeurent, les services d'urgence connaissent des fermetures temporaires, les maternités et les plateaux techniques sont régulièrement réorganisés, les établissements médico-sociaux font face à des difficultés de recrutement et les élus locaux sont de plus en plus sollicités par des citoyens qui ne trouvent plus de réponse dans le système ordinaire de soins.

L'enjeu n'est donc pas seulement administratif. Il est démocratique, territorial et sanitaire. Réformer les ARS, c'est interroger la capacité des pouvoirs publics à garantir l'égalité d'accès aux soins dans une société où les besoins de santé sont de plus en plus différenciés selon les territoires. C'est aussi déterminer comment concilier expertise sanitaire, responsabilité politique, proximité locale et solidarité nationale. À cet égard, la réforme des ARS constitue moins un dossier technique de réorganisation de l'État qu'un test de la capacité du système de santé français à renouer avec sa promesse fondamentale : assurer à chacun, où qu'il vive, un accès effectif, continu et sûr aux soins.

I. DES CRITIQUES RÉCURRENTES : L'ABSENCE DE PROXIMITÉ ET L'AFFAIBLISSEMENT DE L'ÉCHELON DÉPARTEMENTAL

Un peu plus de quinze ans après leur création, quatre ans après la crise Covid-19, les ARS font l'objet de critiques récurrentes quant à leur organisation et à leur fonctionnement.

La première critique est celle de l'absence de proximité. Cette critique est déclinée sur plusieurs registres : prééminence de l'échelon régional, centralisation des compétences au niveau de la direction générale, faiblesse des délégations départementales parfois qualifiées de boîtes à lettres.

Cette question de l'échelon territorial pertinent est centrale. Il convient toutefois de rappeler que la création des ARS est intervenue dans un contexte de réorganisation territoriale de l'État (RéAte) qui privilégiait l'échelon régional, notamment pour la réorganisation des préfetures et des services déconcentrés de l'État. Le rapport du préfet Ritter¹ chargé de préfigurer les ARS a intégré ce point qui, en outre, s'inscrivait dans la logique organisationnelle du système de santé proposée par le plan Juppé (1996).

La réforme de 2015 et la construction d'un échelon régional plus étendu géographiquement et administrativement n'a fait que renforcer cette interrogation sur la pertinence et l'efficacité du choix organisationnel retenu à la création des ARS.

Ce contexte, en partie étranger aux ARS, a conduit à un éloignement préjudiciable à la territorialisation des politiques de santé, phénomène accentué par les modalités d'organisation des ARS. En effet, si la loi a prévu dès l'origine l'existence de délégations départementales, ces dernières n'étaient pas pourvues de compétences propres.

A. UNE ORGANISATION DE PLUS EN PLUS ÉLOIGNÉE DES TERRITOIRES

À travers la problématique de l'éloignement et du manque de proximité, un reproche récurrent adressé aux ARS est de ne pas parvenir à territorialiser leurs politiques, ni à développer des politiques de proximité, adaptées aux besoins et des réalités locales. Ces critiques sont formulées et documentées dans de nombreux rapports parlementaires, de l'Assemblée nationale et du Sénat².

Ce manque de proximité peut être analysé à l'aune des choix faits lors de la création des ARS. L'objectif poursuivi était de rationaliser l'organisation du système de santé en regroupant les structures existantes afin de disposer d'un opérateur dont la mission est de décliner à l'échelon régional

¹ *Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS), présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, janvier 2008, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.*

² *Liste non exhaustive de rapports portant sur les ARS ou sur l'organisation de l'offre - page 118.*

et infrarégional des objectifs de la politique nationale de santé et de contribuer au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam)¹.

1. Le choix de structurer l'organisation du système de santé

La création des ARS constitue la mesure phare de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires² dont l'exposé des motifs précise que ces agences sont « *la clé de voûte* » de l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience du système de santé. Les ARS ont été conçues pour décloisonner l'hôpital, la médecine de ville, le médico-social, la prévention et la veille sanitaire, en regroupant des administrations auparavant dispersées. Il s'agit de la dernière évolution majeure en matière d'organisation du pilotage du système de santé.

La création des ARS repose donc sur une logique sectorielle forte. Pour intégrer les organismes existants des choix forts ont été faits en termes d'organisation. Le rapport de préfiguration écarte la formule d'une direction régionale déconcentrée et retient celle de l'établissement public administratif.

a) Un système de santé introuvable ?

La création des ARS est souvent présentée comme une démarche de l'État visant à rationaliser l'organisation du système. Pour illustrer cette démarche, les promoteurs de la réforme insistaient sur le fait que les ARS allaient exercer les compétences auparavant détenues par sept structures différentes :

- les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), créées en 1996 et associant les services de l'État et l'assurance-maladie ;
- les directions départementales et régionales de l'action sanitaire et sociale (Ddass et Drass) ;
- les groupements régionaux de santé publique (GRSP), institués par la loi du 9 août 2004 pour piloter les actions de santé publique ;
- les unions régionales des caisses d'assurance-maladie (Urcam), créées en 1996 ;
- les caisses régionales d'assurance-maladie (Cram) ;
- les missions régionales de santé (MRS) créées en 2004 pour exercer les compétences communes aux ARH et aux Urcam.

Cet effort de rationalisation était présenté comme la promesse de la fin d'un fonctionnement en silo.

Tout d'abord, la création des ARS repose sur l'idée que les difficultés de notre système de santé tiennent à des problèmes d'organisation et

¹ Art L. 1431-1 du code de la santé publique.

² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

notamment à la fragmentation des acteurs et à la faiblesse des instruments de régulation disponibles.

Le rapport Ritter¹ observait que le pilotage de notre système de santé présentait plusieurs défauts importants notamment le cloisonnement entre les structures et les acteurs. L'accent est mis en particulier sur le cloisonnement, entre la ville et l'hôpital, le sanitaire et le médico-social. Le rapport soulignait également une articulation insuffisante entre le niveau central et le niveau territorial.

Ensuite, l'action de rationalisation administrative dont les ARS sont le fruit devait permettre d'assurer la cohérence des politiques de santé sur un territoire, de coordonner l'offre de soins d'un bassin de population, structurer, de l'amont vers l'aval, les parcours de soins des patients : les politiques de santé étant par nature transversales, leur pilotage ne peut que l'être aussi.

Enfin, la loi HPST a voulu instituer une véritable organisation territoriale du système de santé, dont le pilotage a été confié aux ARS, celles-ci mettant en œuvre la politique nationale de santé au niveau régional et infrarégional en tenant compte des particularités régionales. Le principal instrument de cette territorialisation est le projet régional de santé (PRS)². La territorialisation française repose ainsi sur une tension constitutive. Elle vise à adapter la politique de santé aux besoins locaux, mais elle demeure largement pilotée par l'État et ses agences. Elle reconnaît les territoires, mais les traite souvent comme des lieux d'application de stratégies régionales ou nationales. Elle associe les collectivités, les professionnels et les usagers, mais sans leur confier la maîtrise des principaux leviers : démographie médicale, financement de l'assurance maladie, autorisations hospitalières, tarification, formation initiale des professionnels de santé.

b) Un choix organisationnel fort : l'établissement public administratif

Dans un chapitre spécifique, le rapport Ritter soulignait que 3 statuts juridiques différents coexistaient parmi les organismes territoriaux qui devaient être rassemblées au sein de la nouvelle agence régionale : des services déconcentrés de l'État : Drass, Ddass ; des organismes ou services locaux d'Assurance maladie : Urcam, Cram, directions régionales du service médical (DRSM) ; des groupements d'intérêt public : ARH, GRSP.

¹ Philippe RITTER, Préfet honoraire, Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS), présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, janvier 2008, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

² L'article L. 1434-1 du code de la santé publique dispose que le PRS définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'ARS dans ses domaines de compétence et les mesures nécessaires pour les atteindre ; il tient compte des contrats locaux de santé existants. L'article L. 1434-2 précise que le PRS comprend un cadre d'orientation stratégique, qui fixe des objectifs à dix ans, un schéma régional de santé, établi pour cinq ans, et un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

Le rapport fixait comme objectif de retenir une personnalité juridique pour les ARS répondant à quatre exigences principales : garantir un management et un fonctionnement efficaces de l'agence ; bénéficier effectivement des ressources, financières et humaines des différents acteurs ; faciliter la mise en place des ARS et l'intégration immédiate des personnels de l'État et de l'Assurance maladie et permettre dans la durée une gestion satisfaisante des personnels et de leurs parcours.

Il indiquait que la nature même des ARS, et notamment la double filiation État/Assurance maladie, excluait le scénario d'une organisation des ARS sous forme de service déconcentré de l'État. Le raisonnement se concluait avec une alternative entre la création d'un établissement public ou d'un groupement d'intérêt public. La forme de l'établissement public a été retenue car elle constituait une formule éprouvée dans le secteur sanitaire, qui avait permis de transformer sans difficultés notables des structures d'État en agence en préservant les situations des agents (cf. agence du médicament).

Outre la forme juridique, le rapport analysait les différentes modalités d'organisation interne susceptibles d'être retenues. À ce titre, trois approches étaient possibles : par territoire, par fonction (planification, allocation des moyens...), ou par secteur d'activité.

Le rapport précisait que : « Conformément à la stratégie générale de régionalisation des politiques publiques, le niveau régional est à privilégier. Cependant, des relais territoriaux seront parfois nécessaires, leurs modalités d'organisation devront être définies au cas par cas en fonction des spécificités régionales, selon des modalités variables dans les régions, pour :

- mettre en œuvre les stratégies régionales et notamment structurer l'offre de soins primaires et assurer un suivi rigoureux des établissements de santé et médico-sociaux ;

- œuvrer au développement des complémentarités utiles avec les mesures prises par les collectivités locales dans le cadre de leurs compétences ;

- développer auprès des différents acteurs de la santé (usagers, établissements, professionnels, élus...) les relations nécessaires à la bonne connaissance par l'agence des problèmes de santé existants dans les territoires et l'appropriation par chacun des orientations prises par l'ARS ».

2. Un échelon régional dont la pertinence peut être questionnée au regard des enjeux

Lors de la création des ARS, face à la dispersion des compétences sanitaires, l'échelon régional a été présenté, et s'est affirmé, comme le niveau pertinent pour permettre une organisation, une planification et une régulation du système de santé plus efficaces.

Ce choix résulte d'une évolution débutée dans les années 1970 et ne faisait pas l'objet d'une véritable remise en cause, ni d'un débat avant la réforme de 2015.

Il aura fallu attendre la création des « grandes » régions doublée d'une crise de la démographie médicale ayant pour conséquences des difficultés d'accès aux soins pour que le choix de l'échelon régional soit discuté ou, plutôt, pour que des aménagements profonds soient demandés.

a) Le choix de la région comme niveau pertinent a été pris dans les années 1990

Même si la loi Boulin de 1970¹ prévoyait déjà « une carte sanitaire de la France déterminant des régions et des secteurs sanitaires », le choix de l'échelon régional comme niveau pertinent de pilotage des politiques de santé trouve son origine actuelle dans des réformes adoptées au début des années 1990. La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, est ainsi à l'origine des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS)².

Ce choix du niveau régional a ensuite été confirmé par la création des agences régionales d'hospitalisation (ARH) et des Unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) par le plan Juppé (1996). Dans cette évolution, la loi HPST relève donc d'une rationalisation de l'existant.

Dans un rapport récent, A. Firmin Le Bodo et J-C Grelier observent d'ailleurs que « le choix de l'échelon régional n'est aujourd'hui pas remis en cause par les acteurs du secteur sanitaire, notamment hospitaliers, qui restent ceux pour qui cet échelon apparaît le plus comme une évidence³ ».

Par ailleurs, la question de la décentralisation de la politique de santé a toujours été abordée à « bas bruit » et n'a fait l'objet que de peu de propositions explicites. La politique de santé est régulièrement citée comme un des rares exemples d'une politique publique ayant fait l'objet d'une recentralisation⁴ et il faut noter que l'article 68 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie⁵ prévoyant d'expérimenter des agences régionales de santé décentralisées n'a reçu aucun commencement d'exécution.

¹ Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

² Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

³ Agnès Firmin LE BODO et Jean-Carles GRELIER, Assemblée nationale, Commission des affaires sociales, Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, Rapport d'information sur les agences régionales de santé, 16 juin 2021, n° 4267 (15e législature).

⁴ En 2004, les compétences des départements relatives à la lutte contre les maladies vénériennes, la lèpre, la tuberculose et le cancer ont été transférées à l'État.

⁵ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

b) Le choix en faveur de l'échelon régional bousculé par la réforme régionale de 2015

Cette création d'un échelon régional a été facilitée par les incertitudes entourant l'avenir de la circonscription départementale dont la suppression a plusieurs fois été évoquée jusque dans les années 2010.

Malgré une grande continuité en faveur de l'échelon régional tout au long des années 1990, 2000 et 2010, tous les acteurs consultés sont unanimes pour dire que la création des grandes régions constitue un moment de bascule dans l'histoire des ARS.

Le redécoupage des régions métropolitaines opéré par la loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral s'est traduit par la réduction, le 1^{er} janvier 2016, du nombre des ARS - de vingt-six à dix-sept puis à dix-huit.

La création de ces grandes régions a constitué un choc d'organisation que les ARS concernées ont difficilement absorbé, elle est venue bousculer leur fonctionnement et les tentatives de territorialisation des politiques de santé déjà fragiles.

Cette réforme n'est toutefois pas le seul élément venant perturber le choix d'un échelon régional et sa pertinence. Les tentatives de maillage territorial menée par les autorités sanitaires aussi bien dans le domaine hospitalier que dans celui des soins de ville repose sur des niveaux infra régionaux et souvent départementaux.

C'est le cas dans la recherche d'une gradation des soins hospitaliers menée par le biais de la constitution de groupements hospitaliers de territoire (GHT). Il apparaît que seulement une part réduite, environ un quart, des 136 GHT existants sont interdépartementaux alors qu'un tiers d'entre eux correspondent à l'échelon départemental, et un autre tiers correspond à un échelon infra départemental.

C'est également le cas des communautés professionnelles territoriales de santé qui doivent mailler l'ensemble du territoire et dont l'animation se fait au niveau départemental, qui correspond également à l'organisation territoriale de l'assurance maladie.

Ce niveau départemental ne coïncide pas avec les choix retenus pour l'organisation administrative des ARS.

B. UN ÉCHELON DÉPARTEMENTAL FAIBLE

Si la création des grandes régions et la gestion de la crise Covid-19 a mis en lumière les faibles moyens dont disposaient les délégations départementales des ARS, il faut souligner que cette situation était inscrite dans les choix organisationnels initiaux.

Dès 2009, les missions et le positionnement de ces délégations, sont peu définis par les textes et très variables dans la pratique. Ils ne leur permettent pas de rapprocher les ARS du terrain.

Cette situation est explicable pour deux raisons. Premièrement le choix de l'établissement public administratif. Cette forme juridique obéit à des règles de fonctionnement qui prévoient notamment une certaine liberté d'organisation de l'établissement lui-même par des instances dirigeantes. L'organisation interne de l'ARS relève donc de la compétence de son directeur général.

La deuxième raison relève d'un choix technique, la loi HPST prévoyait la création de délégations territoriales, et non pas départementales, ce qui a pu dans certaines régions (Nord Pas de Calais par exemple) créer un décalage entre l'organisation territoriale de l'ARS et celle de l'État. La réforme de l'organisation régionale de 2015 est venue aligner cette organisation et les ARS ont désormais des délégations départementales.

1. Des délégations départementales aux compétences peu définies et résiduelles

Si la loi a posé le principe de l'existence de délégations départementales, elle est peu diserte sur leur rôle. Elle dispose seulement que « *les agences régionales de santé mettent en place des délégations départementales¹* ». Cet aspect organisationnel a même été absent des débats lors de la création des ARS. Le rapport Bur estimait ainsi que « *les ARS devront se créer des relais territoriaux, par voie conventionnelle ou en constituant des antennes locales²*», tandis que le rapport Ritter était totalement muet sur le sujet.

a) Des compétences résiduelles

Le Conseil constitutionnel a considéré que l'existence même de ces délégations départementales ne relève pas du domaine de la loi mais de celui du règlement, considérant que la loi fixe les règles concernant la création de catégories d'établissements mais pas les modalités d'exécution de leur mission. Toutefois, rien ne précise non plus, au niveau réglementaire, le rôle de ces délégations départementales. Le décret d'application mentionné à l'article L. 1432-1³ du code de la santé publique n'a toujours pas été publié. Il pourrait constituer une option utile pour mener à bien un renforcement de

¹ Article L. 1432-1 du code de la santé publique.

² Yves BUR, Assemblée nationale, Commission des affaires sociales, Rapport d'information sur les agences régionales de santé, 6 février 2008, n° 697 (13e législature).

³ Art L. 1432-1 du CSP : Les agences régionales de santé mettent en place des délégations départementales. Leurs missions sont déterminées par décret, après consultation des associations représentatives d'élus locaux. Chaque année, le directeur départemental présente au président du conseil départemental le bilan de l'action de l'agence dans le département.

l'échelon régional, si aucune proposition de loi ou projet de loi n'étaient inscrits à l'ordre du jour du Parlement.

Dans les rapports parlementaires déjà publiés et lors des auditions, le rôle des délégations départementales et des directeurs départementaux est le plus souvent décrit comme un rôle « *de représentation* », « *d'agent de liaison* », « *d'interface* ». La délégation départementale incarne la politique de l'ARS sur le territoire, lui donne une image, un numéro de téléphone.

Toutefois, le rôle des délégations départementales varie considérablement en fonction des régions. Cette hétérogénéité concerne à la fois le périmètre de compétence des ARS et leur niveau d'autonomie ou de responsabilité. Elle est le fruit de choix organisationnels des différents directeurs généraux d'ARS et des ressources humaines de chaque délégation.

La faiblesse du rôle des délégations départementales est liée à leur statut en lui-même (ou plutôt à leur absence de statut), mais cette faiblesse et l'hétérogénéité des missions dont elles ont la charge en propre sont également nourries par des problématiques de ressources humaines.

b) Des effectifs réduits

La part d'effectifs des ARS dédiés aux délégations départementales est de 48 % en moyenne en excluant les régions monodépartementales. Elle est de 55 % en Auvergne-Rhône-Alpes ou 52 % en Grand-Est, mais de 24 % en Hauts-de-France ou 28 % en Bourgogne-Franche-Comté. En outre, plus d'un tiers de ces effectifs en délégation départementale sont consacrés aux missions de santé environnementale (sécurité sanitaire, prévention des risques et protection des populations) quand les attentes des élus locaux portent sur l'accès aux soins

Le rapport de l'IGAS publié en 2018¹ identifie les délégations départementales comme les « *victimes des mouvements de centralisation et des attritions en personnels des ARS* ».

Du fait de leurs effectifs limités, les délégations peinent à se positionner et à être identifiées comme acteur clef, y compris pour des missions qui relèvent de leur cœur de métier, telles que l'ingénierie et l'accompagnement de projets.

Au-delà de la seule question des effectifs, c'est bien une question de la capacité à recruter les bonnes compétences qui se pose aujourd'hui au sein des délégations départementales.

Seule avancée en dix ans en la matière, le changement de statut des directeurs de délégations départementales n'est intervenu que tardivement. En effet, depuis le 1^{er} janvier 2020, les directeurs de délégations sont considérés comme occupant des emplois de direction des ARS (emplois de

¹ Rapport de l'IGAS, *Le pilotage de la transformation de l'offre de soins par les ARS, t. 1, novembre 2018.*

comité exécutif, dits « Comex ») Cette évolution permet aux directeurs généraux d'ARS de recruter des « directeurs » départementaux – bien que l'appellation « délégués » subsiste malheureusement dans certaines régions – aux compétences plus larges et donc à la légitimité accrue.

La secrétaire générale des ministères des affaires sociales a rappelé ce point lors de son audition : « *Le reclassement des postes de directeurs délégués en emploi COMEX emporte des conséquences pour les intéressés. Cela permet de requalifier le poste, de souligner l'importance que nous accordons à ces fonctions et de rendre les directeurs délégués pleinement membres de la gouvernance des agences régionales de santé. Généralement chaque ARS réunit son comité exécutif de manière hebdomadaire, ce qui favorise l'intégration de la dimension territoriale de son action au quotidien. En effet, les directeurs métiers - organisation des soins, prévention, sécurité sanitaire - coopèrent dans une organisation matricielle avec les directions départementales. C'est au sein du COMEX que se construisent le pilotage et les dispositifs de politique de santé, dans un aller-retour constant entre les expertises professionnelles et la prise en compte des attendus territoriaux, singulièrement départementaux.*

Les ministères sociaux et de la santé accordent une importance particulière à ces postes, qui sont aujourd'hui des postes de sortie de l'Institut national du Service public (INSP). Au cours des trois dernières années, nous avons ouvert des postes et des sortants de l'INSP se sont positionnés comme directeurs départementaux en Lozère, dans le Lot, dans l'Aveyron, dans le Morbihan et dans l'Essonne. Cette diversité de territoires permet des trajectoires professionnelles intéressantes, elle permet aussi à des cadres de la haute fonction publique d'être en prise avec les réalités locales. Outre leur forte intégration dans le COMEX des ARS pour co-construire la stratégie territoriale, les directeurs délégués se voient reconnaître des compétences propres gage d'une plus grande autonomie et d'une capacité de réaction plus rapide. Un mouvement est engagé dans les ARS, pour renforcer ces marges de manœuvre, notamment sur la mobilisation du fonds d'intervention régionale, il est encore inégal selon leur taille et leurs spécificités. »¹

Ces faiblesses avaient déjà été documentées par les travaux du Sénat menés en 2020² ainsi que le rappelle l'encadré ci-dessous.

La faiblesse des délégations territoriales des ARS : face à un constat récurrent, une absence d'action des pouvoirs publics

Les délégations départementales des ARS sont un échelon territorial insuffisamment valorisé des administrations de santé. Largement partagé, ce constat a été tiré par divers rapports et observateurs.

Le rapport réalisé par les inspections générales des finances (IGF), de l'administration (IGA) et des affaires sociales (IGAS) chargé d'établir le bilan

¹ Cf le compte rendu intégral de l'audition en annexe du présent rapport.

² Rapport fait au nom de la commission d'enquête pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la Covid-19 et de sa gestion, Président M. Alain MILON, Rapporteurs Mme Catherine DEROCHE, M. Bernard JOMIER et Mme Sylvie VERMEILLET, Sénateurs Tome I – n° 199, décembre 2020 p 416.

de la révision générale des politiques publiques (RGPP) se faisait l'écho, dès 2012 et au lendemain de la création des ARS, d'un constat interrogatif sur le rôle des délégations départementales des ARS, dressé par les contributions reçues des préfets de région : « *Plusieurs contributions s'interrogent sur le positionnement et l'efficacité de la délégation territoriale de l'ARS : est-elle une simple boîte à lettres ? Est-elle associée à l'équipe du préfet ? Est-elle en mesure de participer à la gestion de crise ? Le positionnement infrarégional de l'ARS semble encore à définir selon plusieurs contributions*¹. »

Un rapport de 2018 de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS)² portant sur le pilotage de la transformation de l'offre de soins par les ARS dressait le diagnostic similaire de délégations départementales privées de réelles responsabilités : cantonnées à la simple préparation de dossiers trop souvent traités au niveau de la région, les délégations départementales ne semblent pas constituer un maillon suffisamment autonome de la chaîne administrative en matière de pilotage de l'offre de soins. Malgré ce constat, ce rapport se bornait à des recommandations de faible portée, consistant pour l'essentiel à « *rouvrir la réflexion au sein de chaque ARS sur la répartition des missions entre le siège et la délégation départementale, [ce qui] pourrait conduire utilement à confirmer les directions métiers du siège dans leur rôle de stratège et de contrôleur a posteriori de l'action des délégations départementales* » et à « *favoriser la responsabilisation des délégations départementales* ».

Face à ces constats partagés, l'action des pouvoirs publics est insuffisante. Le décret n° 2019-1041 du 10 octobre 2019 relatif à certains emplois de direction des agences régionales de santé a certes permis une revalorisation des postes d'encadrement au sein des délégations départementales. La perte d'attractivité de ces emplois ne semble pas immédiatement enrayerée pour autant. Les conclusions du Ségur de la santé ont néanmoins été l'occasion de réaffirmer la nécessité d'un renforcement de l'échelon départemental des ARS : la mesure n° 33 prévoyant ainsi un renforcement de l'échelon départemental et de l'association des élus.

Source : la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation

2. Un consensus sur la nécessité de renforcer l'échelon départemental

Le manque de compétences propres et de moyens humains et financiers qui caractérisent la situation des délégations départementales a aujourd'hui montré ses limites. Cette situation génère des tensions chez les acteurs du terrain, notamment les élus locaux comme chez les agents des ARS.

¹ Rapport de l'IGF, l'IGA, l'IGAS, Bilan de la RGPP et conditions de réussite d'une nouvelle politique de réforme de l'État, septembre 2012, annexe n° 8, p. 9.

² Rapport de l'IGAS, Le pilotage de la transformation de l'offre de soins par les ARS, t. 1, novembre 2018, p. 41.

Ce sentiment précédait la création des grandes régions, il s'est fortement accentué avec la crise Covid-19 mais également avec la montée dans l'opinion publique de préoccupations liées à des difficultés d'accès aux soins

a) Des premières réponses techniques qui ne suffisent pas à faire taire les critiques

Dès 2012, la Cour des comptes soulignait déjà que « *le mouvement de régionalisation engagé dans de nombreuses ARS* » tendait à priver « *le préfet de département d'un interlocuteur décisionnel et de services de proximité*¹ ». L'Association du corps préfectoral et des hauts fonctionnaires du ministère de l'intérieur (Acphfmi), avait de son côté regretté l'insuffisante autonomie des délégations qui les empêche d'assurer pleinement leur rôle auprès des préfets de département. Il est évident que les directeurs départementaux des ARS, du fait de leur statut, de leurs moyens et de leurs prérogatives, ne sont pas des interlocuteurs de même niveau que les préfets de département.

La nécessité de renforcer l'échelon départemental s'inscrit en outre dans un mouvement plus général commun à l'ensemble des services de l'État et destiné à retrouver de la proximité et de l'efficacité.

**La « redépartementalisation » des services déconcentrés de l'État :
une évolution en marche**

Les réformes de l'organisation territoriale de l'État menées dans les années 2010 ont suivi une tendance générale à la régionalisation. Le renforcement de l'échelon régional devait permettre de mutualiser certaines fonctions et réaliser des gains d'efficacité en exerçant certaines compétences au niveau régional plutôt qu'au niveau départemental.

C'est ainsi sur les services départementaux qu'a porté à titre principal l'effort de réduction des effectifs des services déconcentrés de l'État, notamment dans le cadre de la réforme de l'administration territoriale de l'État (RéATE).

Comme le rappelait la Cour des comptes dans son rapport de décembre 2017 sur les services déconcentrés de l'État², « *hors personnels enseignants et forces de sécurité, l'effort de maîtrise des effectifs de l'État a principalement porté sur l'échelon départemental lors de la mise en œuvre de la RéATE* ».

Il semble néanmoins que cette évolution trouve ses limites. Tirant le bilan du travail engagé par les préfets de région à l'invitation de la circulaire n° 6029/SG du 24 juillet 2018, la circulaire du 12 juin 2019 relative à la mise en œuvre de la réforme de l'organisation de l'État identifiait le

¹ Cour des comptes, « La Sécurité sociale » rapport de septembre 2012 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, Chapitre VIII « La mise en place des agences régionales de santé », page 231.

² Cour des comptes, « Les services déconcentrés de l'État : clarifier leurs missions, adapter leur organisation, leur faire confiance », décembre 2017, p. 106.

renforcement de l'échelon départemental des services déconcentrés de l'État, rassemblés autour du préfet de département, comme un axe d'évolution¹. À cet égard, la volonté affirmée par le Premier ministre Jean Castex lors de sa déclaration de politique générale, selon laquelle « *toutes les créations d'emplois qui seront autorisées par le PLF 2021 seront affectées, sauf exception justifiée, dans les services départementaux de l'État et aucun dans les administrations centrales* » a été perçue comme un premier signal d'évolution.

Les actions entamées visant à renforcer la place du responsable départemental ou à déléguer, selon des modalités variables dans chaque ARS, des moyens supplémentaires aux délégations départementales ne sauraient être considérées comme suffisantes.

La faiblesse de l'échelon départemental des ARS apparaît d'autant plus problématique qu'elle crée une forte asymétrie avec deux des principaux partenaires institutionnels de l'ARS, la préfecture de département en matière de sécurité sanitaire, et les conseils départementaux en ce qui concerne le médico-social.

Cette asymétrie ne peut qu'être renforcée avec l'arrivée d'un nouveau partenaire : les caisses primaires d'assurance maladie (Cpam). Intervenant devant le congrès des maires, puis auditionné² par les délégations aux collectivités territoriales et à la décentralisation du Sénat, le directeur général de la Cnam, Thomas Fatome, a indiqué son souhait de renforcer la participation des caisses locales « *à des politiques de santé territorialisées, au-delà des orientations de politique de santé publique définies par le Gouvernement.* »

« *Pour cela, nous pouvons nous appuyer sur le réseau des caisses primaires, un réseau départemental que nous avons souhaité conserver et consolider. Notre capacité à rester en proximité au niveau départemental est un atout. Les caisses connaissent leur territoire, leurs partenaires, les professionnels de santé et les élus. Elles savent adapter les politiques publiques aux enjeux territoriaux, même en matière de santé* ».

Il a souligné que cette collaboration des Cpam avec les collectivités locales pourrait porter sur trois points : « *l'accès à l'organisation des soins ; la prévention, un domaine nouveau dans lequel nous investissons de plus en plus ; et tout ce qui touche aux sujets de santé et d'environnement, qui constitue pour nous un pilier de plus en plus important* ».

¹ Le quatrième objectif présenté par la circulaire était le suivant : « Conférer aux responsables déconcentrés, et notamment aux responsables départementaux, des pouvoirs de gestion accrus et garantir la cohérence de l'action de l'État au profit des territoires. » Cet objectif était décliné en diverses parties de la circulaire, en particulier son VII, intitulé : « Rassembler l'État déconcentré autour du préfet, garant de la cohérence de l'action de l'État au profit des territoires ». Ce dernier prévoyait notamment que « l'homogénéité tient à ce que, autour du préfet - dont le rôle à l'échelle départementale sera renforcé - les responsables des services et établissements publics de l'État forment un collège rassemblé ».

² Cf. le compte rendu intégral de l'audition en annexe du présent rapport.

Cette réflexion sur le renforcement de l'échelon départemental n'est pas nouvelle, elle avait été entamée avant la crise Covid-19, il convient désormais de lui donner une réalité et d'aller au-delà des ajustements techniques laissés à l'initiative des directeurs généraux.

b) Un objectif clair : bâtir un échelon départemental fort

Plusieurs scénarios organisationnels peuvent être conçus pour bâtir un échelon départemental fort et offrir aux élus locaux un interlocuteur en capacité de les accompagner pour bâtir des politiques locales de santé répondant aux besoins des territoires. L'amplitude de ces ajustements peut varier d'une transformation radicale de la forme juridique actuelle des ARS à une réforme plus incrémentale fixant une nouvelle répartition des compétences au sein de l'établissement public administratif.

Au-delà de ces débats sur la forme et le rattachement administratif de la structure en charge de la santé au niveau du territoire, une majorité d'acteurs s'accorde sur un point, il faut bâtir un échelon départemental fort pour restaurer un échelon de proximité, afin, notamment, d'assurer une meilleure articulation avec l'échelon préfectoral, avec les compétences des conseils départementaux en matière médico-sociale ou encore avec l'organisation des groupements hospitaliers de territoires (GHT), des caisses d'assurance maladie ou le zonage des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Ce constat repose sur un diagnostic consensuel : les délégations départementales des ARS ont trop longtemps eu des missions trop peu définies, variables selon les régions, et parfois réduites à un rôle de relais. Le rapport de nos collègues députés Agnès Firmin Le Bodo et J-C Grelier sur les ARS¹ proposait d'élaborer un cadre de référence national fixant un modèle cible de répartition des missions entre le siège régional et les délégations départementales ce qui suppose de distinguer les fonctions de la direction régionale et celles de l'échelon départemental.

Le siège régional conserverait les fonctions de stratégie, de régulation, de programmation et de contrôle. L'échelon départemental quant à lui doit acquérir des compétences pleines et entières et devenir le niveau principal de mise en œuvre, d'animation, de dialogue territorial et d'accompagnement des acteurs. Ce transfert suppose trois évolutions importantes.

La première réside dans l'attribution de compétences propres aux délégations départementales. Ce transfert de compétences doit permettre de réduire le temps de la décision, de rapprocher la décision du terrain. Les secteurs d'intervention où la proximité est décisive comme le médico-social, l'ambulatoire, la promotion de la santé et santé environnementale doivent être

¹ Agnès Firmin LE BODO et Jean-Charles GRELIER, Assemblée nationale, Commission des affaires sociales, Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, Rapport d'information sur les agences régionales de santé, 16 juin 2021, n° 4267 (15e législature).

ciblés en priorité afin d'articuler une offre socle, incluant les CPTS, les contrats locaux de santé (CLS), le médico-social et la prévention au niveau départemental.

La seconde est relative aux moyens budgétaires permettant de financer des projets. Cette action passe par la délégation d'une partie du fonds d'intervention régional (FIR)¹ à l'échelon départemental afin de lui permettre de soutenir les actions adaptées aux besoins locaux. Le financement de la territorialisation repose en effet sur le FIR qui finance sur décision des ARS, des actions, expérimentations et, le cas échéant, structures concourant notamment à la promotion de la santé, à la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie. Le ministère de la santé indique que le FIR finance des actions et expérimentations validées par les ARS en faveur de la performance, de la qualité, de la coordination, de la permanence des soins, de la prévention et de l'adaptation de l'offre.

Le niveau départemental bénéficierait d'un financement spécifique en sus de celui déjà apporté par l'assurance maladie. En effet cette dernière finance les soins de ville, à travers notamment les dispositifs conventionnels d'installation, les rémunérations forfaitaires des CPTS et de nombreux dispositifs d'organisation des soins. La territorialisation est donc largement financée par le biais des dispositions conventionnelles nationales négociées entre l'assurance maladie et les professions de santé, puis déclinées localement. Cette situation crée un décalage, l'ARS pilote le territoire, mais une partie importante des incitations financières relève de l'assurance maladie et des conventions professionnelles. La loi Valletoux² a apporté un début de solution en prévoyant que le directeur général de l'ARS mobilise aussi les dispositifs conventionnels mentionnés à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

La troisième direction concerne un point nodal, celui de l'organisation de l'offre de soins de proximité. Depuis l'adoption de la loi dite « 3DS », l'article L. 3111-1 du code général des collectivités territoriales attribue, explicitement au département une compétence pour « *promouvoir les solidarités, la cohésion territoriale et l'accès aux soins de proximité sur le territoire départemental* ». Cela ne s'est pas traduit jusqu'ici de manière concrète, à l'exception de la gestion des centres de santé. De ce fait, le département, pourtant acteur majeur en santé publique et dans le domaine médico-social, reste trop souvent un maillon secondaire dans la définition de l'offre de santé sur son territoire.

Ce renforcement peut aller plus loin comme le préconise la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires,

¹ Article L. 1435-8 du code de la santé.

² Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

adoptée par le Sénat le 13 mai 2025¹, dont l'article premier prévoit de donner aux départements un rôle de coordination des actions en matière d'amélioration de l'accès aux soins dans les territoires. Il attribue explicitement au département un rôle de coordination des actions en faveur de l'installation des professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés d'accès aux soins.

Cette coordination se fait avec les agences régionales de santé, et notamment leurs délégations départementales, et les caisses primaires d'assurance maladie. Le texte ne prévoit pas de donner au département un rôle de chef de file mais bien de promouvoir un travail collégial et une gouvernance territoriale concertée assurant une meilleure prise en compte de la diversité des territoires.

Cet article permet de donner corps à la compétence reconnue aux départements par la loi 3DS concernant les politiques en matière d'accès aux soins de proximité. Il permet également de sécuriser des actions déjà engagées par de nombreux départements via la constitution du « *guichet unique* », permettant de faciliter l'installation des professionnels de santé et des étudiants dans les territoires.

La construction d'un échelon départemental des politiques de santé doit accompagner cette évolution et donc se voir attribuer les compétences et les moyens financiers afférents.

Recommandation n°1 : se doter d'un échelon départemental renforcé disposant de compétences et de moyens budgétaires dédiés.

II. DES RELATIONS SOUVENT DIFFICILES AVEC LES ÉLUS LOCAUX ET LES PRÉFETS

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 et de la compétence de planification et de régulation de l'offre de soins et de sécurité sanitaire.

Les élus locaux et les préfets de département 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 relations, et les difficultés constatées, entre les ARS, les élus locaux et les préfets.

Les rapports du Sénat soulignent régulièrement que les élus locaux sont en première ligne face aux habitants lorsqu'un territoire perd des médecins ou lorsqu'un service ferme, alors même que la politique de santé

¹ Proposition de loi n° 494 (2024-2025), de M. Philippe MOUILLER et plusieurs de ses collègues, visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires, déposée le 28 mars 2025.

relève principalement de la compétence de l'État. Le rapport de la DCT¹ publié en 2021 soulignait explicitement cette contradiction : l'État porte la responsabilité de la santé, mais les élus sont directement interpellés par les habitants sur les difficultés d'accès aux soins.

Dans la relation avec les préfets de département, la problématique est différente. Elle porte moins sur la légitimité démocratique que sur la cohérence de l'État local.

A. UNE ORGANISATION VERTICALE QUI NE RÉPOND PAS SUFFISAMMENT AUX DEMANDES DES ÉLUS LOCAUX

Une des critiques majeures formulées à l'encontre du fonctionnement des ARS est celle de leurs relations déséquilibrées avec les élus locaux. Ce point est largement documenté dans les rapports parlementaires publiés depuis 2014 et a été souligné par la DCT en 2021². Les élus sont consultés mais pas associés aux décisions, des instances de concertation existent mais elles sont peu décisionnelles. En outre, les élus ne trouvent pas toujours auprès des ARS l'accompagnement ou la capacité d'adaptation aux réalités locales attendus.

Une des raisons de cette situation réside dans la place très limitée accordée aux collectivités locales dans la conduite des politiques territoriales de santé. La politique de santé est même souvent citée comme un exemple de politique ayant fait l'objet d'une recentralisation.

Ces difficultés tiennent aussi en partie au mode de fonctionnement des ARS, fondé sur une organisation verticale et sous-tendu par une logique budgétaire contrainte.

Au cours des dernières années, ce mode de fonctionnement a été bousculé par deux éléments. D'une part, la crise Covid-19 a mis en exergue le fait que l'État doit compter sur les collectivités locales pour répondre aux besoins des territoires, et d'autre part, les attentes exprimées en matière d'accès aux soins ont mis les élus locaux dans l'obligation d'agir.

Depuis 2022, en réponse à ces constats, une série de petits pas est venue corriger la place et le rôle des collectivités locales dans la politique de santé, sans pour autant aplanir toutes les difficultés.

¹ Philippe MOUILLER et Patricia SCHILLINGER, Sénat, Délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation, Rapport d'information relatif aux initiatives des territoires en matière d'accès aux soins, 14 octobre 2021, n° 63 (2021-2022).

² Philippe MOUILLER et Patricia SCHILLINGER, Sénat, Délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation, Rapport d'information relatif aux initiatives des territoires en matière d'accès aux soins, 14 octobre 2021, n° 63 (2021-2022).

1. Une politique des petits pas entamée depuis la fin de l'épidémie de Covid-19

La mission principale confiée aux ARS, telle qu'elle est fixée par la loi, est de décliner la politique nationale de santé. La logique institutionnelle de la loi HPST repose sur un projet régional de santé (PRS), décomposé en schémas régionaux « *sectoriels* » puis décliné en contrats locaux de santé.

Cette mécanique organisationnelle a sa logique verticale qui prévoit une « *descente d'échelle* » de mesures nationales pour une mise en œuvre adaptée localement.

Ce n'est pas remettre en cause le professionnalisme des acteurs que de dire que l'élaboration du PRS et la conclusion de CLS ne suffisent pas à faire une politique adaptée aux besoins locaux.

Une revendication légitime, et constante des collectivités territoriales est de plaider pour une meilleure association des élus locaux à la conception et la mise en œuvre des politiques locales de santé pour rechercher une meilleure adaptation aux réalités locales.

a) Une gouvernance des ARS qui fait peu de place aux élus locaux

Lors de la création des ARS, un choix de gouvernance fort avait été fait. L'organisation retenue accordait une place prépondérante au directeur général à côté d'un conseil de surveillance, et non pas d'un conseil d'administration, présidé par le préfet de région. Les représentants des collectivités locales siégeaient au sein de ce conseil chargé d'approuver le budget et d'émettre un avis sur le projet régional de santé ainsi que sur les résultats de l'action de l'agence.

Outre le conseil de surveillance, les collectivités territoriales étaient représentées au sein d'instances consultatives : une conférence régionale de la santé et de l'autonomie et trois commissions de coordination des politiques de santé. Ces commissions sont compétentes pour coordonner les actions déterminées et conduites par leurs membres, respectivement dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ; des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux et ; l'organisation territoriale des soins.

Le rôle des élus est donc resté essentiellement consultatif. La santé est demeurée une compétence de l'État et de l'assurance maladie. Les collectivités intervenaient surtout par leurs compétences connexes telles que l'action sociale, la protection maternelle et infantile (PMI) mais aussi le logement, les mobilités ou la politique de la ville – ou par des initiatives volontaires. Ce décalage entre les compétences des ARS et celles des collectivités locales a structuré les relations : les élus sont sollicités pour participer, relayer,

cofinancer ou alerter, mais ils ne disposent pas d'un véritable pouvoir de codécision sur les choix structurants de l'offre de soins.

Les premiers bilans administratifs ont rapidement relevé cette ambiguïté. Dans son rapport de 2014 sur la sécurité sociale¹, la Cour des comptes constatait que l'élaboration des premiers projets régionaux de santé avait été longue, complexe et lourde, notamment parce qu'il fallait définir les territoires de santé, construire des diagnostics territoriaux, articuler plusieurs schémas sectoriels et déployer la concertation avec les instances de démocratie sanitaire. Le même rapport soulignait déjà les « *fragilités de la démocratie sanitaire régionale* », les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) avaient joué un rôle réel dans la phase de consultation, mais les conférences de territoire apparaissaient hétérogènes, irrégulières, mal identifiées localement et peu articulées avec la CRSA. La Cour relevait également la lourdeur des instances, la technicité des dossiers et l'absentéisme, notamment des représentants des collectivités territoriales.

Ce constat est décisif pour comprendre la suite. 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, à des procédures déjà largement arbitrées par l'administration sanitaire.

La loi de modernisation de notre système de santé² a cherché à corriger partiellement cette faiblesse en substituant aux anciennes conférences de territoire des conseils territoriaux de santé. Le décret du 26 juillet 2016³ a précisé les territoires de démocratie sanitaire, les zones des schémas régionaux de santé et la composition des conseils territoriaux de santé. Il indiquait notamment que ces territoires devaient permettre la mise en cohérence des projets de l'ARS, des professionnels de santé et des collectivités territoriales, ainsi que la prise en compte de l'expression des acteurs du système de santé, en particulier des usagers. Les collectivités territoriales concernées devaient être consultées sur la délimitation de ces territoires.

La loi de 2016 a donc renforcé l'échelon territorial de la démocratie sanitaire. Mais là encore, la logique est restée celle de la participation plus que de la codécision. Les conseils territoriaux de santé peuvent contribuer aux diagnostics territoriaux, au suivi des projets régionaux de santé, aux contrats locaux de santé et à l'organisation des parcours. Ils permettent aux élus de faire remonter les besoins du terrain. Mais ils ne transforment pas les collectivités en autorités organisatrices de la santé. La tension originelle demeure : l'ARS porte la décision, les élus portent la proximité politique.

¹ Cour des comptes, *Sécurité sociale 2014, rapport de septembre 2014*.

² Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

³ Décret n° 2016-1024 du 26 juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux de santé.

b) Des ajustements de la gouvernance des ARS destinés à accorder plus de place aux élus locaux

À partir du milieu des années 2010, les critiques des élus locaux se sont renforcées sous l'effet de trois évolutions convergentes. La première est la constitution de grandes régions, qui a accentué le sentiment d'éloignement des sièges des ARS. La deuxième est la progression des difficultés d'accès aux soins, en particulier dans les territoires ruraux, périurbains et certains quartiers urbains. La troisième est l'investissement croissant des collectivités dans un domaine dont elles ne sont pas juridiquement chefs de file, mais dont elles subissent directement les conséquences politiques.

La crise Covid a aggravé cette tension. Les maires et présidents d'intercommunalité, de départements et de régions ont organisé des centres de vaccination, relayé les messages sanitaires, géré les équipements, accompagné les établissements médico-sociaux, répondu aux inquiétudes des habitants et assuré la continuité de services essentiels. Pourtant, beaucoup ont eu le sentiment de recevoir des informations tardives, descendantes ou incomplètes.

Le rapport de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale de juillet 2025 sur l'organisation du système de santé et les difficultés d'accès aux soins compare les relations entre les ARS et les élus de la « *chronique d'un malentendu* ¹ ». Il relève une absence de reconnaissance de l'affirmation croissante des collectivités dans la lutte contre la désertification médicale, des délais de traitement des sollicitations trop longs ainsi que la faible qualité des informations reçues, et rappelle qu'un sondage dénombre 58 % d'élus jugeant faible ou très faible la qualité des informations communiquées par les ARS pendant la crise Covid.

Ce malentendu tient peut-être à la différence de temporalité et de responsabilité. L'ARS raisonne à l'échelle régionale, avec des contraintes d'offre, de sécurité, d'autorisations, de financement et de démographie professionnelle. L'élu local raisonne à l'échelle du bassin de vie : fermeture d'un service d'urgence la nuit, absence de médecin traitant, délais pour un spécialiste, inquiétude autour d'un EHPAD, maintien d'une maternité, attractivité du territoire. Lorsque l'ARS invoque la qualité et la sécurité des soins, l'élu entend souvent recul du service public. Lorsque l'élu demande une réponse effective et rapide, l'ARS rappelle la pénurie de professionnels et les contraintes réglementaires. La relation devient conflictuelle non seulement parce que les acteurs s'opposent, mais parce qu'ils ne répondent pas à la même question.

La désertification médicale a un rôle déterminant dans ce malentendu. Elle a renforcé l'intervention directe des collectivités.

¹ Jean-François ROUSSET et Christophe NAEGELEN, Assemblée nationale, Commission d'enquête, Rapport sur l'organisation du système de santé et les difficultés d'accès aux soins, 3 juillet 2025, n° 1671 (17e législature).

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.

Malgré cette multiplication des interventions des collectivités locales, 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. Avant même les réformes post-Covid, le diagnostic était donc celui d'un dialogue organisé mais insuffisamment opérant.

Le rapport de la DCT publié en 2021 a bien analysé ce déplacement. Les élus locaux se sont trouvés en première ligne pendant la crise sanitaire, puis dans la gestion quotidienne des conséquences de la désertification médicale. Ce rapport rappelait que près de 1 500 élus locaux avaient répondu à sa consultation et insistait sur la nécessité de mieux reconnaître les collectivités comme acteurs de santé publique. Lors de l'examen du rapport, plusieurs de nos collègues avaient souligné que le lien entre préfet de département, ARS et élus locaux était majeur, que les délégations départementales devaient être renforcées dans les grandes régions, et que les élus avaient souvent eu le sentiment d'avoir exécuté des tâches de première ligne sans reconnaissance suffisante de l'État.

Pour tenir compte de ces revendications légitimes, plusieurs ajustements ont été apportés à cette gouvernance. La loi a notamment :

- modifié la composition et le rôle du conseil de surveillance des ARS. Celui-ci a été transformé en véritable conseil d'administration, présidé par le préfet de région et composé de représentants des collectivités territoriales ; il est désormais chargé de déterminer les grandes orientations de la politique régionale de l'agence ;

- autorisé les collectivités territoriales à participer au financement du programme d'investissement des établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés sans remettre en cause, néanmoins, la prééminence de l'État. Les opérations abondées doivent respecter les objectifs du schéma régional ou interrégional de santé ;

- permis aux communes et départements de gérer des centres de santé. Les régions peuvent soutenir ces centres et recruter du personnel au titre de la participation à un groupement d'intérêt public.

Ces ajustements nécessaires ne sont pas suffisants pour prendre en compte la montée en puissance des collectivités territoriales dans les politiques de santé.

2. Une situation marquée par une montée en puissance des collectivités locales dans les politiques de santé

Les attentes des élus à l'encontre des ARS sont d'autant plus fortes que les collectivités locales ont multiplié les initiatives et les projets en matière de politique de santé. Leurs interventions sont organisées autour de plusieurs dispositifs : accompagnement financier des acteurs de l'offre de soins (cabinet médical ou maison de santé par exemple), conclusion d'un contrat local de santé avec l'ARS, développement d'actions de santé environnementale.

a) Des initiatives nombreuses dans un dispositif contractuel trop étroit

Les actions menées par les ARS pour territorialiser les politiques de santé avec le concours des collectivités locales reposent principalement sur un dispositif contractuel. Le contrat local de santé est l'instrument emblématique de cette approche. La loi prévoit que la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'ARS, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social et social¹.

Ce dispositif contractuel vise à associer les collectivités aux politiques de santé menées par l'ARS, afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Le CLS est donc à la fois un contrat d'adaptation locale du PRS et un outil de mobilisation des collectivités locales.

Leur intérêt tient donc d'abord à leur capacité à faire le lien entre trois niveaux souvent séparés : les priorités régionales de l'ARS, les besoins locaux identifiés par les collectivités, et les actions concrètes des acteurs de terrain.

En effet, ces contrats associent, en plus des élus, les habitants, les associations et les professionnels de santé sur des projets mobilisateurs. Cette construction partenariale tend à faire de la collectivité, le pivot de l'animation territoriale en santé. À titre d'exemple, la commune de Narbonne a créé la Maison de la Prévention Santé dans ce cadre, tandis que celle de Valence avait inscrit la santé des jeunes comme axe prioritaire du CLS 2019 - 2023.

Il ressort des générations successives de CLS conclus depuis la création des ARS, un approfondissement de la collaboration entre acteurs et une meilleure articulation de leurs interventions respectives. Si la doctrine qualifie les premiers CLS de pionniers, les CLS suivants montrent une volonté d'approfondissement en incluant davantage d'acteurs comme les caisses primaires d'assurance maladie (Cpam), les conseils départementaux voire régionaux.

Malgré cette évolution, les CLS demeurent fragiles et sous-utilisés. Ils souffrent principalement d'un sous-financement par les ARS, d'un turn-over

¹ Article L. 1434-10 du code de la santé publique.

des coordinateurs et d'un manque d'acculturation des élus et de l'administration. Le financement par ARS pour la coordination des CLS est en moyenne de 30 000€ annuels contre près du double pour les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) via la Cnam. À terme, la doctrine alerte sur le risque que les CPTS soient prioritaires sur les autres dispositifs, captant les actions et les financements au détriment des CLS.

Les CLS peuvent constituer le socle d'une politique locale de santé, articuler différents dispositifs, optimiser les ressources et éviter les silos. Ils permettent également de développer des actions sur les déterminants de santé sociaux et environnementaux, en complément des autres dispositifs, à l'instar des CPTS qui se concentrent sur l'accès aux soins et la coordination professionnelle.

En 2023, plus de 600 CLS étaient actifs ou en cours de négociation, couvrant plus de 60 % de la population, contre environ 40 % en 2019.

Les contrats locaux de santé constituent aujourd'hui l'un des principaux instruments de territorialisation des politiques de santé. Ils permettent de rapprocher le projet régional de santé des besoins locaux, d'associer les collectivités territoriales, de structurer un diagnostic partagé et de consolider des partenariats autour de la prévention, de l'accès aux soins, de la santé mentale, du médico-social et de l'action sociale. Les rapports administratifs leur reconnaissent une utilité réelle, notamment pour éviter la dispersion des initiatives locales et inscrire l'action dans la durée.

Une réflexion doit être engagée sur la façon de renforcer ces instruments contractuels, notamment de les pérenniser financièrement. Il apparaît à ce titre essentiel de garantir des financements stables notamment via le fonds d'intervention régional. Dans un second temps la question de leur généralisation doit être posée.

b) Les CLS doivent être mieux articulés avec les autres dispositifs santé

L'Igas a montré que les initiatives communales et intercommunales dépassent largement le cadre des CLS¹. Les collectivités agissent en santé par les maisons de santé, les centres de santé, les actions de prévention, les projets alimentaires territoriaux, le sport-santé, la santé mentale, la lutte contre les addictions, l'accompagnement du vieillissement, la mobilité, l'accès aux droits, la médiation ou encore la santé environnementale. Ces initiatives reposent sur une pluralité de contrats, d'appels à projets et d'appels à manifestation d'intérêt.

Cette contractualisation présente un avantage évident : elle permet d'adapter les interventions aux besoins locaux. Mais elle produit aussi une grande complexité. Les rapports parlementaires et administratifs soulignent

¹ Igas, *Action sociale et sanitaire : les initiatives des communes*, Mars 2025, 2024-074R.

la multiplication des instruments : PRS, schéma régional de santé, CLS, projets territoriaux de santé, projets de santé des CPTS, projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire, projets territoriaux de santé mentale, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, conventions avec l'assurance maladie, conventions d'aides locales. Cette accumulation peut rendre la territorialisation difficilement lisible, y compris pour les acteurs qui la mettent en œuvre.

La Cour des comptes, dans son rapport de mai 2024 sur l'organisation territoriale des soins de premier recours¹, relève que les mesures successives ont été peu coordonnées et de moins en moins orientées vers les territoires qui en ont le plus besoin. Elle estime que les ARS n'ont pas disposé d'outils juridiques ou financiers suffisants pour bâtir une stratégie d'ensemble des soins de premier recours.

La pérennisation des CLS suppose de rectifier ces défauts et de rechercher une meilleure articulation avec les autres dispositifs, parmi lesquels : les communautés professionnelles territoriales de santé, les conseils locaux de santé mentale (CLSM), les ateliers santé ville (ASV) et les réseaux locaux.

Dans la pratique, les CPTS constituent un volet complémentaire aux CLS. Les CLS portent les actions territoriales globales (prévention, déterminants sociaux), tandis que les CPTS se concentrent sur les parcours de soins, sans ingérence mutuelle pour préserver l'autonomie des libéraux.

La volonté affichée par le directeur général² de la caisse nationale d'assurance maladie de faire des caisses primaires des acteurs de politiques de santé territorialisées est de nature à favoriser ce rapprochement entre CLS et CPTS autour de trois volets : l'accès aux soins, la prévention, les questions de santé environnement constituent un élément supplémentaire.

Il convient de souligner en outre que ces trois volets sont au cœur des préoccupations des collectivités territoriales.

B. DES RELATIONS AVEC LES PRÉFETS DE DÉPARTEMENT PROFONDÉMENT MODIFIÉES DEPUIS LA CRISE COVID-19

Avec la création des ARS le Gouvernement a organisé un réseau sectoriel sous l'autorité du ministère chargé de la santé. Ce type d'organisation que l'on retrouve dans d'autres champs de l'action publique, comme l'éducation nationale, est distinct de l'organisation de droit commun de l'État qui repose sur un représentant chargé de la coordination de l'action territoriale : le préfet de département.

¹https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-05/20240513-Organisation_territoriale-soins-premier-recours.pdf

² https://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20260223/dct_26_02_2026.html

L'ARS est un établissement public de l'État, doté d'un directeur général nommé au niveau national, et non une direction placée dans la chaîne hiérarchique préfectorale classique. La santé a donc été territorialisée par une agence, non par une direction déconcentrée ordinaire.

Les décrets du 30 juillet 2025 traduisent un rééquilibrage en faveur des préfets. Le décret n° 2025-723¹ fait du préfet le garant de la cohérence de l'action de l'État à l'échelle de son territoire et lui confie la coordination de l'action territoriale des établissements publics de l'État. Il prévoit que le directeur général de l'ARS doit recueillir l'avis du préfet avant certaines décisions de retrait ou de suspension d'autorisation d'activité de soins.

1. Des évolutions législatives et réglementaires majeures

Ni la loi HPST, ni aucun texte ultérieur, n'ont organisé une indépendance complète des ARS à l'égard des préfets de département. Les dispositions en vigueur prévoyaient une articulation fonctionnelle, fondée sur l'information réciproque, les protocoles départementaux et zonaux, et la possibilité de placer les services de l'ARS « *pour emploi* » sous l'autorité du préfet lorsque la situation sanitaire présente un risque de trouble à l'ordre public. Le décret du 31 mars 2010² relatif aux relations entre les représentants de l'État et les ARS donne une bonne photographie de ce compromis. Il prévoit que l'ARS met en œuvre, y compris par l'inspection, les actions nécessaires à l'exercice des compétences préfectorales en matière de veille, sécurité et police sanitaires, salubrité et hygiène publiques. Ces actions sont réalisées à la demande du préfet mais sous l'autorité du directeur général de l'ARS, ce qui manifeste déjà une double logique : le préfet exprime le besoin au titre de ses compétences de police, l'agence mobilise ses moyens techniques. Le même décret impose au directeur général de l'ARS et au préfet de département de s'informer « *réciproquement et sans délai* » de tout événement sanitaire présentant un risque pour la population ou susceptible de créer un trouble à l'ordre public

a) Des ajustements après la crise Covid-19

Cette architecture montre que la relation préfet-ARS n'était pas, en droit, une zone blanche. Elle était au contraire assez précisément réglée. Le préfet de département ne disposait cependant pas d'une autorité permanente sur l'agence comparable à celle qu'il exerce sur les directions départementales

¹ Décret n° 2025-723 du 30 juillet 2025 modifiant le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements.

² Décret n° 2010-338 du 31 mars 2010 relatif aux relations entre les représentants de l'État dans le département, dans la zone de défense et dans la région et l'agence régionale de santé pour l'application des articles L. 1435-1, L. 1435-2 et L. 1435-7 du code de la santé publique.

interministérielles, l'ARS n'étant pas un service préfectoral mais un établissement public spécialisé, rattaché aux ministres sociaux.

La période 2010-2020 est donc celle d'une coexistence organisée mais fragile. Organisée, parce que les textes définissent les domaines de coopération. Fragile, parce que la répartition concrète dépend fortement des personnes, des habitudes locales, de l'effectivité des protocoles, de la présence des délégations départementales des ARS et de la capacité du préfet à obtenir une information sanitaire exploitable. Le rapport de la Cour des comptes¹ sur la capacité d'action des préfets relevait, dans une formule prudente, que la participation d'acteurs non placés sous l'autorité préfectorale, notamment les ARS, aux collèges des chefs de service présidés par le préfet facilitait des relations « *le plus souvent de qualité* ». Cette appréciation positive n'efface pas la limite structurelle, la qualité de la relation ne suffit pas toujours à garantir une chaîne de commandement claire lorsque survient une crise majeure.

La crise Covid a transformé cette fragilité en enjeu politique et administratif majeur. Les préfets de département étaient attendus comme les chefs territoriaux de la crise, notamment pour la coordination interministérielle, les relations avec les élus, les mesures de restriction, la logistique et l'ordre public. Les ARS étaient simultanément au cœur de la réponse sanitaire : surveillance épidémiologique, capacités hospitalières, tests, vaccination, établissements médico-sociaux, relations avec les professionnels de santé. En théorie, les textes permettaient l'articulation. En pratique, la crise a révélé une forme de « *double chaîne de commandement* » avec d'un côté, la chaîne sanitaire ARS-ministère et de l'autre, la chaîne préfectorale ministère de l'intérieur-préfectures. La gestion de crise a pu souffrir d'un manque de lisibilité dommageable dû à l'existence de cette double chaîne de commandement.

Le Sénat, dans son rapport d'enquête² sur la gestion de la pandémie, rappelle que le dispositif français de gestion de crise repose traditionnellement sur la chaîne territoriale des préfets, qualifiée de colonne vertébrale de la préparation et de la conduite de crise. Il souligne que les préfets de département et de zone ont un rôle prépondérant dans la planification et la gestion de crise, y compris sanitaire, et que le plan pandémie grippale prévoyait l'appui des administrations déconcentrées, dont les ARS de zone.

La loi d'orientation et de programmation du ministère de l'intérieur du 24 janvier 2023³ est venue ajuster les relations entre préfets et ARS. Elle a introduit un dispositif permettant, lorsque surviennent des événements créant un danger grave et imminent pour la sécurité, l'ordre ou la santé publics, d'autoriser le préfet de département à diriger l'action de l'ensemble des

¹ Cour des comptes, *La capacité d'action des préfets, exercices 2016-2022, 2023.*

² *Santé publique : pour un nouveau départ - Leçons de l'épidémie de Covid-19 - Rapport n° 199 (2020-2021), tome I, déposé le 8 décembre 2020.*

³ *Loi n° 2023-22 du 24 janvier 2023 d'orientation et de programmation du ministère de l'intérieur.*

services et établissements publics de l'État ayant un champ d'action territorial, placés pour emploi sous son autorité. Ce mécanisme vise précisément les situations où la dispersion des opérateurs et établissements publics peut nuire à la réactivité de l'État territorial

Cette évolution marque une différence importante avec le cadre déterminé en 2010. Le placement pour emploi des services de l'ARS existait déjà dans le code de la santé publique et ses textes d'application. Mais l'article 27 de la loi de 2023 élargit la logique à l'ensemble des établissements publics de l'État à champ territorial, dont les ARS. Il s'inscrit donc dans un mouvement de réaffirmation du préfet comme chef fonctionnel de crise, au-delà de la seule sphère sanitaire. Le Sénat, dans son rapport de 2025 sur les agences et opérateurs de l'État¹, souligne d'ailleurs que cette disposition permet au préfet de département de prendre la direction fonctionnelle de l'ensemble des établissements publics de l'État, dont les ARS, en cas de crise sanitaire ou sécuritaire. Le décret du 3 janvier 2024 relatif à la préparation et à la réponse du système de santé face aux situations sanitaires exceptionnelles complète cette évolution. Il renforce le dispositif pour l'Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (Orsan), qui organise la réponse du système de santé, en précisant les plans de réponse, les exercices, les établissements de référence, la mobilisation des établissements de santé, médico-sociaux et professionnels de santé. Surtout, il prévoit que le dispositif Orsan est arrêté par le directeur général de l'ARS, après avis des préfets compétents pour le plan d'organisation de la réponse de sécurité civile (Orsec), qu'il peut être déclenché par le directeur général de l'ARS mais aussi à la demande du préfet ou du ministre chargé de la santé, et qu'il s'articule avec le plan Orsec, notamment lorsque les moyens sanitaires ne suffisent pas.

Là encore, le droit cherche moins à fusionner qu'à mieux articuler. Orsan demeure piloté par l'ARS pour l'organisation sanitaire et le plan Orsec demeure le cadre préfectoral de protection civile et de gestion intersectorielle. Le décret de 2024 oblige cependant à penser les deux ensemble. Il impose un avis préfectoral, reconnaît la possibilité d'un déclenchement sur demande du préfet et prévoit la mobilisation d'Orsec lorsque les moyens sanitaires sont insuffisants. C'est une réponse directe aux enseignements de la pandémie : les crises sanitaires majeures ne peuvent pas être enfermées dans une chaîne sanitaire pure, car elles touchent l'ordre public, la continuité économique, les collectivités, l'école, les transports, les approvisionnements et les libertés publiques.

Dans la pratique, cette période voit donc émerger un modèle hybride. Les ARS conservent la compétence sanitaire spécialisée, la connaissance des établissements, des professionnels et des instruments de financement. Les

¹ Pierre BARROS et Christine LAVARDE, Sénat, Commission d'enquête sur les missions des agences, opérateurs et organismes consultatifs de l'État, Rapport de la commission d'enquête sur les missions des agences, opérateurs et organismes consultatifs de l'État, 1er juillet 2025, n° 807 (2024 2025).

préfets retrouvent une place plus explicite dans la préparation, l'avis, la coordination et, le cas échéant, la direction fonctionnelle. La frontière n'est pas supprimée, mais elle est rendue plus franchissable en crise. La coopération ne doit plus reposer uniquement sur la bonne volonté locale, elle doit être anticipée, écrite, testée et intégrée aux exercices.

b) Le décret de juillet 2025 fait du préfet le garant de la cohérence territoriale de l'État

En 2023, la Cour des comptes observait que « les préfets peuvent également ne pas être consultés quand un directeur général d'ARS décide de fermer une structure hospitalière. Parfois ils n'en sont même pas informés. Ainsi, dans la Meuse, le préfet a découvert dans la presse la fermeture des services maternité et pédiatrique de Bar-le-Duc par décision de l'ARS en juin 2019. Même si cette situation n'est pas la règle générale, il n'est pas normal que l'information du préfet sur ces fermetures soit fonction de la qualité des relations ou du bon vouloir du directeur général de l'ARS. »

En vertu de l'article 31 du décret du 29 avril 2004 modifié, les préfets contribuent à la fixation des objectifs et émettent un avis sur l'évaluation des directeurs généraux (DG) des ARS et des directeurs de leurs délégations départementales, pour les missions liées à la gestion des crises sanitaires et à l'hygiène et à la salubrité publiques. En vertu de l'article 30 du même décret, le préfet est consulté, pour avis, par le DG ARS avant la nomination du directeur départemental.

Le préfet émet également un avis sur un certain nombre de décisions relevant de la compétence des ARS tels que les projets ayant une incidence sur la répartition territoriale des services ouverts au publics placés sous l'autorité des ARS (art. 26, II du décret 2004), le projet régional de santé (art. R. 1434-1 du CSP) ou encore les projets soumis à la décision du DG ARS ayant une incidence significative sur le schéma régional de santé (art. 26, IV du décret de 2004). En outre, le préfet de région émet un avis après consultation du préfet de département, avant toute décision du DG ARS de retrait ou abrogation d'autorisation d'activité de soins et le préfet de département émet un avis sur les suspensions d'autorisation (art. 26, V décret de 2004).

Enfin, l'article 60 du décret de 2004, qui s'applique aux établissements publics de l'État exerçant une action territoriale dont le préfet n'est pas délégué territorial, prévoit que le préfet est informé de toute décision que s'apprête à prendre l'ARS, dès lors que cette décision est susceptible d'affecter une politique de l'État dans la région ou le département et qu'elle revêt une importance particulière ou porte sur l'attribution d'une aide financière significative à un acteur local. Le préfet de département peut également demander au DG ARS de réexaminer une décision ayant une incidence dans sa circonscription territoriale.

Depuis la fin de la crise Covid-19, le débat s'est déplacé d'une simple amélioration de la coordination vers une interrogation plus radicale sur l'existence même des ARS.

Le décret n° 2025-723 du 30 juillet 2025 qui a modifié le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements va dans une direction moins radicale mais significative. Il vise à renforcer la capacité du préfet de département à assurer la cohérence de l'action déconcentrée de l'État et à rendre plus efficace l'action publique locale. Il prévoit notamment une intervention accrue du préfet dans les projets d'évolution de la cartographie des services publics de l'État, y compris en matière d'organisation des soins et d'activités médico-sociales, et renforce sa participation aux nominations, objectifs et évaluations des chefs de services déconcentrés et responsables territoriaux d'opérateurs.

Ce texte confirme un mouvement transversal, le préfet est de plus en plus présenté comme le garant de la cohérence territoriale de l'État, y compris lorsque l'action publique passe par des établissements publics ou agences. Pour les ARS, cela signifie que les décisions structurantes relatives à l'offre de soins ou médico-sociale ne peuvent plus être conçues comme purement sectorielles. Elles ont des effets territoriaux, politiques et sociaux qui appellent l'association du préfet. La fermeture d'une maternité, la suspension d'une autorisation, la réorganisation d'un service d'urgence ou la restructuration d'un établissement médico-social ne relèvent pas seulement de la régulation sanitaire, elles touchent l'aménagement du territoire, l'ordre public local, les élus et la confiance dans l'État.

La trajectoire suivie depuis la sortie de crise est celle d'un renforcement continu du préfet de département. Les textes réglementaires successifs encadrent davantage l'activité des ARS, l'obligent à associer les élus, à consulter les préfets, à articuler ses plans avec Orsec et à s'inscrire dans la cohérence territoriale de l'État.

Cette « *préfectoralisation* » accrue présente l'avantage de la lisibilité. Une chaîne ministère-préfet de région-préfet de département peut simplifier la responsabilité politique et administrative, faciliter le dialogue avec les élus et renforcer la capacité d'arbitrage local. Elle pourrait aussi mieux articuler santé, cohésion sociale, sécurité civile, logement, environnement et aménagement du territoire. C'est particulièrement vrai pour les politiques d'accès aux soins, de santé environnementale, de prévention, d'inspection et de crise, qui supposent une action interministérielle de proximité.

La relation préfet de département-ARS est ainsi devenue l'un des révélateurs d'une interrogation plus générale sur l'organisation de l'État territorial. Elle oppose moins deux institutions qu'elle ne pose une question de méthode : comment gouverner une politique publique à la fois très technique, fortement territorialisée, politiquement sensible et décisive en

temps de crise ? Depuis 2010, la réponse française a consisté à faire coexister une agence sanitaire régionale et une autorité préfectorale générale. Depuis la crise Covid, cette coexistence est rééquilibrée au profit du préfet.

2. La question du pouvoir de dérogation

Dans un rapport¹ récent, nos collègues Rémy Pointereau et Guylène Pantel se sont saisis de la question du pouvoir de dérogation préfectoral et ont formulé des propositions pour étendre ce dispositif avec comme objectif la recherche des solutions concrètes pour adapter les normes aux territoires.

Cette analyse peut être transposée au pouvoir de dérogation que les directeurs généraux des agences régionales de santé se sont vus reconnaître pour leur domaine de compétences, selon une logique et des modalités de mises en œuvre directement inspirées de celui reconnu aux préfets.

L'objectif poursuivi, comme pour les préfets, serait d'une part de simplifier les normes, et d'autre part de favoriser une meilleure adaptation des politiques de santé aux enjeux propres à chaque territoire.

Comme pour les préfets, cet élargissement du pouvoir de dérogation des DG d'ARS nécessite une intervention du législateur.

a) Un pouvoir de dérogation reposant sur une logique similaire

La mission des ARS est de décliner la politique nationale de santé au niveau local. Cette perspective doit être revue avec comme objectif de construire des politiques locales de santé adaptées au plus près des besoins des territoires afin d'améliorer la santé des populations.

La réglementation prévoit que les ARS peuvent conclure des contrats locaux de santé mais ces derniers ne suffisent pas toujours aux ARS pour accompagner des projets avec autant de souplesse que des circonstances locales particulières le demanderaient, car la même réglementation s'impose à tous, sur l'ensemble du territoire national. Or, une partie des solutions face aux enjeux en matière de santé repose sur la capacité des acteurs à adapter les instruments d'action publique aux circonstances locales.

Le pouvoir de dérogation reconnu aux directeurs généraux d'ARS constitue donc un enjeu important dans la perspective d'une meilleure adaptation et d'une meilleure réactivité aux besoins des territoires.

Ce pouvoir est aujourd'hui organisé par le décret n° 2023-260 du 7 avril 2023 qui fixe les modalités selon lesquelles les directeurs généraux

¹ Rapport d'information n° 346 (2024-2025), déposé le 13 février 2025 sur « Le pouvoir préfectoral de dérogation : des solutions concrètes pour adapter les normes aux territoires » et proposition de loi n°493 (2024-2025), déposée le 27 mars 2025, visant à renforcer et sécuriser le pouvoir préfectoral de dérogation afin d'adapter les normes aux territoires.

des agences régionales de santé peuvent déroger aux normes arrêtées par les administrations de l'État pour un motif d'intérêt général. À l'instar du pouvoir de dérogation des préfets, il ne suppose pas d'autorisation préalable dans les matières énumérées par le décret mais dans certaines conditions (cf. encadré suivant).

Cette disposition réglementaire fait suite à une expérimentation lancée en 2017 avec les agences régionales de santé d'Auvergne-Rhône-Alpes, des Hauts-de-France, d'Ile-de-France et de Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Les « normes arrêtées par l'administration de l'État » mentionnées par le décret sont des normes de niveau réglementaire fixées par l'État. Les ARS ne sont pas autorisées à déroger à une norme relevant de la Loi (notamment les dispositions de la loi que le règlement reprendrait à l'identique) ou à une norme fixée par d'autres pouvoirs publics que l'État (par exemple par un conseil départemental dans le secteur médico-social).

Décret n° 2023-260 du 7 avril 2023 relatif au droit de dérogation du directeur général de l'agence régionale de santé

« Section 7

« Droit de dérogation du directeur général

« Art. R. 1435-40.-Le directeur général de l'agence régionale de santé peut déroger à des normes arrêtées par l'administration de l'État, prévues par le présent code ou par le code de l'action sociale et des familles, ou prises en application de l'un de ces deux codes, pour prendre des décisions non réglementaires relevant de sa compétence dans les domaines suivants :

« 1° L'organisation de l'observation de la santé dans la région ainsi que de la veille sanitaire, en particulier du recueil, de la transmission et du traitement des signalements d'événements sanitaires ;

« 2° La définition, le financement et l'évaluation des actions visant à promouvoir la santé, à informer et à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie ;

« 3° L'évaluation et la promotion des formations des professionnels de santé ;

« 4° Les autorisations en matière de création et d'activités des établissements de santé, des installations mentionnées aux articles L. 6322-1 à L. 6322-3, ainsi que des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles ;

« 5° La répartition territoriale de l'offre de prévention, de promotion de la santé, de soins et médico-sociale ;

« 6° L'accès à la prévention, à la promotion de la santé, aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ;

« 7° La mise en œuvre d'un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé.

« Art. R. 1435-41.-La dérogation doit répondre aux conditions suivantes :

« 1° Être justifiée par un motif d'intérêt général et l'existence de circonstances locales ;

« 2° Avoir pour effet d'alléger les démarches administratives, de réduire les délais de procédure ou de favoriser l'accès aux aides publiques et notamment aux financements accordés par l'agence régionale de santé ;

« 3° Être compatible avec les engagements européens et internationaux de la France ;

« 4° Ne pas porter atteinte aux intérêts de la défense ou de la sécurité des personnes et des biens, à la qualité et à la sécurité des prises en charge, ni une atteinte disproportionnée aux objectifs poursuivis par les dispositions auxquelles il est dérogé.

« Art. R. 1435-42.-La décision prise en application de l'article R. 1435-40 est motivée et publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

« Art. R. 1435-43.-La conférence régionale de la santé et de l'autonomie et le conseil d'administration de l'agence régionale de santé sont informés chaque semestre des décisions dérogatoires prises par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« Un bilan de l'application de l'article R. 1435-40 est élaboré par le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales et présenté au conseil national de pilotage des agences régionales de santé au moins une fois par an. »

Les décisions dérogatoires devant être motivées, un soin particulier devra être pris pour vérifier que ces conditions sont bien remplies. La plupart répondent classiquement à des principes généraux du droit ou des intérêts supérieurs (motif d'intérêt général, compatibilité avec les engagements internationaux et européens, absence d'atteinte aux intérêts de la défense et à la sécurité) ; il est néanmoins conseillé aux ARS de s'assurer de manière systématique qu'elles sont bien vérifiées.

Le motif d'intérêt général répond à un ou plusieurs des objectifs de service public des ARS : santé publique, accès aux soins, qualité des soins, sécurité sanitaire...

L'existence de circonstances locales est une condition essentielle du droit de dérogation des directeurs généraux d'ARS : c'est la finalité même de ce droit nouveau, qui vise à répondre à des besoins locaux particuliers, dont l'intérêt général est communément admis (amélioration de l'accès aux soins par exemple).

b) Un droit à la dérogation élargi pour adapter les politiques aux besoins des territoires

Auditionnée par la délégation le 12 février 2026¹, Mme Virginie Magnant, secrétaire général des ministères sociaux, a observé que « c'est l'ensemble des compétences des agences qui font l'objet de ce droit. Si l'on balaye ces

¹ https://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20260209/dct_12_02_2026.html

domaines, on constate qu'ils couvrent l'observation de la santé et la veille sanitaire, l'information, l'éducation à la santé, la prévention, l'évaluation et la promotion des formations des professionnels, ainsi que le cœur de l'activité. »

Elle a rappelé que le droit de dérogation est subordonné à une double condition : l'intérêt général et les circonstances locales. L'exercice de la dérogation doit avoir pour effet d'alléger les démarches administratives, de réduire les délais et de favoriser l'accès aux aides et au financement. C'est donc un pouvoir exercé à des fins de facilitation.

Lorsque les directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) exercent leur droit de dérogation, ils doivent s'assurer que la décision ne porte atteinte ni à la salubrité, ni à la sécurité des personnes et des biens, ni à la qualité des prises en charge, et qu'elle reste compatible avec les engagements européens et internationaux.

Le bilan de l'utilisation de ce droit de dérogation présenté lors de cette audition indique que *« 64 décisions ont été prises depuis le décret d'avril 2023, et qu'une proportion équivalente de projets est à l'étude. Une très forte majorité des dérogations concernent les autorisations, ce qui correspond à l'esprit de ce pouvoir : débloquer des projets et alléger les procédures. La plupart des décisions portent sur les calendriers ou la forme des procédures. Il s'agit par exemple de raccourcir les fenêtres de dépôt ou, au contraire, de déroger à des échéances pour éviter des caducités et des interruptions dans l'offre de soins. »*

« Territorialement, une part importante des décisions dérogatoires concerne l'outre-mer. Je formule l'hypothèse que, malgré les dispositions d'application spécifiques, nos dispositifs restent peut-être insuffisamment adaptés aux territoires ultramarins. Le droit de dérogation est donc particulièrement bienvenu pour ces territoires. Je pense à Mayotte, qui y a eu recours à plusieurs reprises, y compris pour faciliter des campagnes de vaccination. »

Comme le souligne la secrétaire générale ce droit de dérogation est *« utilisé avec modération et prudence »*. Par ailleurs des contentieux ont été formés contre certaines de ces décisions et le Conseil d'État a pu rappeler que ce droit vise à alléger les procédures et les formalités, mais qu'il ne peut porter atteinte à des dispositions de fond, comme la qualification des professionnels, qui concourt à la sécurisation de la dispensation des soins.

Ce retour d'expérience montre les limites du pouvoir de dérogation actuel pour véritablement adapter l'action des ARS aux besoins locaux, il faut prévoir explicitement la possibilité de déroger à des règles de fond comme pour les préfets. Les objectifs actuels, trop limités à des questions de forme, pourraient être utilement remplacés par des dispositions plus ambitieuses, en fonction des bénéficiaires du droit de dérogation.

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 ;
- information ou avis du conseil d'administration de l'ARS et de la CRSA.

L'objectif n'est pas de fragiliser les normes nationales, mais de permettre leur adaptation lorsque leur application uniforme empêche de répondre aux besoins locaux. Cette réflexion sur le périmètre du droit de dérogation est d'autant plus importante que les compétences exercées par les ARS relèvent du domaine législatif.

Recommandation n°2 : Étendre le pouvoir de dérogation de l'autorité en charge des politiques sanitaires afin de permettre une meilleure adaptation aux besoins des territoires.

III. TROUVER LES MODALITÉS D'UN SOCLE DE SERVICES POUR L'ENSEMBLE DES TERRITOIRES

Depuis l'automne, et les annonces du Premier ministre, le débat sur la réforme des ARS a repris une certaine actualité. Malgré l'annonce d'un éventuel ajustement des compétences entre État et collectivités locales, le débat s'est concentré sur l'organisation administrative des ARS ou plus exactement sur le choix de l'autorité en charge du pilotage de services de l'État responsable de la politique de santé au niveau local.

Ce débat a maintenant plusieurs années, les retours d'expérience post crise Covid-19 avaient mis en lumière des difficultés d'organisation notamment dans l'articulation entre les ARS, les préfets et les élus locaux. Il s'inscrit désormais dans un débat plus large sur l'organisation de l'État local et les effets de son « *agencification* » sur le pilotage des politiques publiques.

Les réformes d'organisation sont un instrument utile pour redonner de l'efficacité à l'action publique mais les réflexions en cours sur la forme de l'organisation administrative, et les propositions portées par plusieurs acteurs sur le pilotage des politiques sanitaires, ne doivent pas occulter une réflexion simultanée sur les réponses à donner aux besoins exprimés dans les territoires.

L'accès à la santé ne peut plus être garanti par la seule juxtaposition d'acteurs autonomes, ni par le seul recours à l'hôpital comme ultime filet de sécurité. Il faut probablement organiser, à l'échelle des territoires, une responsabilité collective, lisible pour les patients, rassemblant l'ensemble des acteurs concernés, contractualisée et capable de garantir un niveau minimal de réponse aux besoins de santé.

L'idée d'une réorganisation du système autour de l'utilisateur en réponse aux inégalités sociales et territoriales de santé et au manque de visibilité de l'offre de soins n'est pas nouvelle. Elle figure dans la loi HPST (dont le titre II est intitulé : accès de tous à des soins de qualité), elle est reprise sous une

forme très administrative dans le rapport Devictor¹, publié dans le cadre de la préparation de la stratégie nationale de santé qui définissait un service public territorial de santé visant à assurer la continuité et l'accessibilité de la santé sur un territoire, à partir d'un diagnostic territorial partagé et sous pilotage des ARS. Cette réflexion a été reprise par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et resserrée sur un enjeu devenu central : la crise d'accès aux soins de proximité. Elle figure également dans plusieurs rapports parlementaires dont ceux de nos collègues de la commission du développement durable².

Le cœur de cette réflexion est la définition d'un socle de service qui réponde à une question simple dans son énoncé : quels services minimaux chaque habitant doit-il pouvoir trouver, quel que soit son lieu de vie ?

Cette question simple appelle une réponse institutionnelle complexe. Il faut définir le contenu de l'offre, désigner les acteurs responsables, organiser leur coopération, prévoir les mécanismes de recours en cas de carence, articuler la ville, l'hôpital, le médico-social et le social, et donner une place aux usagers et aux collectivités.

La réflexion sur la réforme des ARS doit être l'occasion de définir les différentes briques qui permettront de délimiter et de rendre opérationnel ce socle de service.

A. LES INÉGALITÉS TERRITORIALES D'ACCÈS AUX SOINS : UNE DIFFICULTÉ NON RÉVOLUE

Depuis le milieu des années 2000, la question de l'accès aux soins, et plus spécifiquement des inégalités territoriales d'accès aux soins, est devenue un sujet de préoccupation majeur.

Si les inégalités territoriales ont pu préexister au début des années 2000, la crise de la démographie médicale que nous connaissons depuis s'est traduite par une réduction du nombre de médecins généralistes en activité et des difficultés supplémentaires d'accès aux soins pour les patients.

Cette situation interpelle les pouvoirs publics, au premier rang desquels l'État, sur leur capacité à apporter des solutions concrètes.

¹ Bernadette Devictor, *Le service public territorial de santé (SPTS), le service public hospitalier (SPH), Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*, mai 2014.

² Bruno ROJOUAN, *Sénat, Commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, Rapport d'information relatif aux inégalités territoriales d'accès aux soins*, 13 novembre 2024, n° 137 (2024-2025) - Bruno ROJOUAN, *Sénat, Commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, Mission d'information sur les perspectives de la politique d'aménagement du territoire et de cohésion territoriale, Rapport d'information sur le volet « renforcer l'accès territorial aux soins »*, 29 mars 2022, n° 589 (2022-2023) ; Hervé MAUREY et Jean-François LONGEOT, *Sénat, Commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, Rapport d'information du groupe de travail sur les déserts médicaux*, 29 janvier 2020, n° 282 (2020-2021).

Si des mesures ont été prises pour augmenter le nombre de médecins en formation, rien ne garantit une répartition optimale sur le territoire.

1. Des inégalités territoriales qui persistent malgré l'augmentation du nombre de médecins en activité

Selon le dernier rapport du conseil national de l'ordre des médecins¹, la baisse du nombre de médecins serait désormais enrayée. Ce premier constat ne doit pas masquer deux situations préoccupantes. D'une part, les inégalités territoriales persistent. C'est net s'agissant de la médecine générale, et plus encore concernant l'accès aux spécialistes médicaux et chirurgicaux.

D'autre part, les bassins de vie les plus fragiles sur la période 2016-2023, ceux cumulant faibles densités médicales et dégradation de l'accessibilité aux soins apparaissent particulièrement exposés à un risque d'aggravation de ces déséquilibres dans les années à venir.

a) Déserts médicaux : mesurer l'ampleur du phénomène

L'expression « *désert médical* » s'est imposée pour décrire les difficultés d'accès aux soins. Mais comment peut-on mesurer l'ampleur du phénomène et établir le pourcentage de la population française située dans une telle zone ?

Pour répondre à cette question, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la santé a bâti un indicateur dénommé indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL).

Une offre médicale est considérée comme insuffisante lorsqu'elle est inférieure à 2,5 consultations par habitant, étant précisé qu'un médecin est présumé accessible jusqu'à 20 minutes en voiture. Ces critères comportent naturellement une part d'arbitraire et sont donc contestables. Ainsi, en prenant un seuil à 3 consultations au lieu de 2,5, la DREES considérerait que 18,4 % de la population habite dans une commune qualifiée de sous-dense en 2015, contre 8 % si on retient le seuil de 2,5.

La notion de « *désert médical* » est donc particulièrement imprécise. Au-delà des chiffres et des questions méthodologiques, les interpellations permanentes des élus locaux sur la question de l'accès aux soins attestent de la nécessité d'agir. Ce constat fait apparaître des évolutions contrastées. Le nombre de médecins généralistes a diminué depuis plus de dix ans, alors que les besoins de santé augmentaient. Entre 2010 et 2021, la France a ainsi perdu environ 5 000 médecins généralistes quand elle gagnait presque 2,5 millions d'habitants.

¹ Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2026, conseil national de l'ordre des médecins.

En outre, la densité médicale n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire. L'offre de soins est très inégale en fonction des régions, des départements et même des bassins de vie. En 2021, tous médecins confondus (c'est-à-dire médecins salariés et spécialistes inclus), la densité variait de 274 médecins pour 100 000 habitants dans le département des Hautes-Alpes (236 à Paris), à 50,1 médecins pour/100 000 habitants en Seine-et-Marne ou à 54,2 dans le Cher.

L'indicateur d'APL confirme que les inégalités territoriales se sont creusées entre 2016 et 2019 pour ce qui concerne les généralistes.

Mais la démographie médicale n'est pas le seul indicateur à même de suivre l'évolution de l'offre de soins. Les données disponibles montrent que le volume de soins moyen par habitant, mesuré par le nombre d'actes, a diminué d'environ 15 % entre 2000 et 2013. Pour l'intensité de la prise en charge par les généralistes, la France de 2013 était ramenée à la situation de 1990. La Cour des comptes¹ s'est inquiétée de cette tendance qui s'est poursuivie après la crise de Covid-19 et qui a eu pour effet de réduire le nombre annuel moyen d'actes de médecine générale par patient, passé de 5,5 en 2004 à 4,2 en 2020. Cette diminution du nombre d'actes peut être liée à un vieillissement des médecins et à une aspiration à réduire leur temps de travail. La question d'un manque de généralistes ne doit donc pas être posée uniquement sous un angle territorial, celui des « déserts médicaux », mais également sous celui d'une réduction générale de temps médical disponible.

b) Le dernier rapport du Cnom ne fait pas apparaître d'amélioration notable

Depuis 2010, le Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom) publie chaque année un atlas de la démographie médicale qui permet de suivre l'évolution de l'effectif des médecins en activité et de leur répartition sur le territoire. Selon cette publication, au 1er janvier 2026, 245 847 médecins en activité sont inscrits à l'Ordre des médecins, soit une augmentation de +1,9 % depuis 2025 et de +14,0 % depuis 2010.

Cette évolution globale masque des disparités territoriales importantes. Selon le Cnom, les Hautes-Alpes (+44,7 %), la Haute-Savoie (+40,6 %) et la Savoie (+38,6 %) sont les départements métropolitains ayant connu les plus fortes augmentations entre 2010 et 2026. À l'inverse, la Creuse (-19,3 %), le Cher (-17,3 %) et la Haute-Marne (-16,7 %) ont connu les baisses les plus importantes de médecins sur la même période.

En utilisant une focale régionale, les régions les mieux dotées en médecins en activité sont la Provence-Alpes-Côte d'Azur, La Réunion, et l'Île-de-France avec respectivement 432,1, 412,7 et 396,1 médecins en activité pour 100 000 habitants. À l'inverse, les régions présentant les densités les plus faibles sont le Centre-Val-de-Loire (266,1), la Guyane (282,3) et les Hauts-de-France (313,3).

¹ Cour des comptes, *Organisation territoriale des soins de premier recours*, mai 2024.

L'examen des densités à une échelle plus fine, celle des départements, laisse entrevoir des disparités territoriales fortes à l'intérieur des régions. Les départements de l'Ain (175,2), l'Eure (176,3) et la Mayenne (192,5) sont les moins dotés. À l'inverse, les départements abritant les grandes villes, ainsi que ceux situés sur les littoraux ou aux frontières présentent les densités les plus fortes à l'instar de Paris (917,8), les Hautes-Alpes (561,8) et les Alpes-Maritimes (483,5).

Dans le détail des densités régionales par spécialités, les constats diffèrent légèrement. L'Île-de-France est l'une des régions les mieux dotées, en spécialistes médicaux et chirurgicaux, mais compte l'une des plus faibles densités en généralistes tandis que la Bretagne se distingue avec la plus forte densité de généralistes à l'échelle métropolitaine (177,9 médecins généralistes). La région Provence-Alpes-Côte d'Azur, quant à elle, est systématiquement parmi les régions les mieux dotées, quel que soit le groupe de spécialité.

Chez les généralistes, 70 départements présentent des variations négatives. Parmi les départements présentant les variations négatives les plus fortes se trouvent l'Eure-et-Loir (-28,1 %), l'Essonne (-26,7 %) ou encore les Yvelines (-26,3 %). À l'inverse, les Hautes-Alpes (+37,3 %), le Morbihan (+26,2 %) et la Savoie (+25,6 %) sont les départements qui présentent les variations positives les plus importantes.

Depuis 2010, les départements que l'on mentionnait précédemment comme ceux ayant les densités médicales des médecins en activité les plus faibles n'ont pas pu inverser la tendance et ont vu leur situation se détériorer. Ainsi, parmi les départements présentant les variations négatives les plus importantes, il y a le Gers (-14,9 %), les Yvelines (-14,6 %), la Creuse (-14,1 %) et le Cher (-14,0 %). À l'inverse, les variations positives les plus importantes enregistrées concernent les Hautes-Alpes (+39,9 %), les Pyrénées-Atlantiques (+28,8 %) et le Morbihan (+27,4 %).

Les densités rapportées uniquement à la population des 65 ans et plus, celle qui est la plus consommatrice de soins, permettent de mieux appréhender l'offre de soins et les inégalités territoriales qui en découlent. Les départements les moins dotés en médecins en activité pour la population des 65 ans et plus dessinent une diagonale s'étendant du nord-est au sud-ouest de l'hexagone. Ainsi, les départements présentant les densités médicales les plus faibles en termes de nombre de médecins en activité pour 100 000 habitants de 65 ans et plus sont l'Indre (676,8), la Creuse (690,5) et la Nièvre (708,8). À l'inverse, les départements les plus densément peuplés présentent les densités les plus fortes comme Paris (5243,9), le Rhône (2786,6) ou encore le Val-de-Marne (2612,7).

2. Une responsabilité exclusive de l'État

Ces déséquilibres dans l'offre de soins soulèvent une double problématique.

La première est celle de la compétence en matière de santé. Comme le soulignaient le rapport de la délégation paru en 2021, la responsabilité de l'État apparaît pleine et entière, les collectivités locales n'ayant que des compétences résiduelles. Les communes et groupements disposent de compétences limitées, les départements ont un rôle plus consolidé par l'action sociale et médico-sociale, et les régions conservent des compétences sanitaires résiduelles (formation). Le rôle des collectivités est donc principalement indirect, sectoriel et territorial. Indirect, parce qu'elles agissent souvent par leurs compétences connexes : aménagement du territoire, action sociale, logement, mobilité, urbanisme, environnement, petite enfance, autonomie, formation ou politique de la ville. Sectoriel, parce que la loi leur attribue certaines missions précises en matière d'hygiène, de protection maternelle et infantile, d'aides à l'installation, de gestion des centres de santé, de financement volontaire d'investissements hospitaliers. Territorial, enfin, parce que les collectivités interviennent là où se manifestent les difficultés concrètes d'accès aux soins comme l'absence de médecin traitant, la fermeture de services hospitaliers, le vieillissement, la précarité, l'insalubrité ou la pollution.

La deuxième est celle des leviers dont dispose l'État pour répondre à ces déséquilibres et adapter des instruments d'action nationaux à des besoins localisés. La création des ARS a été présentée comme la réponse à cette situation. L'exposé des motifs de la loi HPST en faisait la « *clé de voute* » qui permettra de renforcer l'ancrage territorial des politiques de santé. Force est de constater que cet objectif n'a pas (encore) été atteint.

a) Les actions en faveur de la résorption des déserts médicaux

La question de l'accès aux soins est aujourd'hui la problématique centrale des politiques locales de santé et concentre l'attention de l'ensemble des acteurs.

Le législateur et les gouvernements successifs cherchent, depuis des années, à œuvrer en faveur de la résorption des déserts médicaux en développant un répertoire d'actions qui va du nombre de places ouvertes pour les études de médecine à des dispositifs incitant les médecins retraités à reprendre une activité partielle.

La question de la formation initiale, et plus particulièrement du nombre de places ouvertes aux étudiants en médecine, peut être considérée comme le point nodal de ce répertoire. Il est possible de suivre le desserrement progressif de ce *numerus clausus* depuis le début des années 2000 jusqu'à

l'adoption de la loi OTSS¹ et son remplacement par un *numerus apertus* ce qui permet d'augmenter les capacités de formation. Des compléments à cette politique fondée sur le nombre d'étudiants en formation ont été apportées afin de favoriser les stages en cabinet libéral, si possible dans des zones en tension, ou encore avec la création du statut de docteur junior² depuis le 1^{er} novembre 2020.

Deuxième répertoire d'action, le déploiement de mesures incitatives visant à favoriser l'installation des médecins dans les zones en tension. La liste de ces incitations est longue : les exonérations fiscales, la prise en charge de frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins, la mise à disposition de locaux, la mise à disposition d'un logement, le versement d'une prime d'installation ou d'une prime d'exercice forfaitaire. Les collectivités peuvent aussi accorder des indemnités de logement ou de déplacement à certains étudiants en santé en stage dans des zones déficitaires, ou une indemnité d'étude et de projet professionnel à des étudiants s'engageant à exercer pendant au moins cinq ans dans ces zones. Ces incitations financières ont été souvent les premières mesures mises en œuvre pour tenter de corriger les déséquilibres géographiques et sont un des leviers les plus utilisés.

Face à la multiplication de ces dispositifs un effort de clarification a été fait. Depuis la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2023, les contrats signés par les ARS et par l'assurance maladie ont été rationalisés, les ARS visent désormais exclusivement les contrats de pré-recrutement avec des professionnels qui ne peuvent pas encore être conventionnés (étudiants de deuxième et surtout de troisième cycles).

Troisième répertoire d'action, la délégation de tâches ou le partage de compétences entre professionnels de santé (en développant, par exemple, les « *pratiques avancées* » des infirmiers). Prévue par la loi de 2004, réformée par celle de 2009, cette modalité d'action a connu une accélération après la crise Covid-19, elle peut être illustrée par la loi³ réorganisant la profession d'infirmier/infirmière. Parallèlement, des mesures de court terme pour tirer le meilleur parti des ressources médicales existantes sont nécessaires, comme le recours à des assistants médicaux.

Depuis le milieu des années 2000, ces actions ont fait l'objet de nombreux plans, présentés par les gouvernements successifs, dont l'objectif était de réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins.

¹ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

² Le décret n° 2018-571 du 3 juillet 2018 portant dispositions applicables aux étudiants de troisième cycle apporte les précisions attendues sur le statut de docteur junior.

³ Loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier.

Période	Plan / dispositif national
2007	Premières mesures conventionnelles d'incitation à l'installation en zones déficitaires
2012	Pacte territoire-santé
2015	Pacte territoire-santé 2
2017	Plan pour renforcer l'accès territorial aux soins/égal accès aux soins
2018-2019	Ma Santé 2022, avec un volet contre les déserts médicaux
2023	Plan national d'actions pour l'accès aux soins dans les territoires : assistants médicaux, medicobus, maisons de santé, CPTS
2025	Pacte de lutte contre les déserts médicaux, présenté par François Bayrou

La Cour des comptes¹ a dressé un constat sans appel de l'efficacité de ces dispositifs qui, pour l'heure, ont été dans l'incapacité d'endiguer la croissance des inégalités territoriales d'accès aux soins.

b) Un zonage utile, mais trop dispersé pour garantir une réponse territoriale

Ces actions de réduction des déserts médicaux s'organisent à travers un zonage dont la fréquence et les modalités d'élaboration sont fixés par le code de la santé publique qui a confié cette compétence au directeur général de l'ARS². L'objet principal est de déterminer les zones au sein desquelles les aides à l'installation peuvent être versées aux médecins.

¹ Cour des comptes, *Les aides à l'installation des médecins libéraux*, novembre 2025, à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat.

² Art L. 1434-4 du code de la santé publique : « le directeur général de l'agence régionale de santé détermine tous les deux ans, par arrêté, après concertation avec le conseil territorial de santé mentionné à l'article L. 1434-10 :

1° Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, pour les professions de santé et pour les spécialités ou groupes de spécialités médicales pour lesquels des dispositifs d'aide sont prévus en application du 4° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ;

2° Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, s'agissant des professions de santé pour lesquelles les conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ont prévu des mesures de limitation d'accès au conventionnement. Elles sont arrêtées dans le respect de la méthodologie déterminée dans ces conventions.

Dans les zones mentionnées aux 1° et 2° du présent article, sont mises en œuvre les mesures destinées à réduire les inégalités en matière de santé et à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé prévues notamment aux articles L. 1435-4-2 et L. 1435-5-1 à L. 1435-5-4 du

Deux zones sont distinguées, les zones d'intervention prioritaire (ZIP) et les zones d'actions complémentaires (ZAC). Elles doivent contribuer à faciliter l'installation de praticiens. Elles ont été complétées par une « zone de vigilance » dans laquelle les professionnels de santé sont non éligibles aux aides mais peuvent bénéficier d'un accompagnement dans la mise en place d'exercice coordonné pluriprofessionnel.

Le classement en ZIP concerne les territoires les plus durement touchés par l'attrition médicale et constitue le plus haut niveau d'intervention pour l'ARS, permettant de déployer l'ensemble des aides à l'installation. Le classement en ZAC est destiné à des territoires moins exposés au manque de médecins et permet également l'attribution de certaines aides à l'installation.

Selon la Cour des comptes¹ ; en 2023, plus de 30 000 communes étaient classées en ZIP (13 561) ou en ZAC (16 732) soit plus de 85 % des communes ce que la Cour interprète comme les marques d'un maillage territorial trop dispersé et d'une absence de ciblage des aides associées.

présent code, à l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, à l'article 151 *ter* du code général des impôts, à l'article L. 632-6 du code de l'éducation, à l'article L. 162-5-19 du code de la sécurité sociale et par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre I^{er} du même code ».

¹ Cour des comptes, *Les aides à l'installation des médecins libéraux, novembre 2025, À la demande de la commission des affaires sociales du Sénat.*

Focus : la méthodologie d'identification des zones sous-denses

Une fois les zones sous-denses en médecins identifiées, elles sont réparties en 2 catégories :

- les ZIP, les plus fragiles
- et les ZAC, fragiles mais à un niveau moindre que les ZIP.

La maille d'action retenue est le « *territoire de vie-santé* », découpage construit en fonction des possibilités d'accès d'une population donnée aux équipements et services les plus fréquents au quotidien. Le territoire de vie-santé, qui peut se situer sur plusieurs départements ou régions, regroupe en général une ou plusieurs communes : ainsi, il reflète l'organisation des déplacements courants sur ce territoire.

Pour choisir les territoires de vie-santé qui seront classés en ZIP et en ZAC, les ARS s'appuient sur les résultats d'un indicateur de référence, l'accessibilité potentielle localisée (APL) à un médecin, ou sur des indicateurs qu'elles estiment plus adaptés compte tenu des caractéristiques de leurs territoires. Calculé chaque année par le ministère, l'indicateur d'APL mesure l'offre médicale disponible sur un territoire de vie-santé. Il prend en compte :

- le nombre de médecins généralistes jusqu'à 65 ans, pour anticiper les futurs départs à la retraite ;
- l'activité de chaque praticien, mesurée par le nombre de ses consultations ou visites effectuées dans l'année ;
- le temps d'accès aux praticiens ;
- le recours aux soins des habitants par classe d'âge.

Source : <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/les-zones-sous-denses-en-offre-de-soins/zonage-medecin>

L'intérêt de ce zonage est évident, les aides apportées aux professionnels de santé sont nombreuses et diversifiées, portées par les collectivités territoriales, les ARS et l'assurance maladie, il est donc pertinent d'identifier les territoires éligibles.

Les rapports administratifs récents soulignent cependant les limites de ces dispositifs. La Cour des comptes, dans son rapport sur les aides à l'installation des médecins libéraux¹, observe que, sans même prendre en compte les aides locales, une quinzaine d'aides nationales et conventionnelles s'enchevêtrent, pour 205 millions d'euros en 2023, et que les zonages d'éligibilité ne sont pas toujours cohérents entre eux. Elle ajoute que les aides des collectivités ne sont pas précisément connues, mais que les cas examinés montrent qu'elles sont significatives et peuvent compliquer davantage l'éventail des dispositifs proposés aux médecins. Cette critique rejoint celle

¹ Cour des comptes, *Les aides à l'installation des médecins libéraux*, novembre 2025, À la demande de la commission des affaires sociales du Sénat.

formulée par plusieurs rapports parlementaires : les aides locales peuvent répondre à l'urgence, mais elles risquent d'entretenir une concurrence entre territoires plutôt que de corriger structurellement la répartition des professionnels.

Cette approche repose en outre sur une vision trop limitée de l'accès aux soins. Le problème n'est pas seulement de savoir si un médecin accepte de s'installer dans telle commune, il est de savoir si un territoire dispose collectivement d'une organisation capable de répondre aux besoins courants de santé de sa population.

Ces critères de zonage pourraient être utilisés non plus uniquement pour une planification descendante mais comme des indicateurs de suivi, voire sans être opposables, comme des indicateurs du respect du socle de services en santé mis à la disposition de la population.

B. UNE TERRITORIALISATION DES POLITIQUES DE SANTÉ À CONSTRUIRE

Si l'État détient, juridiquement, une compétence exclusive en matière de santé, les habitants d'un territoire se tournent plus volontiers, et plus aisément, vers leur maire ou leur élu local pour se plaindre de la situation en matière d'accès aux soins, que vers le directeur général de l'ARS. Cette situation, dans laquelle se trouvent les élus locaux, justifie leur action dans ce domaine et les nombreuses initiatives qu'ils ont prises pour favoriser le maintien de l'accès aux soins sur leurs territoires.

On constate en effet depuis maintenant près de vingt ans un foisonnement d'initiatives locales destinées à répondre à des enjeux d'accès aux soins. Ces actions démontrent s'il en était besoin que les collectivités locales sont des partenaires incontournables des services de l'État en matière de santé.

Ces initiatives et la recherche d'une meilleure articulation entre l'État, l'assurance maladie et les collectivités locales ne prendront tout leur sens que si elles débouchent sur une garantie concrète pour les habitants. La question centrale est donc celle d'une offre de santé minimale, d'un socle de service garanti à la population. La territorialisation ne doit pas seulement permettre de mieux organiser les acteurs, elle doit définir ce que chaque habitant est en droit d'attendre du système de santé, quel que soit son lieu de résidence.

Pour cela, il faut expliciter le contenu que l'on donne à ce principe, en établissant la liste des services à rendre en proximité. Ces services, et parmi eux, les services prioritaires dans le contexte de crise actuel, ainsi que les modalités associées de régulation de la demande, doivent être co-construits avec les élus locaux, les usagers et les professionnels, sur la base d'une analyse des besoins. Si des solutions urgentes doivent être trouvées, il faut en même temps conserver l'objectif de structuration des soins de proximité à un horizon

de 10-15 ans et se prémunir des risques de concurrence et de surenchère. Il s'agit donc de reconnaître et organiser la responsabilité collective de l'accès aux soins dans les territoires, en s'appuyant sur les acteurs locaux.

1. Les collectivités locales sont un acteur de l'offre de soins à part entière

Dans un rapport¹ consacré à la transition écologique, Nicolas Portier utilise les termes de « *descente d'échelle* », pour analyser les modalités retenues pour décliner sur les territoires les objectifs fixés au niveau national.

Dans le secteur de la santé cette notion de « *descente d'échelle* » peut être utilisée pour illustrer la dimension verticale de cette déclinaison des politiques nationales. Cette verticalité s'exprime par exemple dans la transformation de politique hospitalière qu'il s'agisse des évolutions de l'offre de soins (fermeture de lits d'hospitalisation complète au profit de lit de chirurgie ambulatoire) ou de la politique de regroupement des établissements de santé (groupement hospitalier de territoire). Pourtant l'État a besoin de collectivités locales pour mettre en œuvre une partie de ces politiques sanitaires comme le plan national nutrition santé (PNNS) ou le plan national santé environnement que ces services déconcentrés ne peuvent déployer seuls.

La nécessité de cette collaboration devrait conduire à des évolutions juridiques, financières contractuelles permettant à l'État de s'appuyer davantage sur les collectivités territoriales en matière d'offre de soins et à accompagner les initiatives locales. Cela suppose une approche et des décisions partagées.

a) Les collectivités locales se mobilisent et montrent comment il est possible d'agir

La question des déserts médicaux a profondément transformé l'intervention des collectivités locales. Juridiquement, l'accès aux soins demeure piloté par l'État, les ARS et l'assurance maladie. Pratiquement, les communes, intercommunalités, départements et régions sont de plus en plus sollicités pour financer des maisons de santé, salarier des médecins, soutenir des centres de santé, aider des étudiants en médecine, mettre à disposition des locaux ou organiser la coordination locale. Le rapport de la DCT de 2021 sur les déserts médicaux parle à cet égard d'une « *innovation territoriale en action* », tout en rappelant que les moyens d'action juridique des collectivités restent limités. Le principal fondement juridique des aides locales aux professionnels de santé est l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales. Il autorise les collectivités et leurs groupements à attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès

¹ Nicolas PORTIER, *La planification écologique au défi de la territorialisation*, novembre 2024, Sciences Po École urbaine.

aux soins, définies par l'ARS en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Les conventions signées doivent être transmises aux ARS et aux organismes locaux d'assurance maladie. Les centres de santé peuvent également bénéficier de ces aides.

En pratique cette possibilité se traduit par la création de maisons de santé pluri-professionnelles, d'actions d'éducation à la santé et de dispositifs de santé itinérante. En outre, depuis quelques années, les collectivités locales accompagnent également la création de centres de santé.

Le code de la santé publique¹ reconnaît que ces centres peuvent être créés et gérés par des collectivités territoriales ou par des établissements publics de coopération intercommunale. Depuis la loi « 3DS », les professionnels exerçant dans des centres de santé gérés par des collectivités ou leurs groupements peuvent être assimilés à des agents de ces collectivités ou groupements. Cette évolution est importante, elle élargit la palette d'action des collectivités locales et sécurise la possibilité pour une commune, une intercommunalité ou un département de salarier des professionnels de santé dans un centre de santé. Elle ne transforme pas pour autant les collectivités en autorités organisatrices de la médecine de ville. Le centre de santé reste soumis à la réglementation sanitaire, à l'assurance maladie et au contrôle de l'ARS. Mais elle permet aux collectivités d'agir directement lorsqu'aucune réponse libérale suffisante n'existe pas.

La loi Valletoux² a également introduit l'article L. 1434-10-1 du code de la santé publique, qui prévoit que le directeur général de l'ARS mobilise les acteurs du territoire pour améliorer l'accès aux soins, en s'appuyant notamment sur des dispositifs incitant à l'installation de professionnels de santé ou soutenant des actions d'amélioration de l'accès aux soins, en lien avec les collectivités territoriales et le guichet unique départemental d'accompagnement des professionnels de santé. Cette réforme ne transfère pas la compétence d'accès aux soins aux collectivités, mais elle consacre leur rôle comme partenaires obligés de la territorialisation.

b) Organiser l'action locale pour éviter la concurrence entre territoires

La plupart des initiatives des collectivités sont menées en étroite concertation avec les ARS. Ces dernières se sont vu assigner un objectif spécifique de réduction des inégalités territoriales en matière de santé.

¹ L'article L. 6323-1 du code de la santé publique définit les centres de santé comme des structures sanitaires de proximité dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours, pratiquant des activités de prévention, de diagnostic et de soins, sans hébergement, et pouvant assurer une prise en charge pluriprofessionnelle.

² Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

Les élus locaux pointent régulièrement un défaut d'accompagnement et de conseil de ces agences dans la réalisation de leur projet médical, quelle qu'en soit la nature.

S'agissant des maisons de santé publique, il a ainsi été souligné que l'appui à l'ingénierie de projet (appui à la rédaction du projet de santé, assistance technique, juridique et financière...) joue un rôle déterminant pour accompagner professionnels et élus. Or, certaines ARS n'exercent pas toujours cette mission d'expertise auprès des élus locaux.

En 2021, la DCT avait mis en exergue l'exemple d'un élu qui avait subi une forte opposition de la part de l'ARS: *« J'ai souhaité lancer cette opération en partenariat avec l'ARS qui s'est montrée immédiatement très défavorable, estimant que ma commune n'était pas dans un désert médical, puisqu'elle bénéficiait, dans un rayon de 10 km, de deux hôpitaux et de leurs médecins, mais également de spécialistes médicaux. Les chiffres de l'ARS sont globaux et ne prennent pas en compte la particularité de la médecine de ville, laquelle est constituée chez nous par seulement trois médecins pour 24 000 habitants. J'ai abandonné mes démarches auprès de l'ARS, et j'ai poursuivi mes expérimentations. L'ARS est finalement revenue vers moi, plaidant l'incompréhension, et a proposé de travailler conjointement. Le résultat des trois réunions avec l'ARS a cependant été catastrophique ».*

Ces exemples illustrent la faible capacité d'expertise et d'accompagnement dont les élus bénéficient aujourd'hui ainsi que la nécessité de renforcer l'échelon départemental de l'ARS et de lui conférer des compétences propres afin qu'il puisse jouer le rôle de proximité escompté.

Ce même rapport de la DCT avait souligné *« le risque de concurrences, voire de surenchères entre territoires, dans un contexte marqué par un déséquilibre structurel entre l'offre et la demande de soins dans certains territoires ».*

Ce risque ne doit pas être écarté, il ne porte d'ailleurs pas forcément uniquement sur le secteur de santé.

L'attrition du nombre de médecins généralistes peut être à l'origine de cette concurrence. Les initiatives des collectivités locales pour créer des maisons de santé pluridisciplinaires ou des centres de santé se heurteront aux données de la démographie médicale.

En outre, les aides locales à l'installation peuvent alimenter une concurrence financière entre territoires, au profit des collectivités les mieux dotées et au détriment des plus fragiles. Ce point est d'ailleurs analysé par la Cour des comptes qui observe que les recouvrements entre les différents zonages *« multiplient les possibilités d'aides à l'installation et au maintien pour les médecins, ce qui peut entraîner une accumulation des aides possibles et des difficultés accentuées de concurrence entre communes, selon qu'elles ne sont pas bénéficiaires d'aides, partiellement bénéficiaires ou en position de cumul d'aides. »*

Rappelons, à cet égard, qu'une des raisons qui a présidé à la décision, par le conseil départemental de Saône-et-Loire, de salarier des médecins consiste, précisément, à éviter la concurrence entre collectivités locales, le

département pouvant apparaître comme le garant d'une certaine équité territoriale compte tenu de la pénurie constatée de médecins. À l'inverse, la multiplication désordonnée d' « opérations séduction » visant à attirer des médecins peut conduire à des tensions concurrentielles entre les territoires et à accentuer ainsi la désertification.

Pour éviter que chaque commune essaie d'attirer les médecins dans son centre de santé ou sa maison de santé, sans succès, il faut rechercher des solutions en fonction du territoire. Dans certaines situations, l'échelon communal sera pertinent mais il apparaît que l'échelon intercommunal ou départemental peut parfois sembler plus adapté à la mise en œuvre coordonnée des actions dans le domaine de la santé. Les départements de France préconisent la création d'un schéma départemental d'organisation des soins.

2. Définir un socle de base

Depuis la fin de la crise Covid, les réformes entreprises ont eu pour objectif de rendre la politique de santé, et l'action des ARS, plus territoriales, plus ouvertes aux élus. C'est l'esprit de la loi 3DS, du décret de 2024 sur les conseils d'administration, du renforcement des conseils territoriaux de santé et de la montée en puissance des contrats locaux de santé. Cette évolution n'a pas suffi à faire taire les critiques et l'idée que ce modèle d'organisation est inadapté à la réponse aux déserts médicaux et justifie la proposition (recommandation n°1) de transférer davantage de responsabilités aux échelons locaux, notamment en renforçant l'échelon départemental.

Le rapport de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale de 2025 illustre cette seconde orientation. Il estime que l'échelon régional des ARS n'est « *manifestement pas adapté* » pour territorialiser correctement les politiques de santé et propose de créer un service public des soins de premier recours, avec un chef de file clairement identifié.

a) Organiser l'accès des habitants d'un territoire aux services pertinents

Les collectivités territoriales sont devenues des acteurs de santé publique à part entière, le défi qu'elles relèvent est de permettre l'accès aux soins de leurs habitants. Leurs actions passent par une politique incitative visant à favoriser l'installation de médecins libéraux ou de centres de santé. En raison de l'attrition du nombre de médecins, les résultats ne sont pas toujours au rendez-vous. Malgré cette situation insatisfaisante, la réflexion doit être approfondie pour déterminer le socle de service minimal auquel un habitat peut accéder.

En 2018, le Hcaam¹ écrivait : « *La réflexion sur l'offre de soins que propose le Haut Conseil se fonde sur l'idée que, du point de vue de l'utilisateur, du citoyen, la*

¹ Avis et Rapport du HCAAM - Contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé, juin 2018

question essentielle est celle de l'accès réel, effectif, à des services de santé proposant les conditions de qualité et de sécurité optimales. Dans cette perspective, savoir quelle structure rend le service est un enjeu important pour les offreurs de soins, mais qui reste secondaire, et doit être piloté par des considérations techniques, juridiques, organisationnelles et économiques. Ces considérations devraient être transparentes pour le patient : l'enjeu est que le service auquel il a effectivement accès soit le bon, c'est-à-dire que la structure qui le rend soit qualifiée pour le faire dans les meilleures conditions de sécurité et de qualité et au moindre coût pour la collectivité.

Cette réflexion débouche sur une problématique plus large que la seule présence d'un type d'offreur sur un territoire, en supposant que sa présence permettra de répondre aux besoins des habitants alentours, elle propose d'organiser l'accès des habitants d'un territoire aux services pertinents¹. »

Le Hcaam propose ainsi, et sans prétention d'exhaustivité, qu'il soit possible pour tout un chacun, en tout point du territoire, de bénéficier des soins de proximité suivants :

- avoir accès en proximité à des professionnels de soins primaires en capacité de fournir toute la gamme (diagnostic, traitements), dans des délais appropriés ;

- accéder à une expertise technique/plateau technique (y compris biologie et imagerie) lorsque c'est nécessaire (en proximité pour certaines spécialités), là aussi dans des délais cohérents avec le problème de santé concerné ;

- avoir un médecin traitant ;

- accéder aux soins dentaires préventifs et curatifs ;

- être soigné à domicile si besoin (en cas de difficultés à se déplacer, de perte d'autonomie, de pathologies sévères ayant des répercussions sur la qualité de vie et pour lesquelles la technologie le permet) ;

- pouvoir bénéficier d'une hospitalisation en proximité ou d'une hospitalisation à domicile (au domicile à proprement parler ou en établissement médico-social) si nécessaire, à l'occasion d'un épisode aigu, suite à une intervention dans un établissement de recours, ou pour une situation de fin de vie ;

- être aidé et orienté dans son parcours de soins, bénéficier d'une bonne coordination entre les professionnels et les structures qui fournissent des soins, y compris d'une bonne coordination entre ville et hôpital.

Ceci impose de construire des solutions dans un cadre territorial défini a priori, le département semble être, de ce point de vue, le meilleur niveau. Il est en effet important d'organiser des réponses dans un cadre territorial suffisamment large, même si les solutions sont à trouver pour chaque territoire de vie-santé, de manière pragmatique et en impliquant les

¹Contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé, Avis et rapport 2018, p39.

acteurs locaux qui apportent parfois de nombreuses solutions notamment par le biais des contrats locaux de santé.

b) Une méthode pour bâtir ce socle de service

Si l'objectif consistant à définir un socle minimal de service accessible à tous peut paraître ambitieux ou même prométhéen, la réflexion avance.

Les briques utiles à la construction de ce socle existent mais elles ne forment pas encore une offre minimale disponible sur tout. Les maisons de santé, les assistants médicaux et les medicobus sont mobilisés pour augmenter l'accès aux soins. Le ministère a présenté un plan reposant notamment sur 100 medicobus, 10 000 assistants médicaux, 4 000 MSP et la généralisation des CPTS.

Ce plan s'inscrit dans cette recherche d'une garantie minimale d'offre de soins de proximité pour les territoires, avec une nuance importante, il ne s'agit pas d'un droit opposable à une offre complète de soins, ni une nouvelle compétence territoriale de santé. C'est plutôt un indicateur national de maillage, destiné à rendre visible et à soutenir un niveau minimal de service dans les territoires.

Ce plan vise à garantir « une offre de soins de proximité accessible à moins de 30 minutes et sous 48 heures », avec un réseau national financé et soutenu par l'État et l'Assurance maladie.

Les critères annoncés vont clairement dans le sens d'un socle minimal. Les structures concernées peuvent être des maisons ou centres de santé pluriprofessionnels, des cabinets regroupés, des hôpitaux de proximité ou des dispositifs mobiles. Elles doivent notamment disposer d'au moins un médecin généraliste, garantir la présence d'un infirmier dans la structure ou à proximité, ouvrir au public au moins cinq jours par semaine, pratiquer des tarifs opposables sans dépassement, proposer un rendez-vous sous 48 heures lorsque l'état du patient le nécessite, et participer au service d'accès aux soins ou à la permanence des soins.

On peut donc dire que France Santé vise à définir, territoire par territoire, une offre plancher de premier recours, fondée sur quelques garanties concrètes : proximité géographique, accessibilité temporelle, médecin généraliste, présence infirmière, absence de dépassements d'honoraires, coordination avec les dispositifs d'urgence ou de soins non programmés. L'objectif annoncé est d'organiser un premier niveau d'accès aux soins primaires, en s'appuyant sur des structures existantes ou à créer.

Toutefois la mise en œuvre de ce label soulève des interrogations : le nombre de structures labellisées doit-il être le même par département quel que soit la population et l'état de l'offre médicale dans le territoire ? Les sommes allouées avec le label doivent-elles être modulées ? doivent-elles tenir compte des actions déployées par les collectivités territoriales ? Les élus locaux

n'auraient-ils pas dû être associés à cette politique et sa déclinaison territoriale ?

La mise en œuvre effective de cet label, et les résultats obtenus devront faire l'objet de toute notre attention et des ajustements et compléments devront être menés pour éviter l'affaiblissement ou la décrédibilisation de cette démarche. Le Hcaam recommande de mettre en œuvre très rapidement, dans chaque département, une table de concertation départementale rassemblant les différents acteurs et devant définir, sur la base d'une identification fine des situations et de l'anticipation de l'évolution de l'offre sur les prochaines années, un plan d'action à court terme par territoire de vie-santé.

Les collectivités locales ont un rôle déterminant à jouer pour atteindre ces objectifs et construire un panel de solutions localement adaptées, voire mettre en place, en cas de constat de carence, une offre organisée. Les solutions peuvent donc être diverses. Là encore, il est essentiel de ne pas opposer les formes juridiques, l'exercice libéral ou salarié, et d'accepter différents modèles pourvu que le service à la population soit rendu. Elles doivent être accompagnées dans cette démarche par l'ensemble des acteurs concernés.

<p>Recommandation n°3 : bâtir un socle de service minimum auquel chaque habitant peut prétendre</p>
--

EXAMEN EN DÉLÉGATION

Mme Pascale Gruny, président. – Notre réunion est consacrée à l'adoption du rapport d'information sur l'avenir des agences régionales de santé (ARS), dont les rapporteuses sont Guylène Pantel, Céline Brulin et moi-même. J'excuse l'indisponibilité de notre président, Bernard Delcros, ainsi que celle de notre collègue Guylène Pantel, retenus dans leurs départements respectifs.

Nous avons débuté nos travaux dans un contexte particulier, puisqu'outre les réflexions menées au Sénat sur « *l'agencification* », le Gouvernement avait annoncé une réforme des ARS. Cette annonce, faite devant les Assises des départements de France en novembre dernier, a été précisée dans une lettre de mission adressée aux inspections générales (IGA, IGAS, IGF) en décembre.

La réforme proposée suivait deux orientations : une clarification des compétences entre l'État et les départements dans le champ sanitaire et médico-social, et une réorganisation des ARS dans le cadre de la réforme de l'État. La priorité accordée à cette réforme est motivée par les difficultés d'accès aux soins sur de nombreux territoires. Elle répond également aux préoccupations fortes des élus nationaux et locaux, qui financent notamment les aides à l'installation des médecins. Nous avons tous pu constater l'importance de ces sujets lors des dernières échéances électorales.

Cette priorité fait aussi écho aux critiques adressées aux ARS durant la gestion de l'épidémie de Covid-19 et, plus largement, au débat sur la réforme de l'État. Ce débat amène à questionner le nombre d'opérateurs, le pilotage des politiques publiques et la nécessité d'une politique de simplification, avec par exemple un guichet unique pour les aides à l'installation des médecins ou une meilleure répartition des compétences entre ARS et conseils départementaux dans le domaine médico-social.

Nous nous sommes focalisés sur les objectifs que devait poursuivre cette réforme pour favoriser des politiques locales de santé, plutôt que sur sa dimension administrative ou organisationnelle.

Avant de vous présenter notre rapport, je commencerai par vous dire ce qu'il ne contient pas. Comme je l'ai rappelé, le Premier ministre a annoncé à l'automne une réforme de l'organisation des ARS visant à clarifier les compétences de chaque acteur public. Notre rapport ne se prononce pas sur la forme juridique à retenir pour cette réforme. Il se place en surplomb pour proposer des objectifs, car cette réforme ne doit pas se réduire à un mécano administratif, mais bien renforcer l'efficacité de l'action publique, favoriser les politiques locales de santé et, surtout, répondre aux besoins des territoires et de leurs habitants. Si je devais résumer les objectifs de notre rapport en une seule phrase, je dirais que la réforme doit permettre de construire la proximité

des politiques de santé. Pour atteindre cet objectif, il faut aussi dépasser le climat de défiance que nous constatons dans les relations entre les différents acteurs : ARS, préfets de département et élus locaux. Les trois recommandations que nous formulerons vont toutes dans le sens de cette recherche d'une plus grande proximité.

Près de quinze ans après leur création, le bilan des ARS est contrasté. La crise de la Covid-19 a agi comme un révélateur, exposant avec une intensité particulière les critiques qui leur sont adressées depuis leur création : éloignement du terrain, insuffisante association des élus locaux, relations parfois mal définies avec les préfets, complexité de la gouvernance, manque de lisibilité et faible capacité à corriger les inégalités territoriales d'accès aux soins. Ces critiques ne sont pas seulement conjoncturelles ; elles illustrent un mode de fonctionnement très vertical, sous-tendu par une logique budgétaire. La critique principale est celle de l'absence de proximité. Elle se décline sur plusieurs registres : prééminence de l'échelon régional, centralisation des compétences au niveau de la direction générale et faiblesse des délégations départementales, parfois qualifiées de « boîtes aux lettres ». La question de l'échelon territorial pertinent est centrale. Depuis le début des années 1970, les pouvoirs publics ont fait le choix de l'échelon régional comme niveau de pilotage des politiques de santé, un choix renforcé par les réformes successives, dont le plan Juppé qui a mis en place les agences régionales d'hospitalisation.

La création des agences régionales de santé s'inscrit dans un mouvement de rationalisation des structures régionales préexistantes. Si l'on observe une grande continuité en faveur de l'échelon régional tout au long des années 1990 à 2010, tous les acteurs consultés sont unanimes : la création des grandes régions en 2015 constitue un moment de bascule. Le 1^{er} janvier 2016, nous sommes passés de vingt-six à dix-sept ARS. Cette création a constitué un choc d'organisation que les ARS concernées ont difficilement absorbé, bousculant leur fonctionnement et les tentatives déjà fragiles de territorialisation des politiques de santé. Cette réforme n'est toutefois pas le seul élément qui perturbe la pertinence de l'échelon régional. En effet, les tentatives de maillage territorial, aussi bien dans le domaine hospitalier que dans celui des soins de ville, font appel au niveau infrarégional, voire départemental. La création des grandes régions et la gestion de la crise de la Covid-19 ont d'ailleurs mis en lumière les faibles moyens des délégations départementales des ARS. Cette situation était inscrite dans les choix organisationnels initiaux. La loi « *Hôpital, Patients, Santé et Territoires* », dite HPST, a posé le principe de l'existence des délégations départementales, mais elle est peu diserte sur leur rôle, se contentant de disposer que les ARS en mettent en place. Dans les rapports parlementaires et lors des auditions, leur rôle est le plus souvent décrit comme celui d'un agent de liaison ou d'une interface. Le rôle des délégations départementales varie considérablement selon les régions, tant par leur périmètre de compétences que par leur niveau d'autonomie. Cette hétérogénéité est le fruit des choix des directeurs généraux

d'ARS, mais dépend aussi des ressources humaines de chaque délégation. En raison de leurs effectifs limités, elles peinent à se positionner comme un acteur clé, y compris pour des missions qui relèvent de leur cœur de métier, comme l'accompagnement de projets. Enfin, la faiblesse de l'échelon départemental des ARS est d'autant plus problématique qu'elle crée une forte asymétrie avec deux de leurs principaux partenaires institutionnels : la préfecture de département pour la sécurité sanitaire et les conseils départementaux pour le médico-social. Plusieurs scénarios peuvent être conçus pour bâtir un échelon départemental fort.

Il s'agit d'offrir aux élus locaux un interlocuteur capable de les accompagner pour bâtir des politiques de santé répondant aux besoins des territoires. L'amplitude de ces ajustements peut varier d'une transformation radicale de la forme juridique actuelle des ARS à une réforme plus incrémentale. Au-delà de ces débats, un objectif est largement partagé : bâtir un échelon départemental fort pour restaurer la proximité. Le niveau régional pourrait conserver les fonctions de stratégie, de régulation, de programmation et de contrôle. L'échelon départemental, quant à lui, doit acquérir des compétences pleines et entières et devenir le niveau principal de mise en œuvre, d'animation et de dialogue territorial. Ce transfert suppose trois évolutions importantes. La première est l'attribution de compétences propres aux délégations départementales, afin de réduire le temps de décision et de la rapprocher du terrain. Les secteurs 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. Le second axe concerne les moyens budgétaires pour financer des projets. Cela passe par la délégation d'une partie du fonds d'intervention régional - le FIR - à l'échelon départemental, afin qu'il puisse soutenir de façon autonome les actions adaptées aux besoins locaux. La troisième direction est l'organisation de l'offre de soins de proximité. Depuis la loi « 3DS », le conseil départemental dispose d'une compétence pour promouvoir l'accès aux soins, mais cela ne s'est pas traduit de manière concrète, hormis pour la gestion des centres de santé. Ce renforcement peut aller plus loin, comme le préconise l'article 1^{er} 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 au département un rôle de coordination. 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.

La recommandation n° 1 consiste à se doter d'un échelon territorial renforcé, doté de compétences et de moyens budgétaires propres. Je vais maintenant céder la parole à ma collègue Céline Brulin.

Mme Céline Brulin, rapporteure. - Les agences régionales de santé ont été conçues pour décliner la politique nationale de santé au niveau régional. Elles disposent d'une expertise sanitaire, de compétences de

planification, de régulation de l'offre de soins, de gestion du médico-social et de sécurité sanitaire. Face à elles, les élus locaux et les préfets de département incarnent une autre logique, celle de la proximité territoriale, de la relation avec la population et de la cohérence de l'action publique locale. C'est cette tension qui structure les difficultés entre ces différents acteurs.

Une des critiques majeures formulées à l'encontre du fonctionnement des ARS est leur relation déséquilibrée avec les élus locaux. Ces derniers sont consultés, mais non associés aux décisions. Les instances de concertation existent, mais elles sont peu décisionnelles. Les élus ne trouvent pas toujours auprès des ARS l'accompagnement ou les capacités d'adaptation aux réalités locales attendues. La santé est demeurée une compétence de l'État et de l'assurance maladie. Les collectivités interviennent surtout par leurs compétences connexes – action sociale, protection maternelle et infantile, logement, mobilités, politique de la ville – ou par des initiatives volontaires. L'organisation sanitaire, trop verticale, ne répond pas aux attentes des élus locaux.

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 – c'est le moins que l'on puisse dire – dans des procédures déjà largement arbitrées par l'administration sanitaire. La crise de la Covid a aggravé cette tension. Les maires et les présidents d'intercommunalités, de départements et de régions ont organisé des centres de vaccination, relayé les messages sanitaires, géré les équipements, accompagné les établissements médico-sociaux, répondu aux inquiétudes des habitants et assuré la continuité de services essentiels.

La désertification médicale a renforcé l'intervention directe des collectivités. Communes, intercommunalités, départements ou régions financent aujourd'hui 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 comme les medicobus. Pour tenir compte de ces revendications légitimes des élus locaux et du fait qu'ils pallient une situation nationale que nous connaissons bien.

La loi « 3DS » a transformé le conseil de surveillance des ARS et a permis aux communes et départements de gérer des centres de santé. Ces ajustements, bien que nécessaires, ne suffisent pas à construire la proximité des politiques de santé. Le contrat local de santé (CLS) est aujourd'hui l'instrument de cette proximité, en permettant aux collectivités de coordonner les sujets de santé. Ces contrats associent élus, habitants, associations et professionnels de santé sur des projets mobilisateurs, faisant de la collectivité le pivot de l'animation territoriale en santé. Toutefois, les CLS demeurent fragiles et sous-utilisés. Ils souffrent d'un sous-financement par les ARS, d'un renouvellement important des coordinateurs et d'un manque d'acculturation de l'administration. À titre d'exemple, le financement des ARS pour la

coordination des CLS est en moyenne de 30 000 euros par an, contre près du double pour les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Il faut donc engager une réflexion pour renforcer ces instruments contractuels et les pérenniser financièrement.

Un échelon départemental des ARS, renforcé et doté de moyens propres, serait une réponse adéquate. Cette proximité doit aussi être construite avec les préfets de département. Après la crise de la Covid-19, la loi du 24 janvier 2023 est venue ajuster les relations entre préfets et ARS sur la gestion de crise. Ces liens ont été renforcés par le décret du 30 juillet 2025, qui vise à accroître la capacité du préfet à assurer la cohérence de l'action de l'État et à rendre l'action publique locale plus efficace. Ce décret prévoit une intervention accrue du préfet dans les projets d'évolution de la cartographie des services publics, y compris en matière d'organisation des soins, et renforce sa participation aux nominations et à l'évaluation des responsables territoriaux. Ce texte confirme que le préfet est de plus en plus positionné comme le garant de la cohérence territoriale de l'État, y compris pour l'action des agences. Pour les ARS, cela signifie que les décisions structurantes relatives à l'offre de soins ne peuvent plus être conçues comme purement sectorielles.

Certaines décisions ont des effets territoriaux, politiques et sociaux qui appellent l'association du préfet. La fermeture d'une maternité, la suspension d'une autorisation, la réorganisation d'un service d'urgence ou la restructuration d'un établissement médico-social ne relèvent pas seulement de la régulation sanitaire. Elles touchent à l'aménagement du territoire, à l'ordre public local, aux élus et à la confiance dans l'État. La trajectoire suivie depuis la sortie de crise est donc celle d'un renforcement continu du préfet de département. La relation entre le préfet et l'ARS doit également être explorée comme un instrument d'adaptation des politiques de santé aux besoins locaux. À ce titre, les évolutions du pouvoir de dérogation des préfets pourraient servir d'exemple pour les ARS et devenir un levier supplémentaire en faveur de la proximité et du développement de politiques locales de santé. L'objectif serait de simplifier les normes et de favoriser une meilleure adaptation des politiques de santé aux enjeux propres à chaque territoire. Comme pour les préfets, cet élargissement du pouvoir de dérogation en matière sanitaire nécessite une intervention du législateur. Ce pouvoir de dérogation, limité aux directeurs généraux d'ARS, constitue un enjeu important pour une meilleure adéquation et une meilleure réactivité aux besoins du territoire. Pour véritablement adapter l'action des ARS aux besoins locaux, il faut prévoir explicitement la possibilité de déroger à des règles de fond. Les objectifs actuels, trop limités à des questions de forme, pourraient être utilement remplacés par des dispositions plus ambitieuses. Cette extension devrait évidemment être entourée de garanties : dérogations justifiées par un diagnostic territorial documenté, association préalable du préfet, des collectivités locales, de l'assurance maladie et de représentants de professionnels, information ou avis du conseil d'administration de l'ARS et de

la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA). Quelle que soit l'autorité sanitaire, l'objectif n'est pas de fragiliser les normes nationales, mais de permettre leur adaptation lorsque leur application uniforme empêche de répondre aux besoins. D'où notre deuxième recommandation : étendre le pouvoir de dérogation de l'autorité en charge des politiques sanitaires afin de permettre une meilleure adaptation aux besoins des territoires.

Depuis l'automne et les annonces du Premier ministre, le débat sur la réforme des ARS a repris une certaine actualité. Malgré la perspective d'un éventuel ajustement des compétences entre l'État et les collectivités locales, le débat se concentre sur l'organisation administrative des ARS, ou plus exactement, le choix de l'autorité en charge du pilotage des services de l'État menant la politique de santé au niveau local fait débat depuis plusieurs années. Les retours d'expérience menés après la crise de la Covid-19 avaient mis en lumière des difficultés d'organisation, notamment dans l'articulation entre les agences régionales de santé (ARS), les préfets et les élus locaux. Ce débat s'inscrit désormais dans une réflexion plus large sur l'organisation de l'État local et les effets de son « *agencification* » sur le pilotage des politiques publiques.

Ces réformes d'organisation ne doivent pas empêcher une réflexion simultanée sur les réponses à apporter aux besoins exprimés dans les territoires. L'accès à la santé ne peut plus être garanti par la seule juxtaposition d'acteurs autonomes. Il faut probablement organiser à l'échelle des territoires une responsabilité collective, lisible pour les patients, rassemblant l'ensemble des acteurs concernés, contractualisés et capables de garantir un niveau minimal de réponse aux besoins de santé. Des initiatives sont en cours, comme le label France Santé, mais il convient probablement d'aller plus loin ou de faire plus efficace. L'idée d'une réorganisation du système autour de l'usager en réponse aux inégalités sociales et territoriales de santé et au manque de visibilité de l'offre de soins n'est pas nouvelle. Elle figure dans la loi HPST, dont le titre II est intitulé « *Accès de tous à des soins de qualité* ». Cette réflexion a été reprise par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) et resserrée sur un enjeu devenu central : la crise d'accès aux soins de proximité. Elle figure également dans plusieurs rapports parlementaires.

Le cœur de cette réflexion est la définition d'un socle de services qui répond à une question simple : quel service minimal chaque habitant doit-il pouvoir trouver, quel que soit son lieu de vie ? Cette question appelle une réponse institutionnelle complexe. Il faut définir le contenu de l'offre, désigner les acteurs responsables, organiser leur coopération et prévoir les mécanismes de recours en cas de carence.

Cette question est d'autant plus importante que, selon le dernier rapport du Conseil national de l'ordre des médecins, si la baisse du nombre de médecins paraît enrayée, deux situations très préoccupantes perdurent. D'une part, les inégalités territoriales persistent, un constat net pour la médecine générale et plus encore pour l'accès aux spécialistes. D'autre part,

les bassins de vie les plus fragiles sur la période 2016-2023, cumulant faible densité médicale et dégradation de l'accès aux soins, apparaissent particulièrement exposés à un risque d'aggravation.

Si l'État détient juridiquement une compétence exclusive en matière de santé, les habitants d'un territoire se tournent plus volontiers et plus facilement vers leur maire ou leur élu local pour se plaindre de la situation en matière d'accès aux soins que vers les directeurs généraux des agences régionales de santé. Cette situation justifie l'action des élus locaux et les nombreuses initiatives prises pour favoriser le maintien de l'accès aux soins sur leur territoire. Nous constatons en effet, depuis près de vingt ans, un foisonnement d'initiatives locales destinées à répondre à des enjeux d'accès aux soins.

Ces initiatives démontrent que les collectivités locales sont des partenaires incontournables des services de l'État en matière de santé. Elles ne prendront tout leur sens que si elles débouchent sur une garantie concrète pour les habitants. La question centrale est donc celle d'une offre de santé minimale, d'un socle de services garantis à la population.

La proximité ne doit pas seulement permettre de mieux organiser les acteurs ; elle doit définir ce que chaque habitant est en droit d'attendre du système de santé, quel que soit son territoire de résidence. Pour cela, il faut expliciter le contenu que l'on donne à ce principe en établissant la liste des services à rendre en proximité. Ces services, et parmi eux les services prioritaires dans le contexte de crise actuelle, doivent être coconstruits avec les usagers et les professionnels sur la base d'une analyse des besoins. Si des solutions urgentes doivent être trouvées, il faut en même temps conserver l'objectif de structuration des soins de proximité à un horizon de dix à quinze ans. Il s'agit donc de reconnaître et d'organiser la responsabilité collective de l'accès aux soins dans les territoires en s'appuyant sur les acteurs locaux. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie propose ainsi, sans prétention d'exhaustivité, qu'il soit possible pour tout un chacun, en tout point du territoire, de bénéficier des soins de proximité suivants : un accès à des professionnels de soins primaires en capacité de fournir toute la gamme du spectre sanitaire dans des délais appropriés ; l'accès à une expertise et à des plateaux techniques, y compris en biologie ou en imagerie, lorsque cela est nécessaire, en proximité pour certaines spécialités, là aussi dans des délais cohérents avec le problème de santé rencontré.

Avoir un médecin traitant, accéder aux soins dentaires préventifs et curatifs, pouvoir bénéficier d'une hospitalisation de proximité ou d'une hospitalisation à domicile – au domicile à proprement parler ou en établissement médico-social –, si nécessaire, à l'occasion d'un épisode aigu, à la suite d'une intervention dans un établissement de recours ou pour une situation de fin de vie. Si l'objectif peut paraître ambitieux, la réflexion avance. Proposer des indicateurs tels qu'une offre de soins de proximité accessible en

moins de trente minutes et sous quarante-huit heures peut s'apparenter à un socle minimal d'offres de soins pour les territoires.

Avec une nuance importante, il ne s'agit pas d'un droit opposable à une offre complète de soins ni d'une nouvelle compétence territoriale de santé. C'est plutôt un indicateur national de maillage destiné à rendre visible et à soutenir un niveau minimal de service dans les territoires. La mise en œuvre effective de cet indicateur et les résultats obtenus devront faire l'objet de toute notre attention et des ajustements complémentaires devront être menés pour éviter l'affaiblissement ou la décrédibilisation de cette démarche.

Les collectivités ont un rôle déterminant à jouer pour atteindre ces objectifs et construire un panel de solutions localement adaptées, voire mettre en place, en cas de constat de carence, une offre organisée. Il est entendu à mes yeux que ce ne serait évidemment pas à elles seules d'en porter les coûts, notamment financiers. Les solutions peuvent donc être diverses. Là encore, il est essentiel de ne pas opposer les formes juridiques – l'exercice libéral ou salarié, par exemple – et d'accepter différents modèles, pourvu que le service à la population soit rendu. D'où notre troisième recommandation, qui est de bâtir un socle de services minimum auquel chaque habitant peut prétendre. Je suis heureuse de présenter le rapport que nous avons mené avec Pascale Gruny et Guylène Pantel – que je souhaite aussi à mon tour excuser – dans un contexte un peu bousculé, puisqu'il se dit et s'écrit beaucoup de choses sur les ARS depuis quelques mois. Des solutions apparaissent, disparaissent, apparaissent sous d'autres formes. C'est sans doute la preuve que c'est un vrai sujet sur lequel il fallait se pencher, ce que nous avons fait. Je suis sûre que vos contributions enrichiront utilement notre travail.

M. Laurent Burgoa. – Venant d'Occitanie, une région qui peut être considérée comme très grande avec ses treize départements, je partage le constat des rapporteuses sur la nécessité de construire la proximité. L'efficacité dépend aussi de la personnalité du directeur de l'ARS. J'ai connu deux directeurs totalement différents : le premier qui ne voulait pas parler aux élus, le second avec qui la communication était très fluide. Il était très proche des élus et passait son temps sur les routes de l'Occitanie, il est aujourd'hui directeur de cabinet de la ministre en charge du handicap

Vos préconisations vont dans le sens d'un renforcement des prérogatives de l'échelon départemental. Je partage ce point de vue mais j'ai une question concernant le problème budgétaire. Quelle serait la méthode utilisée pour répartir le budget régional entre les treize départements de ma région par exemple ? Ce budget, vu le contexte national, ne sera pas augmenté, sachant que la santé a été un enjeu majeur lors des dernières élections municipales. Je ne connais pas une commune en France où cette problématique de l'accès aux soins n'a pas été évoquée.

Comment répartiriez-vous l'enveloppe budgétaire actuelle alors que certains départements sont très ruraux et n'ont pas de centre hospitalier universitaire (CHU), alors que d'autres ont plusieurs hôpitaux. Cette répartition se fera-t-elle uniquement en fonction du nombre d'habitants ou se tiendra-t-elle compte du tissu médical déjà en place ? Je vous rejoins également sur le fait qu'il serait bon que le pouvoir de nos préfets de département soit aussi renforcé dans ce domaine.

Il est vrai que nous avons la chance d'avoir, dans l'ensemble, des préfets qui sont aussi à l'écoute des élus.

Mme Nadine Bellurot. – Je salue le travail que vous avez accompli sur les ARS ; il est très intéressant, nous continuerons à en parler au-delà de votre rapport, et formule de nombreuses propositions. La santé est une préoccupation première et « vitale » qui nous concerne tous, dans tous les territoires.

Deux brèves remarques. Vous avez raison de parler de proximité, car plus on se rapproche d'une décision, plus elle est à la fois rapide et, souvent, efficace. Nous avons déjà voté ici, à la quasi-unanimité, une proposition de loi qui donne au préfet un pouvoir de dérogation réglementaire et législatif. Dans ce texte, le préfet est coordinateur et, au final, même décideur sur toutes les instances nationales – ARS, DREAL, etc. –, ce qui rejoint ce que vous dites : à un moment donné, il faut que le représentant de l'État ait un pouvoir réel sur toutes ces instances. Il va sans dire que ce n'est pas forcément à lui de décider de l'installation d'un hôpital – à chacun ses compétences –, mais il y a un réel besoin de proximité départementale.

Ensuite, je me posais également une question qui concerne les instruments contractuels. Vous avez parlé des communautés professionnelles territoriales de santé et des contrats locaux de santé. Ne serait-il pas opportun de réfléchir à une suppression ou plutôt à une fusion de ces contrats ? Honnêtement, il devient difficile de distinguer ces deux instruments contractuels. Quand je regarde leurs périmètres et leurs objectifs, il y a certainement des nuances, mais ne pourrait-on pas s'orienter vers le seul de contrat local de santé ? Sur les territoires, tout cela se percute. Ne faudrait-il pas mener une réflexion pour qu'il y ait véritablement des instances uniques et non une multitude ?

Mme Pascale Gruny, président. – Pour répondre à la première question de Laurent Burgoa sur la personnalité du directeur, ce point est bien évidemment ressorti lors de nos auditions. Il en va de même pour les préfets : si Laurent Burgoa a indiqué que les relations avec eux se passaient bien, il y a aussi des préfets avec qui cela ne se passe pas bien.

Il est toujours difficile d'établir des critères pour la personnalité, mais nous constatons lorsque les compétences sont déconcentrées au niveau du département, et donc moins concentrées entre les mains d'une seule personne, à savoir le directeur régional, l'action publique est plus efficace. Les relations

avec les préfets de département sont donc importantes, tout comme le pouvoir de dérogation, qui est un enjeu. Ayant constaté que le sujet principal était la proximité, nous avons en effet évoqué le pouvoir de dérogation du directeur, qui nous a semblé essentiel.

Concernant les financements et les dispositifs contractuels comme les communautés professionnelles territoriales de santé ou les contrats locaux de santé, il y a effectivement un manque de lisibilité. Les CLS ont des contenus très variés, d'une ville ou d'un département à l'autre. Il faut néanmoins, comme nous l'avons précisé, un socle minimal défini au niveau national, mais qui se décline différemment sur les territoires.

Mme Céline Brulin, rapporteure. – Je ne sais pas si nous avons le pouvoir d'intervenir sur la personnalité du préfet ou du directeur général d'ARS. En tout cas, lors des auditions, j'ai été sensible à la proposition d'une diversification des profils au sein des ARS, évoquée par un directeur général. Il indiquait que les ARS regroupaient des profils qui travaillaient sur de grands schémas et qui avaient peut-être aussi besoin de personnes plus opérationnelles, qui mettent un peu plus les mains dans le cambouis pour soutenir les acteurs locaux. Au-delà de la personnalité, c'est peut-être sur ces profils qu'il faudrait agir.

Nous n'avons pas cherché à détailler la répartition des financements entre les directions régionales et départementales des ARS, mais plutôt celle des missions, qui devaient relever des différents niveaux de compétences.

Il faut se souvenir que le principal levier d'intervention budgétaire des ARS est le Fonds d'intervention régional. Assurer sa répartition entre le niveau régional et départemental relève de choix politiques, au sens noble du terme. S'inscrit-on dans une répartition au prorata de la population ? Répartit-on les fonds en voulant réduire les inégalités de santé, ce qui signifierait que des territoires en difficulté pourraient prétendre à des plans de rattrapage ? Nous parlons de la répartition des crédits du FIR pas du financement des établissements de santé qui relève de modalités spécifiques.

J'ai en mémoire d'avoir dû protester – lorsqu'il a été question que l'ARS Normandie utilise le FIR pour venir au secours d'hôpitaux situés au sud ou à l'ouest de la région. Je le comprends, car nous connaissons la situation des hôpitaux, mais les crédits du FIR ne sont normalement pas faits pour cela.

Enfin, concernant les CPTS et CLS, il est clair que le paysage est un peu complexe à lire pour nous tous, et en particulier pour des élus locaux qui veulent s'impliquer. Je rappelle toutefois que ces instances interviennent sur des champs différents. La CPTS vise à organiser l'offre de soins sur un territoire, voire de donner accès aux soins. Dans mon département, une communauté professionnelle territoriale de santé a porté le projet d'un médico-bus qui va au devant des patients pour les soigner. Le CLS porte une vision plus large de la santé, au sens où un maire qui voudra en initier un pourra parler d'alimentation dans les cantines, de sport, de prévention et de

promotion de la santé. Par conséquent, il y a sans doute des moyens de clarifier quelque peu les choses afin que les professionnels, les usagers et les élus locaux s'y retrouvent mieux, mais sans se priver d'une vision de la santé qui fait intervenir énormément de champs – car c'est là aussi la difficulté –, et pas seulement celui du soin. Je ne sais pas si cela répond à vos questions.

Mme Pascale Gruny, président. – Une question de moyens humains se pose également. Dans les CPTS, les directeurs sont des médecins qui n'exercent plus du tout d'activité médicale, car ils sont rémunérés financièrement par la structure. Est-ce cela que nous avons voulu faire ? Je ne le pense pas.

Il faut également faire attention, car plus nous multiplions les organismes et les structures de coordination, plus nous avons de réunions. Nous perdons du temps médical, et nous demandons du temps à des élus, parmi lesquels beaucoup travaillent et ne sont pas à la retraite. Par conséquent, ils ne peuvent pas se rendre dans toutes ces instances, et, en leur absence, c'est l'administration qui gère. Il faut prêter attention à cela : une meilleure organisation serait bien plus profitable pour tout le monde.

Mme Céline Brulin, rapporteure. – Par exemple, j'ai siégé – je cite mon cas personnel – à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie CRSA, une instance qui compte environ 200 membres, avec des attentes de nature très différentes. Je ne sais pas s'il faut fusionner toutes les instances qui existent, au contraire, il y a une attente de lieux où l'on fait un peu d'opérationnel, où l'on se dit : « *là, nous avons besoin de cela, qui peut intervenir ?* » pour rationaliser. Ma crainte est que si l'on fusionne des instances qui ne sont pas du tout sur les mêmes champs, ou l'on privilégie de grands plaidoyers en faveur de telle ou telle politique sectorielle, de grands schémas qui nous seront présentés, puis chacun rentrera chez soi, les élus locaux en premier, en se disant : « *que puis-je faire pour apporter un médecin à mes habitants qui n'en ont plus ?* »

M. Pierre-Jean Rochette. – Je souhaite vous rejoindre sur vos derniers propos : nous sommes en train de tuer le secteur médico-social par la charge administrative, et nous tuons aussi les vocations. Dans les petits EHPAD de 30 ou 40 lits, une infirmière diplômée d'État est quasiment à temps plein pour le *reporting* et l'administratif. On enlève ces personnes auprès des patients : elles remplissent des papiers plutôt que de dispenser des soins, alors qu'elles ont été formées pour cela.

J'aimerais que nous étudions une évolution pour les hôpitaux locaux et les EHPAD ruraux. Il faudrait réfléchir à un système de délégation de service public, qui existe dans d'autres pays comme l'Allemagne, quand le secteur public n'y arrive plus. Sur mon ancien canton, par exemple, un EHPAD affichait des pertes abyssales. Le projet aurait été – mais la réglementation ne le permet pas – de lancer une délégation de service public. L'idée était de demander si un opérateur privé saurait accompagner la

collectivité pour perdre moins, dans un premier temps. Pour un EHPAD de 150 lits, la perte est d'environ un million d'euros par an. Je suis certain que nous trouverions des opérateurs dans le cadre de délégations renouvelables sur sept à huit ans. En effet, lorsque nous n'arrivons pas à régler les problèmes de gestion, nous finissons par fermer l'établissement, et c'est la ruralité qui y perd.

Enfin, il y a le sujet des médecins coordonnateurs dans le secteur médico-social. Dans les structures rurales, nous avons un problème pour en trouver. L'ARS devrait pouvoir permettre leur mutualisation, notamment pour les petites structures. Pour un petit EHPAD, on parle en « *zéro virgule quelque chose* » d'équivalent temps plein, pas en ETP plein. Un médecin qui a encore son cabinet ne veut pas s'engager sur un 0,30 ou un 0,40 ETP de coordination.

Sur ce point, l'ARS pourrait aider à mutualiser les médecins coordonnateurs entre établissements, afin de ne pas mettre en péril les petites structures. C'est aujourd'hui une véritable menace pour les établissements situés dans des zones faiblement denses.

M. Éric Kerrouche. – Je souhaite simplement rebondir sur ce qui vient d'être dit. Ma situation est quelque peu atypique, puisque je viens d'un département où il n'y a pas d'EHPAD privé ; c'était une volonté politique. S'il y a des délégations de service public ou des reprises, j'imagine mal que cela n'ait pas de coût, au final, sur le prix de journée, et je ne sais pas si cela ne vient pas détricoter la perspective de la continuité de l'EHPAD.

Ceci étant, nous pouvons revenir au travail que vous avez présenté. Il rejoint d'une certaine façon un travail que nous avons fait collectivement juste après la Covid, en 2020, pour montrer les limites de l'organisation des ARS. La Covid a été un révélateur qui est venu complètement ébranler cette organisation essentiellement technocratique. Nous avons, déjà, à l'époque, proposé que les ARS soient placées sous l'autorité des préfets de département, car la question de la départementalisation est essentielle.

Pour reprendre ce qu'a dit Nadine Bellurot, il y a une question de répartition. Comment se fait le découpage entre ARS régionale et départementale ? Faut-il que cette ARS soit uniquement départementale ou qu'elle couvre deux départements en fonction de la démographie ? Ce sont aussi des questions qui se posent. Je lirai votre travail avec intérêt, car la question de la cohérence de l'action locale de l'ARS est essentielle.

C'est cela le cœur du sujet : savoir dans quelle mesure une entité nous réduit à des contacts un peu particuliers avec l'ARS départementale. J'allais dire que c'est comme une pièce que l'on jette en l'air en espérant qu'elle va retomber du bon côté et que la personne en charge de l'ARS sera compréhensive. Je le vois avec les élus, mais ce n'est pas satisfaisant, car certains peuvent rester dans des logiques essentiellement distantes et technocratiques, ce qui était à la base de la fondation de l'ARS initialement.

La question de la départementalisation et de ses modalités est donc essentielle pour l'harmonie territoriale. Adopter une logique montante plutôt que descendante pour l'ARS ne nous ferait pas de mal collectivement.

Mme Pascale Gruny, président. - Pour répondre à Pierre-Jean Rochette, un EHPAD communal peut tout à fait recourir à une délégation de service public. Nous pouvons proposer de réaliser une expertise juridique sur le sujet et d'établir une comparaison avec l'Allemagne, mais cela semble déjà possible. C'est donc une piste à explorer.

Cela dit, la gestion n'est pas toujours meilleure dans ce cadre. Nous avons quelques exemples, donc les situations varient. Je ne donnerai pas de noms, d'autant qu'ils ont changé. D'ailleurs, je ne les ai pas retenus. En réalité, ce n'est pas toujours une meilleure solution.

Concernant les EHPAD, nous constatons à la commission des affaires sociales un véritable changement : les personnes souhaitent rester à domicile le plus longtemps possible. La situation évolue, l'état de santé des personnes qui entrent en EHPAD est plus dégradé. Dans mon département, nous avons moins d'EHPAD avec des lits vides, mais il y en avait de nombreux il y a encore quelques mois. Les EHPAD d'aujourd'hui deviennent de plus en plus médicalisés, ce qui soulève la question de savoir s'ils ne relèvent pas désormais du secteur hospitalier et s'ils ne devraient pas être rattachés uniquement à l'hôpital - qui n'est pas en meilleure situation financière, nous en sommes bien d'accord. Tels sont les sujets que nous examinons à la commission des affaires sociales.

Éric Kerrouche est plutôt d'accord avec nous sur la proximité, que nous défendons. Au Sénat, nous avons voté pour que la décision revienne conjointement aux préfets de région et aux directeurs régionaux des ARS. Or, je constate que le préfet de région est également très éloigné de nous ; ce n'est donc pas non plus la solution. Si les délégués départementaux des ARS avaient une plus grande proximité avec les élus, ne serait-ce que dans leur nomination, la situation serait déjà différente, car c'est finalement cela qui manque beaucoup.

Mme Céline Brulin, rapporteur. - Je souhaite rappeler que 68 % des EHPAD publics sont aujourd'hui déficitaires. Lorsque l'on atteint de tels niveaux, cela revêt un caractère structurel, plus qu'un éventuel problème de mauvaise gestion qui peut exister ici ou là. Cela s'explique par les raisons qu'évoquait Pascale Gruny : les personnes qui entrent en EHPAD sont très dépendantes, elles souffrent de maladies neuro-dégénératives. Le modèle de financement, et l'encadrement médical qui ont présidé à la création des EHPAD ne sont plus adaptés à la situation actuelle. Une réflexion doit être menée sur ce point, car nous ne pouvons pas nous satisfaire de la situation budgétaire des EHPAD, ni de leurs difficultés à recruter du personnel.

Concernant la mutualisation, elle se pratique dans certains endroits. Il y a un médecin-coordonateur pour plusieurs établissements, mais nous en

manquons beaucoup. Si je peux me permettre un clin d'œil, on demande aux médecins de participer à la CPTS, de contribuer au contrat local de santé, etc. Dans les objectifs de formation du nombre de médecins, il faut prendre cela en compte, car on ne peut pas leur demander d'être dans les instances de démocratie sanitaire et de prendre en charge des formalités administratives de plus en plus lourdes. Tout cela représente du temps médical en moins. Par conséquent, il faut peut-être former davantage de professionnels de santé. Nous en formons plus depuis quelques années, mais cela n'est peut-être pas encore suffisant pour répondre à l'ensemble des besoins.

Enfin, j'ai apprécié qu'Éric Kerrouche parle d'ARS départementale. Vous avez bien compris que le cœur du rapport est précisément de renforcer cet échelon pour qu'il soit plus en phase avec l'ensemble des autres partenaires qui interviennent en matière de santé.

Mme Patricia Schillinger. – Voilà près de vingt-deux ans que je suis sénatrice. J'ai connu la mise en place des agences régionales de santé (ARS) et ce qui se passait sur le territoire. Nous avons régulièrement des réunions visant à faire progresser la loi ou à donner une orientation à la politique de santé, que ce soit pour nos aînés ou pour l'organisation des soins. Le fonctionnement général était satisfaisant de même que les échanges avec les parlementaires.

Aujourd'hui, la situation est devenue trop complexe, il y a un empilement de structures et cela devient chronophage. Lors d'une réunion avec des conseils territoriaux de santé, j'ai consacré deux heures à une réunion où 136 personnes discutent d'un projet de bus pour trois ou six mois, puis il a été question des mammographies, des dentistes... Puis l'ordre des médecins est intervenu pour dire : « Stop, non, nous ne sommes pas assez payés. ».

Concernant CPTS, dans un secteur où il y a cinquante médecins, trois réunions ont été organisées, auxquelles quatre médecins seulement se sont déplacés. La coordination et le travail en commun ne fonctionnent donc pas. Ce qui a vraiment changé, c'est le moment où les élus ont pris la main sur la santé en voulant organiser les maisons de santé et faire venir des médecins. Cela a aussi désorganisé l'ARS que nous connaissions à l'époque, ainsi que la proximité. Mon collègue a parlé d'ARS de proximité ; pour ma part, je connaissais le directeur de l'ARS départementale et nous fonctionnions très bien. Maintenant, la direction est plutôt régionale et la directrice ne se déplace pas beaucoup.

La situation est donc vraiment très compliquée. Le transfert vers la préfecture est-il une solution ? le préfet exerce tellement de compétences que je ne sais pas comment il s'en sort, sans un seul personnel en plus. Désormais, il s'occupe du service départemental d'incendie et de secours (SDIS), des réunions sur l'eau, de tout. Le lundi, je passe mon temps en réunions à la préfecture. Il faudrait vraiment faire le point sur ce qui s'est passé depuis dix ans. Il y a trop de gens qui se mêlent de trop de choses, et l'on ne s'y retrouve

plus. Auparavant, il y avait de vrais projets : nous les portions, nous allions à Strasbourg, les élus nous demandaient de soutenir un EHPAD ou un service supplémentaire, et une commission réglait la question.

Aujourd'hui, nous n'avons plus cela. Nous faisons beaucoup trop de choses et nous nous perdons. Auparavant, c'était clair. Mes collègues sénateurs ou députés conviendront que nous avons de vraies réunions, que nous nous battions pour un hôpital ou autre, et que c'était du concret. Je ne sais pas comment les choses se passeront à l'avenir, mais, en tout cas, la situation s'est vraiment complexifiée.

M. Hervé Reynaud. – Ce rapport traite d'un sujet extrêmement important. Si nous ne le traitons pas maintenant, j'ai peur que nous n'y parvenions plus. Je rejoins Éric Kerrouche sur la technocratisation. La départementalisation doit favoriser la proximité oui, mais dans quelles conditions la met-on en œuvre ?

Vous avez beaucoup parlé de déconcentration. Donner plus de pouvoir au préfet, c'est bien, mais j'ai le sentiment depuis plusieurs mois que l'on veut lui en donner beaucoup. Qu'il soit maître de son administration, c'est une bonne chose, mais cela a peut-être ses limites. La proximité, c'est être au plus près des besoins.

Je me souviens d'une époque où l'on contractualisait, où les choses partaient du terrain. C'est une forme de confiance envers les élus locaux. Quelle est la place de ces derniers dans cette nouvelle organisation ? Le conseil départemental porte aujourd'hui la compétence du social et j'ai le sentiment que les choses sont parfaitement étanches, alors que cela redonnerait plus de poids et de sens au travail des élus départementaux. Si l'on s'en tient uniquement au profil des personnes en place, avec la chance d'avoir un bon préfet ou un bon délégué de l'ARS, j'ai peur que nous n'avancions qu'à tâtons. Il faudrait une organisation qui amène l' élu à être plus proche des centres de décision.

M. Gérard Lahellec. – Merci pour ce travail considérable qui pointe une question centrale : celle de la proximité. Cette notion est complexe et très relative, puisqu'il arrive que l'on parle de proximité immédiate, ce qui laisse supposer qu'il y en a une plus lointaine. Je viens d'une région de seulement quatre départements, ce qui n'est pas comparable à l'Occitanie. On pourrait donc supposer que l'ARS serait en rapport de proximité géographique avec nous, mais ce n'est pas exactement le cas. Non que les ARS travaillent mal, mais elles accomplissent leurs missions dans des conditions sur lesquelles je ne m'étendrai pas. Elles ne font pas exprès de mal faire, et pourtant, nous savons que cela ne va pas.

Dans notre région, sur quatre départements, deux disposent d'un CHU et deux n'en ont pas. L'organisation des soins, de la recherche et des affectations n'est donc objectivement pas la même partout. Cela crée un sentiment d'inégalité dans l'offre et révèle une approche stratégique qui ne

peut se résoudre seulement en départementalisant. Si les prérogatives de l'échelon départemental restent les mêmes, nous ne résoudrons pas ce problème.

C'est le sujet le plus compliqué auquel je suis confronté en tant qu' élu, car il touche à la vie des gens. Mon département compte quatre centres hospitaliers ; à l'heure où je vous parle, la régulation des urgences est activée dans trois d'entre eux. Je vous laisse imaginer les répercussions. Pour une intervention, il faut parfois trois heures aux sapeurs-pompiers pour parcourir 100 kilomètres. Voilà une incidence directe que l'on vit concrètement.

C'est donc une situation difficile pour le modeste élu que je suis. Nous sommes confrontés à un autre problème : celui de la connaissance et du domaine médical.

Si nous voulons procéder à une délégation de service public comme l'a évoqué notre collègue Pierre-Jean Rochette, qui va rédiger le cahier des charges ? Dès lors qu'il s'agit de définir les prestations qu'un établissement doit dispenser, il faut un minimum de prescriptions et de compétences médicales. Cela pose la question de la capacité de l'autorité publique à rédiger un tel cahier des charges. Je me sens personnellement plus capable de rédiger un cahier des charges pour l'organisation des transports que pour préfigurer les prestations de soins et de santé. Je suis moins compétent en la matière.

Il arrive que les cadres des agences régionales de santé cherchent à retarder le moment d'exposer leurs projets aux élus locaux de peur de rencontrer des oppositions ou de soulever des protestations. Ne nous cachons pas derrière notre petit doigt, c'est un peu comme cela que les choses se passent concrètement.

Je suis moi-même confronté à une situation concernant un hôpital. Cent cinq millions d'euros sont dégagés pour engager les travaux de modernisation, et je peine à enclencher le processus de lancement du cahier des charges pour une simple raison : cette rédaction du cahier des charges de la construction à venir est subordonnée à notre acceptation de la fermeture de la maternité. Vous voyez dans quelle dialectique nous sommes enfermés.

M. Pierre Jean Rochette. - Je souhaite préciser mes propos. Il ne s'agit pas de créer une offre de soins. L'ARS sait lancer un appel à projet pour construire un nouvel EHPAD ou un nouvel hôpital ; c'est un appel d'offres avec un cahier des charges très clair.

Quand je parle d'une délégation de service public, il s'agirait uniquement de la gestion liée au groupe 1 dans les comptes publics d'EHPAD, qui concerne l'hébergement. Il n'est pas question de gérer les soins avec un prisme privatisé, qu'on ne se trompe pas. L'apport du privé peut être bénéfique sur la gestion de l'hébergement, et sur ce point, il y a des choses à faire.

Je ne porte pas cette idée au détriment des autres. Je dis simplement que, lorsque nous n'arrivons pas à régler les problèmes de nos établissements médico-sociaux et sanitaires, la seule proposition de l'ARS est de les fermer ou de les regrouper. Je préférerais une solution d'accompagnement par un acteur privé sur ces sujets de gestion de l'hébergement - la restauration, la blanchisserie, l'organisation du personnel - à des fermetures pures et dures pour nos territoires ruraux.

En réalité, en EHPAD ou en hôpital, en dessous de 100 lits, on ne sait plus faire. Dans des territoires comme le mien, composés uniquement de communes d'environ 1 000 habitants, cela signifie qu'à long terme, nous n'aurons plus d'établissement si nous n'apportons pas de solutions alternatives.

Mme Pascale Gruny, président. - Il faut s'adapter au territoire, c'est ce que nous avons fait ressortir dans le rapport. La proximité, c'est aussi cela : de l'adaptation. Un socle commun national de services est néanmoins réclamé - Gérard Lahellec en parlait -, mais bien sûr adapté aux territoires.

Beaucoup de choses ont été dites. J'ai retenu que les relations élus et ARS sont compliquées. En revanche, la population est exigeante, à juste titre. Nous aimerions répondre à tous, mais nous avons des moyens financiers de plus en plus contraints.

Il est sans doute important de rationaliser un peu, les instances et les instruments contractuels non seulement pour le temps médical, mais aussi pour le temps administratif et le temps des élus.

Il n'y a pas de CHU partout, c'est une vraie différence entre les territoires. Dans mon département je n'ai pas de faculté de médecine, et celles-ci refusent que les étudiants viennent faire leurs stages chez nous. Par conséquent, nous avons plus de difficultés à trouver des médecins.

Mme Céline Brulin, rapporteure. - Je vois très bien le paysage que décrit Patricia Schillinger. Nous avons tous à peu près le même, mais je ne sais pas s'il a évolué dans le mauvais sens. J'ai plutôt l'impression que, dans certaines ARS, la situation s'améliore. En revanche, une réalité s'impose à nous tous - élus, professionnels de santé, usagers - : les problèmes de démographie médicale sont venus percuter toute cette architecture.

Nous sommes tous confrontés au fait que nous élaborons des schémas pour réguler, installer et anticiper dans dix ou quinze ans, sauf que les gens nous disent : « *C'est aujourd'hui que je n'ai pas de médecin.* » Or, on ne peut pas vivre sans médecin. On ne peut pas arriver dans un territoire et s'entendre dire : « *Je ne prends plus de patients.* » C'est cela qui percute une organisation dont on attendrait presque qu'elle soit dans la gestion de crise permanente, car nous sommes en crise du point de vue de la démographie médicale.

Ce que disait Hervé Reynaud est très juste, mais l'ARS départementale que nous proposons aurait pour objectif de construire ce socle

de services qu'a évoqué Pascale Gruny, avec l'ensemble des acteurs. Ce serait un peu le cahier des charges qu'évoquait Gérard Lahellec. Si ce cahier des charges doit être défini nationalement – car chaque citoyen français peut y prétendre –, la réalité concrète de ce socle de services ne sera pas la même dans un secteur très urbain avec de nombreux centres de santé ou, au contraire, avec des médecins libéraux isolés. Pour moi, cela devrait être, entre autres, la feuille de route de ces ARS départementalisées : construire cette réponse de proximité.

Je suis étonnée que vous n'ayez pas parlé du label France Services. Ce label a été initié par le Premier ministre avec des objectifs qui pourraient ressembler à ce que nous proposons comme socle de services.

L'objectif de France santé est de labelliser quinze structures dans chacun des départements. Ce chiffre m'interroge. Je suis en Normandie. Faut-il que ce soit quinze structures par département ? Ou bien faut-il prendre en considération le fait qu'il y a 280 000 habitants dans l'Orne et 1,2 million en Seine-Maritime et que, par conséquent, ce n'est pas forcément quinze dans les deux ? Ou se dit-on que le département le plus déficitaire, le plus désertifié médicalement, est l'Eure, et que, dans ce département, il pourrait y en avoir trente ? Je suis incapable de vous le dire et nous n'avons pas eu de réponse de l'ARS pour nous indiquer comment ils ont choisi ces quinze structures par département. Ces structures vont obtenir un financement de 50 000 euros ; elles en feront de très bonnes choses, je n'ai aucun doute là-dessus. Une règle a été définie nationalement : quinze structures par département, toutes dotées de la même somme, je ne suis pas certaine que cette règle réponde aux besoins locaux

M. Pascal Martin. – La démarche est descendante, alors que nous souhaitons, avec les élus locaux, une démarche ascendante. C'est toujours pareil : on applique la même règle à des territoires qui ont tous des diversités. Ils ne sont pas comparables. Entre la Normandie et l'Occitanie, il n'y a pas photo ! Je ne privilégie pas la Normandie par rapport à une autre région, mais elles ne sont pas comparables.

Mme Pascale Gruny, président. – Concernant le label France Santé, ce sujet a été soumis en « dernière minute » à la commission des affaires sociales. Nous avons donc perçu cela comme une opération de communication coûteuse, mise en place pour apaiser les esprits. En réalité, des structures recevront une dotation financière supplémentaire alors qu'elles n'en ont pas forcément besoin.

M. Daniel Gueret. – Je rebondis sur le calendrier de l'annonce de France Santé. Celui-ci a été particulièrement mal choisi, car annoncer cela juste avant des élections municipales a semé un désordre invraisemblable dans les intercommunalités et les communes. Dans mon département, au moins cinq communes ont été perdues ou gagnées sur le seul sujet de ces questions de santé.

Chacun, à son niveau, cherche en général à bien faire les choses ; mon propos n'est pas un réquisitoire. Seulement, en matière de santé, plus personne ne sait qui fait quoi. Le citoyen, lui, fait simplement le constat que, lorsqu'il cherche un médecin, un spécialiste ou un professionnel, ou qu'il doit placer sa mère ou son père dans un EHPAD, il est concerné au premier chef. Il sait qu'il le sera un jour, puisque le vieillissement de la population est une réalité. Nos EHPAD fonctionnent sur des règles pensées il y a quarante ans, avec une population qui ne correspond plus sociologiquement à ce qu'elle est devenue.

Une fois que l'on a dit cela, que fait-on ? Il faut revenir à la place et au rôle des conseils départementaux. Le département est perçu comme une structure de proximité et devrait être le chef de file des questions de santé. Votre rapport, pour lequel je vous félicite, le montre bien. La politique de santé est organisée en fonction des aléas de population et de vieillissement, département par département. Or, il y a eu une volonté de tout régionaliser, à un moment où le département était, dans l'esprit de beaucoup, une institution à supprimer. Le résultat aujourd'hui, comme pour les transports scolaires, c'est que la région n'est certainement pas la mieux placée pour conduire les politiques qui nécessitent une certaine proximité.

Il y a quelques semaines, lors d'une rencontre avec le président de l'association Départements de France, j'insistais sur la nécessité d'exiger de tous ceux qui aspirent à diriger le pays qu'ils clarifient leur vision pour l'avenir de la structure départementale. Les conséquences politiques de la situation actuelle sont extrêmement dangereuses. Les gens voient leurs écoles fermer - certes, pour des raisons démographiques -, leurs services publics disparaître, ils n'ont pas de médecin, pas de place en EHPAD, ou apprennent la fermeture de celui où résident leurs parents. Le résultat se traduit très souvent par un vote extrême aux élections locales. Nous venons d'assister, dans de nombreuses communes, à une répétition de ce que cela pourrait donner à l'échelon national. Par ailleurs, beaucoup trop d'acteurs, en faisant de la santé un enjeu politique, essaient de trouver des solutions parfois introuvables. Cela se traduit par une surenchère entre intercommunalités et les communes. C'est la guerre sur le terrain, car chacun se pique les médecins, et l'on a le sentiment que tout le monde s'occupe de tout. Comme l'a dit Pascale Gruny, il faut donner au territoire le droit à l'expérimentation, ici à la dérogation. Ce droit doit s'accompagner d'une évaluation, car si une expérimentation ne fonctionne pas, il faut pouvoir y mettre un terme. Il ne s'agit pas de faire n'importe quoi, mais de revenir à une certaine rationalisation dans ce domaine. Nous avons tous participé à des réunions entre professionnels de la santé, surtout en période de crise. Il faut quand même se dire que, lorsque l'on se retrouve à 70 ou à 150 autour d'une table composée quasi uniquement de professionnels de santé il est difficile pour les élus de se faire entendre. Si l'on ajoute à cela les élus se font concurrence, nous avons un enjeu politique majeur. J'attends de la période qui s'ouvre que nous exigions de ceux qui porteront le débat au niveau national de mettre la

question de la santé, de son pilotage et de sa gouvernance au cœur du problème. À mes yeux, la meilleure gouvernance est la structure départementale.

Les recommandations sont adoptées.

La délégation adopte, à l'unanimité, le rapport d'information et en autorise la publication.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

AUDITIONS RAPPORTEURES

MARDI 24 MARS - Gilbert Hangard, Président de l'association santé, élus territoires, adjoint au maire d'Albi

MARDI 14 AVRIL

- Dr Jean-Marcel MOURGUES, Vice-Président du Conseil nationale de l'ordre des médecins (CNOM)

- Mme Stéphanie RASSE, cheffe du service Études, Recherche et Statistiques (SERS) du CNOM,

MERCREDI 15 AVRIL

- Etienne Nouguez, chercheur au CNRS

- Michael Galy, Préfet du Morbihan, ancien directeur de cabinet de la Ministre de la santé et de l'accès aux soins (oct 2024-mai 2025)

MARDI 28 AVRIL - Denis Robin directeur général de l'ARS Île-de-France

RÉUNIONS PLÉNIÈRES

JEUDI 12 FÉVRIER - Virginie Magnant, secrétaire générale des ministères sociaux

JEUDI 26 FÉVRIER - Thomas Fatome, directeur général de la Cnam

Voir les comptes rendus intégraux ci-après.

COMPTES RENDUS DES AUDITIONS EN DÉLÉGATION

I. AUDITION DE MME VIRGINIE MAGNANT, SECRÉTAIRE GÉNÉRALE DES MINISTÈRES CHARGÉS DES AFFAIRES SOCIALES ET DE M. YANN DEBOS, CHEF DU PÔLE ARS SUR LE SUJET DES EFFECTIFS DÉPARTEMENTAUX ET DU DROIT DE DÉROGATION DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

M. Bernard Delcros, président. – Je remercie nos collègues d’être présents pour cette réunion de lancement d’un travail sur la question des agences régionales de santé (ARS), que notre délégation a souhaité engager. Ce travail a été confié à trois rapporteuses : Pascale Gruny, Guylène Pantel et Céline Brulin.

Ce travail s’inscrit dans une actualité récente, puisqu’en novembre dernier, devant les assises des Départements de France, puis devant le Congrès des maires, le Premier ministre a annoncé une refonte de l’organisation des ARS et l’ouverture d’une réflexion sur une possible évolution de la répartition des compétences entre l’État et les collectivités locales en matière sanitaire et médico-sociale. Cette annonce répond évidemment aux préoccupations exprimées par les élus locaux, confrontés à des questions d’accès aux soins devenues un sujet de préoccupation majeure pour nos concitoyens.

Pour démarrer ces travaux devant l’ensemble des membres de notre délégation, nous avons souhaité inviter Mme Virginie Magnan, secrétaire générale des ministères en charge des affaires sociales et, à ce titre, en charge du pilotage des ARS. Jusqu’au début de l’année, vous étiez directrice de cabinet adjointe du Premier ministre. Point important pour faire le lien avec les préoccupations de notre délégation, vous avez également exercé des fonctions en collectivité locale, puisque vous avez été conseillère auprès de la présidente de la région Île de France. Vous êtes donc parfaitement en situation pour nous apporter des éclairages sur la question des ARS, leur fonctionnement actuel et les évolutions qui se sont peut-être opérées depuis la crise de la covid. Chacun, dans nos départements, a vu comment les choses se passaient, spontanément, pour essayer de répondre aux problématiques d’accès aux soins. Très souvent, entre le préfet, le président de département, le maire et les ARS, se sont posées les questions des compétences des ARS à l’échelle départementale par rapport à l’échelle régionale. Vous allez nous apporter un éclairage sur les évolutions qui pourraient être envisagées pour rendre toujours plus efficace l’action des ARS. Je ne veux pas être plus long. et je vous cède donc tout de suite la parole.

Mme Virginie Magnant, secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales. – Je suis très heureuse d’être avec vous ce matin, presque

un mois après ma prise de fonction comme secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales. Je vous remercie de démarrer vos travaux par mon audition.

Si les secrétaires généraux de ministère ont tous pour mission l'articulation entre les directions d'administration centrale et les services déconcentrés, il existe une spécificité au sein des ministères sociaux, et singulièrement du ministère chargé de la santé : le secrétariat général y a un rôle spécifique de pilotage de la coordination des directions d'administration centrale qui concourent au pilotage de la santé, pour piloter effectivement les agences régionales de santé (ARS). La création du secrétaire général au sein de ce ministère est pratiquement concomitante, dans son périmètre, avec la création des ARS par la loi « *Hôpital, patients, santé et territoires* ».

Je suis accompagnée de M.Yann Debos, qui est le chef de pôle ARS au secrétariat général, pôle qui est précisément là pour structurer la gouvernance nationale des ARS et renforcer leur pilotage.

Les ARS, issues de la loi « *Hôpital, patients, santé et territoires* », ont presque seize ans cette année. On sort de l'adolescence, on rentre dans la maturité. Cet horizon de quinze ou seize ans peut paraître court, et pourtant, je suis convaincue que l'on ne mesure pas complètement les changements profonds qui ont été opérés dans la gouvernance et le pilotage territorial de la politique de santé par la création des ARS.

Je vous propose donc de faire un bref retour dans l'histoire, en attirant votre attention sur deux rapports qui ont concouru à faire germer l'idée de la création de ces structures. Il s'agit de rapports déjà un peu anciens, notamment un rapport Soubie de 1993 qui se projetait sur le système de santé à l'horizon 2010 et qui pointait l'organisation d'alors, considérée comme trop centralisée, peu efficace et coûteuse.

Un rapport de 2008, rédigé par un préfet, Philippe Ritter pointait déjà les mêmes difficultés et soulignait les effets possiblement négatifs de ce pilotage, en mettant en évidence les disparités sociales et régionales d'accès aux soins, le manque de moyens et de coordination, ainsi que le cloisonnement des services. La création des agences régionales de santé est donc aussi le fruit d'une réflexion constante sur le pilotage, ce qui est logique dans nos politiques publiques. Dans les années 1990 et au début des années 2000, le questionnement autour du pilotage territorial de la politique de santé s'est amplifié. La création des ARS, se nourrissant de ces constats, visait à décloisonner les politiques de santé – un objectif toujours d'actualité –, à territorialiser – un objectif qui parle particulièrement dans cette assemblée – et à maîtriser les dépenses dans une logique d'efficacité. Nous sommes sur les deux grands piliers du pilotage de la politique de santé : la pertinence, le décloisonnement, la territorialisation pour adapter le système aux réalités du terrain, et l'efficacité, objectif constant au regard des coûts importants mobilisés. La suite de l'histoire est mieux connue : la mise en place des ARS

au 1^{er} avril 2010, après une période de préfiguration extrêmement courte. Une agence régionale de santé a été créée par région – 26 à l'époque –, sous la forme d'établissements publics placés sous la tutelle des ministères chargés de la Santé et des Solidarités. La forme d'établissement public a été choisie dans un double contexte. En 2010, nous étions dans les années de la révision générale des politiques publiques (RGPP), de l'agencisation de l'État et de la reconnaissance de la pertinence de cet outil. Cette forme juridique était également adaptée à la fusion d'organismes de statuts très différents – services de l'État, de l'Assurance maladie, de la Mutualité sociale agricole (MSA). C'était donc la structure juridique la plus appropriée pour faire cohabiter ces différents statuts, avec un directeur général nommé en Conseil des ministres, directement relié à la ministre de l'époque, Roselyne Bachelot, puis à ses successeurs au ministère de la Santé.

La diapositive suivante vous permet de saisir l'importance et la diversité des structures qui ont été rassemblées en une seule entité lors de la création des agences régionales de santé. Il me semblait important de se remémorer cette histoire, car nous entendons encore beaucoup de critiques. Un point d'alerte sur la complexité de notre système : l'organisation de l'offre de soins peut apparaître parfois difficile dans la diversité des structures qui répondent aux besoins des populations. Le pilotage régional de l'ensemble a été drastiquement simplifié, puisque neuf entités intervenant à l'échelle régionale ou départementale ont fusionné dans cette structure unique. Il s'agit à la fois de structures émanant de l'assurance maladie – une partie des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), des caisses du régime social des indépendants (RSI) et de la MSA –, d'une partie des directions régionales de l'action sanitaire et sociale (DRASS) et des directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DASS) consacrées au pilotage de l'offre de santé, des agences régionales d'hospitalisation (ARH), et des groupements régionaux de santé publique ou des missions régionales de santé. Neuf structures qui n'en deviennent qu'une et qui permettent aux professionnels et aux élus d'avoir aujourd'hui, avec les agences régionales de santé, un interlocuteur unique pour une diversité de sujets – et peut-être, par conséquent, pour adresser beaucoup de critiques. C'est aussi une organisation très lisible. Je passerai très rapidement sur les missions des agences régionales de santé, qui sont, j'imagine, très connues, mais qui permettent de réinsister sur l'ambition originelle. Je parlais de la volonté d'organiser une cohérence dans la gouvernance de la politique de santé pour décroiser les parcours, sortir de logiques en silos, en allant de la prévention et de la promotion de la santé, de la veille et de la sécurité sanitaire, vers l'organisation de l'offre de soins, qu'elle soit ambulatoire, en établissement hospitalier ou médico-social. Il s'agit donc d'un continuum avec une double logique, je le redis, de pertinence et d'efficacité. Une préoccupation constante est de faire porter aussi le poids sur les actions de prévention et de promotion de la santé, censées permettre de diminuer ensuite le recours aux soins. Tout ceci est donc articulé sous un

pilotage unique. L'action des agences régionales de santé : j'ai évoqué la cohérence par le regroupement de ces différents domaines d'intervention. La cohérence aussi, parce que les agences régionales de santé sont le bras armé pour territorialiser, donc décliner localement des politiques de santé.

La stratégie nationale de santé, validée et adoptée par le Gouvernement, constitue le cadre d'orientation stratégique. Celui-ci se décline dans le projet régional de santé, qui se décompose lui-même en un cadre d'orientation stratégique, un schéma régional de santé et un programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes les plus démunies. Comment les agences régionales de santé (ARS) sont-elles organisées à l'échelle territoriale départementale et de quels moyens disposent-elles ? Les ARS, comme leur nom l'indique, sont structurées à l'échelle régionale, jugée pertinente pour l'organisation globale des soins. Néanmoins, il est important de rappeler que, dès la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », l'échelon territorial départemental des ARS a été posé. L'ARS est donc instituée dans sa double dimension d'agence régionale de santé s'appuyant sur des délégations territoriales au sein de chaque département. Après l'échelon régional, pertinent pour planifier l'organisation des soins et concevoir une stratégie, l'échelon départemental est celui de la proximité et du bassin de vie ; il est donc très important. En matière d'organisation et de fonctionnement, un peu moins de la moitié des agences sont en direction départementale, avec des différences notables entre les grandes et les plus petites régions. Cette différence s'explique notamment par la diminution des effectifs des ARS, qui ont perdu un peu plus de 1 000 ETP depuis leur création. Des gains d'efficacité ont donc été réalisés grâce à un meilleur outillage des systèmes d'information, mais aussi par la recherche d'organisations efficaces.

L'organisation retenue permet d'organiser un pilotage stratégique depuis le niveau régional. C'est aussi le niveau où l'on centralise les fonctions qui peuvent l'être dans une recherche d'efficacité. L'échelon départemental, quant à lui, est le lieu de l'animation de proximité des politiques territoriales de santé. L'échelon régional peut donc être relativement plus important dans les régions de plus petite taille, où les moyens sont moindres, dans le cadre de cette mutualisation de fonctions transversales ou de type autorisation-tarifification.

Les directions départementales sont des acteurs de proximité, mobilisés sur le dialogue avec les élus, les préfets et les acteurs sanitaires et médico-sociaux de leur territoire. Elles sont investies dans l'animation de la pandémie, les politiques de contractualisation locale – notamment les contrats locaux de santé –, mais aussi dans la construction des dispositifs d'appui à la coordination et la structuration des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Elles sont également en charge de l'accompagnement des projets locaux et concourent à l'animation de la

démocratie en santé, un point très structurant pour les ARS aux échelles régionale et départementale.

Vous m'interrogez sur les évolutions dans le fonctionnement et l'organisation des ARS depuis la crise de la covid, à la recherche d'une plus grande territorialisation. L'action des agences est manifeste, avec un travail continu pour renforcer l'échelon départemental, non seulement en effectifs, mais aussi pour armer véritablement les directeurs délégués comme des interlocuteurs de poids vis-à-vis des élus et des professionnels.

Le reclassement des postes de directeurs délégués en emploi COMEX emporte des conséquences pour les intéressés. Cela permet de requalifier le poste, de souligner l'importance que nous accordons à ces fonctions et de rendre les directeurs délégués pleinement membres de la gouvernance des agences régionales de santé (ARS). Généralement chaque ARS réunit son comité exécutif (COMEX) de manière hebdomadaire, ce qui favorise l'intégration de la dimension territoriale de son action au quotidien. En effet, les directeurs métiers – organisation des soins, prévention, sécurité sanitaire – coopèrent dans une organisation matricielle avec les directions départementales. C'est au sein du COMEX que se construisent le pilotage et les dispositifs de politique de santé, dans un aller-retour constant entre les expertises professionnelles et la prise en compte des attendus territoriaux, singulièrement départementaux. Les ministères sociaux et de la santé accordent une importance particulière à ces postes, qui sont aujourd'hui des postes de sortie de l'Institut national du Service public (INSP). Au cours des trois dernières années, nous avons ouvert des postes et des sortants de l'INSP se sont positionnés comme directeurs départementaux en Lozère, dans le Lot, dans l'Aveyron, dans le Morbihan et dans l'Essonne. Cette diversité de territoires permet des trajectoires professionnelles intéressantes, elle permet aussi à des cadres de la haute fonction publique d'être en prise avec les réalités locales. Outre leur forte intégration dans le COMEX des ARS pour co-construire la stratégie territoriale, les directeurs délégués se voient reconnaître des marges de manœuvre plus grandes. Un mouvement est engagé dans les ARS, pour renforcer ces marges de manœuvre, notamment sur la mobilisation du fonds d'intervention régionale, il est encore inégal selon leur taille et leurs spécificités,

Depuis leur création en 2010, les effectifs des ARS sont passés d'un peu plus de 9 500 ETP à environ 8 200 ETP aujourd'hui, soit une réduction de 1 300 postes permise par des gains d'efficacité. La diversité des organismes fusionnés au sein des agences se retrouve une décennie plus tard dans le statut des agents qui y œuvrent au quotidien : un peu plus de la moitié sont des fonctionnaires de l'État, environ 20 % des contractuels de droit privé issus de la sphère de la sécurité sociale et environ 30 % des contractuels de droit public. Leur budget de fonctionnement s'élève à environ 800 millions d'euros, répartis entre l'État et l'Assurance maladie, qui en sont les « *co-actionnaires* ». La subvention pour charges de service public, que vous votez chaque année

au sein du programme 155, s'élève à 620 millions d'euros. Avant d'aborder le droit de délégation, qui préoccupe votre rapporteur, un mot sur le pilotage des ARS. Il s'effectue au travers du conseil national de pilotage, instance mise en place par la loi « *Hôpital, Patients, Santé et Territoires* » pour donner aux agences des directives nationales cohérentes. Ce conseil rassemble l'ensemble des directions d'administration centrale du ministère des solidarités et de la santé, le directeur général de l'Assurance maladie, la directrice générale de la CNSA, la directrice du budget, le chef de l'IGAS et les directions support du secrétariat général des ministères sociaux. Depuis 2019, il compte également deux représentants des agences régionales de santé elles-mêmes. J'avais évoqué la participation des directeurs délégués au COMEX des ARS comme un élément de co-construction d'une stratégie régionale. En miroir, le conseil national de pilotage intègre des directeurs généraux d'ARS pour garantir la prise en compte de la vision territoriale dans la déclinaison des politiques.

Le comité national de pilotage (CNP), présidé par la ministre ou son représentant, a pour vocation de valider les instructions données aux agences régionales de santé (ARS), notamment pour l'organisation de consultations dématérialisées. Il évalue les résultats des actions et assure la coordination des demandes d'informations aux ARS et de leur remontée. C'est par cette instance que le secrétariat général prépare des documents de synthèse, y compris pour la représentation nationale, comme celles sur la consommation du fonds d'intervention régional (FIR) ou sur la mise en œuvre du droit de dérogation. Une instance est également dédiée au travail sur les indicateurs et le pilotage par la donnée. La comitologie nationale vise à favoriser l'animation des ARS dans les divers domaines des politiques de santé qu'elles pilotent. Ces instances ont un double objectif : partager les objectifs de politique publique de manière descendante et co-construire le plus en amont possible les dispositifs avec les agences. C'est un principe solidement ancré au sein du ministère : construire avec les ARS le plus précocement possible. Nous considérons que c'est un gage de mise en œuvre diligente des dispositifs, qui sont ainsi plus aisément déclinables dans les territoires. C'est aussi une manière de ménager, dans la construction même des dispositifs, des marges de manœuvre et de bien définir la ligne de crête entre les objectifs nationaux et les souplesses qui doivent être laissées au territoire, conformément à l'esprit de la création des ARS.

Le droit de dérogation des directeurs généraux d'ARS, reconnu en 2023 en miroir de celui des préfets, s'inscrit logiquement dans cet esprit. Sept domaines y sont ouverts, mais en réalité, c'est l'ensemble des compétences des agences qui font l'objet de ce droit. Si l'on balaye ces domaines, on constate qu'ils couvrent l'observation de la santé et la veille sanitaire, l'information, l'éducation à la santé, la prévention, l'évaluation et la promotion des formations des professionnels, ainsi que le cœur de l'activité.

Les ARS ont des compétences en matière d'autorisation de création d'établissements ou d'installations, de répartition territoriale de l'offre, d'accès à la prévention, à la santé des personnes en situation de précarité ou de mise en œuvre d'un service unique d'aide à l'installation. Le choix a été fait de détailler l'ensemble des domaines de compétences, mais en réalité, aucun n'est exclu de ce pouvoir de dérogation. Le droit de dérogation est ouvert à une double condition : l'intérêt général et les circonstances locales. L'exercice de la dérogation doit avoir pour effet d'alléger les démarches administratives, de réduire les délais et de favoriser l'accès aux aides et au financement. C'est donc un pouvoir exercé à des fins de facilitation.

J'ai à l'esprit les dispositifs conçus pour faciliter le déploiement des politiques de santé dans les territoires. Lorsque les directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) exercent leur droit de dérogation, ils doivent s'assurer que la décision ne porte atteinte ni à la salubrité, ni à la sécurité des personnes et des biens, ni à la qualité des prises en charge, et qu'elle reste compatible avec les engagements européens et internationaux.

Le bilan de l'utilisation de ce droit de dérogation par les directeurs généraux d'ARS montre que 64 décisions ont été prises depuis le décret d'avril 2023, et qu'une proportion équivalente de projets est à l'étude. Une très forte majorité des dérogations concernent les autorisations, ce qui correspond à l'esprit de ce pouvoir : débloquer des projets et alléger les procédures. La plupart des décisions portent sur les calendriers ou la forme des procédures. Il s'agit par exemple de raccourcir les fenêtres de dépôt ou, au contraire, de déroger à des échéances pour éviter des caducités et des interruptions dans l'offre de soins.

Territorialement, une part importante des décisions dérogatoires concerne l'outre mer. Je formule l'hypothèse que, malgré les dispositions d'application spécifiques, nos dispositifs restent peut-être insuffisamment adaptés aux territoires ultramarins. Le droit de dérogation est donc particulièrement bienvenu pour ces territoires. Je pense à Mayotte, qui y a eu recours à plusieurs reprises, y compris pour faciliter des campagnes de vaccination.

C'est donc un droit qui s'utilise régulièrement et qui apparaît très pertinent. Ces dérogations permettent d'accélérer l'implantation d'équipements lourds ou de les autoriser sur des sites dérogatoires.

Dans l'objectif de faciliter l'accès aux soins, lorsque la proximité ou la sécurité de cet accès l'exigent, ce droit de dérogation est bienvenu. Il est utilisé avec modération et prudence. Des contentieux ont été formés contre ces décisions, mais en petit nombre ; nous n'en avons relevé que deux. Le Conseil d'État a pu rappeler que ce droit vise à alléger les procédures et les formalités, mais qu'il ne peut porter atteinte à des dispositions de fond, comme la qualification des professionnels, qui concourt à la sécurisation de la

dispensation des soins. Voilà pour les propos liminaires que vous m'aviez autorisé à présenter.

M. Bernard Delcros, président. - Merci, madame la secrétaire générale, pour cette présentation assez complète de l'action, du rôle et des évolutions des ARS.

Nous reviendrons sur quelques sujets, mais je vais d'abord donner la parole à nos rapporteuses : Pascale Gruny, sénatrice de l'Aisne, et Guylène Pantel, sénatrice de la Lozère, en l'absence de Céline Brulin, qui sera tenue au courant de nos travaux.

Mme Pascale Gruny, rapporteure. - Pourquoi les élus manifestent-ils une certaine agressivité lorsque l'on leur parle des agences régionales de santé (ARS) ? La situation est très compliquée. Vous avez évoqué la crise Covid-19, période durant laquelle, en tant que conseillère départementale, j'ai vu notre directeur départemental toutes les semaines. Il est parti pour épuisement professionnel. La situation en interne est donc très complexe. On ne peut pas tout imputer à la crise Covid-19. Le nouveau directeur, lorsqu'il est arrivé, a été très vivement pris à partie par les élus du département. Lorsque nous en discutons entre nous, l'ARS est véritablement un irritant. Dans les pistes lancées pour améliorer l'organisation et le pilotage, cet aspect est-il bien pris en compte ?

Pourriez-vous nous communiquer les effectifs par département, par région et par fonction ? Il y a des fonctions support, et ce n'est pas la même chose que de donner le total des effectifs.

Existe-t-il des organisations qui sont meilleures dans certains endroits, un département ou une région, et qui pourraient servir de base ? Les exemples concrets sont ce qui fonctionne le mieux.

Concernant le droit de dérogation, pourriez-vous nous donner deux exemples précis et très concrets, afin que nous puissions voir de quoi il retourne ? Cela semble pour l'instant très administratif.

Enfin, avez-vous regardé à l'international, chez nos collègues européens, s'il existait une meilleure organisation ?

M. Bernard Delcros, président. - Je donne maintenant la parole à Madame la rapporteure, Guylène Pantel, sénatrice de la Lozère.

Mme Guylène Pantel, rapporteure. - J'ai une vision moins tranchée que celle de ma collègue rapporteure, car en Lozère, nous travaillons vraiment main dans la main avec le directeur départemental et le directeur régional de l'ARS. C'est important de le souligner.

Nous avons l'exemple du bus médical qui circule en Lozère, avec des médecins retraités qui assurent des permanences d'une demi-journée dans plusieurs villages très éloignés. L'ARS a tout de suite accepté de financer ce projet, qui aide vraiment le territoire, même si, évidemment, nous manquons

de médecins comme partout. C'est pour vous dire que nous travaillons très bien avec l'ARS, le département et le préfet.

Avec mon collègue Rémy Pointereau, nous avons rédigé un rapport sur le pouvoir préfectoral. Il en ressort que certains organismes, comme l'ARS ou l'Éducation nationale, ne sont pas sous l'autorité du préfet. Or, les élus que nous avons auditionnés demandaient que le préfet soit vraiment le patron de tous les ministères et qu'il représente l'État dans le département. Je voulais savoir ce que vous en pensiez.

Enfin, comme l'a dit Pascale Gruny, existe-t-il des modalités de fonctionnement différentes selon les ARS sur le territoire ?

M. Bernard Delcros, président. – Je propose que nous prenions les questions des collègues, puis vous pourrez répondre.

Mme Sonia de La Provôté. – Ma première question concerne les dérogations. Jusqu'où va-t-on dans ce pouvoir, outre les considérations de simplification et d'allègement de la norme pour aller plus vite et être plus efficace ? Les vrais sujets de dérogation sont d'ordre organisationnel. Par exemple, quand un centre hospitalier universitaire (CHU) a un problème d'effectif aux urgences ou un problème d'organisation à l'échelle du groupement hospitalier de territoire (GHT) pour assurer ces mêmes urgences, qui sont celles de référence sur le territoire, comment se positionne l'ARS pour proposer des dérogations à la fois d'organisation – ce qui peut aller, c'est un gros mot, jusqu'à la réquisition – mais aussi financières et budgétaires ?

Ma deuxième question porte sur la liberté et l'autonomie des ARS en matière de financement et de budgétisation, y compris pour l'expérimentation. Nous savons que les budgets des missions d'intérêt général (MIG), une fois versés aux hôpitaux, reviennent au pot commun et ne sont donc pas tout à fait fléchés sur la mission qui avait justifié leur dégagement. Il y a aussi des budgets exceptionnels pour accompagner l'expérimentation, mais sur ce point, il n'y a aucune lisibilité ni transparence, alors que l'urgence de la situation pourrait nécessiter que l'on dégage rapidement de tels budgets. Le sujet des urgences, par exemple, pourrait parfaitement le justifier.

Ma troisième question porte sur la relation entre les préfets et les ARS. Nous souhaiterions que le préfet de département, comme l'a dit ma collègue Guylène Pantel, prenne la main sur les décisions ou, du moins, soit codécisionnaire. Il est prévu un plan coût-avantage par les préfets et les ARS sur certains sujets quand l'avis du préfet est requis. Comment voyez vous les choses se dérouler ? Qui l'emporte au final sur la décision ? Car c'est bien là le sujet. Cela peut concerner des décisions d'installation de certains équipements, y compris commerciaux.

Dans certains territoires, des dérogations ont été accordées il y a une trentaine d'années. La règle ayant changé, la question de ces dérogations pourrait se discuter. Vous voyez donc que ces questions sont difficiles à

arbitrer. En effet, des services déconcentrés de l'État, qui sont régionaux – par exemple les DREAL –, interviennent. Les ARS doivent prendre la décision, mais en lien avec le préfet de département. Par conséquent, il va falloir clarifier la situation. Ma dernière question porte sur les effectifs.

Vous avez parlé des effectifs dans les agences régionales de santé. La typologie de ces effectifs et le nombre de médecins présents sont un point qui me paraît intéressant, car ce ne sont pas des médecins de terrain, dont nous savons bien qu'ils sont absolument essentiels en ce moment. Je vous remercie.

Mme. Nadia Sollogoub. -J'ai une question qui porte sur le pouvoir de dérogation et le risque de recours. En effet, on donne une possibilité théorique de déroger, mais quelle est la garantie sur ce risque ? Vous avez effleuré la réponse en disant qu'il y avait eu seulement deux recours, mais je suis concernée par l'un des deux.

Je suis élue dans le département de la Nièvre. Vous connaissez évidemment le dossier. Pour maintenir un établissement de soins de suite et de rééducation ouvert, il s'agissait de pouvoir autoriser un pharmacien de ville à occuper les fonctions de pharmacien. Il n'avait pas le diplôme de pharmacien hospitalier, mais il y a eu un recours et il a été perdu.

À quoi sert de donner un pouvoir de dérogation si, finalement, il n'y a aucune protection contre le risque de recours ? Cela m'avait ouvert les yeux sur une dérogation qui n'est que théorique, car elle n'est pas protégée.

M. Gérard Lahellec. – Ma prise de parole sera une contribution, une réflexion à partir de ce que j'ai écouté attentivement. Je vous remercie pour les éléments que vous nous communiquez, car nous en avons grandement besoin pour conduire et objectiver la mission. Je le dis avec une certaine solennité : les agences sont dans l'œil du cyclone, d'une façon générale, et pas seulement les ARS. Si nous ne voulons pas tomber dans la démagogie, il faut pouvoir objectiver, et c'est le sens de la mission et des questions qui sont posées ici.

Je dis cela en ayant conscience que les missions des ARS ne sont pas faciles et que leurs marges de manœuvre ne sont pas extensibles à l'infini. Permettez-moi de citer un député de la Révolution, de la Lozère je crois, qui disait : « *On peut gouverner de loin, mais on ne peut administrer que de près.* » Il ajoutait : « *Quand on administre de près, c'est toujours le marteau de l'État qui tape, mais on lui a raccourci le manche.* » Et j'ajoute : peut-être pour taper plus juste. Il ne faut pas perdre de vue que nous sommes dans ce cadre-là et que les missions ne sont pas simples à assumer.

Ma troisième réflexion concerne la place des parlementaires et des élus en général dans le rapport aux ARS. Ce rapport n'est pas spontané. Certes, cela peut varier selon les histoires, les structures, la présence ou non de CHU. Mais, en tout cas, le rapport des ARS aux élus et à la représentation démocratique n'est pas spontané. C'est un problème.

Enfin, vous ne l'avez pas dit, mais je vais me permettre de le faire : le dénominateur commun de nos problèmes, c'est que cela coûte toujours un peu trop cher. J'utilise des mots tout à fait équilibrés pour l'exprimer. Par conséquent, dans l'objectivation des situations à laquelle nous sommes contraints à l'égard des élus – puisque nous sommes sénateurs, nous sommes en rapport avec les collectivités territoriales –, la tâche est parfois compliquée. Je vis des expériences intéressantes. Par exemple, lorsque je me focalise sur la situation d'une maternité qui est fermée depuis deux ans et demi, ce n'est pas facile.

Il faut avoir conscience que c'est une régulation d'urgence qui est reconduite. L'argument qui consiste à faire ces choix est fondé sur le plan médical et sur le plan scientifique, mais, en même temps, on considère que cela n'est pas acceptable. Nous avons donc un petit problème – j'allais dire démocratique, c'est un bien grand mot – dans le rapport de la République à la représentation élue aux agences régionales de santé. Nous avons un petit sujet.

M. Bernard Delcros, président. – S'agissant des questions évoquées sur le pouvoir de dérogation, et pour aller dans le sens de Nadia Sollogoub, faudrait-il, selon vous, modifier la loi pour apporter plus de sécurisation ? Est-ce possible ?

Mme Pascale Gruny, rapporteure. – Nous avons créé « *France Santé* ». Je voulais savoir ce que cela allait apporter. Est-ce que cela va simplifier les choses ? Est-ce, comme nous l'avons compris, un financement supplémentaire, complémentaire ? Par qui et pour qui ?

J'ai une question très concrète. Un dentiste de mon département vient de faire l'objet d'une interdiction d'exercer pour des raisons sanitaires. Je sais qu'il a déménagé en région parisienne et je ne sais pas s'il va exercer à nouveau. J'ai interrogé mon ARS pour savoir si son cas avait bien été signalé, afin qu'il n'aille pas s'installer dans une autre région. On m'a répondu que non, que cela ne se faisait pas. Je voulais avoir votre avis, car ce n'est pas le sort de ce dentiste qui m'importe – je m'en moque complètement –, mais celui des patients. En effet, tous ceux qui sont passés entre ses mains doivent maintenant faire une prise de sang en raison de risques liés au VIH et à d'autres maladies.

Mme Sonia de La Provôté. – Ma question, qui relève de la comitologie sanitaire, est très précise. L'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) contribue à arbitrer chaque année la répartition des postes d'interne par spécialité. Quel sera le rôle des agences régionales de santé (ARS) dans cette répartition, notamment dans la priorisation de certaines spécialités, par exemple la médecine d'urgence, lorsqu'il y a un besoin d'urgentistes et d'internes ? Comment les arbitrages se font-ils, car on a l'impression que certaines ARS obtiennent satisfaction et d'autres non ?

M. Bernard Delcros, président. – Il vous appartient soit de répondre, soit de réagir aux différentes interventions des collègues.

Mme Virginie Magnant. – Je vais revenir sur certains points et apporter des éléments concrets en réponse à vos questions, notamment sur le droit de dérogation.

J'ai déjà évoqué des exemples concrets où ce droit a été utilisé pour déroger à des règles relatives à des délais, à des fenêtres de dépôt et à des éléments de caducité. Il s'agit par exemple d'autoriser l'implantation d'un scanner ou d'une IRM en ouvrant une fenêtre spécifique pour le dépôt de la demande, d'autoriser le dépôt hors période, ou encore d'autoriser un SSR là où l'offre manque. C'est donc un allègement et un assouplissement des conditions relatives à la forme et à la temporalité des dépôts.

J'ai également évoqué la caducité, avec le cas d'une décision dérogatoire pour autoriser des transports sanitaires à Mayotte. L'autorisation, qui devenait caduque, a été prolongée à titre dérogatoire afin d'organiser la suite et de préserver l'offre opérationnelle.

Il peut aussi y avoir des dérogations à des seuils capacitaires, en particulier dans le secteur médico-social. Bien que les dispositions relatives au droit de l'autorisation des établissements et services médico-sociaux aient été assouplies, des décisions ont pu être prises pour relever le capacitaire d'un institut médico-éducatif (IME) ou d'un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) afin de répondre aux besoins, en dérogeant aux seuils qui auraient justifié une procédure plus lourde et plus lente. Il s'agissait d'accélérer la mise en service de places et de solutions pour accompagner les enfants en situation de handicap, dans le contexte du déploiement des 50 000 solutions que vous connaissez. L'enjeu est de rendre effectives rapidement ces créations et de fluidifier les parcours.

J'ai aussi mentionné des dérogations aux conditions géographiques d'implantation dans l'objectif de concilier proximité et sécurité. Ce sont par exemple des décisions d'autorisation de radiothérapie externe en exception géographique ou en double site d'exploitation en territoire insulaire. Nous sommes donc vraiment sur l'objectif de continuité des soins et de réponse en urgence dans des zones isolées. Nous avons des décisions, par exemple, relatives à la création...

Il s'agit de centres de santé ou d'antennes à Mayotte qui dérogent à la contrainte de trente minutes pour pallier la pénurie de médecins et réduire les distances. L'objectif est la prise en charge de proximité, la sécurité des parcours et la capacité à répondre à des géographies particulières. Des décisions ont aussi été prises en matière de laboratoire de biologie avec, sur l'île de Groix, l'autorisation de la phase analytique d'examen hors laboratoire de biologie médicale dans des conditions strictes, faute de laboratoire sur l'île. Le but est d'éviter des transferts urgents, de commencer l'analyse sur l'île et d'accélérer la prise en charge, avec un impact favorable sur la diminution des passages aux urgences et des évacuations sanitaires inutiles. Ces exemples permettent de comprendre le sens dans lequel ce droit de dérogation est

utilisé. Vous m'interrogez, madame la sénatrice de la Nièvre, sur la sécurisation de ce droit en cas de recours. Le fait de pouvoir former un recours contre une décision administrative est au fondement même de l'État de droit ; il est donc compliqué d'imaginer que l'on interdise les recours. L'exemple très concret que vous avez pris révèle que le juge a considéré que la condition de diplôme ou de qualification professionnelle participait de la sécurité et de la qualité des soins et qu'elle était donc un élément central auquel l'organisation actuelle du droit de dérogation ne permettait pas de déroger. Toutefois, il est tout à fait loisible au législateur de reprendre la disposition originelle et de réinterroger, s'il apparaît pertinent à la représentation nationale, la condition de titre qui, aujourd'hui, réserve l'exercice à un pharmacien titulaire d'une qualification spécifique et qui distingue très différemment un pharmacien en ville et un pharmacien hospitalier. Dans ce cas, le juge considère qu'il n'est pas dans la capacité du directeur général de déroger, car nous sommes dans le champ de la sécurisation du soin, mais le législateur est tout à fait fondé à réinterroger la différence opérée originellement entre les deux titres et à apprécier souverainement dans quelle mesure le titre de formation en ville est suffisamment sécurisant.

Vous m'avez interrogé sur la place des élus dans la gouvernance des ARS et, plus généralement, sur l'articulation du dialogue entre les directeurs généraux, les délégués départementaux, les responsables des ARS et les élus dans leur territoire.

Je rappelle d'abord que la loi relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale (3DS) a fait évoluer la gouvernance des agences régionales de santé. C'est une loi assez récente, et il est possible que l'ensemble de ses effets ne soit pas encore complètement produit. Les critiques adressées aux fonctionnements antérieurs des agences ne sont peut-être pas complètement atténuées par la prise de conscience que les choses ont changé, mais elles ont changé. Les conseils, qui ne sont plus des conseils de surveillance mais des conseils d'administration des ARS, intègrent un député et un sénateur. Parmi les quatre vice-présidents des conseils d'administration figurent trois élus locaux. Il y a donc aujourd'hui une participation très forte des élus, nationaux comme territoriaux, dans la gouvernance des conseils d'administration des ARS pour peser sur les choix, adopter les budgets et être destinataires d'informations et de comptes rendus précis afin de pouvoir contrôler l'action des ARS et ses déclinaisons territoriales.

Ce renforcement du dialogue institutionnel avec les élus au travers de la participation à la gouvernance, et du dialogue quotidien des directeurs généraux dans les territoires, est-il suffisant ? À l'évidence, non. Les élus sont légitimement préoccupés par les questions de santé. Dans une France qui vieillit et dans laquelle la démographie médicale accuse des retards pour répondre aux besoins accrus de santé de cette population, la question de la

santé devient prégnante. Elle fait partie du trio de tête des préoccupations des Français.

Il est donc légitime que les élus soient interpellés par leurs concitoyens sur l'accès aux soins, et le cas échéant, par des professionnels de santé. Cette préoccupation centrale des Français devient naturellement une préoccupation centrale pour les élus et vous conduit à vouloir être informés en continu de l'action menée par les ARS pour répondre aux besoins. C'est juste, naturel et évident.

Il faut réinterroger la comitologie pour favoriser un flux d'information continu sur ce qui est fait et ce qui se déploie. L'exercice du groupe du Conseil national de la refondation (CNR) a placé la démocratie locale et territoriale au cœur de l'exercice. C'est un moment où les agences régionales de santé (ARS) ont déployé des espaces de concertation au plus près du terrain, souvent au niveau des circonscriptions et en lien avec les sous-préfets d'arrondissement, pour interroger les populations sur le service rendu et susciter des idées. Je fais d'ailleurs le lien avec le droit de dérogation. Nous estimons qu'une cinquantaine des 63 dérogations recensées sont issues de l'exercice du CNR, qui consiste à aller vers les élus, les professionnels et les populations pour recueillir non seulement des besoins, mais aussi des propositions d'actions innovantes, comme celle relayée par la sénatrice de la Lozère. Cet exercice de territorialisation doit être continu. Le renforcement des délégations départementales que j'ai évoqué vise à répondre au besoin des élus de disposer d'un interlocuteur de haut niveau, intégré au comité exécutif des ARS, qui puisse leur répondre efficacement. Dans ce contexte, il est légitime d'organiser une articulation et une information réciproque extrêmement étroite entre les ARS, les délégués départementaux et les préfets de département, interlocuteurs privilégiés des élus locaux. C'est déjà une réalité, comme en témoigne le caractère quotidien de ces relations. Il faut rappeler que les ARS agissent déjà en partie sous l'autorité des préfets. En matière de sécurité sanitaire et de missions de crise, elles sont placées sous leur autorité, comme nous l'avons vu lors de la crise de la Covid-19 pour déployer les dispositifs de gestion. C'est une activité régaliennne, et il en va de même, me semble-t-il, en matière de santé environnementale.

Une partie des décisions, instruites par les équipes des agences régionales de santé, seront prises, signées et endossées par le préfet. Les directeurs généraux des ARS sont systématiquement présents dans les comités de direction régionaux des préfets. De même, les préfets de département associent de manière régulière les directeurs délégués dans leurs instances de pilotage départemental. Il y a donc une intégration très forte, qui s'est renforcée, entre la sphère du pilotage territorial de la santé et le pilotage global des politiques de l'État qu'assure le préfet. Vous m'interrogez sur les raisons des crispations qui semblent encore se manifester dans la relation aux élus ou dans l'évocation de l'action des ARS. Je remercie le sénateur des Côtes-d'Armor d'avoir rappelé la difficulté des enjeux traités. Il est donc

naturel que ces questions appellent des débats et ne suscitent pas de réponses évidentes. Les ARS déploient des dispositifs validés par la représentation nationale, en cherchant à les adapter le plus possible aux réalités territoriales ; c'est la raison pour laquelle elles ont été créées. Elles mobilisent pour ce faire des financements très importants de l'assurance maladie, mais jamais suffisants au regard des besoins qui sont infinis. C'est une articulation toujours complexe à organiser. Si je peux me permettre cette comparaison – qui n'est certainement pas raison, comme on le sait –, ayant dirigé pendant cinq ans la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, j'ai peut-être des connaissances plus précises en matière de politique médico-sociale et du handicap qu'en matière sanitaire. Quand on s'interroge sur l'efficacité des ARS, je ne peux m'empêcher de penser aux critiques très fréquentes orientées en direction des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), structures créées par la loi de 2005 pour permettre une gouvernance partagée de la politique du handicap.

Il s'agit de coopérer autour des décisions importantes pour la vie des personnes handicapées, les structures financeuses, les droits des personnes et les personnes elles-mêmes, représentées par les associations au sein des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), qui sont les instances de décision des MDPH. Fréquemment, les partenaires de ces politiques et les personnes elles-mêmes critiquent les MDPH pour la lenteur éventuelle de la décision ou pour des droits jugés insuffisamment protecteurs. Elles interpellent aussi les MDPH lorsque les décisions prises ne sont pas suivies d'effet.

Vu de la fenêtre de l'ancienne directrice de la CNSA que je suis, on critique en réalité un messenger qui ne fait que remplir les missions confiées par le législateur. Il ouvre des droits dans des conditions normatives parfois complexes, en veillant à la parfaite légalité de ces décisions, et se déploie selon les capacités de l'offre locale. On confond souvent la MDPH, qui instruit les demandes, et la CDAPH, seule instance habilitée à prendre ces décisions, ainsi que les critiques contre un droit qui serait insuffisant et son application qui pourrait être complexe. Les ARS peuvent aussi être souvent critiquées, car les besoins et les attentes de nos concitoyens, dans le contexte démographique que j'ai rappelé, sont très élevés en matière de santé. Notre système fait face à de fortes tensions en matière de ressources médicales. Nous le savons tous, et cela a conduit à des réorientations très fortes, avec l'ouverture du numerus clausus et la recherche de dispositifs plus favorables destinés à alléger la mobilisation du temps médical et à trouver des organisations plus efficaces pour être le plus économe possible de cette ressource rare. Mais cette offre de santé est en tension et, derrière les critiques des ARS, il y a les attentes fortes sur notre capacité à répondre aux besoins et les limites de notre système, quelle que soit la bonne volonté de ceux qui le pilotent. Voilà ce que je pouvais répondre sur le cas des services centraux débordés. Je vous propose d'apporter des compléments. « *France Assos Santé* », me semble-t-il, participe pleinement.

Sur le label « *France Santé* », l'ambition consiste à proposer aux professionnels qui désirent répondre aux tensions qui s'expriment sur les territoires de s'engager dans des maisons labellisées de. Le dispositif repose sur un cahier des charges qui vise à renforcer la coordination entre ces professionnels pour garantir des réponses nouvelles aux besoins des territoires, avec, le cas échéant, des organisations plus intégrées, le recours à des organisations.

Le cas échéant, ce dispositif permet l'accès à des soins en télémédecine. Je vais laisser Yann Debos compléter la présentation du dispositif, puisqu'il a suivi plus précisément que moi ce qui s'est passé ces derniers mois, qui ont été très denses en la matière.

Les ARS sont très mobilisées pour permettre le déploiement rapide du dispositif. Nous sommes là encore dans la recherche de nouvelles formes d'organisation et de coordination des professionnels de santé pour répondre rapidement à des besoins territoriaux.

M. Yann Debos, chef du pôle ARS sur le sujet des effectifs départementaux et du droit de dérogation des directeurs généraux des agences régionales de santé. – La secrétaire générale a presque tout dit sur « *France Santé* ». Nous sommes en passe de remplir le premier objectif quantitatif visé. Il y a beaucoup de maisons pluriprofessionnelles de santé et un certain nombre de centres de santé. Il ne s'agit pas forcément de nouvelles structures, mais de structures existantes qui remplissent un cahier des charges pour notamment assurer des disponibilités et pouvoir accueillir des personnes dans un temps court, dans des zones où les besoins peuvent être particulièrement importants.

Pour la suite, les discussions se poursuivent, notamment sur une éventuelle aide financière, dans l'optique d'avoir une offre réellement complémentaire et supplémentaire par rapport à ce qui peut exister aujourd'hui. Sur ce sujet précis, les choses sont encore en discussion.

M. Bernard Delcros, président. – Je vous remercie, madame Magnan, ainsi que vous-même, pour l'ensemble de ces explications, de ces précisions et pour votre analyse.

Ces échanges seront tout à fait utiles à nos rapporteurs pour conduire leur travail.

II. AUDITION DE M. THOMAS FATÔME, DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM), SUR LE SUJET DE LA TERRITORIALISATION DES POLITIQUES DE SANTÉ ET DES RELATIONS ENTRE LES CAISSES PRIMAIRES ET LES ÉLUS LOCAUX

M. Bernard Delcros, président. – Nous recevons ce matin M Thomas FATÔME, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie.

Je crois pouvoir dire qu'il s'agit de la première audition d'un ou d'une représentante de la Cnam devant notre délégation.

Cette première s'inscrit dans le cadre du rapport sur les ARS confié à nos collègues Pascale Gruny, Guylène Pantel et Céline Brulin.

Alors, pourquoi cette première ? Vous le savez tous, les caisses d'assurance maladie sont présentes sur l'ensemble du territoire, avec un réseau organisé entre la caisse nationale et les caisses primaires (Cpam) implantées dans chaque département. Au-delà de leurs fonctions d'accès aux droits et de production (le remboursement de soins), ces caisses locales peuvent contribuer à un déploiement d'une politique locale de santé adaptée aux besoins spécifiques de leur territoire.

Cette contribution fait désormais l'objet d'une politique affichée par la caisse nationale.

En novembre dernier, le directeur général de la Cnam a été invité au congrès des maires. Il a rappelé à cette occasion son souhait de voir les équipes des caisses locales se rapprocher aussi souvent que possible des élus locaux, tandis que la caisse nationale devait se rapprocher des associations nationales représentant les collectivités.

Dans une situation où l'accès aux soins est devenu une préoccupation majeure de nos concitoyens, il nous a donc semblé intéressant d'auditionner la Cnam sur sa politique de coopération avec les élus locaux.

La présence du Directeur général de la Cnam devant notre délégation témoigne de l'importance qu'il accorde à ces rapprochements.

Je rappelle qu'outre des missions classiques de gestion du réseau des caisses, le directeur général de la Cnam est chargé de mener les négociations conventionnelles avec les différentes professions de santé libérales. Il exerce à ce titre une mission très importante qui a des effets sur la répartition territoriale de ces professionnels de santé, soit par des mesures de régulation, soit par des mesures incitatives.

Cette audition doit donc nous permettre d'être plus amplement informés sur les actions que les caisses locales peuvent mener avec les collectivités locales, mais aussi leurs relations avec les professionnels de santé et la façon dont les conventions nationales conclues entre la caisse nationale et les syndicats représentatifs des différentes professions de santé permettent

de favoriser un meilleur accès aux soins par des aides à l'installation ou au fonctionnement d'un cabinet libéral ou d'une structure collective.

Nous souhaitons que cet échange soit utile au travail que nous avons engagé avec notre rapporteur et qu'il soit tout à fait direct et simple. Merci d'avoir répondu à notre invitation.

M. Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie. – Je ne savais pas qu'il s'agissait d'une première, mais cela illustre à coup sûr l'investissement croissant de l'assurance maladie dans les politiques locales de santé.

Historiquement, nous sommes une caisse de remboursement de soins qui apporte des services aux assurés. Il est vrai cependant que, de plus en plus et de manière partenariale, nous souhaitons être des acteurs de politiques de santé territorialisées, au-delà des orientations de politique de santé publique définies par le Gouvernement.

Pour cela, nous pouvons nous appuyer sur le réseau des caisses primaires, un réseau départemental que nous avons souhaité conserver et consolider. Notre capacité à rester en proximité au niveau départemental est un atout. Les caisses connaissent leur territoire, leurs partenaires, les professionnels de santé et les élus. Elles savent adapter les politiques publiques aux enjeux territoriaux, même en matière de santé : la Caisse nationale porte des politiques nationales de santé publique, mais dans ce domaine, il faut de plus en plus territorialiser.

Pour illustrer notre investissement dans les politiques locales de santé, je pourrais prendre trois exemples : l'accès à l'organisation des soins ; la prévention, un domaine nouveau dans lequel nous investissons de plus en plus ; et tout ce qui touche aux sujets de santé et d'environnement, qui constitue pour nous un pilier de plus en plus important. De par les conventions que nous signons avec les professionnels de santé, mais pas seulement, nous souhaitons être, et nous le sommes déjà en bonne partie, un acteur important de ces politiques d'accès aux soins et d'organisation du système de soins.

Cela passe par le soutien à l'exercice coordonné, comme les maisons et les centres de santé, ainsi que par le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé, les CPTS. Celles-ci s'ancrent progressivement dans les territoires et constituent un maillon important de discussion territoriale entre les collectivités locales, les agences régionales de santé, les services de l'État et les établissements de santé. Le monde de la médecine de ville est par définition éclaté, émietté ; les CPTS permettent cette dimension territoriale qui n'existait pas. Elles sont encore jeunes, mais nous y croyons. Nous investissons également dans la lutte contre les déserts médicaux, mais pas seulement : nous luttons aussi contre les risques de déserts pharmaceutiques et en matière d'accès aux soins dentaires. Cela se traduit par des politiques conventionnelles, y compris de régulation des installations,

mais aussi par des aides à l'installation. Des dynamiques de guichets uniques se développent dans certains territoires, et nous en sommes généralement soit à l'initiative, soit partie prenante. Enfin, au-delà de notre rôle d'interface avec les professionnels de santé et les élus, nous avons un rôle direct vis-à-vis des assurés. L'une de nos mobilisations les plus fortes est le plan d'action engagé depuis deux ans pour trouver un médecin traitant aux personnes en affection de longue durée (ALD) qui n'en avaient pas. Début 2023, 5,6 % des personnes en ALD n'avaient pas de médecin traitant, ce qui signifie que plus de 94 % en avaient un. Nous avons fait baisser ce taux de 20 % en un peu plus de deux ans, grâce à une impulsion nationale mais aussi à une mobilisation très territoriale avec l'ensemble des parties prenantes : CPTS, maisons de santé pluriprofessionnelles et élus. C'est typiquement le type d'action sur lequel nous pouvons être en proximité des acteurs de l'accès aux soins.

Le deuxième pilier de cet investissement dans les politiques locales de santé est la prévention. Il est nécessaire d'accélérer ce virage préventif, comme nous l'avons rappelé dans notre rapport « *Charges et produits* » l'année dernière, tant pour la santé publique que pour la soutenabilité de l'assurance maladie. Nous ne la rétablirons pas si nous n'arrivons pas à accélérer, notamment en matière de prévention secondaire et tertiaire, pour éviter les pathologies chroniques et limiter leur aggravation. Ce sont des enjeux majeurs. Derrière cela, il y a des axes de politique nationale. Partout en France, nous avons besoin de dépister davantage les cancers, de vacciner davantage et de faire plus de prévention bucco-dentaire. Il y a donc des ambitions et des programmes d'action nationaux, mais cela ne peut produire des résultats que si c'est très profondément articulé avec des actions territoriales. Un seul exemple : le programme « Génération sans carie » propose à tous les enfants un examen bucco-dentaire annuel en famille. C'est un programme national, avec un cycle d'invitations et un travail avec les dentistes et les complémentaires santé, mais ce sont aussi des actions territorialisées dans les écoles, par exemple, pour promouvoir la prévention bucco-dentaire, y compris dans les quartiers les plus défavorisés. Il en va de même pour le dépistage organisé des cancers, sujet sur lequel nous sommes très investis. Nous avons déployé une politique d'« *aller vers* » assez déterminée, en créant sept plateaux d'appels sortants qui ont appelé plus de 4 millions d'assurés l'année dernière pour leur proposer de prendre des rendez-vous. Cela se fait en appui d'initiatives territoriales, en soutien aux associations, aux campagnes de dépistage locales et à des formes mobiles de dépistage, avec une interaction opérationnelle qui permet d'articuler les démarches. Le troisième axe, peut-être un peu nouveau dans le paysage mais très important pour nous, est l'investissement en matière de santé, d'environnement et de transition écologique. Il n'est pas besoin d'aller très loin pour en partager les enjeux.

En matière de santé-environnement, dimensions sur lesquelles l'Assurance maladie a été peu présente jusqu'à présent, les enjeux sont très territoriaux. Nous nous y investissons donc de plus en plus, qu'il s'agisse de l'accompagnement de professionnels de santé sur les programmes « *zéro*

phtalate », de la sobriété dans l'utilisation du système de santé, comme le transport partagé, ou encore de la lutte contre le gaspillage de pansements. Sur ce dernier point, nous avons enclenché une expérimentation avec un certain nombre de caisses, des infirmiers, des médecins et des pharmaciens, qui se déploie au niveau local. Cet investissement ne se fait pas de manière solitaire, mais en partenariat. Il n'y a pas de politique efficace en matière d'organisation et d'accès aux soins ou de prévention si elle ne se fait pas avec les agences régionales de santé, les associations, les professionnels de santé et les collectivités locales. C'est le sens de l'initiative que j'ai prise pour renforcer les liens entre les caisses primaires et les collectivités locales. Notre sentiment est que beaucoup d'élus locaux, mais aussi certains acteurs préfectoraux, ont découvert la capacité d'action des caisses primaires au travers de la crise Covid-19 : centres de dépistage et de vaccination, mise à disposition de données, information de la population et des professionnels de santé. Dans beaucoup de territoires, cela a été une « rencontre » ; les élus ont découvert une capacité à être encore plus investi dans les politiques locales de santé. Je souhaite que nous nous appuyions sur cette dynamique, même si elle commence à être un peu lointaine, pour amplifier et faire connaître nos politiques publiques, et nous mettre à la disposition des dynamiques territoriales de santé. Beaucoup de caisses sont parties prenantes des contrats locaux de santé portés par de nombreux maires et collectivités départementales. Nous pouvons aussi apporter beaucoup de données, puisque nous gérons celles de la consommation de soins de plus de 65 millions d'assurés.

L'objectif est d'obtenir beaucoup d'informations sur l'activité des professionnels de santé et sur leur démographie. Je me permets d'ailleurs d'inviter la délégation à consulter sur Ameli les espaces de datavisualisation que nous avons ouverts. Ils donnent accès à de nombreuses informations sur le système de santé aux niveaux national, régional et départemental. Nous pouvons ainsi mettre à la disposition des contrats locaux de santé et des initiatives territoriales beaucoup de données pour comprendre la démographie, l'accès aux soins ou la proportion de personnes en ALD ou bénéficiant de la contribution santé-solidaire (C2S). Au travers d'un outil comme « *Horizon* », par exemple, nous créons des outils accessibles pour les élus locaux, ce dont j'ai pu faire la démonstration au Salon des maires. Cette dynamique vise à se déployer de manière pérenne avec les différents niveaux de collectivité territoriale. J'ai échangé avec l'ensemble des représentants des associations d'élus au niveau national pour connaître leurs besoins et décliner cette feuille de route, afin de mobiliser les directeurs des caisses primaires et leurs équipes pour être visibles, disponibles et efficaces dans cette relation partenariale. En quittant cette réunion, j'irai lancer les négociations avec les professionnels de santé autour du label France Santé, qui est aussi un outil d'accès aux soins et illustre notre mobilisation.

Bernard Delcros, président. – Merci, monsieur le directeur. Merci aux collègues qui nous ont rejoints.

Je vais commencer par passer la parole à nos deux rapporteurs, Pascal et Céline, puisque Guylaine est absente, puis les collègues qui souhaitent intervenir pourront se signaler.

Pascale Gruny, rapporteure. – Monsieur le directeur général, avec Céline Brulin, nous avons l’habitude de voir très régulièrement M. Fatôme au sein de la commission des affaires sociales.

Je souhaiterais avoir des éléments plus concrets. En tant que conseiller départemental, comme certains de mes collègues qui siègent dans les conseils municipaux, je ne vous vois pas dans le paysage. On parle tout le temps des ARS, mais pas des caisses. Personnellement, je n’ai pas accès au directeur de la Caisse primaire d’assurance maladie (Cpam), par exemple.

Je voudrais donc savoir concrètement quels sont les liens. Cette proximité que vous avez évoquée va-t-elle changer ? Comment cela va-t-il se faire avec les ARS ? Vous venez de parler de France Santé. Dans le cadre du PLFSS, nous ne voyons pas très bien ce que cette labellisation apporte ; c’est un guichet en plus. Concrètement, comment cela se passe-t-il ?

Je ne sais pas si vous êtes un acteur qui peut favoriser ces échanges, mais c’est important pour les territoires, notamment dans l’organisation de la santé. Comme nous sommes pratiquement tous dans des « *déserts médicaux* », nous ne sommes pas favorisés. Même si l’on se situe « *les pieds dans l’eau* », à Nice par exemple, dès que l’on fait quelques kilomètres à l’intérieur des terres, on se trouve dans un désert médical ; la situation est donc partout la même.

Vous avez également parlé des pharmacies. Comment pouvez-vous les accompagner, car nous rencontrons des difficultés ? S’il n’y a plus de médecin, il n’y a plus de pharmacie. À force de réduire les marges, les pharmaciens n’arrivent plus à générer suffisamment de résultats et il n’y a pas de reprise. Beaucoup de jeunes pharmaciens ne veulent plus s’installer. Ils acceptent de travailler dans une pharmacie, mais cela ne permet pas de couvrir l’ensemble du territoire.

Comment comptez-vous être un acteur plus important au niveau territorial, en lien avec les associations de collectivités territoriales ? C’est vraiment de cela dont nous avons besoin. Notre sujet, ce sont les ARS. Pour elles, c’est la même chose : parfois, cela fonctionne bien, parfois non. Nous avons plutôt des retours négatifs sur les ARS, qui constituent un échelon pour lequel nous aimerions souvent que le préfet soit l’autorité de tutelle, ce qui n’est pas le cas, rendant parfois la situation difficile.

Bernard Delcros, président. – Merci, Madame la rapporteure. Vous avez soulevé un ensemble de problèmes importants, notamment la relation entre la Cnam et les ARS, et vous avez souligné comment tout cela fonctionne.

Mme Céline Brulin, rapporteure. – Pour compléter, je souhaiterais aborder un point concret.

On vous identifie, y compris les élus locaux, sur la question de la donnée. Or, précisément, cette donnée doit permettre d'apporter des réponses qui correspondent le mieux possible aux territoires et aux inégalités territoriales qu'il faut résorber. Très concrètement, comment cela se passe-t-il pour les aides à l'installation ? Travaillez-vous avec l'agence régionale de santé au niveau régional, avec les délégations départementales ? Quelle approche différenciée peut exister selon les besoins des territoires ?

Par ailleurs, vous avez évoqué France Santé, qui nous interroge aussi beaucoup. Par exemple, en Normandie, France Santé va labelliser et donc financer quinze structures par département, qu'il s'agisse de l'Orne, avec 280 000 habitants, ou de la Seine-Maritime, avec 1,2 million d'habitants et des problématiques différentes. La désertification médicale est un trait commun à presque toute la France, mais il y a tout de même des différences au sein même des départements. De quelle manière apportez-vous cette lecture plus précise de la réalité des territoires, afin que nous ayons une réponse véritablement adaptée aux besoins de chacun ?

Bernard Delcros, président. – Je propose que nous continuions les interventions. La parole est à Hervé Gillé, qui porte la voix de la Gironde.

M. Hervé Gillé. – Je partage les propos des précédentes intervenantes sur le manque de lisibilité en matière de territorialisation. Dans le secteur de la santé, nous avons du mal à définir des zones claires : les contrats locaux de santé ne correspondent pas nécessairement aux CPTS, par exemple, ce qui nuit à la visibilité sur les territoires.

En revanche, lorsque des politiques de santé sont portées par des syndicats mixtes de territoires, notamment des syndicats de pays, nous observons une amélioration de l'engagement partenarial des acteurs. Je voudrais donc vous interroger sur la place que vous prenez, ou souhaiteriez prendre, dans le cadre de ces politiques. Prenons l'exemple du maintien à domicile pour les personnes âgées et de toutes les actions de prévention que nous soutenons à ce niveau. Quel est votre point de vue ? Souhaitez-vous vous impliquer dans ce type de stratégies, qui ont des répercussions non négligeables en matière de prévention, d'information de l'utilisateur, mais aussi des impacts financiers ? Le maintien à domicile est toujours beaucoup moins coûteux que le placement en organisme spécialisé. Ce manque de lisibilité des politiques de santé dans les territoires mériterait d'être mis en perspective.

Enfin, vous avez abordé les problèmes de prévention sanitaire, qui montent en puissance. Ces sujets seront de plus en plus prégnants. La problématique de l'eau l'illustre particulièrement. Quel regard portez-vous sur ces évolutions, notamment sur les consommations d'usages et la consommation d'eau potable ?

Nadia Sollogoub. – Je vais poursuivre dans le prolongement des remarques de mes collègues. Nous identifions la CNAM dans le cadre des négociations conventionnelles. C'est à ce moment-là que nous sommes

sollicités par les acteurs de nos territoires, par nos syndicats, qui nous disent : « *Cela coince, on ne nous écoute pas, on va passer en force alors que nous n'avons pas signé les conventions* ». La situation se tend alors et nous vous sollicitons. Votre visibilité sur le territoire est moins évidente et, comme mes collègues, j'ai du mal à voir comment s'articule votre action par rapport à celle des ARS.

Quelles sont les aides concrètes à l'installation ? À quel moment pouvons-nous nous tourner vers vous ou conseiller aux acteurs du territoire de le faire ? Puisque nous avons été plusieurs à évoquer cette fameuse labellisation France Services, je me dis que l'on brouille finalement la visibilité au niveau national, au niveau local, avec ce nouveau réseau. Est-ce un nouveau réseau ? Est-ce un réseau existant ? Il y a là une petite ambiguïté.

Quel est votre sentiment ? Est-il vraiment pertinent de labelliser des CPTS ou plutôt des maisons de soins coordonnées, qui sont des lieux de soins concrets où les professionnels de santé organisent une nouvelle manière de prendre les patients en charge ? Je vous rappelle qu'au Sénat, nous avons un peu tiqué lorsque l'on a commencé à inaugurer des maisons France Services alors que le dispositif n'avait aucune existence légale, puisque nous n'avions pas de projet de loi de finances.

Mme Sonia de La Provôté. – Je souhaite rebondir sur les interactions entre l'assurance maladie et les agences régionales de santé (ARS) ainsi que sur votre rôle sur le terrain. Pour ceux qui sont engagés depuis un certain nombre d'années, nous avons vu le rôle local de la sécurité sociale s'amointrer et se résumer à un fonctionnement interne, la gestion de son rôle assurantiel. Il fut un temps où il y avait des délégués présents sur le terrain et une présence territoriale au travers des permanences. Si l'on trouve certes encore quelques permanences, cela n'obéit pas à une logique d'aménagement du territoire et au maintien de cette fonction, pourtant essentielle pour les assurés sociaux.

J'ai deux questions. Considérez-vous que Mon Espace Santé et l'utilisation quasi systématique du numérique remplissent leur office, ou faut-il encore prévoir une présence humaine pour ce rôle de service, de conseil et d'accompagnement ? Cela est d'autant plus pertinent que vous avez mis en avant la prévention, qui ne se passe pas exclusivement par les voies numériques.

Ma deuxième question porte sur la présence des professionnels de santé, notamment les médecins, dans les territoires. Est-ce l'ARS qui vous fournit une cartographie indiquant que, peut-être, en fonction d'une présence ou non dans une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ? Ou considérez-vous que cela fait partie des outils que vous devez, vous-même, mettre en avant dès à présent ?

Mme Anne-Sophie Patru. – Je souhaite aborder un sujet d'actualité concernant l'expérimentation menée dans certains quartiers populaires de la ville, avec la présence des SEGPA.

Aujourd'hui, l'existence de cette expérimentation est remise en question. Pouvez-vous nous éclairer sur les fondements de cet arrêt potentiel ? Avez-vous réalisé des statistiques ou d'autres analyses qui permettraient de nous en dire davantage sur cette éventuelle interruption du financement ?

Thomas Fatôme. – Je voudrais rebondir sur ce qui a été dit concernant le manque de visibilité de l'assurance maladie, qui justifie pleinement la démarche que j'ai souhaité engager l'année dernière. Le diagnostic est différent selon les territoires, mais ce que vous évoquez, nous avons pu le ressentir, ce qui a justifié notre souhait d'être plus visibles, de nous faire connaître et d'être davantage à la disposition des collectivités territoriales en tant qu'« *offreurs de services* ».

Notre démarche doit donc être très proactive et systématique. Par exemple, j'ai demandé aux directeurs de caisse que, dès la fin des élections municipales, ils prennent systématiquement contact avec les nouvelles équipes pour faire connaître leur caisse. Ce réflexe doit être pris de proposer de venir aux réunions des associations départementales des maires, d'être visible dans le paysage local. Les caisses le sont davantage qu'il y a cinq ans, mais manifestement, il y a des progrès à faire et c'est précisément ce que nous portons dans cette démarche.

Concernant les agences régionales de santé (ARS), nous travaillons en très bonne intelligence avec elles, tant au niveau départemental que régional, sur de nombreux sujets : régulation des dépenses, qualité des soins, programmes de pertinence. Il y a énormément d'interactions. Cette interface se fait à deux niveaux, départemental et régional, selon les sujets, et les feuilles de route sont partagées, qu'il s'agisse de prévention, d'accès aux soins ou d'organisation des soins. Généralement, notre taille étant plus importante au niveau départemental que celle d'une délégation de l'ARS, cette dernière s'appuie sur nous lorsque nous passons aux travaux pratiques.

Contractualiser avec une maison de santé ou une CPTS se décline dans une feuille de route régionale, mais c'est généralement la caisse primaire, en lien avec la direction de la délégation départementale, qui gère au quotidien la relation avec les structures de terrain. Je souhaite partager avec vous l'investissement important des ARS dans ces politiques publiques, dans un contexte éminemment difficile en matière de démographie médicale, de situation hospitalière tendue et d'accès aux soins qui peut demeurer difficile dans certains territoires. À ce sujet, je tiens à me féliciter du partenariat que nous avons avec elles. Je dis souvent que ce sont nos cousines germaines. Un certain nombre de personnels des agences, d'ailleurs, en sont issus.

Étant donné que je me déplace beaucoup, je rencontre souvent les directeurs d'ARS, au niveau national comme territorial, ainsi que les directions départementales. Je peux vous assurer que les échanges sont extrêmement réguliers pour appréhender des situations parfois difficiles.

Pour répondre plus précisément aux deux premières questions, je prendrai quelques exemples de cette stratégie. D'abord, nous devons davantage faire connaître les dispositifs de l'Assurance maladie. L'un des plus importants pour l'accès aux soins est l'assistant médical. Il s'agit d'une personne qui travaille auprès d'un médecin, principalement généraliste, pour prendre en charge son temps non médical et administratif, lui permettant ainsi de se consacrer quasi totalement aux soins. Ce dispositif fonctionne : il permet à un médecin traitant de prendre 10 à 15 % de patients en plus sans travailler davantage. Le but est de lui faire gagner le temps consacré aux tâches administratives, à la préparation des consultations ou à la gestion des dossiers. Plus de 9 500 contrats d'assistants médicaux ont été signés.

Le lien avec les élus est évident, car derrière ce sujet, comme pour celui du docteur junior qui arrivera en quatrième année de médecine générale à l'automne prochain, se posent des questions immobilières et de locaux. Le premier problème que nous exposent les médecins est le suivant : « *Je veux bien un assistant médical, mais je ne sais pas où l'asseoir. Je n'ai pas de place* ». J'ai donc invité les directeurs de caisse à se rapprocher des élus pour voir comment accompagner un projet de maison de santé ou un déménagement afin de trouver des solutions pour les professionnels. Nous ne sommes pas des promoteurs immobiliers ; ce sont les élus qui connaissent leur territoire et qui peuvent porter des initiatives dans ce domaine. Voilà un premier exemple : faire connaître un dispositif comme l'assistant médical et ce qu'il implique.

Deuxième élément : être à la disposition des élus pour des initiatives locales.

Je commencerai par le contrat local de santé. Lorsque nous avons interrogé les caisses, 80 % d'entre elles participent à ces contrats. Pour prendre des exemples concrets, si les contrats locaux de santé abordent des sujets de prévention, la caisse primaire peut proposer des thèmes. Elle peut dire : « *Si vous voulez mener des actions sur le dépistage organisé des cancers, nous pouvons vous fournir des données, solliciter les personnes non dépistées et réaliser des publipostages.* » Je prends un autre exemple concernant la prévention cardiovasculaire : nous sommes partie prenante de l'opération du bus du cœur des femmes. Ce bus de l'association Agir pour le Cœur des Femmes fait le tour de plusieurs villes pour proposer des dépistages, généralement en partenariat avec les élus. Nous accueillons le bus et nous effectuons des publipostages pour inviter les femmes à venir se faire dépister. Cela fonctionne : des milliers de femmes se font ainsi dépister, alors qu'elles ne s'y seraient pas rendues autrement. Il s'agit donc d'être à la disposition des élus locaux. Enfin, je reviens sur les données. Nous avons mis en place des plateformes de données à la disposition des élus, notamment la plateforme Raison CPTS, qui fournit beaucoup d'informations. Lorsque des élus élaborent un contrat local de santé, nous mettons ces données à leur disposition. Elles sont faciles d'accès et permettent de voir qui est installé sur les territoires, où se situent les populations fragiles ou en affection de longue durée (ALD), leur âge, la

démographie des professionnels, ou encore les risques de fragilité du territoire. C'est un point que nous voulons approfondir. Nous avons d'ailleurs proposé aux associations d'élus, au niveau national, d'aller plus loin dans l'expression de leurs besoins afin que nous soyons plus clairs sur ce qui manque. Le niveau infra-départemental, notamment, peut parfois être plus compliqué pour nous, que ce soit pour aller chercher ou mettre à disposition des données, y compris pour des raisons juridiques.

Je ne dirais pas que c'est normé ; par définition, c'est très dépendant des projets territoriaux des élus, de l'ARS et de la Caisse primaire. Les rôles peuvent donc varier selon les thématiques. Un dernier exemple est la coordination de la relation avec les professionnels de santé, notamment à travers les logiques de guichet unique. Celles-ci sont parfois pilotées par le conseil départemental, parfois par d'autres acteurs, et réunissent généralement la Caisse primaire, l'ARS et l'URSSAF pour assumer l'ensemble des tâches administratives liées à l'installation des médecins. Ce sont des dynamiques existantes que nous voulons renforcer. J'aborderai maintenant des questions plus spécifiques, en commençant par les pharmacies. J'ai évoqué volontairement le risque de désert pharmaceutique. Certains territoires nous inquiètent, où des médecins sont partis et où le nombre de pharmacies restantes est très limité. C'est pourquoi nous avons signé avec les pharmaciens un avenant pour mettre en œuvre une aide aux pharmacies en zone fragile. Jusqu'à présent, son déploiement a été insuffisant, puisque seules 150 pharmacies en ont bénéficié. Un amendement a donc été voté au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour nous permettre d'étendre ce dispositif. L'objectif est bien d'aider 1 000 pharmacies en territoire fragile, afin qu'elles bénéficient d'une aide pérenne de 20 000 euros. Il s'agit typiquement de la dernière pharmacie d'une collectivité, où il n'y a éventuellement plus de médecins, et dont nous avons besoin pour l'accès aux médicaments et pour tous les services qu'une pharmacie peut aujourd'hui proposer. Concernant France Santé, un processus de labellisation a été engagé pour identifier notamment des maisons et des centres de santé déjà bien installés sur le territoire. Ma responsabilité en tant que directeur général de l'Assurance maladie est de négocier le cahier des charges de France Santé pour ces structures. Quel contenu mettons-nous dans ce label ? Comment s'interface-t-il avec l'accord conventionnel interprofessionnel qui existe déjà ?

Ces relations existent avec l'ensemble des syndicats des professions de santé. Le lancement des négociations va avoir lieu ce matin, avec l'objectif de les finaliser les travaux pour le début du mois de mai, afin d'être à l'écoute des professionnels et de définir des objectifs en termes d'accès aux soins, de prévention, de parcours de soins et de réponse aux soins non programmés. Cela va nous permettre de consolider cette offre de soins dans les territoires, où les maisons et les centres de santé sont une solution pour la fixer. Ce label ne se construira pas d'en haut, mais avec les professions de santé, à l'écoute des acteurs. Autour de la table, il y a les syndicats nationaux, mais aussi les fédérations, notamment celle des maisons de santé, qui porte une vision très

territoriale. Nous allons construire cela avec eux, et il en va de même pour les centres de santé. Madame la sénatrice, je reviens sur le sujet de l'accueil et des permanences. Le service public de l'assurance maladie reste accessible de manière physique, téléphonique et numérique. Ce sont bien les trois piliers de notre relation de service. Nous disposons de plus de 800 points d'accueil dans les départements et sommes l'un des principaux partenaires des plus de 2 500 France Services, ce qui nous a permis de projeter une offre d'accueil y compris là où nous n'étions pas présents. Nous accueillons donc plus de 3 millions de personnes chaque année dans nos accueils, traitons 25 millions d'appels téléphoniques, et 47 millions de personnes ont un compte Ameli. C'est aujourd'hui notre principal point de contact, car dans la majorité des cas, les usagers demandent un accès numérique facile pour renouveler une carte Vitale, demander une carte européenne d'assurance maladie ou suivre un dossier d'indemnités journalières. Les chiffres que je donne ne sont pas anecdotiques.

Trois millions de personnes viennent dans nos accueils et 25 millions nous appellent au téléphone : cela signifie que nous ne sommes pas dans une exclusivité numérique. Aucun service de l'assurance maladie ne repose sur une approche exclusivement numérique. Si vous allez à l'accueil pour demander une attestation de droit, on vous dira certainement : « *Madame, Monsieur, vous auriez pu avoir un compte Ameli. Avez-vous un compte Ameli ?* » On vous accompagnera, on vous proposera de l'ouvrir, mais on vous donnera l'attestation. C'est très important, car une partie de nos publics n'est pas à l'aise avec le numérique et une autre préfère le téléphone. C'est une réalité. Au passage, nous nous sommes beaucoup investis pour rétablir la qualité de service au téléphone, puisque nous avons maintenant un taux de décroché qui est revenu à 90 %. Monsieur le sénateur, les problématiques d'aide et de maintien à domicile font partie de nos politiques prioritaires. Madame la sénatrice Sollogoub, vous évoquez les négociations conventionnelles. Nous sommes en train de négocier avec les infirmiers en ce moment même et j'espère finaliser ces négociations avant la fin du mois de mars. La capacité que nous avons à avoir 100 000 infirmiers libéraux dans notre pays qui vont tous les jours au domicile des patients n'est pas quelque chose que nous subissons à l'assurance maladie ; c'est un atout que nous voulons à tout prix préserver, car, face à l'ampleur de l'évolution démographique des personnes âgées, nous en avons absolument besoin. Derrière ces discussions nationales, il y a ensuite une animation territoriale qui peut se décliner avec des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), des services autonomie à domicile (SAD), des collectivités et le secteur médico-social, notamment les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad). C'est quelque chose de précieux. À ce sujet, je voulais aussi revenir sur les CPTS qui sont parfois critiquées, de manière peut-être souvent un peu injuste – mais il faut aussi entendre les critiques. Les CPTS peuvent être un lieu favorisant le dialogue entre les pouvoirs publics, les collectivités territoriales, les élus et les professionnels de santé. C'était le chaînon manquant. Quand, au niveau d'un

département, vous pouvez discuter avec les cinq ou six CPTS, les services de l'État et les élus impliqués pour essayer de prioriser un certain nombre d'actions en matière de prévention ou d'accès aux soins, cela me semble extrêmement précieux. Il en va de même dans un bassin de vie.

Je parle sous le contrôle des élus que vous êtes. Quand on peut investir dans des politiques locales de santé, le maire ou le président de l'intercommunalité a désormais en face de lui un responsable de CPTS. Ce n'est ni un chef d'entreprise ni un directeur de service public ; c'est un fédérateur de médecins, d'infirmiers, de pharmaciens et de kinésithérapeutes qui sont des libéraux. Ils ne se mènent pas à la baguette – heureusement –, mais il peut les fédérer. Cela n'existait pas jusque-là. Dans ces politiques territoriales de santé, c'est un atout pour l'ensemble des parties prenantes. Madame la sénatrice m'avait interrogé sur les centres de santé SECPA dans les quartiers, une expérimentation de l'article 51 que vous connaissez, copilotée par le ministère de la Santé et par l'Assurance maladie. Je souhaite vous rassurer, ainsi que les porteurs de ces projets. La ministre l'a indiqué très officiellement et a adressé un courrier à l'ensemble des porteurs des structures d'exercice coordonné participatives (SECPA) : le financement se poursuivra pour ces maisons, notamment en 2026. Comme pour toutes les discussions autour de l'article 51, une discussion s'engage sur les conditions de la bascule en droit commun, qui doit se faire d'ici à la fin de l'année 2026. En tout cas, il n'y a pas de remise en cause du dispositif. C'est un investissement important, avec des structures dotées de moyens nettement supérieurs aux maisons de santé ; il est donc légitime que l'on se pose la question des conditions de son déploiement dans le droit commun. En tout état de cause, le dispositif, qui apporte une réponse aux assurés et aux patients dans les territoires en grande fragilité, est maintenu. J'espère n'avoir oublié aucune question. J'ai en tout cas essayé d'apporter un éclairage. Vos retours sont pour moi une incitation à redoubler d'efforts, et je peux vous témoigner de l'appétence et de l'envie des équipes des caisses primaires. Elles connaissent bien leur territoire et sont donc très désireuses de mieux faire connaître les dispositifs de l'assurance maladie et d'être plus à l'écoute des attentes des professionnels de santé. Je partage avec vous une conviction : nous avons un système de santé national.

C'est un bien précieux, mais cela n'épuise pas le sujet de pouvoir donner une marge de manœuvre aux acteurs territoriaux pour porter des projets. Quand nous négocions un cadre de partenariat avec les maisons de santé pluriprofessionnelles, une discussion locale s'engage ensuite. C'est la même chose pour les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Nous avons un cadre de financement qui fixe un certain nombre de règles, puis un dialogue s'instaure sur ce que la CPTS veut faire et sur les priorités du territoire. Quelles sont, pour nous financeurs, les priorités d'action en matière de prévention et d'accès aux soins ? Quel service la CPTS peut-elle rendre ? Ce dialogue ne se fait pas à Paris, au siège de la Cnam, mais bien au niveau territorial, et il y a de plus en plus de sujets...

M. Bernard Delcros, président. - Je vous propose que nos rapporteuses puissent revenir vers vous au fil de l'avancement de leurs travaux sur les ARS. J'imagine qu'au cours des travaux, de nouveaux sujets émergeront et qu'elles pourront échanger avec vous avant l'élaboration du rapport définitif.

LISTE¹ NON EXHAUSTIVE DE RAPPORTS PORTANT SUR LES ARS OU SUR L'ORGANISATION DE L'OFFRE

- Agnès Firmin LE BODO et Jean-Carles GRELIER, Assemblée nationale, Commission des affaires sociales, Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, **Rapport d'information sur les agences régionales de santé**, 16 juin 2021, n° 4267 (15^e législature) ;

- Jean-François ROUSSET et Christophe NAEGELEN, Assemblée nationale, Commission d'enquête, **Rapport sur l'organisation du système de santé et les difficultés d'accès aux soins**, 3 juillet 2025, n° 1671 (17^e législature) ;

- Philippe MOUILLER et Patricia SCHILLINGER, Sénat, Délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation, **Rapport d'information relatif aux initiatives des territoires en matière d'accès aux soins**, 14 octobre 2021, n° 63 (2021-2022) ;

- Jean-Michel ARNAUD et Roger KAROUTCHI, Sénat, Mission commune d'information destinée à évaluer les effets des mesures prises ou envisagées en matière de confinement ou de restrictions d'activités, **Rapport d'information relatif à la place des collectivités territoriales comme acteurs de la politique de santé publique**, 24 juin 2021, n° 712 (2020-2021) ;

- Hervé MAUREY et Jean-François LONGEOT, Sénat, Commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, **Rapport d'information du groupe de travail sur les déserts médicaux**, 29 janvier 2020, n° 282 (2020-2021) ;

- Jacky LE MENN et Alain MILON, Sénat, Commission des affaires sociales, Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, **Rapport d'information sur les agences régionales de santé**, 26 février 2014, n° 400 (2013-2014) ;

- Bruno ROJOUAN, Sénat, Commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, **Rapport d'information relatif aux inégalités territoriales d'accès aux soins**, 13 novembre 2024, n° 137 (2024-2025) ;

- Bruno ROJOUAN, Sénat, Commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, Mission d'information sur les perspectives de la politique d'aménagement du territoire et de cohésion territoriale, **Rapport d'information sur le volet « renforcer l'accès territorial aux soins »**, 29 mars 2022, n° 589 (2022-2023) ;

- Pierre BARROS et Christine LAVARDE, Sénat, Commission d'enquête sur les missions des agences, opérateurs et organismes consultatifs de l'État, **Rapport de la commission d'enquête sur les missions des agences**,

¹ Hors rapports législatifs

**opérateurs et organismes consultatifs de l'État, 1^{er} juillet 2025,
n° 807 (2024-2025).**