



Note de position

10/12/2025

Avenir du système de santé et des ARS : pour un pilotage au service des objectifs de santé publique

Les annonces du Premier Ministre sur le devenir du système de santé et des Agences Régionales de Santé, suivies de diverses prises de position ministre de la Santé, ont suscité un important mouvement de protestation chez nombre d'acteurs du système de santé. Cette incompréhension porte sur la méthode, inacceptable, et sur les conséquences des propositions émises, dont il faut noter qu'elles restent largement imprécises à ce jour.

Le débat créé a eu le mérite de faire s'exprimer, sur ce sujet démocratique essentiel mais souvent cantonné aux débats d'experts qu'est « la gouvernance du système de santé », une large palette d'acteurs : gestionnaires d'établissements de santé ou médico-sociaux, associations d'usager.e.s du système de santé, professionnel.le.s de santé, de la santé publique et de la promotion de la santé, organismes de protection sociale, ainsi que de nombreux élus locaux à une diversité d'échelles territoriales.

Un vœu est formulé, unanime : ne pas engager de réformes qui déstabiliseraient la structuration ou l'équilibre général du système tel qu'il fonctionne actuellement, voire qui en aggraveraient les dysfonctionnements, sans prendre le temps de la concertation et du dialogue avec l'ensemble des parties prenantes.

Un constat ressort aussi, avec des nuances : pour répondre aux insatisfactions qui peuvent s'exprimer face à la situation actuelle, la « gouvernance » et le « pilotage » du système de santé pourraient être amendés et évoluer vers des mécanismes plus concertés et participatifs.

Revenons aux questions de fond, pour mieux en repartir.

Notre système de santé, fondé sur un universalisme auquel chacun est profondément attaché, souffre de plusieurs maux :

- Un cloisonnement et une faible lisibilité des parcours de santé et de soin : prise en charge médicale, accompagnement psycho-social, prévention, accompagnement à l'autonomie en santé... chaque segment d'un « système ne faisant pas système » renvoyant aux autres la responsabilité des ruptures et des lacunes.
- Des processus de dialogue sur la structuration et le pilotage du système de santé réduits au strict minimum et conduits « en silo » avec les représentant.e.s de chaque groupe d'acteurs ou secteur d'activité, là où les instances de démocratie en santé, qui regroupent tous les acteurs, devraient jouer pleinement un rôle.

- 
- Des inégalités sociales et territoriales profondes, trouvant leurs racines dans des déterminants sociaux plus vastes, comme la crise sanitaire liée à la Covid-19 l'a démontré. Elles sont redoublées par les inégalités que le système de soins produit par sa complexité, son accessibilité financière de plus en plus remise en cause, et surtout les écarts de disponibilité géographique. Notre pays, bien que doté en professionnels qualifiés et fort d'un système de protection sociale unique, vit ainsi des pénuries dramatiques dans certains territoires et certains secteurs.
 - Un retard accumulé sur la place de la prévention, de la promotion de la santé et de la santé environnementale : ce retard occasionne des pertes de chance pour les individus et les populations, en lien avec le poids des maladies chroniques et des pertes d'autonomie, et il est identifié comme l'une des causes de la fragilité économique du système de protection sociale.
 - Une financiarisation de l'offre de soins qui, sous l'effet du paiement à l'acte ou de la T2A, de la concentration des acteurs cibles des investisseurs, favorise l'optimisation économique au détriment du juste soins et de sa mission de santé publique.
 - Une place faible des représentants des usagers et des représentants des habitants, notamment des élus des territoires les moins favorisés, dans le pilotage des politiques publiques, les choix d'organisation du système et d'allocation des ressources, et dans les choix de société qu'ils reflètent.

A ces maux s'ajoute également une perte de confiance de la population dans les autorités publiques et sanitaires ainsi que dans les données scientifiques.

Nous constatons toutefois que des avancées notables ont eu lieu au cours des quinze dernières années. Le déploiement des ASV¹, CLS² et des CLSM³, la mise en place des CPTS⁴, de dispositifs comme l'article 51, des DAC⁵ ou des programmes régionaux intersectoriels dans des domaines comme la périnatalité, la vaccination ou la santé mentale ont permis de décloisonner le secteur. L'importance de la prévention pour la soutenabilité économique du système fait désormais consensus, comme en témoigne le dernier rapport Charges et Produits de la CNAM. Les Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) et les Conseils Territoriaux de Santé (CTS) constituent des espaces de dialogue entre les toutes les parties prenantes, pendant que le développement de la médiation en santé a pu, enfin, être initié.

La gouvernance du système de santé, par le regroupement des missions des Agences Régionales de Santé, a concrétisé ce mouvement. **Il reste cependant de nombreux points d'insatisfaction.** Les pratiques nécessaires (proximité des implantations territoriales, logiques d'alliance avec les usagers et les acteurs de la société, priorité à la réduction des inégalités) sont parfois inégalement mises en œuvre selon les régions. Le pilotage est identifié comme trop technique, trop tourné vers l'efficience, ou à l'inverse trop sensible aux pouvoirs locaux. La réduction drastique de leurs moyens, la complexité de certaines réglementations nationales, et la faiblesse du portage politique national ont affaibli leur capacité d'action. En outre, de nombreux élus territoriaux estiment que leur voix, relais des

¹ Ateliers Santé Ville

² Contrats locaux de santé

³ Conseils locaux de santé mentale

⁴ Communautés professionnelles territoriales de santé

⁵ Dispositifs d'appui à la coordination



préoccupations des habitants, est trop peu entendue, et la capacité d'expérimentation des collectivités locales insuffisamment reconnue.

La plupart des objectifs de santé publique font cependant l'objet d'un large consensus et doivent guider les réflexions collectives. Pour n'en citer que quelques-uns : donner accès à une offre de soins primaires à tou.te.s avec accès aux urgences, augmenter le recours au dépistage des cancers et aux vaccinations et réduire et les inégalités d'accès, diminuer l'incidence des maladies chroniques, améliorer les parcours de santé, de soin et d'accompagnement à l'autonomie, soutenir les conditions d'une bonne santé dans les 1 000 premiers jours de la vie et la petite enfance, développer les éducations à la santé, réduire les expositions environnementales nocives...

Nous considérons que les évolutions doivent être lisibles, c'est-à-dire appropriables par les citoyens, et construites avec celles et ceux qui les représentent (élus locaux comme représentants élus des usagers du système de santé) sans ignorer la complexité du système. **Aucune solution magique ne peut résoudre à elle seule les difficultés**, encore moins si elle est arbitrée en quelques jours, teintée de simplisme, si elle ne tient pas compte de la diversité des situations concrètes. On ne règlera pas la situation sur la base de slogans, surtout s'il s'agit d'opposer « déconcentration » et « décentralisation ».

Nous appelons ainsi à un véritable processus de concertation, adossé à une méthode définie collectivement. Nous soulignons quatre points de principe intangibles.

La proximité dans la mise en œuvre des politiques publiques ne se résume pas à la désignation d'un niveau administratif unique ni à la mise en concurrence des territoires. Communes et départements ont une signification pour les habitants, le quartier ou le bassin de vie aussi. Les politiques de promotion de la santé et celles de l'accès aux soins interagissent fortement au niveau local. Géographes, politistes et élus insistent sur la dimension inter-échelle des processus. La pénurie des ressources en santé conduit au contraire à ce que la fragmentation des décisions mette en concurrence les territoires, venant aggraver significativement les difficultés de certains.

Une meilleure prise en compte des acteurs de proximité renforce le besoin d'un pilotage à une échelle plus globale, aussi bien dans le sanitaire que le médico-social. La frontière départementale, pas plus que la communale, ne doit faire obstacle à l'usage du système de soins, notamment des soins de premiers recours ou des services médico-sociaux. Des mécanismes régionaux doivent venir soutenir les dynamiques locales, tout en assumant des missions spécifiques dans l'ensemble des champs (promotion de la santé, accès aux soins médico-social, santé environnementale). L'approche territoriale de proximité doit aller de pair avec une vision globale, tant au plan régional que national.

Ce pilotage global doit porter la responsabilité de réduire les inégalités sociales de santé, ce qui passe par une capacité d'arbitrage, une priorisation à la prévention et à la promotion de la santé, une stratégie de coalition avec les collectivités locales et la société civile en général, dans une perspective d'universalisme proportionné.

Le pilotage de la santé doit bénéficier de la confiance de la population et des professionnels, y compris la promotion de la santé et la santé environnementale. Il doit être lisible et s'appuyer sur les meilleures données d'expertise. Il doit dialoguer avec les pouvoirs administratifs et politiques, mais dans le respect des missions. Enfin, ce pilotage

doit rendre des comptes de façon compréhensible. Les instances de démocratie en santé, qui rassemblent l'intégralité des acteurs du système aux échelons national, régional et départemental/territorial, devraient être positionnées comme des acteurs clef du pilotage des politiques de santé.

L'ensemble de ces points nous conduit à exclure toute segmentation du pilotage du système de santé. A l'inverse, nous demandons notamment que les Agences régionales de santé bénéficient d'un mandat explicite en termes de proximité, de collaboration territoriale, de logiques d'alliances et de partenariat et de stratégie de lutte contre les inégalités, dont elles seraient redevables.

Dans la perspective du projet de loi de décentralisation et de réforme de l'Etat à venir, nous demandons :

- la mise en place immédiate d'un processus de concertation de l'ensemble des acteurs concernés, fondé sur l'affirmation des principes d'universalisme, d'équité et d'opérationnalité ;
- l'association formalisée à ce processus de la Conférence nationale de santé, dont nous demandons l'ouverture de la nouvelle mandature, et des Conférences régionales de la santé et de l'autonomie.

Signataires :

ACCEPTESS-T



Addictions France

première association gestionnaire d'établissements en addictologie



AIDES

première association de lutte contre le VIH/sida en Europe



APF-France Handicap



Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison
(APSEP)



Association Sécurité Solaire



Association Tempo



AVECSanté

le mouvement national d'acteurs des soins primaires en France développant les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles



CUESP, Collège des universitaires en santé publique

regroupe les médecins des équipes hospitalo-universitaires de santé publique



Collectif Handicaps

représentant 54 associations nationales représentatives des personnes en situation de handicap, des familles et de leurs proches



Conseil national professionnel de santé publique

instance en charge de la formation continue des médecins de santé publique



Emmaüs France

mouvement fédérateur des 297 groupes Emmaüs en France



Fabrique Territoires Santé

plateforme de ressources et réseau national des acteurs de démarches territoriales de santé (ateliers santé-ville, contrats locaux de santé, CLSM...)



FACS, Fédération nationale des acteurs de la Coordination en Santé

300 dispositifs sur l'ensemble du territoire (DAC, CLIC, DER et DSR) pour un accès fluide et équitable aux soins



FNORS

Fédération nationale des Observatoires régionaux de la santé



Fédération Promotion Santé

premier réseau national en promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique du patient



Fédération Santé Habitat

80 associations gestionnaires d'hébergements en lien avec le soin



Fédération Addiction

premier réseau d'addictologie en France (850 établissements et services de santé et 500 individus)



France Assos Santé



Groupe de Pédiatrie Générale sociale et environnementale (GPGse)



Médecins du Monde



Nightline



Oppelia

50 d'établissements et services dans le champ de l'addictologie et de l'intervention sociale auprès de populations précarisées dans vingt départements



Réseau français Villes-Santé

121 villes et intercommunalités engagées pour la santé



Santé Mentale France

fédération de 200 adhérents agissant en santé mentale (établissements sanitaires et médico-sociaux, associations d'accompagnement, associations de personnes concernées et leurs familles, acteurs de la réhabilitation)



Société Française de Sport-Santé



SNMPMI

Syndicat national des médecins de PMI



Société Française de Santé Publique (SFSP)

association savante et professionnelle regroupant 60 organisations et 500 individus

