

Note de position

24/04/2026

Avenir des ARS et pilotage des politiques de santé dans les territoires

- 1- **Les annonces faites par le Premier ministre à Albi avaient, fin 2025, créé un émoi très large**, d'une puissance et d'une convergence inattendues, puisque la quasi-totalité des acteurs concernés, mais aussi des associations d'élus s'étant exprimées officiellement, ont rejeté ce projet considéré comme créant de la confusion, des inégalités et des silos, sans pour autant considérer que le statut quo était indépasseable.
- 2- **Depuis, des annonces successives et des informations fragmentaires relayées par la presse et notamment la dépêche APM du 11 février laissent penser que la volonté gouvernementale est évolutive.** Mais, en l'absence d'information stable et univoque, les acteurs impliqués ne souhaitent pas se retrouver devant le fait accompli soit à l'occasion d'une annonce législative en conseil des Ministres, soit devant des processus réglementaires subreptices.
- 3- **Par ailleurs, les annonces relatives au transfert de certaines missions de Santé publique France au ministère de la Santé ou à la communication** des opérateurs de l'Etat, sont venues depuis conforter certaines inquiétudes, voire les exacerber.
- 4- **C'est pourquoi les associations et partenaires souhaitent définir un corpus de contributions et prises de positions permettant de faire avancer le débat.** Ce corpus pourrait s'organiser en 3 catégories :
 - Les risques vis-à-vis desquels nous serons vigilants ;
 - Les lignes rouges considérées comme non négociables pour le monde de la santé publique et des acteurs de santé ;
 - Les enjeux d'améliorations qui nous semblent nécessaires.

5- Les risques auxquels nous serons vigilants

Nous considérons que les risques majeurs (et d'ailleurs interconnectés) auxquels nous faisons face sont :

- Le renforcement des inégalités selon trois mécanismes : l'affaiblissement du pilotage et la concurrence des territoires (d'une part), la perte de lisibilité et la complexification des parcours des usager.e.s du système de santé (d'autre part), l'effacement des besoins des populations spécifiques (enfin).

- 
- Le cloisonnement entre médico-social, sanitaire, prévention, et entre ville et établissements de santé, et le risque de briser l'unité de fonctionnement de l'Assurance maladie et du système de santé, en confiant la régulation du premier recours au niveau départemental.
 - Le risque d'injonctions contradictoires et d'instabilité des règles d'action, liées à la multiplication de centres de décision et à la fragmentation des responsabilités. Cette instabilité dégrade l'effectivité des politiques, rend plus difficile la coordination des parcours et fragilise la capacité des acteurs à déployer des réponses continues, notamment dans les situations complexes ou d'urgence sanitaire.
 - Le glissement possible de politiques de santé vers une lecture prioritairement sécuritaire ou de tranquillité publique, lorsque le pilotage territorial est davantage indexé sur des logiques d'ordre public. Un tel glissement fragiliserait l'accès aux soins et à la prévention pour les publics les plus exposés au non-recours, par exemple en santé mentale ou dans le champ de la précarité sociale, et amplifierait les effets dissuasifs autour des lieux de soin.
 - Le recul de la participation des parties prenantes (usagers, élus, professionnels, chercheurs, société civile...) dans l'élaboration et le suivi des politiques publiques de santé qui se traduirait par une perte d'efficacité des décisions, moins basées sur les savoirs et les vécus, et moins assises sur des consensus et des diagnostics.
 - La fragilisation des dispositifs de première ligne (accueil, prévention, aller-vers, bas seuil), qui constituent un point d'entrée indispensable vers le soin et la protection des populations. Leur affaiblissement augmenterait mécaniquement le non-recours, les ruptures de parcours, et, à terme, les coûts sanitaires et sociaux évitables.

Notons que certains points constituent des risques en termes d'inégalités ; d'autres des risques en termes de crédibilité de l'action publique.

6- Quatre points qui semblent incontournables pour les acteurs de la santé publique

- A ce stade, il nous semble indispensable de souligner d'abord que la santé publique ne peut pas être dépendante d'une autorité régaliennne seule : les choix sanitaires ne doivent pas être suspects d'influence politique, économique, ou sécuritaire. ***Nous refusons le principe d'une tutelle des Préfets sur les Agences de santé, au-delà des protocoles actuellement existants.*** La décision de santé publique doit rester fondée sur les données probantes, l'éthique, la protection des populations et la continuité des parcours, et ne peut être subordonnée ni à des objectifs de gestion des "nuisances" ou de visibilité sociale, ni à des considérations politiques ou administratives indépendantes de la santé publique. Ce principe s'applique aussi bien aux actions de prévention qu'à la régulation du système de soins, aux autorisations sanitaires qu'à la gestion du FIR départemental ou régional

- 
- En cohérence, et parce que les modalités de gestion du FIR ont permis une souplesse interne (entre segments de prévention et de soins, entre médico-social et hospitalier) et externe (rapidité de décision et processus de discussion), ***nous confirmons l'importance du statut d'établissement public régional, seul garant de cette double souplesse. Pour les mêmes raisons, nous refusons toute perspective de complexification des processus de choix budgétaires, par exemple par une validation préalable d'autres services.*** Nous refusons également toute réforme qui réduirait la capacité de décision rapide ou qui rigidifierait les marges d'adaptation locales nécessaires pour répondre à l'évolution des besoins, notamment en prévention et auprès des populations vulnérables
 - Parce que la question des inégalités territoriales et sociales est au premier rang des enjeux et des préoccupations, a fortiori dans notre système de santé fondé sur la liberté d'installation, ***nous mettons fortement en garde contre tout modèle qui, par une variabilité territoriale de l'accès à la prévention et aux soins potentiellement productrice d'inégalités, valide ou aggrave la concurrence des territoires en affaiblissant le rôle régional de régulation.*** Nous faisons remarquer par ailleurs qu'un tel affaiblissement et un tel renforcement de la concurrence seraient extrêmement coûteux en termes pour l'équilibre financier du système de santé. Un socle national de garanties (accès, continuité, prévention, promotion de la santé, réduction des risques lorsqu'elle est en jeu) doit être assuré sur l'ensemble du territoire, afin d'éviter des droits différents selon les départements, ce socle pouvant être renforcé après analyse des situations. Le niveau départemental ou infradépartemental ne peut, par ailleurs, d'affranchir d'une logique de réduction des inégalités au sein des régions : c'est pourquoi le renforcement de la capacité d'action de ces niveaux ne peut se faire par des logiques s'apparentant à des formes de séparatisme sanitaire.
 - Parce que les silos et les ruptures pèsent sur les personnes les plus vulnérables, ***nous sommes opposés à une séparation globale du médico-social et du sanitaire, fût-elle légitimée par des questions de clarification.*** Si un transfert de responsabilité doit être organisé, il est nécessaire a) que le cahier des charges des moyens soit explicite, afin d'éviter les dérives constatées dans le champ de la PMI par exemple et b) que les ARS gardent la capacité à fluidifier les parcours et les prises en charge. Il est indispensable que le financement du secteur médico-social reste national pour garantir la cohérence et l'équité des parcours sur l'ensemble du territoire. A ce jour, aucun dispositif ne semble garantir ces deux exigences. En toute hypothèse, un dispositif doit garantir une responsabilité explicite de fluidification des parcours entre prévention, ville, établissements de santé et médico-social, avec des mécanismes opérationnels opposables (coordination, référents, délais, partage d'information dans le respect des droits).

7- Les enjeux d'amélioration qui nous semblent nécessaires

Il nous semble nécessaire de travailler dans trois directions complémentaires les unes des autres :

- 
- Renforcer la légitimité des arbitrages institutionnels, en les fondant sur des processus plus clairs, plus transparents, sur un meilleur rendu compte, et sur une participation explicite des différentes parties prenantes, celles-ci comprenant les collectivités territoriales, les professionnels de santé et de l'action sociale et médico-sociale, et les habitants et usagers. De ce point de vue, le nécessaire renforcement du rôle des élus - et tout particulièrement des élus de proximité que sont les maires et présidents d'EPCI, doit se faire dans un cadre qui facilite aussi la contribution des usagers, des professionnels, et de la société civile.
 - Renforcer la puissance de la parole publique et la confiance des habitants, en améliorant l'articulation entre production des connaissances et politiques publiques. Cela suppose une chaîne courte entre données, expertise et décision : accès partagé aux indicateurs, capacité d'analyse territoriale, espaces réguliers de discussion contradictoire, et traduction opérationnelle des connaissances dans les politiques publiques (ce qui est maintenu, ce qui est arrêté, ce qui est expérimenté, et pourquoi).
 - Renforcer le rôle de la prévention et de la promotion de la santé, y compris dans le champ de la santé environnementale. Ceci implique de sécuriser des moyens pluriannuels et des marges d'adaptation pour les actions de proximité, notamment l'aller vers et les dispositifs de première porte. La prévention ne peut être un ajustement résiduel : elle doit être pilotée, évaluée et financée avec la même exigence de continuité que le soin. Il est indispensable de maintenir la démarche évaluative engagée par les ARS et de définir des processus clairs et partagés dans un objectif de rationalisation et de priorisation des actions.

8- S'agissant des actions de prévention et de promotion de la santé, la question centrale est celle des moyens.

Afin de reconnaître le caractère hautement stratégique de la santé des populations et le caractère structurel des politiques et interventions qui permettent de l'améliorer, il conviendrait d'organiser leur financement à travers une loi de programmation pluriannuelle. Elle permettrait notamment aux établissements de santé, aux services sociaux et médico-sociaux et aux acteurs de la prévention et de la promotion de la santé d'engager les transformations nécessaires grâce à la pluri annualité. Au-delà de cette discussion sur l'évolution pluriannuelle des moyens dédiés à la prévention (dont l'évaluation est complexe en raison d'effets de périmètre et d'étiquetage), l'année 2025 et les perspectives pour 2026 témoignent d'une insuffisance réelle des ressources effectives, dont les associations de première ligne ont souvent souffert. Nous demandons donc que la logique de bascule vers la prévention se traduise par une progression significative des montants du FIR, et notamment du FIR « non pré-affecté » aux structures. Nous souhaitons aussi, comme énoncé plus haut, que ce FIR reste d'une affectation souple et uniquement dictée par des considérations de santé publique.