

NOTE D'AUDITION

IGAS-IGF-IGA



**Décentralisation des
politiques de santé
et de l'autonomie
et transformation
des Agences
régionales de santé**

Déc 2025

Note Audition IGAS-IGF-IGA sur la décentralisation des politiques de santé et de l'autonomie et de transformation des Agences régionales de santé

12 décembre 2025

Introduction

France Assos Santé est très surprise de **l'annonce soudaine et sans concertation** d'une réforme d'une telle ampleur potentielle. **On ne peut pas réformer dans la précipitation** l'organisation des champs sanitaire et médico-social dans les territoires. Cela nécessite du temps et de la concertation.

Or, le temps est particulièrement contraint dans le cas de cette « réforme », en témoigne votre lettre de mission envoyée le 5 décembre par trois ministres pour une réponse de vos inspections le 15 décembre. Dans l'intervalle, on vous demande d'expertiser tout le champ de l'accompagnement, des soins, de l'hébergement des personnes âgées et handicapées. En analysant les impacts d'une réforme aux contours flous et en interrogeant différents acteurs. **Est-ce humainement possible de mener correctement une telle mission ?** A l'heure où la santé mentale a été confirmée comme grande cause nationale par le gouvernement, on peut s'interroger de la volonté de ce même gouvernement de préserver le bien-être et donc la santé mentale des équipes des inspections chargées de cette mission et des acteurs sollicités pour y être auditionnés dont France Assos Santé.

Position sur les ARS

Dès après les annonces du Premier Ministre le 14 novembre à Albi, France Assos Santé a préparé une réaction, **il a fallu un peu de temps pour l'élaborer car nous sommes une Union et qui dit Union dit concertation !**

C'est donc le 25 novembre que nous avons publié un communiqué « [Réformer les ARS ? Certainement pas dans la précipitation et sans concertation !](#) ». Nous y avons rappelé que les **ARS n'étaient pas parfaites et que nous avions d'ailleurs fait des propositions pour qu'elles s'améliorent notamment en matière de démocratie en santé**. Mais, nous avons également rappelé **qu'elles avaient apporté des améliorations dans les territoires en matière d'organisation et de lisibilité**.

Nous y pointions le risque de morceler de nouveau (comme avant les ARS) l'organisation en préparant des transferts de compétences ou des co-compétences avec les conseils départementaux et/ou les préfets.

Nous notions également le danger qui consiste à confier des missions autour de l'organisation des soins, de la santé publique, de l'accompagnement des personnes vulnérables etc. à **des entités soumises aux aléas politiques et avançant donc de façon très disparate en fonction des territoires avec des visions court-termistes**. Des entités faisant face aussi à des choix budgétaires et devant composer avec **des budgets pas forcément adaptés aux caractéristiques de la population du territoire**.

Quant à l'idée d'un transfert de compétences vers les préfets de département, nous indiquions là aussi notre inquiétude car la tutelle principale des préfets reste le Ministère de l'Intérieur et **qu'il nous paraît dangereux que la politique de santé publique soit en partie indirectement confiée au Ministère de l'Intérieur**.

Nous indiquions enfin que nous espérions que les propos de Stéphanie Rist (dans la foulée des annonces du Premier Ministre) qui évoquait une concertation avec les ARS marquerait l'arrivée d'un temps de concertation qui nous inclurait. Nous nous retrouvons quelques jours plus tard auditionnés dans le cadre de votre mission. **Mais cela ne correspond évidemment pas à une véritable concertation étant donné les délais impartis comme nous l'avons indiqué en introduction**.

Agences ou directions ?

En complément du communiqué, nous ajoutons que le projet de transformer les agences régionales de santé en directions régionales et départementales de santé nous inquiète grandement car elle semble confirmer la baisse de l'autonomie des ARS au profit des conseils départementaux et des préfets. Les services du Premier Ministre indiquent que les directions santé seraient toujours sous la tutelle du ministère santé et avec une autonomie de financement, alors à ce moment-là pourquoi ne pas conserver le nom d'agence ?

Il nous semble qu'un sujet aussi important que la santé (une des priorités des Français dans tous les sondages !) et son organisation mérite des agences !

Nous estimons en effet qu'un pilotage régional et cohérent des politiques de santé est indispensable et qu'en aucune manière le rôle des ARS doit être amoindri. Leur rôle d'expertise doit continuer à jouer. Ce qui ne signifie pas que les politiques de santé et le pilotage des ARS ne doivent pas être évalués puis améliorés, mais pas dans ce calendrier contraint.

Un danger pour la démocratie en santé

La démocratie en santé c'est à la fois l'accès aux droits des personnes en matière de santé, la prise en compte de la parole des usagers (via les associations agréées) et la mise

en place d'une concertation entre les différents acteurs concernés dans le cadre de l'élaboration et du suivi des politiques publiques concernant la santé.

A tous les niveaux, les bries d'informations que nous décelons dans la réforme récemment annoncée nous inquiètent.

Sur le sujet de l'accès aux droits, il y a une crainte importante que la réforme :

- **éclate l'organisation de la santé et du médico-social complexifiant sa lisibilité** pour les personnes malades, âgées, en situation de handicap ou de précarité,
- **Renforce les inégalités d'accès aux soins et à la santé** avec la mise en place de politiques variables en fonction des territoires

Pour prendre un exemple concret et illustratif de la dilution en matière de pilotage, dans le champ médico-social, il existe des personnes qualifiées dont le rôle est d'aider les personnes accueillies en structures MS de faire valoir leurs droits. Ces PQ sont désignées et censées être suivies par trois têtes, les préfectures, les conseils départementaux et les ARS. Résultat, la désignation, le suivi et l'accompagnement de ces PQ est médiocre car aucune des trois entités n'en porte réellement la responsabilité. Les ARS sont les plus impliquées des trois mais leur tâche est rendue compliquée par ce triple portage.

Sur le sujet des instances de concertation, nous sommes très surpris des éléments contenus dans la lettre de mission qui vous a été adressée. En effet, deux passages évoquent la démocratie en santé.

Le premier en page 2 indique ceci :

De la même manière, il est proposé d'étudier les leviers pour renforcer les instances de démocratie sanitaire et médicosociale, à un niveau de proximité, en systématisant les copilotages État – collectivités territoriales des instances et d'élaboration des schémas et plans en matière de santé et d'autonomie.

Difficile de savoir quelles instances sont visées et quel est le niveau de proximité évoqué. Il existe des conseils territoriaux de santé qui sont plutôt à une échelle départementale et qui incluent des acteurs du médico-social, ainsi que des élus locaux. Il existe également des conseils de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) qui se réunissent sur l'organisation MS. S'agit-il de se pencher sur l'articulation entre ces deux instances ? Ou d'une réflexion sur des instances à un niveau infra départemental qui correspondrait plus à l'échelle de proximité évoquée et alors lesquelles ? L'équivalent des CNR Santé qui ont été organisé un peu partout en 2023 ? Pourquoi pas mais une démocratie à une telle échelle s'organise et demande des moyens. Ne serait-ce qu'au niveau de la représentation des usagers, ce seraient des centaines voire des milliers de nouveaux mandats de RU. RU qu'il faudrait trouver, former, accompagner comme pour l'ensemble des autres mandats. C'est possible mais avec des moyens supplémentaires pour les associations agréées et France Assos Santé.

Le deuxième en page 3 indique ceci :

Il vous reviendra de formuler des propositions complémentaires permettant de renforcer l'implication des élus dans la démocratie sanitaire et médico-sociale. Cela passera notamment par un rôle accru des collectivités dans les conférences territoriales de santé qui pourraient s'inscrire à une échelle départementale et dans les CRSA à l'échelle régionale.

La formulation de ce paragraphe nous surprend. En effet, les conférences territoriales de santé évoquées n'existent pas. Il a été créé des conférences de territoires en 2009 avec la loi HPST. Elles ont existé jusqu'en 2016 où elles ont été remplacées par les conseils territoriaux de santé créés par la loi de modernisation de notre système de santé. Les collectivités territoriales sont déjà représentées dans ces instances (CTS et CRSA) mais avec une participation assez faible d'après les retours des représentants des usagers qui y siègent (qui eux sont très présents !). Un président de CRSA nous indique même « *Cela fait partie de mes énervements : les élus (collège 1) quels qu'ils soient sont quasiment tjs absents et ne contribuent à aucune sollicitation* ».

Il ne faut donc pas renforcer le rôle des collectivités dans ces instances, mais renforcer le rôle de ces instances pour que les collectivités territoriales y participent plus activement !

Ces approximations dans la rédaction de ces paragraphes nous inquiètent particulièrement car elles semblent témoigner d'une méconnaissance de l'organisation de la démocratie en santé par les rédacteurs de la lettre de mission.

En matière de démocratie en santé toujours, nous constatons que dans le domaine très opérationnel de la désignation des représentants des usagers, la déconcentration interne des ARS fonctionne mal et conduit à des obstacles dans la désignation des mandats avec des directions départementales ARS déconnectées des enjeux de la démocratie en santé contrairement aux services démocratie en santé des ARS qui sont nos interlocuteurs privilégiés mais qui n'ont pas de pouvoir hiérarchique sur les DD.

Pour conclure sur la partie démocratie en santé, nous ne pouvons qu'être inquiets des éléments plus qu'approximatifs indiqués dans la lettre de mission. Inquiets aussi d'une tendance qui semble consister à renforcer la présence et le rôle des élus des collectivités territoriales et des préfets au sein des instances de démocratie en santé. **Cela ressemble à une volonté de donner à ceux qui pilotent et financent des politiques publiques les clés des instances de démocratie en santé qui doivent délibérer sur ces politiques publiques. C'est donc potentiellement à rebours de ce que doit être la démocratie en santé.**

Renforcer le poids de ces instances en donnant plus de poids aux propositions et délibérations qu'elles produisent, c'est oui ! Oui parce que le système a à gagner d'évoluer à la lumière de délibérations travaillées par les différents acteurs qui le composent. Confier les délibérations dans les mains de quelques acteurs, c'est non ! Parce que ce n'est pas cela le principe de la démocratie en santé.

Pour renforcer ce poids, il pourrait être pertinent de s'inspirer de ce qui est déjà en place avec les commissions spécialisées de l'organisation des soins (CSOS) des CRSA. Ces commissions se réunissent régulièrement pour voter des avis relatifs aux projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, et l'installation des équipements matériels lourds. Ces avis sont certes consultatifs mais le fait que les différents acteurs de la démocratie en santé réunis dans cette instance se prononcent sur ces créations et installations conduit le DG ARS à les suivre dans la très grande majorité des cas et à argumenter si ce n'est pas le cas.

Sur la décentralisation des politiques de santé et de l'autonomie

Politiques de santé

Concernant les politiques de santé, le seul paragraphe semblant évoquer cela est celui-ci :

Il est attendu que vous précisiez les conditions complémentaires dans lesquelles les enjeux sanitaires pourraient faire l'objet d'un partage de responsabilité avec les collectivités territoriales. Ce partage devra permettre une implication accrue des élus locaux au premier rang desquels les conseils départementaux, notamment dans l'attractivité territoriale et le soutien à l'installation des professionnels de santé.

L'avantage du pilotage régional via les ARS qui sont des agences d'Etat est que cela limite l'effet concurrence entre collectivités au détriment d'un bon équilibre dans la répartition des professionnels de santé. En effet, il y a une difficulté et même une tension sur la répartition des professionnels de santé donc avoir un pilotage régional aide à définir une répartition la plus équilibrée possible même si de notre point de vue une forme de régulation à l'installation pourrait favoriser la bonne répartition, mais si ce serait insuffisant puisqu'il existe une pénurie globale.

Là où les collectivités peuvent probablement apporter c'est dans les conditions d'accueil des professionnels en rendant le territoire attractif via la politique culturelle ou sportive notamment et en soutenant l'émergence de structures de santé pluriprofessionnelles qui nous semblent l'organisation la plus adaptée pour faire face aux problèmes de pénurie de professionnels et répondre aux besoins d'une approche globale de leur santé et de leur parcours de soins des patients.

Donc conserver un pilotage de la répartition des professionnels par l'ARS avec un appui des collectivités territoriales dans les zones les plus en tension, c'est oui. Mais transférer le pilotage et la définition des zones en tension aux collectivités au risque d'entrer dans une guerre des territoires au détriment des patients, c'est non !

Sachant que les enjeux sanitaires ne se limitent pas à la question de l'accès aux soins, nous y reviendrons plus bas dans la partie sur les populations en situation de précarité.

Politiques autonomie

Il y a probablement à améliorer l'articulation entre les services de l'Etat et les collectivités territoriales en matière de mise en œuvre des politiques de santé et de l'autonomie. Mais cela ne peut pas se faire en quelques jours.

En lisant la lettre de mission, on comprend qu'un genre de « mercato » (marché des transferts) des compétences s'organise. Avec ce qui apparaît dans ce paragraphe comme un échange de compétences entre l'Etat et les collectivités.

Il est proposé d'étudier le transfert des politiques de l'accompagnement et du maintien au domicile des personnes âgées et en situation de handicap aux conseils départementaux tandis que l'État reprendrait la compétence sur les établissements pour la prise en charge des personnes âgées et handicapées s'agissant des prises en charge les plus complexes et médicalisées. Au titre de leur compétence d'action sociale, les départements continueraient à financer l'aide sociale à l'hébergement.

Il ne nous semble pas qu'actuellement l'Etat s'occupait exclusivement du maintien à domicile des PA et PH, comme semble le dire la lettre de mission. A notre connaissance, les départements étaient aussi à la manœuvre via l'APA notamment. Idem pour le sujet de la compétence sur les établissements et services MS, la lettre semble indiquer que la compétence était aux départements, alors qu'il nous semblait que l'Etat via les ARS ont aussi un rôle à jouer de contrôle notamment. Rôle pour lequel, elles ont d'ailleurs été critiquées de ne pas le faire suffisamment, notamment après la parution du livre « Les fossoyeurs » sur les EHPAD. **Difficile donc de suivre quelle est la ::de loi.**

Nous sommes tout aussi surpris de ce paragraphe :

Dans le champ du grand âge, vous examinerez les conditions requises pour garantir un pilotage plus cohérent de l'offre et accompagner le virage domiciliaire. Vous formulerez des recommandations sur la clarification du rôle sur l'évolution du financement des sections « Soins » et « Dépendance », à l'aune notamment de l'expérimentation menée depuis le 1^{er} juillet 2025 dans 23 départements.

Comment peut-on imaginer que vous formuliez des recommandations à l'aune d'une expérimentation débutée il y a à peine 6 mois et censée se terminer dans un an ?

Une expérimentation qui vise d'ailleurs en quelque sorte à « recentraliser » car dans le domaine du grand âge, la séparation en deux de la partie « soins » (financé par la Sécurité Sociale) et la partie « dépendance » financée par les départements via l'APA et complétée par les personnes concernées ou leur famille engendrait des inégalités fortes entre les territoires en fonction des politiques décidées par les départements. L'expérimentation consiste donc en un forfait « soins + dépendance » piloté par l'Etat et la Sécurité Sociale donc une évolution allant potentiellement à rebours des intentions gouvernementales annoncées depuis un mois... **Est-ce que l'on vous confie donc la mission d'évaluer après 6 mois une expérimentation censée en durer 18 pour l'arrêter à ce stade car elle ne va pas dans le sens de la réforme soudainement voulue par le Premier Ministre ?**

Quid des populations en situation de précarité ?

La lettre de mission semble se focaliser autour des compétences concernant les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, mais les services de l'Etat et les collectivités territoriales agissent également pour favoriser l'accès à la santé, aux soins, à l'accompagnement, à l'hébergement etc. d'autres catégories de populations dont les personnes en situation de précarité.

Pour ces personnes plus particulièrement, il nous paraît indispensable que les ARS conservent un pilotage avec une vision santé publique. Une décentralisation trop importante pourrait conduire pour ces populations, encore plus que pour d'autres, **à une explosion des inégalités sociales et territoriales de santé et in fine à une défaite de la santé publique.** Les Fonds d'intervention régionaux à la main des ARS sont notamment très utiles pour conduire avec souplesse et réactivité des politiques utiles à ces populations en fonction des spécificités. Comme, la lettre de mission vous enjoint d'analyser également les spécificités budgétaires des ARS en citant explicitant les FIR, il nous paraissait important de le souligner. **Nos associations membres particulièrement engagées auprès de publics en situation de précarité ont bien conscience de l'importance de ces FIR qui peuvent être utilisés rapidement avec souplesse et agilité comme le souligne la lettre pour faire face à des situations particulières vécues par ces populations.**

Il n'est pas envisageable d'imaginer que le pilotage des politiques publiques en direction de ces populations vulnérables soit confié à des collectivités qui en fonction de leur orientation politique disponible pourront **mener des politiques visant à ostraciser des personnes vulnérables en raison de la régularité de leur situation administrative, de leur orientation sexuelle ou du fait qu'elles souffrent d'addiction.**

Nous parlons notamment ici des politiques de prévention qui là aussi pour les populations en situation de précarité comme pour l'ensemble des populations doivent avoir un pilotage régional cohérent pour éviter des politiques désarticulées et inégalitaires en fonction des territoires.

Conclusion et perspectives

Nous ne pouvons qu'insister de nouveau sur le caractère précipité et non préparé de cette réforme. Cela interroge qu'un gouvernement dont la durée de vie reste incertaine se lance dans une réforme de cette ampleur (sur le papier) sur un sujet aussi complexe.

Nous n'estimons pas qu'il n'y a pas la place pour mener une réflexion et penser des évolutions. Les ARS doivent être évaluées et des évolutions envisagées pour les parfaire. Mais pas de cette façon, pas en confiant une mission de 10 jours à trois inspections chargées de consulter les parties prenantes et d'évaluer les possibilités de réformer avec

comme unique base une lettre de mission aux contours très flous voire approximatifs pour le sujet que nous connaissons le mieux, à savoir la démocratie en santé.

Il y a beaucoup à faire pour améliorer la démocratie en santé et notamment le fonctionnement des instances territoriales et régionales de concertation. Beaucoup à faire pour renforcer leur action dans la définition des politiques publiques et leur suivi.

Pour faire en sorte que les membres de ces instances participent en plus grand nombre aux réunions, plus particulièrement les élus des collectivités territoriales trop souvent absents. C'est l'ensemble des acteurs de la démocratie en santé qui doivent être mieux associés aux prises de décision et pas seulement les élus, les préfets et autres services de l'Etat comme la lettre de mission semble l'indiquer.

Il y a aussi beaucoup à faire pour réduire les inégalités sociales de santé, favoriser la prévention vers toutes les populations et plus particulièrement les plus vulnérables, améliorer la lisibilité et la coordination des parcours. **Or, la réforme envisagée nous semble au contraire recréer des silos en éclatant les politiques publiques.**

Il y a bien entendu un enjeu autour de l'articulation des politiques publiques en matière de santé dans des territoires régionaux parfois très vastes suite à la réforme territoriale de 2015 (Loi NOTRe). Vous nous avez interrogé lors de l'audition sur la pertinence du niveau régional pour organiser la santé et l'autonomie dans des territoires truffés de contextes spécifiques à des niveaux parfois très locaux. Il y a effectivement nécessité que les agences possèdent des directions départementales connaisseuses des enjeux de leur territoire et que l'articulation entre ces DD et le niveau région soit efficace. Comme indiqué plus haut dans cette note, dans le domaine de la désignation des RU, cette articulation fonctionne globalement mal et est largement perfectible. Pour nous, l'enjeu n'est pas tant le niveau du maillage du pilotage mais entre les mains de qui est le pilotage. Vous l'aurez compris, il nous semble que le plus efficace est que le pilotage demeure dans les mains d'Agences d'Etat avec une contribution bien plus importante qu'actuellement des instances de démocratie en santé. Avec des instances de démocratie en santé aux pouvoirs délibératifs plus importants et une animation renforcée, les élus des collectivités territoriales, tout autant que l'ensemble des parties prenantes de ces instances verront leurs prérogatives renforcées.

Vous nous avez également demandé des exemples d'instances de CRSA ou de CTS particulièrement actifs qui pourraient servir de modèles. Après consultation de notre réseau régional, nous pouvons citer le CTS du Rhône, celui de la Gironde ou encore celui du Pas-de-Calais dont l'animation est moins descendante, mieux préparée et les avis plus travaillés que dans d'autres CTS. Vous pouvez aussi interroger les CRSA Nouvelle-Aquitaine et Auvergne-Rhône-Alpes qui n'ont pas forcément un fonctionnement optimal mais ont réfléchi à des moyens de l'atteindre en analysant leur fonctionnement. Avec en plus en Nouvelle-Aquitaine une attention particulière portée à l'articulation entre CRSA et CTS.

Ce sont des sujets trop sérieux et qui ont trop d'impacts sur la vie quotidienne des Français et des personnes résidant sur le territoire national pour qu'ils soient traités en quelques jours parce qu'un Premier Ministre en sursis a la volonté d'aller vite et de donner des gages aux élus des collectivités territoriales.

A propos de France Assos Santé

L'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS) dite France Assos Santé a été créée en mars 2017 dans la continuité d'une mobilisation de plus de 20 ans pour construire une représentation des usagers interassociative. Organisation de référence pour défendre les intérêts des patients et des usagers du système de santé, sa mission est inscrite dans le Code de la santé publique (loi du 26 janvier 2016). Forte d'un maillage territorial de 18 délégations régionales (URAASS), elle regroupe près de 100 associations nationales et plusieurs centaines d'associations régionales qui agissent pour la défense des droits des malades, l'accès aux soins pour tous et la qualité du système de santé. Elle forme les 15 000 représentants des usagers qui siègent dans les instances hospitalières, de santé publique ou d'assurance maladie. Elle prend une part active dans le débat public et porte des propositions concrètes auprès des acteurs institutionnels et politiques pour améliorer le système de santé.



[Défendre vos droits](#)

[Vous représenter](#)

[Agir sur les lois](#)