Agences régionales de santé: quelles réformes ?

Publié le 10 juin 2026 par yoann



©

Résumé :

L'auteur dit qu'une réforme des ARS est nécessaire mais que l'objectif de la proposition du gouvernement c'est moins de démocratie et haro sur les dépenses publiques. Elle ouvre quelques pistes de réforme qui pourraient être utiles.

Abstract :

The author stated that a reform of the Regional Health Agency (ARS) is necessary, but that the government's proposal aims for less democracy and cuts to public spending. She suggests some avenues for reform that could be useful.

Le Premier ministre a annoncé proposer des lois de décentralisation après les municipales. L'une devrait concerner la santé et l'autonomie. à l'heure où ces lignes sont écrites, difficile de dire quel sera le contenu. Ancien président de département, le

Premier ministre est attaché à leur redonner plus de compétences et il semble vouloir répondre à la fois à la demande des élus locaux de plus de pouvoirs et au rejet des ARS dans l'imaginaire collectif, des ARS utilisées comme écran par les gouvernements pour faire passer leurs politiques régressives. Les projets évoqués ici sont donc au conditionnel, ne serait-ce que parce que l'on peut espérer, et il faut se mobiliser en ce sens, que ces projets néfastes ne verront pas le jour. En résumé, c'est moins de démocratie et haro sur les dépenses publiques.

Le projet donnerait plus de place aux délégations départementales des ARS qui dépendraient des préfets des départements. La présidence des *Commissions régionales de la santé et de l'autonomie* (CRSA) et des conseils territoriaux de santé serait attribuée de droit respectivement aux présidents des conseils régionaux et départementaux. Ce sont des instances purement consultatives, drôle de démocratie. Les départements auraient plus de compétences pour l'autonomie avec transfert financier à la clé : une fraction de CSG, qui ne serait pas fléchée, c'est-à-dire qui pourrait être utilisée pour tout autre chose. C'est l'officialisation de la reconnaissance de la CSG comme impôt. Et l'on sait combien les compensations financières des transferts aux collectivités ne suivent pas les besoins dans le temps. Notons au passage que mettre les ARS sous la coupe des préfets, c'est un pas de plus vers l'étatisation de la Sécurité sociale. Les ARS avaient été présentées comme indépendantes pour associer des services de l'état (les DRASS) et de la Sécurité sociale (les CRAM). L'état officialise sa prise de contrôle.

En incitant la majorité des candidats aux élections municipales à mettre l'accès aux soins dans les premières priorités de leurs programmes, la population a témoigné de la volonté d'en faire une question locale. Àjuste titre, car la proximité de la décision est nécessaire à une bonne réponse aux besoins. Mais cela ne peut se faire que dans un cadre national garantissant l'égalité républicaine. Il y a nécessité d'instances décisionnelles, rassemblant usagers avec leurs associations, personnels de santé avec leurs syndicats et élus au niveau des bassins de vie, avec représentation jusqu'à l'échelon national en passant par les départements et les régions : quels sont les besoins, et donc par exemple quelles priorités pour le projet du centre de santé ? Où l'implanter ? Quels personnels nécessaires ? Mais aussi quel projet pour un nouveau CHU, répondant aux besoins de formation ? Etc.

L'État doit imposer un cadre réglementaire, comme par exemple un statut de fonction publique pour les personnels d'un service public territorial de soins de premier recours ou un service public de l'autonomie, évitant la mise en concurrence des collectivités

entre elles pour attirer du personnel, permettant mobilité dans la carrière, mais aussi géographique, pour une juste répartition des professionnels sur le territoire. Il doit assurer des moyens financiers égalitaires et relancer l'investissement public dans les services publics de santé et de l'autonomie, plutôt que de l'abandonner aux collectivités, source d'inégalités, quand ce n'est pas au secteur privé avec les conséquences pour les restes à charge.

Et les ARS dans tout cela ? Ne confondons pas leur rôle d'application autoritaire des décisions gouvernementales et la technicité, le professionnalisme de leurs personnels, nécessaires. Ces personnels ne sont par exemple pas assez nombreux pour inspecter les structures privées, comme l'a montré le scandale ORPEA. Le nom pourrait changer – il est l'emblème de la casse du système de santé – mais le besoin de l'appui de ces personnels aux structures démocratiques de décision à mettre en place demeurera !

Moins de démocratie et haro sur les dépenses publiques, voilà le but de la réforme que voudrait le gouvernement. Bien sûr, plus de démocratie risque de faire s'exprimer davantage les besoins. Le but essentiel recherché par le Premier ministre, c'est de diminuer les dépenses publiques, d'aller vers un état n'assurant plus que ces fonctions régaliennes, police et justice, et de réduire à peau de chagrin la Sécurité sociale, pour laisser le champ libre à l'assurance privée.

Répondre à l'aspiration de la population de proximité dans les décisions pour les soins et l'autonomie, c'est donc faire un projet pour un système plus démocratique, mais c'est aussi exiger un budget de la Sécurité sociale à la hauteur des besoins (211 milliards d'aides aux entreprises, sans transparence et sans contrepartie, on a de la marge), exiger des investissements pour la santé et l'autonomie de l'état et le retour à des élections dans les conseils d'administration de la Sécurité sociale.

Pour citer cet article :
Michèle Leflon, Agence régionale de santé, quelle réforme ?, Les Cahiers de santé publique et de protection sociale, N° 57 juin 2026.