

Décentraliser pour mieux soigner : une nouvelle gouvernance de proximité au service des territoires et des patients

Léa Behr et David Smadja

Léa Behr est membre de la Commission Santé du Laboratoire de la République et CEO de RespublicIA

David Smadja est Responsable de la Commission Santé du Laboratoire de la République, Professeur d'hématologie à l'AP-HP et à l'Université Paris Cité. Il est l'auteur de « La République de la Prévention », à sortir aux éditions LEH le 28 août 2026.

La canicule de 2003, qui a provoqué près de 15 000 décès en excès en France, demeure un moment de vérité pour notre organisation sanitaire. La crise a levé le voile sur une réalité préoccupante : trop de personnes isolées passent encore sous les radars, les structures médico-sociales restent fragiles, les alertes arrivent trop tard et, selon le territoire où l'on vit, on n'est pas protégé de la même manière. Vingt-trois ans plus tard, les épisodes de chaleur extrême confirment que cette vulnérabilité ne relève plus de l'accident exceptionnel. Santé publique France a observé, lors d'un épisode récent, environ 1 000 décès supplémentaires en quelques jours, en rappelant que ses dispositifs réactifs ne captent qu'une partie de la mortalité nationale, et plus imparfaitement encore les décès survenus à domicile. La canicule est donc un événement bref par sa temporalité, mais durable par ses implications : dans une société vieillissante et confrontée au changement climatique, ces crises aiguës ont vocation à devenir plus fréquentes, plus longues et plus exigeantes pour les politiques publiques.

Mais la canicule ne constitue que la manifestation la plus visible d'un déséquilibre plus profond. À la crise aiguë répond une crise chronique : celle de l'accès ordinaire aux soins. Plusieurs millions de Français résident déjà dans des territoires où disposer d'un médecin traitant, obtenir un rendez-vous dans des délais compatibles avec la prévention ou accéder à une prise en charge spécialisée relève d'une incertitude croissante qui ne manque pas de déboucher sur un renoncement. Les écarts d'accessibilité entre bassins de vie ne tiennent pas seulement à la densité médicale ; ils traduisent aussi des différences de coordination entre médecine de ville, hôpital, médico-social et prévention. **Ainsi, l'égalité nationale demeure juridiquement affirmée, mais son effectivité se fragilise dans les délais d'attente, les renoncements aux soins, la saturation des urgences et la raréfaction des capacités de prise en charge dans certains territoires.**

Ces deux registres de crise, l'un climatique et ponctuel, l'autre sanitaire et structurel, conduisent à une même interrogation institutionnelle : qui répond, dans les territoires, de l'accès effectif à la santé ? Le pilotage central demeure indispensable pour fixer les droits, les standards et les équilibres financiers. Mais il intervient souvent à distance des besoins opérationnels, par plans successifs, sans toujours disposer des instruments d'ajustement continu. Les élus locaux, quant à eux, sont directement exposés à la demande sociale sans maîtriser les principaux leviers de l'offre de soins. Entre les deux, les ARS disposent d'un pouvoir réel, mais leur redevabilité demeure largement verticale. La gouvernance actuelle organise ainsi une dissociation problématique entre décision, responsabilité et expérience vécue des citoyens.

Les débats récents sur l'avenir des ARS traduisent cette tension sans, jusqu'ici, la résoudre. L'annonce d'une réforme à l'automne 2025, puis son recentrage sur un renforcement du rôle des préfets, comme les propositions de suppression pure et simple formulées dans le débat parlementaire, témoignent d'un malaise institutionnel devenu manifeste. Pourtant, l'alternative entre maintien du statu quo et démantèlement administratif ne suffit pas. Le premier reconduit une gouvernance dont les limites sont désormais documentées ; le second ne garantit ni continuité d'action, ni cohérence financière, ni responsabilité démocratique. **C'est pourquoi nous proposons une troisième voie : régionaliser les ARS afin d'articuler plus clairement stratégie nationale, capacité territoriale d'exécution et imputabilité politique.**



Cette proposition ne procède ni d'une logique de retrait de l'État, ni d'une volonté de fragmenter le système de santé. Elle repose au contraire sur une distinction de principe : **ce qui fonde l'égalité doit demeurer national ; ce qui conditionne son effectivité doit être organisé au plus près des besoins**. Le panier de soins, les droits fondamentaux des patients, les normes de qualité, la solidarité financière et les grands objectifs de santé publique doivent rester garantis par l'État. En revanche, l'allocation des moyens, la coordination des acteurs, l'anticipation des fragilités territoriales et la responsabilité des arbitrages doivent être rapprochées des territoires. **Défendre cette orientation, c'est refuser que les inégalités territoriales soient traitées comme une fatalité ; c'est préparer le système de santé aux contraintes du vieillissement, du changement climatique et des maladies chroniques ; c'est donner à la promesse républicaine d'accès aux soins les moyens institutionnels de son effectivité**. L'enjeu n'est donc pas de choisir entre unité nationale et proximité territoriale, mais de les rendre enfin compatibles : **une stratégie globale, une solidarité nationale, une responsabilité territoriale**.

1. Gouvernance sanitaire : sortir de la responsabilité diffuse

Créées en 2010, les ARS ont unifié un pilotage auparavant éclaté. Mais elles restent souvent perçues comme des structures technocratiques, davantage redevables au centre qu'aux territoires. Leurs directeurs généraux, nommés par décret, assument des arbitrages lourds (capacités, autorisations, recomposition de l'offre) sans qu'un espace démocratique local n'en porte explicitement le cap et le coût. Le point aveugle n'est pas seulement la proximité : c'est l'absence d'une responsabilité politique identifiable.

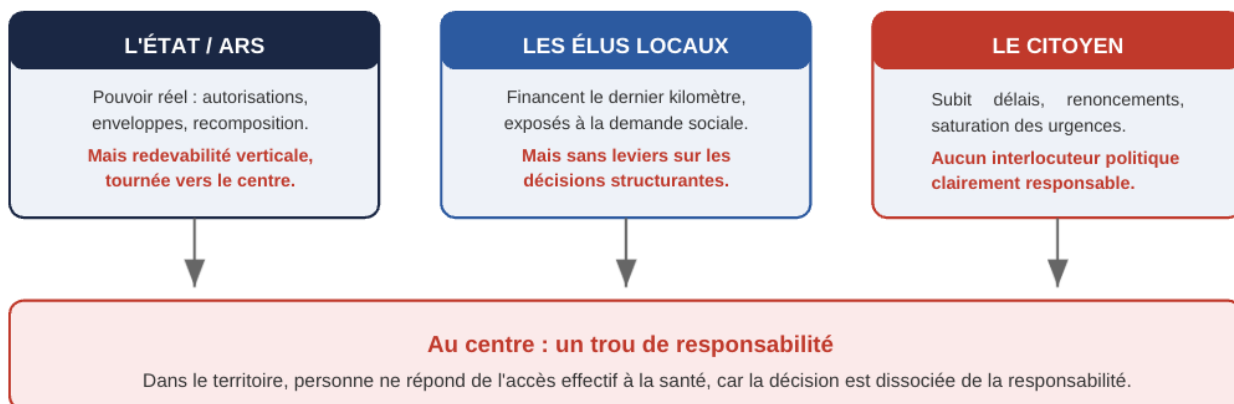
La fracture hôpital/ville illustre cette gouvernance fragmentée : la DGOS pilote l'hôpital (capacités, investissements), la CNAM négocie la convention libérale (règles d'accès, incitations), et il manque un niveau capable d'aligner les instruments sur les parcours. Quand la permanence des soins se fragilise, l'hôpital absorbe le choc. Des décisions nationales se défont, mais leurs conséquences se déploient localement, là où les marges d'ajustement sont les plus faibles. La pandémie de Covid-19 a rendu cette ambiguïté manifeste : les ARS ont été indispensables pour coordonner les moyens, mais aussi perçues comme éloignées du terrain et insuffisamment à l'écoute des élus et des soignants.

Une territorialisation de fait est déjà à l'œuvre : communes et intercommunalités financent le « dernier kilomètre » (locaux, maisons de santé, prévention, attractivité). Pourtant, elles disposent de peu de leviers sur les décisions structurantes (autorisations, enveloppes, RH, articulation ville/hôpital). Les élus locaux sont responsables politiquement devant les habitants, sans être responsables institutionnellement du système de santé. À l'inverse, les ARS disposent d'un pouvoir réel, mais d'une redevabilité démocratique faible. La vraie question n'est donc pas de supprimer ou de maintenir les ARS : c'est de savoir à qui elles rendent des comptes, avec quels moyens, et dans quelle architecture démocratique.

Cette diffusion des responsabilités n'est pas seulement un problème de lisibilité : elle produit des effets mesurables. Les tensions sur la permanence des soins se traduisent en files d'attente aux urgences ; les difficultés d'attractivité en postes vacants et fermetures temporaires ; les défauts de coordination en hospitalisations évitables. Or ces signaux sont d'abord territoriaux. Une gouvernance organisée autour d'un pilotage central tend à les traiter tard, par « plans » successifs, plutôt que par un ajustement continu au plus près des bassins de vie. Le modèle actuel prétend garantir l'égalité par la centralisation ; dans les faits, cette égalité est largement théorique. Lorsqu'un citoyen ne trouve plus de médecin traitant ou voit son hôpital de proximité se fragiliser sans interlocuteur politique responsable, il n'éprouve pas seulement une difficulté médicale : il éprouve un sentiment d'abandon républicain.

Le trou de responsabilité

Trois acteurs, cependant aucun n'est pleinement responsable de l'accès effectif aux soins



2. Acceptabilité : faire de la proximité une garantie d'égalité

Une telle transformation ne pourra aboutir sans l'adhésion des citoyens. La régionalisation ne touche pas seulement à l'organisation administrative : elle touche à l'un des piliers du pacte républicain, l'égalité d'accès aux soins. Son acceptabilité dépendra donc de la capacité des pouvoirs publics à démontrer qu'elle renforce la solidarité plutôt qu'elle ne l'affaiblit.

Plusieurs éléments plaident pour son acceptation. Les Français expriment un attachement croissant à une santé de proximité et à des réponses adaptées aux réalités locales. Dans les territoires confrontés aux déserts médicaux, rapprocher la décision du terrain apparaît comme une réponse pragmatique à des problèmes devenus urgents. Les succès observés localement (maisons de santé pluriprofessionnelles, télémédecine, organisations territoriales innovantes) montrent que les territoires savent parfois expérimenter plus vite que les structures nationales.

Mais les obstacles sont réels. Le premier est la crainte d'un accroissement des inégalités territoriales : beaucoup redoutent qu'une régionalisation mal conçue ne conduise à une médecine à plusieurs vitesses. Cette inquiétude est profondément ancrée : selon un baromètre de la DREES publié en 2023, près de sept Français sur dix considèrent que l'accès aux soins doit demeurer organisé dans un cadre national garantissant la solidarité entre les territoires. Le financement constitue un deuxième point sensible : dans un contexte de dette élevée et de finances locales contraintes, beaucoup craignent un transfert de charges se traduisant par une hausse de la fiscalité locale ou une dégradation des services. La complexité, enfin, nourrit la méfiance : une réforme mêlant État, régions, hôpitaux et assurance maladie peut apparaître opaque sans un effort massif de pédagogie.

La question centrale n'est donc pas seulement de savoir si la régionalisation est souhaitable, mais comment la construire pour renforcer simultanément l'efficacité, la proximité et l'égalité. C'est pourquoi la réforme doit avancer avec pragmatisme : déploiement par régions volontaires avant toute généralisation, mécanismes robustes de péréquation, maintien d'un cadre national garantissant l'égalité d'accès. Son objectif ne peut être présenté comme une recherche d'économies, mais doit être assumé comme une amélioration du service public de santé.



À RETENIR. La régionalisation ne sera acceptée que si elle prouve qu'elle renforce la solidarité au lieu de l'affaiblir : commencer par les régions volontaires, maintenir une forte redistribution entre territoires (la péréquation) et préserver partout un socle de droits identique. Elle ne doit jamais être présentée comme une mesure d'économies.

3. Comparaisons européennes : les conditions d'une décentralisation maîtrisée

Nous avons comparé six modèles européens (Suède, Danemark, Allemagne, Espagne, Italie, Belgique) pour identifier les mécanismes qui protègent simultanément l'équité territoriale, l'efficience et la capacité de pilotage en crise. L'objectif n'est pas de copier des institutions, mais de tirer des leçons de conception : que devient la décision quand financement, responsabilité et contreponds ne sont pas alignés ?

L'enseignement principal est net : plus la décentralisation est poussée, plus le risque d'inégalités territoriales augmente, sauf si la solidarité financière et les standards nationaux sont verrouillés. Ce n'est pas un jugement de valeur, mais un constat : sans compensation, les écarts de richesse, de démographie médicale et de capacités administratives se transforment en écarts d'accès. L'Espagne et l'Italie l'illustrent lorsque les contreponds sont insuffisants ; l'Italie constitue même un avertissement majeur, avec une fracture Nord-Sud persistante, du tourisme médical interne et des écarts importants de qualité. La question n'est donc pas « trop de territoire », mais « pas assez de garanties ».

Les pays où la décentralisation fonctionne (Suède, Danemark) combinent responsabilité locale, instruments stables et péréquation internalisée ; ils confirment surtout qu'une réforme crédible est un processus, pas un transfert instantané. Le Danemark rappelle un piège à éviter : transférer la gestion sans transférer de marge sur les moyens conduit à une autonomie formelle et une responsabilité brouillée ; l'État reprend alors la main par des dotations fléchées. À l'inverse, l'Allemagne offre l'articulation la plus transposable : le national fixe ce qui est non négociable (standards, solidarité, droits), le régional organise l'adaptation (répartition des capacités, incitations, coordination). Ce système n'est pas parfait, notamment sur la coordination ville-hôpital, mais il montre qu'on peut préserver une architecture nationale tout en donnant davantage de

pouvoir au niveau territorial. Pour la France, la bonne formule est celle d'une régionalisation encadrée : un socle national intangible, une péréquation forte, une capacité régionale d'adaptation et une responsabilité politique clairement identifiée.

4. Trajectoire de réforme : régionaliser par étapes et sous conditions

Nous proposons un modèle cible lisible, et surtout imputable : dans chaque région, un « directeur régional de la santé » (vice-président du conseil régional) chargé de définir des priorités, d'arbitrer entre objectifs concurrents et d'en répondre publiquement. Ce n'est ni le statu quo, qui laisse prospérer une gouvernance sans visage, ni un démantèlement des ARS, qui déplacerait la complexité sans garantir la continuité. C'est une refondation de leur tutelle : faire passer la gouvernance d'une logique technocratique et verticale à une responsabilité politique territoriale, tout en maintenant national ce qui doit le rester, la solidarité, les standards et les droits.

Politiser la santé, c'est aussi la rendre plus efficiente, parce que l'on change la chaîne de redevabilité. Un directeur d'ARS nommé par Paris rend d'abord des comptes au centre ; un responsable régional, élu, est exposé en continu au jugement des habitants sur l'accès réel aux soins, y compris dans les zones peu visibles. La pression démocratique devient un levier de correction : anticiper plutôt que subir, investir dans la prévention, traiter les déserts. C'est précisément le mécanisme qui manque aujourd'hui.

La trajectoire suit un principe simple : instrumenter avant de transférer. On crée d'abord des marges budgétaires et contractuelles, puis on transfère la tutelle politique lorsque la capacité de pilotage est démontrée, avec transparence des choix, indicateurs publics et mécanismes correctifs. La clé est d'éviter l'escalier automatique : le passage d'une étape à la suivante doit être conditionné à des résultats observables (écarts de délais et d'accès, part d'hospitalisations évitables, tensions RH, soutenabilité budgétaire, capacité à contractualiser). On corrige la trajectoire si les indicateurs divergent.

Trois conditions rendent cette trajectoire tenable. La première est un puissant mécanisme de solidarité financière entre régions : la décentralisation ne peut opposer territoires riches et territoires fragiles, d'où une péréquation nationale répartissant les ressources selon les besoins



réels (vieillesse, densité médicale, prévalence des maladies chroniques, précarité, éloignement des soins). La deuxième est la clarification des responsabilités : l'ARS devient un service de la région, son directeur nommé par le président de région. La troisième est le maintien d'un État stratège : plus les territoires gagnent en autonomie, plus l'État doit affirmer son rôle sur les missions essentielles (objectifs nationaux, lutte contre les inégalités, préparation aux crises, contrôle de la qualité, garantie des droits). L'État ne se retire pas, il se recentre.

ÉTAPE 1 Élargir le FIR	ÉTAPE 2 Créer les ORDAM	ÉTAPE 3 Transférer la tutelle
Faire passer le Fonds d'intervention régional (FIR) de 4 à 12-13 milliards d'euros pour financer la coordination des soins, la prévention et les alternatives aux urgences, sans modifier les institutions.	Décliner le budget de l'assurance maladie en enveloppes régionales sur trois ans, réparties entre territoires selon des critères objectifs (les ORDAM), avec 10 à 15 % de crédits réallouables d'un secteur à l'autre.	Placer les ARS sous l'autorité de la région, incarnée par un responsable régional de la santé directement comptable devant les citoyens.

4.1 D'abord, élargir les marges territoriales d'action

Le Fonds d'intervention régional est aujourd'hui l'une des rares enveloppes donnant aux ARS une marge d'adaptation réelle. Il doit changer d'échelle : passer d'environ 4 milliards d'euros à 12 ou 13 milliards, en intégrant une part des crédits hospitaliers fléchés, notamment certaines missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. L'objectif n'est pas de dépenser plus, mais de dépenser différemment : financer la coordination ville/hôpital, les alternatives aux urgences, la permanence des soins, la prévention ciblée, l'innovation territoriale. Étape prudente : pas de réforme institutionnelle, mais des arbitrages rendus transparents et évalués ex post.

4.2 Ensuite, installer des enveloppes régionales pluriannuelles

L'ONDAM national, voté par le Parlement, est décliné en objectifs régionaux des dépenses d'assurance maladie (ORDAM) selon une clé de péréquation objectivée (démographie, précarité, densité médicale, mortalité évitable). Chaque région dispose d'une capacité de réallocation partielle de cette enveloppe (de l'ordre de 10 à 15 %) entre hôpital, médecine de ville, médico-social et prévention, sous contrainte du socle national. Des ORDAM triennaux donnent la stabilité nécessaire pour contractualiser des transformations et piloter par trajectoires plutôt que par

ajustements annuels, un enjeu décisif dans un contexte parlementaire fragmenté. La DGOS devient alors régulateur national : elle fixe le cadre, contrôle les écarts et déclenche les mécanismes correctifs.

Cette logique suppose la création d'un comité national de l'ONDAM, associant l'État, l'Assurance maladie, les fédérations professionnelles et les représentants des patients. Il interviendrait en amont du débat parlementaire pour proposer une trajectoire pluriannuelle, établir un diagnostic partagé et définir des critères transparents de répartition entre régions. Son mérite : responsabiliser les acteurs avant la décision politique, rendre lisibles les arbitrages et créer une conscience collective des efforts nécessaires à l'équilibre du système. Pour que la souplesse ne se transforme pas en opacité, l'arbitrage régional doit rester traçable : publication de la trajectoire ORDAM, justification des réallocations, revue annuelle par la Haute Autorité.

4.3 Enfin, rendre la stratégie régionale pleinement imputable

L'ARS devient une direction générale de santé régionale placée sous l'autorité du président de région. Un directeur régional de la santé porte la stratégie, arbitre et rend des comptes. Pour protéger la décision de la micro-gestion électorale, le directeur général régional est nommé pour six ans par le président de région, après avis conforme de la Haute Autorité, non révocable sauf faute grave. L'ARS régionalisée couvre l'hôpital, la ville, le médico-social et la prévention, afin d'arbitrer parcours, capacités et ressources humaines à un même niveau ; la taille des régions issue de la loi NOTRe (adoptée le 7 août 2015) offre une masse critique suffisante (données, ingénierie, contractualisation).

Le transfert s'opère par l'expérimentation. Au lendemain de l'élection présidentielle de 2027, l'ensemble des responsabilités sanitaires serait transféré à trois régions volontaires aux profils contrastés : une région riche ou plutôt urbanisée, une région pauvre ou plutôt rurale et un territoire d'outre-mer. Les directeurs généraux régionaux de la santé seraient nommés dès la rentrée de septembre 2027. Au terme de trois ans, un comité ad hoc évaluerait les résultats, notamment sur la maîtrise du déficit, avant toute généralisation. Ce séquençage démontre la capacité des territoires à conduire des politiques de santé plus proches des besoins tout en maintenant un haut niveau d'égalité d'accès.

5. Garde-fous : organiser l'autonomie sans rompre l'égalité

Régionaliser n'a de sens que si l'on neutralise le risque d'une France sanitaire à plusieurs vitesses. L'architecture repose sur quatre niveaux de responsabilité. Le premier reste national : l'État garantit un panier de soins minimum pour tous, inscrit dans un texte de rang élevé, qu'aucun exécutif régional ne peut réduire. Un fonds national de péréquation, financé par la CSG, redistribue les ressources selon des critères objectifs et publiés : les régions les plus riches contribuent davantage, les plus fragiles reçoivent davantage. C'est le verrou indispensable contre le scénario italien.

Le deuxième niveau est une Haute Autorité nationale indépendante, dotée d'un pouvoir contraignant et non d'une simple fonction consultative. Elle vérifie le respect du socle national, arbitre les conflits interrégionaux, produit des référentiels communs et peut saisir le juge administratif en cas de manquement grave. Elle valide l'expérimentation des trois régions volontaires et donne un avis conforme, et non un simple avis, à la nomination du directeur général régional proposée par le président de région. Le troisième niveau est le directeur général régional lui-même, stabilisé par un mandat long qui le protège des pressions électorales. Le quatrième est celui des établissements de santé, appelés à contractualiser avec la région sur des objectifs clairs.

Ce directeur régional pilote l'hôpital, la ville, le médico-social et la prévention dans une logique intégrée. C'est un point fondamental : la régionalisation doit mettre fin à la fracture entre l'hôpital et la ville. Aujourd'hui, l'hôpital dépend du ministère et des ARS, la médecine libérale de la convention nationale ; en cas de grève des libéraux, la pression se reporte sur les urgences hospitalières sans que les ARS disposent des leviers pour traiter les causes du conflit. Une région responsable doit pouvoir agir sur l'ensemble de l'offre.

La régionalisation permet aussi de mieux anticiper les crises. Chaque région disposerait d'un observatoire régional de santé surveillant en temps réel des indicateurs avancés : postes vacants, délais de rendez-vous, refus de gardes, saturation des urgences, taux de vaccination, ruptures de parcours. Lorsque des voyants passent au rouge, cela déclencherait une renégociation de l'accord territorial ou un plan de réponse local. Un médiateur régional de santé, au profil mixte sanitaire et administratif, pourrait intervenir en cas de blocage entre professionnels, établissements et



collectivités, avec un délai court, de l'ordre de trois mois, pour proposer un compromis. Enfin, la question du service minimum sanitaire doit être posée : en cas de grève, un niveau plancher de prise en charge doit être garanti pour les urgences, les maladies chroniques, la pédiatrie et les patients vulnérables. Ce service minimum ne doit pas être imposé depuis Paris, mais négocié dans le cadre des accords territoriaux.

Quatre niveaux de responsabilité

L'architecture qui neutralise le risque d'une santé à plusieurs vitesses

1 · L'ÉTAT	Panier de soins garanti + fonds de péréquation (CSG). Le verrou indispensable contre le scénario italien.
2 · HAUTE AUTORITÉ	Indépendante, pouvoir contraignant. Contrôle le socle, saisit le juge, avis conforme sur les nominations.
3 · DIRECTEUR RÉGIONAL	Mandat long, protégé des pressions électorales. Pilote hôpital, ville, médico-social, prévention.
4 · ÉTABLISSEMENTS	Contractualisent avec la région sur des objectifs clairs.

6. Médecine libérale : préserver le cadre national, créer des leviers territoriaux

C'est le nœud politique. Régionaliser sans levier sur la médecine libérale déplacerait le problème ; régionaliser la convention déclencherait une concurrence entre territoires. D'où un modèle à deux étages. Au niveau national, une convention-cadre quinquennale, négociée entre l'État, l'Assurance maladie et les syndicats représentatifs, fixe les droits, les règles structurantes et les planchers de rémunération, avec une garantie de non-régression. Elle reste le socle : les syndicats conservent leur interlocuteur unique.

Au niveau régional, des accords territoriaux négociés tous les trois ans entre la direction générale de santé régionalisée et les URPS, élues par les médecins de la région, adaptent les réponses : majorations pour zones fragiles, primes d'installation, permanence des soins, accès des libéraux



aux plateaux techniques hospitaliers, coopération avec les maisons de santé, exercice coordonné. Le médecin conserve un socle national ; la région dispose enfin de leviers concrets pour agir sur la démographie médicale. Les accords ne remplacent pas la convention, ils la complètent, et ne peuvent aménager qu'à la hausse.

Médecine libérale : un modèle à deux étages

Préserver le cadre national, créer des leviers territoriaux

ÉTAGE NATIONAL : convention-cadre quinquennale

Droits, règles structurantes, planchers de rémunération. Garantie de non-régression. Les syndicats conservent leur interlocuteur unique. C'est le socle intangible.



ÉTAGE RÉGIONAL : accords territoriaux triennaux

DG régionale + URPS. Majorations zones fragiles, primes d'installation, permanence des soins, exercice coordonné. Ne peuvent aménager qu'à la hausse : jamais de régression des droits.

7. Prévention : sanctuariser un pilotage territorial des déterminants de santé

Il ne suffit pas de régionaliser le soin si la prévention reste une variable d'ajustement. Un sous-objectif prévention devrait être créé au sein de l'ONDAM, puis décliné dans les ORDAM. Son financement pourrait combiner l'Assurance maladie obligatoire, l'Assurance maladie complémentaire et des taxes comportementales affectées. Une organisation territorialisée du financement de la prévention verrait le jour à travers des structures régionales de coordination, appuyées par des déclinaisons départementales et locales, associant acteurs publics, assurance maladie, complémentaires, collectivités, entreprises, établissements scolaires, universités, associations et professionnels de santé. La prévention cesse ainsi d'être un discours pour devenir une ligne budgétaire protégée et pilotée au plus près des déterminants locaux de santé.

À RETENIR : Créer, au sein du budget national de l'assurance maladie (l'ONDAM), un sous-objectif dédié à la prévention, décliné dans chaque enveloppe régionale (les ORDAM) et financé par l'assurance maladie,



les complémentaires et des taxes comportementales. La prévention devient ainsi une ligne budgétaire protégée, et non plus la variable que l'on sacrifie en premier.

8. Formation : aligner l'offre de soins et les lieux d'apprentissage

Réorganiser l'offre de soins sans repenser les lieux d'apprentissage reviendrait à déplacer les problèmes sans traiter leurs causes. La géographie de la formation structure durablement la géographie médicale : on s'installe plus volontiers là où l'on a été formé et bien encadré. Or de nombreux terrains de stage restent insuffisamment formatifs, faute d'encadrement ou de cadre pédagogique. Régionaliser la santé suppose donc de fédérer les établissements d'un territoire autour d'un projet universitaire commun (CHU, centres hospitaliers, GHT, établissements privés volontaires, médecine de ville), d'intégrer la qualité de l'accueil des étudiants aux critères de certification, et d'associer pleinement les doyens des facultés à la gouvernance régionale de santé. Les universités doivent toutefois conserver la maîtrise des agréments et des contenus pédagogiques : la politique territoriale de santé organise, elle ne décide pas de la formation. Former localement, c'est construire durablement l'attractivité des territoires.

Le développement de formations en santé au plus près des territoires constitue un levier structurant pour répondre durablement à la problématique des déserts médicaux. Les études montrent que les professionnels de santé sont plus enclins à exercer dans les territoires où ils ont été formés, y ont développé des attaches personnelles, construit un réseau et, souvent, fondé une famille. Renforcer l'offre de formation dans les territoires contribue ainsi à favoriser une installation durable des futurs praticiens. À l'inverse, une politique fondée sur la restriction de la liberté d'installation à l'issue de l'internat ou après un poste d'assistant ou de chef de clinique apparaît difficilement acceptable pour une large majorité des professionnels de santé. Une telle approche risque d'être perçue comme coercitive et de nuire à l'attractivité des carrières médicales, sans apporter de réponse durable aux inégalités territoriales d'accès aux soins. L'enjeu est donc moins de contraindre les professionnels que de créer les conditions de leur installation en investissant dans la formation, l'accompagnement et l'attractivité des territoires.



À RETENIR : Le lieu de formation détermine largement le lieu d'installation : la carte des facultés et des terrains de stage dessine la carte de l'accès aux soins. Il faut donc fédérer les établissements d'un même territoire dans un projet universitaire commun, sans que la région empiète sur les agréments de formation, qui restent une prérogative des universités.

9. Sécurisation juridique : expérimenter avant de généraliser

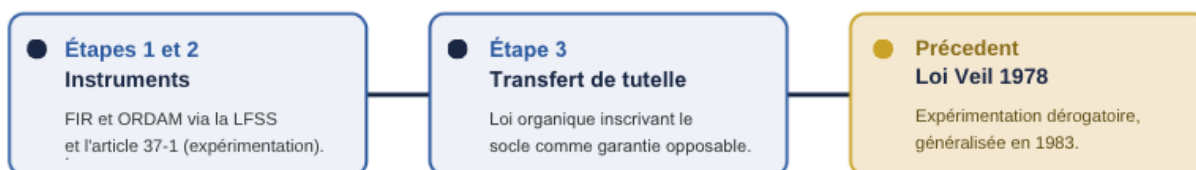
Le Conseil constitutionnel n'impose pas une gestion centralisée. L'alinéa 11 du Préambule de 1946 impose un accès effectif aux soins : c'est une obligation de résultat, pas de moyens. Dans le dispositif proposé, le Parlement conserve le vote de l'enveloppe globale, donc le contrôle démocratique national. La contrainte porte surtout sur l'expérimentation : on ne peut créer d'inégalités substantielles sans garde-fous opposables. D'où le séquençage : les étapes 1 et 2 portent sur les instruments (FIR, ORDAM) via la loi de financement de la Sécurité sociale et l'expérimentation permise par l'article 37-1 de la Constitution ; l'étape 3 exige une loi organique inscrivant le socle républicain comme garantie nationale opposable.

Cette méthode n'est pas inédite. À la fin des années 1970, face à l'essoufflement du financement hospitalier fondé sur le prix de journée, la loi hospitalière du 19 janvier 1978, portée par Simone Veil, a permis des expérimentations dérogatoires au droit commun dans plusieurs établissements. À l'issue de plusieurs années d'évaluation, le modèle du budget global s'est révélé le plus pertinent et a été généralisé par la loi du 19 janvier 1983. Cet épisode illustre comment une expérimentation temporaire et dérogatoire peut faire émerger, puis généraliser, une réforme structurelle. Le Président de la République issu de l'élection de 2027 devra engager, dans un cadre comparable, la concertation avec les régions pour désigner rapidement les trois régions volontaires et lancer l'expérimentation.



Expérimenter avant de généraliser

Le séquençage juridique de la réforme



L'alinéa 11 du Préambule de 1946 impose un accès effectif aux soins : une obligation de résultat, pas de moyens.

Le Parlement conserve le vote de l'enveloppe globale, donc le contrôle démocratique national.

10. Risques de réforme : cinq objections, cinq réponses institutionnelles

Le premier risque est constitutionnel. Il est traité par le maintien du vote parlementaire de l'enveloppe, par la logique d'expérimentation encadrée et par l'inscription du socle en loi organique.

Le deuxième est financier : sans péréquation forte, les régions riches attireraient davantage de professionnels et les régions fragiles s'enfonceraient, c'est le risque italien. La réponse tient à une péréquation fondée sur des critères publiés (démographie, vieillissement, précarité, densité médicale, mortalité évitable) et à une clause de revoyure à sept ans permettant d'ajuster les paramètres si des écarts apparaissent.

Le troisième risque est syndical : la crainte d'une fragmentation du cadre conventionnel. La réponse est le maintien de la convention nationale comme socle intangible, les accords territoriaux ne pouvant qu'aménager à la hausse.

Le quatrième est celui de la fragmentation en treize politiques incohérentes : le socle républicain, la Haute Autorité, les référentiels communs et une conférence annuelle des directions générales régionales de la santé préservent la cohérence.

Le cinquième est politique : la crainte d'un usage clientéliste ou idéologique de la santé. Ce risque existe déjà au niveau national ; la régionalisation ne le supprime pas, elle le disperse et le rend plus visible. Avec un socle organique, une Haute Autorité indépendante, un directeur régional



stabilisé et un contrôle juridictionnel, le système est même mieux protégé contre les alternances brutales qu'un modèle entièrement centralisé.

LE RISQUE	LA RÉPONSE INSTITUTIONNELLE
Constitutionnel	Maintien du vote parlementaire de l'enveloppe, expérimentation encadrée, socle inscrit en loi organique.
Financier (risque italien)	Péréquation sur critères publiés (démographie, précarité, densité, mortalité évitable) + clause de revoyure à sept ans.
Syndical	Convention nationale maintenue comme socle intangible ; les accords territoriaux ne peuvent aménager qu'à la hausse.
Fragmentation	Socle républicain, Haute Autorité, référentiels communs et conférence annuelle des directions régionales préservent la cohérence.
Politique (clientélisme)	Risque déjà présent au niveau national. Socle organique, Haute Autorité, mandat stabilisé et contrôle juridictionnel le réduisent.

Conclusion : une doctrine de responsabilité territoriale

En période d'incertitude politique, la pluralisation des centres de décision sanitaire constitue aussi un principe de résilience démocratique : elle maintient l'État dans son rôle de garant, tout en évitant qu'une alternance nationale brutale ne concentre seule l'ensemble des leviers d'organisation du système de santé, grâce à des exécutifs régionaux dotés d'une capacité propre d'action.

Le débat sur l'avenir des ARS ne peut plus être réduit à l'opposition entre conservation du modèle existant et suppression administrative. Cette alternative est insuffisante, parce qu'elle laisse de côté l'enjeu central : la capacité de notre système de santé à produire, dans chaque territoire, une égalité d'accès réellement effective. Le statu quo reconduit une gouvernance dont la responsabilité demeure trop diffuse ; la suppression sans architecture de substitution ferait courir un risque de discontinuité. La voie que nous défendons consiste à clarifier la chaîne de décision plutôt qu'à la déplacer : créer les instruments budgétaires, conventionnels et démocratiques nécessaires, puis

transférer progressivement la responsabilité sous conditions, avec péréquation nationale, standards opposables et mécanismes de réversibilité.

Trois conditions doivent dès lors structurer la réforme. La première est normative : définir les standards nationaux qui rendent l'égalité des droits opposable et non simplement proclamée. La deuxième est financière : organiser une péréquation suffisamment robuste pour que l'autonomie territoriale ne se traduise jamais par une hiérarchie entre régions riches et régions fragiles. La troisième est opérationnelle : donner aux territoires une capacité réelle de négociation et d'allocation des moyens, afin de réorganiser l'accès aux soins, la prévention, la médecine de ville, l'hôpital et le médico-social dans une même stratégie. À ces conditions seulement, la régionalisation peut devenir un levier de performance publique, et non un transfert de contraintes ou de responsabilités mal assumées.

La France n'a pas besoin de treize systèmes de santé concurrents, elle a besoin d'un cadre national plus exigeant et de capacités territoriales d'action plus responsables. L'État doit demeurer le garant de l'égalité, de la solidarité financière, des droits des patients, de la qualité et de la sécurité sanitaire. Mais il ne peut plus prétendre assurer seul, depuis le centre, l'effectivité quotidienne de l'accès aux soins. Une République de la prévention, de l'anticipation et de la proximité suppose une République des territoires : non pas contre l'État, mais avec un État recentré sur ce qu'il doit garantir et des régions responsables de ce qu'elles doivent organiser. **La santé du XXI^e siècle doit être pensée nationalement, financée solidairement et mise en œuvre territorialement. C'est le sens de cette doctrine de responsabilité territoriale : rendre enfin compatibles l'unité républicaine et l'efficacité sanitaire.**



Annexe 1 | Repères européens de gouvernance sanitaire

Pays	Organisation	Pilotage	Financement	Points forts	Points faibles	Médecins libéraux
France	Déconcentration (ARS sous tutelle de l'État)	État via la DGOS, puis ARS. Directeurs nommés par décret.	ONDAM national voté au Parlement. T2A pour l'hôpital.	Égalité de traitement. Maîtrise budgétaire. Convention unique pour les libéraux.	ARS perçues comme technocratiques. Élus sans levier. Déserts médicaux. Grèves récurrentes.	UNCAM négocie avec 6 syndicats. Convention 2024.
Suède	Décentralisation maximale	21 régions élues, propriétaires des hôpitaux.	70 à 75 % par impôt local sur le revenu.	Adaptation locale. Responsabilité politique directe des élus.	Exige un impôt local très élevé et une culture du consensus absente en France.	Régionale : les médecins négocient avec les régions.
Danemark	Recentralisée depuis 2007	5 régions élues (fusion des 14 comtés). Pas de pouvoir fiscal propre.	Dotation de l'État + contribution des municipalités.	Concentration efficace. Responsabilité politique et cadrage national.	Gestion décentralisée sans financement décentralisé : l'État reprend la main.	Régionale sur base nationale, tous les 3 ans.
Allemagne	Fédéralisme sectoriel	Länder pour l'hôpital. Organismes paritaires pour la ville. GBA comme cadre fédéral.	Dual : les Länder investissent, les caisses d'assurance maladie financent le fonctionnement.	Séparation hôpital/ville claire. Moindre poids administratif qu'en France.	Complexité de gouvernance. Sous-investissement des Länder. Coordination ville-hôpital difficile.	Hybride : cadre fédéral et plans de besoins régionaux.
Espagne	Décentralisation complète (x2002)	17 communautés autonomes dotées d'un service de santé propre.	Budgets régionaux (impôts et dotations de l'État).	Proximité de gestion. Couverture universelle. Organe de coordination (Consejo).	Fragmentation du parcours. Temps de consultation réduits. Inégalités entre communautés.	Nationale avec déclinaison régionale.
Italie	Décentralisation forte (régions)	20 régions via les ASL. L'État fixe le panier de soins minimum (LEA).	Impôts nationaux redistribués. Décentralisation fiscale en 2001.	Couverture universelle. Bonne qualité dans le Nord.	Cas d'école : fracture Nord/Sud massive, tourisme médical interne, inégalités aggravées.	Nationale, application régionale.
Belgique	Fragmentation institutionnelle	9 ministres de la santé. Transfert partiel aux entités fédérées depuis 2014.	Sécurité sociale fédérale (INAMI) et budgets transférés progressivement.	Idée de ministres régionaux séduisante. Solidarité maintenue via la sécu fédérale.	9 ministres pour 11 millions d'habitants. Coordination difficile pendant le Covid.	Fédérale (INAMI). Pas de régionalisation.

Sources : Sénat, rapports n°600 (2010-2011) et n°186 (2006-2007), Législation comparée LC n°324 (2023) ; DREES, Études et résultats n°214 ; Cleiss.fr, fiches pays ; OCDE, Panorama de la santé ; Lancet Regional Health – Europe (janvier et mars 2025), Lancet Public Health (avril 2025) ; OMS, Observatoire européen des systèmes de santé, fiche Italie (2023) ; INAMI, rapport 2015 ; Gestions hospitalières (2018) ; LFSS 2024 ; Ameli.fr, convention médicale 2024-2029 ; Code de la santé publique et Code de la sécurité sociale ; ASFE (2022) ; Fédération des maisons médicales (2024)



Annexe 2 | Synthèse opérationnelle de la proposition

Diagnostic. Les ARS concentrent une part décisive du pilotage sanitaire, mais leur redevabilité demeure principalement verticale. Les élus locaux sont exposés à la demande sociale sans disposer de leviers structurants. L'égalité nationale reste proclamée ; son effectivité dépend pourtant de capacités d'action territoriales plus lisibles.

Principe directeur : un cadre national, une responsabilité territoriale

La réforme ne vaut que si elle rend les arbitrages plus visibles, plus responsables et plus efficaces.

Trajectoire : créer les instruments avant de transférer la tutelle

1. Élargir le FIR Porter le Fonds d'intervention régional à 12-13 Md€ pour financer coordination, prévention et alternatives aux urgences, sans bouleversement institutionnel immédiat.	2. Créer les ORDAM Décliner l'ONDAM en enveloppes régionales triennales, péréquées selon les besoins, avec 10 à 15 % de réallocation entre secteurs.	3. Transférer la tutelle Placer l'ARS sous l'autorité régionale, avec un responsable politique identifié et publiquement comptable de la stratégie sanitaire.
---	--	---

Méthode : expérimenter, évaluer, généraliser sous condition

Trois régions volontaires dès 2027 : un territoire urbain, un territoire rural et un outre-mer.

Évaluation indépendante à trois ans avant toute extension.

Précédent utile : les expérimentations hospitalières engagées en 1978 par Simone Veil, puis généralisées en 1983



Répartition des rôles : garantir, organiser, contrôler

L'État garantit	La Région organise	Les garde-fous contrôlent
<ul style="list-style-type: none">• Le panier de soins garanti• Les droits des patients• Les normes de qualité<ul style="list-style-type: none">• La solidarité (péréquation)• Le vote de l'ONDAM national<ul style="list-style-type: none">• La convention médicale nationale (socle)	<ul style="list-style-type: none">• L'hôpital et la ville• Le médico-social<ul style="list-style-type: none">• La prévention• L'allocation des ORDAM• Les accords territoriaux avec les URPS• La démographie médicale	<ul style="list-style-type: none">• Socle républicain en loi organique• Fonds de péréquation (CSG)<ul style="list-style-type: none">• Haute Autorité indépendante• Observatoire + médiateur• Service minimum sanitaire

Deux priorités transversales : prévenir et former

Prévention Créer un sous-objectif prévention dans l'ONDAM, décliné dans les ORDAM, pour protéger les crédits et cibler les déterminants locaux de santé.	Formation Structurer des projets universitaires territoriaux associant CHU, hôpitaux, ville et établissements volontaires : l'installation suit souvent la qualité du lieu de formation.
--	--