

# Comment réconcilier les ARS avec le terrain

— **Source d’espoirs à leur création en 2010, les agences régionales de santé n’ont pas répondu à toutes les attentes locales. Entre leur rigidité administrative et l’éloignement renforcé par les grandes régions, le dialogue se perd entre terrain et ARS.**

20

Souvent reléguées à leur rôle administratif d’autorisation et de dotation de subventions, les agences régionales de santé (ARS), depuis la réforme qui les a fait naître il y a une quinzaine d’années, ont une mission de taille : améliorer la santé des patients. Celle-ci les rend comptables, auprès de la population et de la collectivité au sens large, de la performance de l’offre de soins sur leur territoire. Or on le sait, l’accès aux soins et le système de santé dans son ensemble connaissent une grave crise. Plus de 6 Français sur 10 auraient déjà renoncé à au moins un acte de soin au cours des cinq dernières années<sup>1</sup>, et 87 % de la population française vivraient dans un désert médical<sup>2</sup>. « Ces mauvaises nouvelles s’aggravent en volume et dans le temps », analyse Pierre-Henri Bréchat, spécialiste en santé publique et médecine sociale et praticien hospitalier de l’hôpital public. Mais alors, comment expliquer ces dysfonctionnements ? Quelle est la part de responsabilité qui revient aux ARS ? Est-il encore possible d’inverser la tendance ?

Leur création partait pourtant d’une bonne intention : apporter souplesse, progrès et surtout cohérence entre population et offre de soins. En fusionnant les services déconcentrés et certaines missions de l’assurance maladie, l’idée était de décentraliser la politique de santé en créant une instance dotée

d’une autonomie de gestion, qui saurait répondre au mieux aux besoins, avec pour maître mot l’adaptation. Et ainsi sortir du modèle « hospitalo-centré », en développant une offre diverse et accessible.

## CRISE SYSTÉMIQUE

Mais force est de constater que la réforme a montré ses limites. « Si ce type d’administration fonctionnait, on n’aurait pas cet état du secteur de la santé, qui est systémique : ce n’est pas une crise hospitalière, de la médecine de ville, de la recherche ou encore de l’industrie pharmaceutique, mais c’est l’ensemble du système qui affecte l’ensemble de ses composantes », analyse Frédéric Bizard, président de l’Institut Santé. Cet économiste expert des questions sanitaires et de protection sociale le reconnaît : les causes de la crise du secteur sont multifactorielles, « mais quand un système dysfonctionne, il y a une défaillance de gouvernance ».

Un sentiment partagé par une part importante d’élus locaux et d’acteurs de la santé, en particulier en milieu rural. Bien entendu, les relations entre les collectivités et leur ARS ne sont pas uniformes : certaines parviennent à travailler en bonne intelligence, à faire remonter leurs problématiques

[1] « Accès aux soins : vers une bombe à retardement de santé publique ? », rapport réalisé par Ipsos à la demande de la Fédération hospitalière de France (FHF), 2024.

[2] Second baromètre « Santé-sociale » réalisé par l’AMF et la Mutualité française, présenté lors du congrès des maires 2023.



propres et surtout à développer des projets visant à répondre aux besoins du territoire. C'est le cas selon Jean-François Soto, président de la communauté de communes de l'Hérault : « C'était important de mettre en œuvre un interlocuteur unique. Avec l'ARS d'Occitanie, les élus ont de bonnes relations et les choses avancent. » L'élu apprécie la création des contrats locaux de santé, qui selon lui ont répondu au « besoin urgent de contact » survenu à la suite des premières vagues de fermetures d'établissements de proximité, à la fin des années 2010. La gouvernance des ARS propose en effet des instances de démocratie en santé où siègent des représentants de professionnels, des différentes strates des collectivités et des usagers, telles que les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) et les conseils territoriaux de santé (CTS).

## FOSSÉ ENTRE DIRIGEANT ET TERRITOIRE

Mais comme toujours, il y a d'un côté le cadre, les promesses et de l'autre, les faits. Selon nombre de professionnels et d'élus, si ces instances ont le mérite d'exister, elles ne seraient pas nécessairement suivies d'actions concrètes. « Les relations existent, évidemment, mais sont souvent distantes », constate Cédric Szabo, directeur de l'Association des maires ruraux de France (AMRF). Sébastien Gouttebel, référent régional de l'association en Auvergne-Rhône-Alpes, regrette que ces différents comités

de concertation ne soient pas décisionnaires : « Ils permettent de faire remonter l'information, mais chaque fois, on nous oppose des problématiques de budget. » Et même lorsque les propositions sont acceptées, leur mise en place peut prendre plusieurs années, voire rester lettre morte.

Selon Aline Ramond-Roquin, médecin généraliste et chercheuse en collaboration interprofessionnelle et transformation de l'offre de soins, cette défaillance réside en partie dans le système même de l'ARS, qui resterait largement centralisé : « Je pense que les ARS n'ont pas une connaissance très fine des acteurs, des besoins, des interactions et des dynamiques dans les territoires ». « Les ARS représentent l'hypertechnocratisation de la gouvernance, mais aussi l'éloignement du terrain », abonde Frédéric Bizard. Ce qui le frappe lorsque j'interviens, c'est que les gestionnaires ne connaissent pas grand-chose à la santé. » Le président de l'Institut Santé compare cette connaissance du terrain à celle des préfetures, souvent composées de ressources humaines locales. « Le préfet est entouré de gens qui connaissent très bien le territoire. Là, on voit très bien qu'il y a un fossé entre dirigeant et territoire », poursuit-il.

Un fossé que la réforme des grandes régions n'a pas réduit, bien au contraire. Le nombre de sièges d'ARS a ainsi été diminué, mais le territoire qu'elles administrent a, de son côté, considérablement augmenté. Éloignant, de fait, nombre de territoires

- • • de leurs agences, et alimentant les critiques quant à leur capacité à conduire des politiques adaptées aux spécificités locales. Mais aussi le constat d'un décalage entre le siège et le terrain, et le sentiment que les politiques seraient finalement décidées par l'État central.

## COMPLEXITÉS ADMINISTRATIVES

Selon l'analyse de Claude Bronner, en relation étroite avec les ARS du fait de son poste de président de l'URPS-ML Grand Est, ces agences auraient en effet peu de marges de manœuvre par rapport à l'État, qui aurait systématiquement le dernier mot. « *Lorsque je discute avec les équipes de mon ARS, elles sont bien conscientes qu'on pourrait faire mieux, mais elles doivent s'adapter à la décision de la DGOS [la direction générale de l'offre de soins, ndlr]. Les ARS sont là pour mettre en musique avec peu de liberté, c'est vraiment contraint* », regrette ce médecin généraliste. Une marge de manœuvre encore réduite par les obligations administratives auxquelles les agences doivent se soumettre.

Le constat n'est pas nouveau : nombre de critiques sur un fonctionnement jugé trop bureaucraté ont émergé durant la crise du Covid. « *On a d'excellentes relations car quand on y met de la bonne volonté, on travaille très bien avec eux en tant qu'individus. En revanche, c'est le système qui fait défaut* », poursuit Claude Bronner. *Nous entrons de plus en plus dans une administration délirante, au lieu de faire travailler les individus sur leurs tâches médicales.* » Un système qui, selon Sébastien Gouttebel, affecte grandement les relations de l'ARS avec les acteurs. « *Les ARS sont souvent vues seulement comme un organisme de contrôle, qui demande beaucoup d'administratif. Nos professionnels ont l'impression de passer leur temps à faire du papier. On attend un choc de simplification qui n'arrive pas* », soutient le référent régional de l'AMRF.

**« Les ARS représentent l'hypertechnocratisation de la gouvernance, mais aussi l'éloignement du terrain. »**

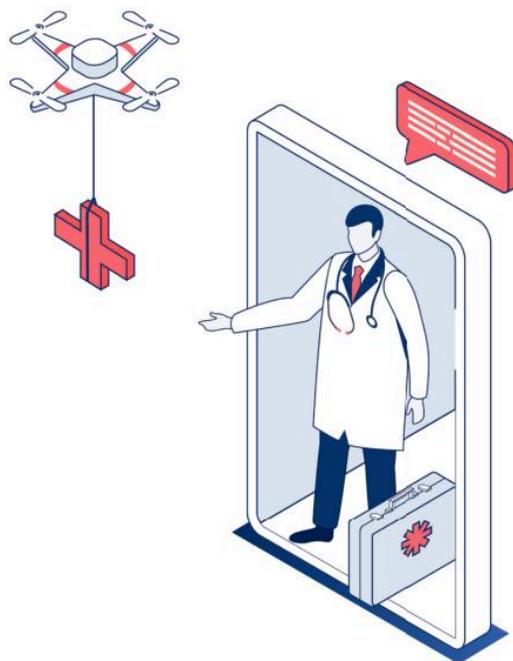
*Frédéric Bizard, économiste expert des questions sanitaires et de protection sociale*

Et pour Pierre-Henri Bréchat, coauteur de l'ouvrage *Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie*, publié en 2016, cette rigidité imputée aux ARS empêche les tentatives de transformation, et donc l'amélioration générale du système de santé. « *Il serait bien que ces structures deviennent agiles, mobiles, souples et travaillent davantage avec les collectivités territoriales*, suggère le médecin spécialiste en santé publique. *Aujourd'hui, il n'y a pas de direction claire, mais des normes et des structures administratives de plus en plus importantes et complexes. On a vraiment le sentiment que le modèle est figé, qu'on ne veut pas expérimenter autre chose.* »

## PENSER PROXIMITÉ

La plupart des acteurs en conviennent cependant, les limites des ARS ne doivent pas entraîner leur suppression. En revoyant leur fonctionnement, elles pourraient au contraire devenir un levier pour améliorer le système de santé. Selon Anne Terlez, vice-présidente d'Intercommunalités de France chargée de la commission « Cohésion sociale et territoriale », un outil encore trop inexploité est justement celui décrié par certains : les instances de démocratie en santé. « *Il ne faut pas baisser les bras, imaginer que notre présence ne sert à rien. Il ne faut pas hésiter à faire entendre une voix différente, y compris pour établir des rapports de force* », explique la première adjointe de la ville de Louviers (Eure). Valables pour une durée de cinq ans, les projets régionaux de santé viennent

**En fusionnant les services déconcentrés et certaines missions de l'assurance maladie, l'idée était de décentraliser la politique de santé.**



d'être renouvelés et sont actuellement soumis à l'avis consultatif des collectivités. Selon l'élue locale, « il ne faut pas passer à côté de ces possibilités de négociation, qui sont quand même examinées de près par les ARS ». Car forte de son expérience dans le domaine, Anne Terlez l'assure : les agences régionales de santé seraient non seulement ouvertes au dialogue avec les collectivités, mais même en demande.

Mais si chacune des parties souhaite davantage collaborer avec les autres, comment expliquer que le statu quo perdure ? « Cet acquis qu'est l'opérateur global de la santé doit être conservé, mais il faut clairement une déconcentration des responsabilités », suggère Marc Bourquin, conseiller stratégique à la FHF. L'une des solutions pourrait reposer sur les délégations départementales des ARS, à l'origine créées pour faire office de relais entre le terrain et le siège, afin de proposer un véritable interlocuteur aux élus et acteurs de la santé. « C'est une instance assez ancienne dans la décision, mais qui met beaucoup de temps à se mettre en œuvre. Aujourd'hui, c'est très disparate : certains élus les sollicitent mais n'obtiennent jamais de retour », regrette Cédric Szabo.

Le fait que les délégations doivent rendre compte à leur autorité administrative ne fait pas de doute, mais selon Marc Bourquin, le délégué départemental devrait disposer d'une marge de manœuvre au

jour le jour : « Pour réorganiser l'offre de soins, il ne doit pas systématiquement revenir au siège, estime-t-il. Sinon, il en résulte des délais incompatibles avec la prise de décision. » Avec davantage de marges de manœuvre et un rôle décisionnaire, ces délégations départementales pourraient renouer le lien. Ou même, dans certains territoires, enfin le construire.

**Philippe Ramognino**