

Santé, organisation des soins : bâtir à partir des acteurs et des territoires

A l'heure où les enjeux de santé publique occupent à nouveau une place centrale dans l'actualité, la question de l'organisation des soins à l'échelle des territoires s'impose comme un défi majeur. Entre inégalités d'accès, évolutions démographiques, stress de crises et pression croissante sur les professionnels, les acteurs publics et privés sont appelés à repenser les modalités d'offre et de coordination. Réfléchir à la structuration territoriale de la santé revient à interroger à la fois l'efficacité, l'équité et la capacité d'adaptation du système pour répondre aux nouveaux et futurs besoins des usagers.

Les progrès de la médecine ont contribué à augmenter considérablement l'espérance de vie des Français¹. La prédominance des maladies infectieuses a été progressivement remplacée par celle des maladies chroniques. Ainsi, selon l'OMS, plus de 70% des décès sont attribuables à des maladies chroniques dans le monde, et entre 15 et 20 millions de Français sont atteints d'au moins une maladie chronique en 2026. Ces proportions devraient continuer à croître. A côté de ces accompagnements au long cours, le volume des prises en charge en établissements ou en ville, urgentes ou non, ne devrait pas diminuer.

Ce changement de paradigme implique une priorisation de la prévention², de la prise en charge des maladies chroniques dans le système de santé et médico-social et dans un large ensemble de politiques publiques. Le système de santé doit aussi s'adapter pour mieux accompagner les usagers. Mais il le doit également dans l'intérêt de sa propre résilience. Organiser une prise en charge coordonnée et fluide entre les acteurs de la santé permet de diminuer la pression sur les services de soins.

Cette question de meilleure organisation du système de soins est d'autant plus prégnante dans un contexte de tension sur le temps médical disponible particulièrement marquée dans certaines spécialités³ et de sur-spécialisations médicales⁴ et soignantes : la coordination et la complémentarité des acteurs doivent être repensées pour répondre aux besoins des populations. Elles sont à concevoir au niveau de chaque territoire pour s'adapter aux réalités de plus en plus différentes, dans les constats comme dans les solutions.

Les débats sur l'organisation du système de santé sont souvent réduits à des questions sur les super structures de l'Etat. Il semble plus utile de se concentrer sur la coordination et la mobilisation des acteurs au plus proche des usagers, pour changer leurs réalités dans les prises en charge.

Comme l'univers des collectivités territoriales, le système de santé et médico-social souffre lui aussi d'un mille-feuille institutionnel. Au plan territorial, la multiplicité d'acteurs et

¹ Environ 25 ans en un siècle, soit +40%.

² La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique inscrit la prévention dans le droit français.

³ L'OMS estime qu'il manque 10 millions de professionnels médicaux dans le monde.

⁴ Le American Board of Medical Specialties reconnaît 112 spécialités médicales. En France, le ministère de la Santé en compte 44 dans le décret du 26 avril 2024.

d'instances chargés d'une coordination⁵ interroge sur la possibilité pour la population et pour les professionnels eux-mêmes de comprendre le système et sur la performance pour la coordination opérationnelle des parcours de soins.

L'action publique doit partir des données réelles de recours aux soins, accessibles dans les systèmes d'information, pour accompagner une structuration des organisations de soins dans chaque territoire. Dans un contexte de contrainte budgétaire accrue, cette réflexion doit également interroger la performance de l'action du système et la réalité des fonctionnements.

Une 1ère étape : le renforcement des CPTS et des inter-CPTS

La clé de voûte opérationnelle de la coordination des parcours de soins dans les territoires sont les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) créées récemment en 2023⁶. Elles regroupent les professionnels libéraux médecins et soignants, ainsi que les établissements de santé et médico-sociaux publics comme privés, et représentent la pluralité des acteurs du système de santé. Financées par l'assurance maladie et les Agences Régionales de Santé (ARS), leur mission première est de coordonner les acteurs locaux pour permettre à chaque usager d'accéder à une prise en charge correspondant à son besoin. Plus de 80% de la population est couverte par une CPTS.

Les CPTS sont cependant encore en phase de création ou de consolidation selon les cas, avec des niveaux de maturité et d'engagement très variables selon les territoires. Il faut les systématiser et accélérer leur renforcement, de la manière localement adaptée, parce qu'elles permettent de créer du lien en réunissant les acteurs de santé. Il faut veiller à ce qu'elles les mobilisent tous, ce qui n'est pas encore acquis dans tous les cas. La moitié n'ont pas de relations formalisées avec les établissements de santé⁷.

L'initiative, déjà en place dans plusieurs départements, d'associer les CPTS en « inter-CPTS » doit être encouragée. En effet, les CPTS couvrent généralement un périmètre correspondant à une intercommunalité alors que les sujets de coordination, du fait des spécialisations des acteurs ou de la raréfaction des ressources, nécessitent une approche sur un territoire plus large. Celui-ci pourrait correspondre au périmètre de la consommation majoritaire de soins par la population. Cette définition, essentielle, de « bassin de recrutement » ou « bassin de santé »⁸ est déjà couramment utilisée par les organisations en santé, et correspond aux besoins réels.

Un mouvement vers un système de soins davantage coordonné

La coordination de l'ensemble des acteurs de santé et du médico-social d'un territoire permet de les responsabiliser pour planifier et organiser les soins pour une population, améliorer la santé globale et réduire les inégalités. Plusieurs pays ont ainsi structuré leurs territoires avec des organisations adaptées à leurs réalités et leurs cultures. Les niveaux d'intégration, y

⁵ Agences régionales de santé (ARS), Direction Départementales des ARS, Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), Groupements Territoriaux Sociaux et médico-sociaux (GTSMS), Communautés professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), coordonnateurs de Santé, collectivités territoriales.

⁶ Loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels du 27 décembre 2023.

⁷ Cf. enquête de la Fédération des CPTS sur 2025.

⁸ Les cartes des bassins de recrutement sont librement accessibles sur le site internet de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH).

compris avec les collectivités territoriales, sont variables. Toutefois, la responsabilisation par une évaluation des résultats des politiques publiques y est favorisée.

La problématique sous-jacente de ces regroupements est la nécessité de bénéficier d'une force réglementaire et budgétaire plus légitime et plus efficace, tout en préservant l'autonomie des acteurs. Il s'agit d'une mise en commun de ressources et de décisions à l'échelle d'un territoire, tout en préservant de l'autonomie. La place des acteurs de ville se trouve renforcée, les moyens plus importants des établissements de santé sont davantage mobilisés dans une approche populationnelle⁹, et les décisions sont prises collectivement.

En complément de la gouvernance concrète des CPTS qui sont chargées de trouver des solutions de prise en charge des patients sur le territoire, il est nécessaire de structurer la gouvernance stratégique de ces bassins de santé. De telles structures de gouvernance communes commencent à émerger en ce sens entre les CPTS ou inter CPTS et les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)¹⁰ voire les Groupements Territoriaux sociaux et médico-sociaux (GTSMS)¹¹ Elles peuvent prendre la forme de réunions régulières de coordination, de conventions, voire de Groupement de Coopération Sanitaire (GCS). Membres des CPTS, les cliniques peuvent être parties prenantes de ces dispositifs. Les CPTS et cette gouvernance stratégique peuvent être les moteurs d'une approche populationnelle davantage coordonnée. Il pourrait d'ailleurs préfigurer une organisation en Groupement de Santé Territorial (GST).

Une attention particulière devrait par ailleurs être portée aux Centres Hospitaliers Universitaires. Ceux-ci disposent d'une gouvernance essentiellement assise sur la métropole dont ils relèvent, alors même que leurs missions d'enseignement, de recherche et d'innovation concernent une subdivision universitaire, correspondant généralement aux anciennes régions administratives. L'orientation doit être que les CHU soient soutenus dans leur responsabilité vis-à-vis de tous les acteurs de leur subdivision, notamment les GHT.

Un nouvel équilibre entre décentralisation et déconcentration dans les territoires

L'organisation des soins dans les territoires est légalement et réglementairement sous la compétence des ARS. Dans les faits, ce sont souvent les propositions des acteurs des territoires qui déclenchent les décisions des Agences. Ce sont surtout des contraintes immédiates de démographie médicale ou de situation budgétaire qui entraînent des réorganisations de l'offre de soins, comme des fermetures de service, sans une réflexion rationnelle préalable. L'émergence des meilleures décisions pour la population n'est pas

⁹ L'approche populationnelle est une conception de la politique de santé publique. Elle complète l'approche par pathologie et par spécialité médicale. Un même patient, un même groupe de population, peut présenter plusieurs pathologies ou risques sanitaires. Dans l'approche populationnelle, on part par exemple de la catégorie de population ou de la population d'un territoire pour concevoir la politique de santé nécessaire et mener les actions appropriées en organisant la prévention et l'action sur les déterminants de santé, en organisant la coordination des professionnels de santé et le suivi des parcours.

¹⁰ 135 Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) ont été créés par la Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Ils regroupent de manière obligatoire les établissements de santé publics et de manière facultative des établissements médico-sociaux publics au sein d'un même territoire de santé. Le territoire du GHT est théoriquement défini par un recours majoritaire aux soins de la population dans son périmètre d'intervention.

¹¹ Les GTSMS ont été créés par la Loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie. Leurs missions sont d'organiser et de coordonner les établissements sociaux et médico-sociaux.

garantie par ce processus fondé sur des contraintes de court terme. Les ARS doivent prendre des décisions structurantes.

Tout en mesurant les enjeux administratifs mais pour dépasser les concurrences entre les services de l'Etat, il faut aborder la problématique de l'organisation sanitaire et médico-sociale sous l'angle d'une responsabilité populationnelle.

Les missions de planification, de régulation et d'inspection des Agences Régionales de Santé ne sont pas contestées par les acteurs de terrain. En revanche, l'équilibre entre l'Etat et les collectivités territoriales dans les territoires, au sens du « bassin de santé » doit être repensé pour trois raisons. La première est que la prévention en santé, enjeu prioritaire pour notre système de santé, est une problématique transversale qui concerne tous les champs de l'action publique (politiques d'aménagement urbain, de l'éducation, du sport, de la ville...) et elle doit être adaptée aux réalités locales par l'Etat et les élus locaux. La deuxième est que les processus de décisions sont actuellement dispersés entre une multiplicité d'acteurs, déconcentrés ou décentralisés, rendant l'action publique peu lisible pour les citoyens et nuisant à son efficacité. Enfin, un enjeu aussi prégnant que la santé¹² et l'importance de leurs actions sur les territoires et leur légitimité démocratique doivent conduire à donner aux élus une place correspondante, y compris dans la déclinaison de la politique nationale.

Un décret en cours d'élaboration vise globalement à consolider certaines organisations et certains modes de fonctionnement existant dans la réalité. Il est envisagé que les Préfets soient associés, sous forme d'avis, à des décisions des Directeurs -ex Délégués - Départementaux des ARS et des Directeurs Généraux d'ARS. Les Directeurs Départementaux d'ARS seraient consacrés par un texte réglementaire dans leur mission de coordination des soins, en concertation avec le Préfet et sous l'égide des Directeurs Généraux d'ARS. Selon le projet, ils s'appuieront sur les dispositifs existants que sont les CPTS, les Comités Territoriaux de Santé (CTS), les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC)¹³, les Coordonnateurs en Santé¹⁴ des Territoires, tous financés par l'ARS. Il ne faut surtout pas ajouter à la complexité actuelle qui résulte de la superposition de dispositifs successifs. Or, la première rédaction du décret prévoit en sus la création d'une commission supplémentaire d'accès aux soins départementale réunissant les élus et les représentants de l'Etat.

Une option différente consisterait à définir un nouvel équilibre entre déconcentration et décentralisation dans les territoires, tout en rationalisant les structures existantes. Cette solution pourrait s'appuyer par exemple sur les Conseils Territoriaux de Santé¹⁵ (CTS). Ceux-ci ont été créés pour être une forme de Parlement sanitaire territorial. Y siègent des élus départementaux et communaux, des personnalités qualifiées et des représentants des usagers. Leurs périmètres sont départementaux, infra-départementaux, parfois interdépartementaux. Leurs compétences sont essentiellement consultatives : réalisation de diagnostics, évaluation des droits des usagers, coordination des acteurs. Sans réel pouvoir de

¹² 1^{ère} priorité des Français selon le baromètre IFOP du 9 janvier 2026.

¹³ Créés par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, les DAC regroupent l'ensemble des dispositifs de coordination pré existants et financés par les ARS, à savoir les réseaux de santé, les plateformes territoriales d'appui (PTA), les coordinations territoriales d'appui (CTA) et les Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA). Dans les faits, les anciens dispositifs peuvent avoir perduré.

¹⁴ Les coordonnateurs de santé sont des professionnels transversaux financés et missionnés par les ARS pour mettre en relation les professionnels des territoires.

¹⁵ Les Conseils Territoriaux de Santé ont été créés par la Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016.

décision et d'organisation dans les territoires, cette démocratie sanitaire est actuellement souvent critiquée pour son insuffisance.

Les Comités Territoriaux de Santé pourraient disposer de véritables compétences, représenter les élus du territoire et être l'assemblée délibérative pour la déclinaison des politiques de santé, avec une approche transversale de celles-ci. Ces nouveaux CTS devraient associer des patients experts. Ce choix renforcerait la démocratie locale et éviterait la création de nouvelles structures. Le soutien de cette organisation décentralisée pourrait être les Directions Territoriales des ARS. Les Dispositifs d'Appui à la Coordination et les Coordonnateurs en Santé, dont l'évaluation n'a jamais été effectuée, pourraient être supprimés ou regroupés avec la Direction Territoriale de l'ARS. Ce serait l'occasion de supprimer la majeure partie des structures existantes dont le nombre excessif est critiqué par l'ensemble des acteurs.

Représentant des Ministres, le Préfet veillerait à la coordination avec les autres politiques publiques nationales ou territoriales, notamment pour promouvoir, avec l'ARS, leur convergence en une politique globale de prévention, rôle dont il a les moyens puisqu'il a autorité sur l'ensemble des services déconcentrés concernés (DRAAF, DREAL, DREETS, DDPP...) et des opérateurs de l'Etat majeurs en ce domaine. Il garde son rôle plus que jamais essentiel de mise en œuvre des plans interministériels et en cas de crise.

Si cette voie était empruntée, l'approche populationnelle serait renforcée par une assemblée territoriale délibérante en santé, avec un exécutif rationalisé, dans le cadre d'une politique nationale et régionale.

Une telle approche populationnelle, partenariale et par territoire doit s'appuyer sur un système d'information et une capacité de traitement massif de data et d'utilisation de l'IA. Ce sont les CHU et les gros centres hospitaliers qui ont les systèmes et les équipes les plus importants et les plus adaptés pour déployer cette capacité et une expertise en matière de santé publique.

* * * * *

Le débat sur l'organisation du système de santé ne doit pas être réduit aux relations entre les structures administratives de l'Etat, et plus spécifiquement entre les ARS et les Préfectures.

Il est indispensable que l'Etat renforce son rôle de régulateur dans un monde de la santé hautement concurrentiel et soumis à de fortes pressions démographiques et budgétaires. Il est également indispensable de conserver une administration spécialisée dans le monde spécifique et complexe de la santé. L'univers de la santé ne relève pas seulement d'un principe hiérarchique, mais aussi et surtout de la capacité à faire travailler ensemble et à mobiliser des acteurs.

Il faut penser un nouveau modèle d'organisation à partir des besoins de santé des populations, qui ne correspondent pas nécessairement aux découpages administratifs traditionnels. La recherche d'une simplification des organisations et d'une coordination plus efficace doit se faire toujours dans le sens de mettre les acteurs en situation d'exercer leurs responsabilités. C'est la condition pour mieux répondre aux besoins des usagers.