

Santé, organisation des soins : du changement ?

Initialement annoncés dans un projet de loi, des dispositifs visant à améliorer l'efficacité territoriale du système de santé ont été édictés par voie réglementaire : le 29 juillet 2026 par une circulaire relative aux Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et le 1^{er} août 2026 par un décret relatif aux délégations départementales des Agences Régionales de Santé (ARS).

Le Premier Ministre avait au départ annoncé le 14 novembre 2025, lors des Assises des Départements de France, que « le temps était venu de réformer en profondeur les ARS », en évoquant notamment des transferts de compétences vers les préfets et les Conseils départementaux. L'objectif était de renforcer l'échelon départemental, les délégations départementales des ARS n'ayant pour la plupart jamais réussi à jouer le rôle d'animation et de relais qui aurait dû être le leur, alors même que la création des grandes régions avait éloigné plus encore les ARS des acteurs de terrain.

Dix mois plus tard, les deux textes pris à l'été 2026 permettent-ils de mieux adapter l'organisation du système de soins aux besoins ?

1. Entre codification de bonnes pratiques et mise sous pression des GHT pour recomposer l'offre de soins des territoires

L'essentiel des mesures du décret concernant les ARS donne une nature réglementaire aux pratiques existantes dans les régions et territoires. Porter des bonnes pratiques au niveau réglementaire a pour contrepartie de rigidifier, alors que le propre de celles-ci est de s'adapter et de s'améliorer constamment. Il est questionnant de devoir user de textes normatifs pour diffuser des usages.

Concrètement, le décret conforte le rôle des délégations départementales, désormais dirigées par des directeurs départementaux représentant le directeur général de l'ARS dans chaque département. Cette évolution formalise une organisation déjà largement installée dans les régions. Mais il prévoit que les directeurs départementaux seront proposés par le directeur général de l'ARS et nommés par le ministre après avis du préfet, processus lourd, brouillant les responsabilités et la clarté du management.

Le texte précise également les responsabilités en matière d'évaluation des dirigeants d'établissements publics. Dans les faits, les équilibres actuels sont préservés : les directeurs généraux des établissements supports de GHT continueront d'être évalués par les directeurs généraux des ARS, tandis que les directeurs des autres établissements relèveront des niveaux hiérarchiques adaptés à leurs responsabilités.

Le décret prévoit qu'en concertation avec le préfet, le directeur départemental de l'ARS organise le dialogue avec les collectivités territoriales et présente « le bilan de l'agence dans le département » au Conseil départemental. Ce schéma de gouvernance impliquant également

le préfet et le Conseil départemental reflète un souci de compromis, mais introduit une complexité qui nuit à la clarté des responsabilités.

En complément, la circulaire sur les GHT vient confirmer les modalités de pilotage entre les ARS et les GHT existant en région : dialogue stratégique annuel réunissant l'ARS et les établissements d'un même GHT ; dialogue de gestion bilatéral entre l'ARS et chaque établissement ; conditionnement des aides des ARS en trésorerie et en investissement à l'engagement des établissements dans une efficience territoriale.

La nouveauté n'est donc pas à chercher dans les mesures elles-mêmes mais davantage dans l'appel à une deuxième étape des GHT, 10 ans après leur création en 2016. Partant du constat de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales dans leur rapport de septembre 2025, largement partagé par les acteurs hospitaliers eux-mêmes, qui avait objectivé l'hétérogénéité des GHT dans la coopération entre les établissements publics de santé, la circulaire du 29 juillet vise à mobiliser les ARS et les GHT pour « renforcer la mutualisation et l'intégration au sein des GHT ». Un plan d'actions est demandé à tous les GHT pour janvier 2027. Il s'agit d'optimiser les coûts en même temps que d'améliorer la qualité. Pour y parvenir, les activités doivent être mieux graduées, c'est-à-dire concentrées tout en maintenant des portes d'entrée sur tous les territoires.

« Sous l'égide des ARS », les GHT sont chargés de réaliser leur diagnostic, puis de définir leurs pistes d'amélioration pour l'efficacité territoriale : changement éventuel de périmètre à condition de ne pas augmenter le nombre de GHT dans la région, regroupement d'activités cliniques ou de plateaux-techniques, constitution d'équipes médicales de territoire, mutualisation d'activités administratives ou techniques, plan d'investissement commun, mutualisation des trésoreries. La circulaire officialise également une pratique courante, mais pas toujours effective : à chaque vacance de poste d'un DG d'hôpital, « la mise en place d'une direction commune est la règle ».

L'Etat demande donc explicitement d'accélérer la recomposition de l'offre de soins dans les territoires. Les directeurs des GHT et des hôpitaux seront évalués sur les objectifs fixés par la circulaire. En revanche il n'est pas précisé que les directeurs généraux d'ARS seront évalués selon la mise en œuvre de la circulaire. Celle-ci ne change pas les outils existants, elle s'y réfère même pour chacun d'entre eux. Mais elle vise à accélérer les réorganisations de l'offre de soins.

Le décret sur les ARS crée une nouvelle instance départementale : le « comité de l'accès aux soins de premier recours ». Présidé conjointement par le préfet de département, le président du Conseil départemental et le directeur départemental de l'ARS, ses missions sont de « déterminer l'offre de soins adaptée aux besoins sur le territoire », « mettre en œuvre des dispositifs d'incitation à l'installation des professionnels de santé », et « piloter la mise en œuvre du guichet unique départemental d'accompagnement des professionnels de santé ».

Ce comité territorial supplémentaire présente le défaut principal de ces nouveaux textes : ils alourdissent encore le système existant sans le modifier substantiellement, contrairement à la volonté initiale du Premier ministre. Il aurait fallu au contraire alléger la gouvernance territoriale et clarifier les responsabilités.

2. La nécessité d'une vision stratégique pour le pilotage du système de santé

Ce qu'il manque en réalité ce sont des orientations stratégiques et une déclinaison opérationnelle.

Il n'y a pas de changements fondamentaux aux fonctionnements et équilibres actuels. Si l'accélération aux recompositions des offres de soins sur les territoires des GHT est nécessaire, elle s'inscrit dans la continuité du travail mené par les ARS, les directeurs d'établissement support de GHT depuis la création de ceux-ci et les directeurs d'hôpitaux. S'il est nécessaire que les acteurs de l'Etat et des collectivités territoriales échangent sur les orientations en santé, c'est déjà le cas dans de nombreuses instances formelles et réunions informelles.

Le décret et la circulaire abordent à peine en quelques lignes les acteurs de santé autres que les ARS et les GHT dans les territoires. Il est pourtant urgent de mobiliser tous les acteurs au plus proche des usagers -publics mais aussi privés, associatifs, libéraux- et de réformer en profondeur la coopération et la coordination.

Les réunions de concertation sont déjà nombreuses dans les territoires, surchargeant les emplois du temps, complexifiant les prises de décision et diluant en définitive les responsabilités. Aux réunions institutionnelles trimestrielles de chaque hôpital (Comité Social d'Etablissement, Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique, Commission Médicale d'Etablissement, Conseil de Surveillance), s'ajoutent celles des EHPAD, des GHT, des Groupements Territoriaux Sociaux et Médico-Sociaux, des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, des Conseils Locaux de Santé (spécialisés ou non), des Conseils Territoriaux de Santé, des Comités de liaisons divers, des réunions avec les ARS, et les réunions informelles d'échanges de chacun avec des élus pour faire le lien entre toutes les réunions précédentes.

Il est urgent de débureaucratiser le pilotage du système de santé, de le rationaliser pour le rendre plus lisible et surtout plus efficace.

Pour y parvenir, la réorganisation doit être pensée à partir du terrain. Les CPTS, créées en 2023, sont une opportunité. Elles réunissent progressivement les professionnels de santé de premier recours, les établissements, les acteurs médico-sociaux et les collectivités autour d'une même ambition : améliorer l'accès aux soins et organiser les parcours des patients. Leur rôle mérite désormais d'être conforté. Toutes les CPTS devraient couvrir effectivement leur territoire et intégrer l'ensemble des opérateurs qui concourent à la prise en charge de la population, qu'ils relèvent du secteur public, privé, associatif ou libéral. Parallèlement, le développement des inter-CPTS doit être encouragé. Les bassins de vie, les flux de patients et l'organisation des filières de soins dépassent en effet souvent le périmètre d'une seule communauté professionnelle. Les inter-CPTS permettraient d'organiser des réponses coordonnées à une échelle pertinente, correspondant davantage aux territoires de santé qu'aux seules limites administratives. Les CPTS et inter-CPTS deviendraient ainsi le niveau opérationnel de la gouvernance territoriale, celui où se construisent concrètement les parcours de soins et les coopérations quotidiennes entre professionnels.

Les GHT ont profondément transformé la coopération hospitalière. Ils disposent aujourd'hui d'une capacité d'ingénierie, de mutualisation et d'expertise sans équivalent dans les territoires. Mais leur périmètre demeure principalement hospitalier. Or les enjeux actuels

concernent l'ensemble du parcours de santé. Une évolution progressive vers un Groupement de Santé Territorial (GST) permettrait de franchir une nouvelle étape. Le GST ne constituerait pas une structure supplémentaire. Il serait une instance de coordination stratégique réunissant, autour d'une même gouvernance, les établissements publics de santé, les établissements privés qui souhaitent s'y associer, les GTSMS, les CPTS en tant qu'acteurs opérationnels, les représentants des professionnels libéraux, les collectivités territoriales, les représentants des usagers et les services territoriaux de l'État. Sa mission ne serait pas de gérer les établissements, mais d'élaborer une stratégie commune de santé à l'échelle du territoire, de coordonner les grands projets, de suivre les objectifs partagés et d'assurer la cohérence entre les différentes politiques conduites localement. Chaque acteur conserverait son autonomie juridique et ses responsabilités propres. En revanche, les décisions stratégiques intéressant l'ensemble du territoire seraient préparées et coordonnées dans un cadre unique. Cette évolution contribuerait à dépasser les cloisonnements historiques entre médecine de ville, hôpital, secteur médico-social et prévention, sans remettre en cause l'identité de chacun. Ces GST ne semblent pas faisables à court terme, le chemin pour y parvenir devant être progressif. Mais il faut disposer de cette pensée stratégique de moyen terme pour organiser le système de santé à court terme, autour d'une responsabilité populationnelle en santé.

En parallèle, il est indispensable d'alléger la comitologie des GHT et des établissements publics de santé : les instances se doublonnent pour les directions, les médecins, les élus et les représentants de l'État. Et pour dire les mêmes choses. L'intensification de la recomposition de l'offre de soins des territoires demandée par la circulaire doit être l'occasion d'alléger drastiquement la comitologie existante des établissements publics de santé, au profit de celle du GHT. La personne morale des GHT, voire la fusion des établissements publics parties au GHT, sont des outils qui doivent être utilisés pour y parvenir. La comitologie des EHPADs et des GTSMS pourrait être simplifiée de la même manière, en gardant l'option de rapprochement avec les GHT comme un aboutissement ultime : les GTSMS et les GHT doivent se regrouper à terme pour gagner en efficacité. La simplification ne constitue pas un objectif administratif et ne doit pas être conçue comme telle ; elle est une condition de l'efficacité publique. Chaque heure consacrée à la coordination institutionnelle est une heure qui n'est pas consacrée à l'amélioration de l'accès aux soins, de la qualité des prises en charge ou de l'accompagnement des professionnels.

Cette réorganisation doit enfin s'accompagner d'un renforcement de la démocratie sanitaire. Les Conseils Territoriaux de Santé (CTS) créés en 2016 pourraient être développés pour devenir de véritables instances délibératives en santé dans les territoires. Y siègent des élus départementaux et communaux, des personnalités qualifiées et des représentants des usagers. Leurs périmètres sont départementaux, infra-départementaux, parfois interdépartementaux. Pour autant, ils sont généralement désertés par les élus, car les compétences et responsabilités des CTS sont faibles et diffuses au sein de toute la comitologie existante. Les CTS pourraient remplacer tous les comités existants dans les territoires où siègent élus et/ou représentants de l'État, y compris ceux des établissements de santé par exemple. Un véritable pouvoir délibératif pourrait leur être octroyé pour toutes les décisions concernant la santé dans les territoires. En quelque sorte, le CTS deviendrait le seul pouvoir délibératif en santé dans les territoires, la coordination des acteurs qui pourrait prendre la forme d'un GST à terme serait l'instance de coordination, et les CPTS / inter-CPTS l'exécutif opérationnel. Et tout ceci dans une cohérence régionale fixée par l'ARS, en application de la

politique nationale de santé. Dans ce schéma, les délégations départementales des ARS seraient intégrées à l'instance de coordination des acteurs qui pourrait être un GST.

Le Cercle mesure pleinement l'importance du pas qui devra être franchi, mais il est essentiel de fixer un cap.

* * * * *

Le décret et la circulaire ménagent préfets et Départements, demandeurs de plus de pouvoir en matière de santé même s'ils n'en ont pas pour autant les moyens, sans mettre à bas les ARS et les éléments régionaux du système, peut-être dans l'attente des échéances électorales de 2027.

La santé est un univers complexe et le pilotage du système de santé l'est donc nécessairement. Il est néanmoins tombé excessivement dans une vue administrative et une dilution des responsabilités liée à une comitologie inflationniste.

Le décret sur les délégations départementales des ARS et la circulaire relative aux GHT ont le mérite de reconnaître les bonnes pratiques existantes mais au prix d'une nouvelle couche de réglementation alors qu'il s'agit de stimuler les initiatives et de mobiliser l'ensemble des acteurs.

L'organisation et le fonctionnement sont encore complexifiés et alourdis. Il semble urgent de débureaucratiser et simplifier le pilotage du système de santé dans les territoires, pour qu'il gagne en efficacité.

Des sujets majeurs d'organisation restent en outre à traiter ou davantage prioriser :

- La prévention. Les ARS ont la responsabilité, au niveau régional, de définir et évaluer les actions de prévention, en lien avec les priorités nationales et les réalités des territoires. Le préfet, représentant de l'État et de chacun des membres du Gouvernement, doit contribuer à leur déploiement territorial en mobilisant dans le cadre de ses compétences, en relation étroite avec les ARS, l'autorité dont il dispose sur l'ensemble des services déconcentrés de l'État (DRAAF, DREAL, DREETS, DDPP...) et de ses opérateurs concernés. De manière à favoriser la cohérence et la complémentarité des interventions de l'État au service des priorités de prévention. Et il doit aussi contribuer à mobiliser les initiatives et capacités des acteurs territoriaux (communes, intercommunalités...) au service des priorités de prévention, au niveau opérationnel essentiel que sont les territoires.
- Les Centres Hospitaliers Universitaires. Leur gouvernance est 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.

Le cap pour le système de santé reste à fixer.