

*Le gouvernement présente sa réforme comme une départementalisation des ARS. Pourquoi n'est-ce pas une réussite ?*

Tout le monde était d'accord sur la nécessité de faire quelque chose au niveau départemental, car les délégations départementales des ARS n'ont, pour la plupart, pas joué le rôle qui aurait dû être le leur. Il ne faut pas généraliser : dans certains départements, cela a réellement fonctionné. Mais, la plupart du temps, leur fonctionnement n'était adapté ni à la prise en compte des territoires ni à la relation avec les élus.

Le métier de délégué territorial est compliqué. Le directeur général de l'ARS reste le patron, mais le délégué doit travailler avec les élus locaux. Il doit avoir l'expérience et la connaissance du territoire, être reconnu par ses acteurs et savoir consulter, informer et relayer. Le choix des personnes n'a pas toujours été adapté aux besoins, l'animation de ce réseau non plus.

*Les élus locaux reprochent pourtant régulièrement aux ARS de décider sans eux. Y a-t-il un problème de co-construction ?*

Dans un certain nombre de cas, oui. Mais les situations sont très différentes. C'est justement pour assurer cette interface, notamment avec les élus, que les délégués territoriaux existent.

Surtout, les territoires sont extraordinairement divers. Il n'y a rien de comparable entre un département rural en voie de dépeuplement et un département de la petite couronne parisienne ou des agglomérations de Lyon ou Marseille. Certains territoires disposent d'un CHU, d'autres de plusieurs centres hospitaliers mais d'aucun grand établissement. La présence des cliniques privées varie également beaucoup.

Il est très difficile de traiter cette diversité par les textes. Pour agir efficacement, il faut des fonctionnements adaptés aux territoires. Ce n'est pas un pur problème de mécano administratif.

*La création des grandes régions a-t-elle aggravé cette distance avec les territoires ?*

Oui. Auparavant, il y avait environ deux fois plus d'ARS et elles étaient donc moins éloignées des départements. La création des grandes régions a été très inadaptée à l'univers de la santé. Les bassins de santé ne coïncident d'ailleurs pas toujours avec leurs frontières ou celles des départements.

Avec environ 1 400 établissements de santé publics et 1500 privés en France, une grande région doit couvrir une multiplicité d'établissements sanitaires, de l'ordre de 250 en moyenne, plus les établissements médico-sociaux. Et dans un nombre de départements plus élevé. Tout cela est très difficile à animer compte tenu de la complexité et de la diversité des territoires.

*Le Premier ministre avait initialement ouvert la porte à davantage de décentralisation de la santé de proximité. Les textes publiés sont-ils dans la ligne et à la hauteur de l'objectif initial ?*

Le schéma retenu par le décret est purement administratif et nous pensons qu'il n'est pas adapté au sujet. Car la question est d'abord celle de la disponibilité et de la qualité des soins, des compétences soignantes disponibles, de la capacité à répondre aux besoins de santé.

Quand nous proposons de partir des acteurs, nous ne parlons pas seulement des acteurs administratifs ou politiques. Il faut partir des acteurs concrets du soin : les établissements publics et privés et les professionnels de santé de ville.

Or ce qui a été prépondérant dans l'élaboration de cette réforme, ce sont les discussions internes, les oppositions, entre les différentes composantes de l'administration de l'État, le ministère de l'Intérieur, les préfets, le ministère de la Santé. C'est ce qui explique le contenu du décret du 1er août, alors que ce n'était pas le sujet initial.

Le schéma retenu introduit donc plutôt une forme de recentralisation. Et il ne part pas de la réalité des territoires.

*Vous êtes très critique envers le nouveau comité départemental de l'accès aux soins de premier recours. Pourquoi ?*

Parce que c'est une instance de plus et que l'on voit mal comment elle fonctionnera. On croit comprendre qu'elle pourra manier quelques crédits, mais ils seront extrêmement réduits.

On introduit également le Conseil départemental. Il a une forte compétence et un rôle central en matière sociale. En revanche, dans le domaine des soins, c'est beaucoup moins évident. Les partenaires courants sont plutôt les communes et les intercommunalités.

Nous proposons donc de partir davantage des communautés professionnelles territoriales de santé, les CPTS, qui correspondent à la réalité des territoires et réunissent les professionnels de santé.

*Votre reproche est donc que la réforme part des administrations plutôt que des soignants ?*

Oui. Le schéma ne tient compte que du fonctionnement et des hiérarchies administratives. Or un hôpital ne fonctionne pas seulement autour de son directeur. Il y a aussi la commission médicale d'établissement, qui réunit les personnels médicaux, et la direction des soins, qui fédère les différents métiers soignants non médicaux. Il faut se souvenir qu'un hôpital compte aujourd'hui plus de 140 métiers.

Dans les villes disposant d'un CHU, il faut ajouter l'autorité universitaire des doyens. Et un CHU n'est pas simplement un hôpital de proximité : il irrigue tout un territoire et apporte ses compétences aux autres établissements.

Toute cette réalité des soins n'est pas prise en compte dans un schéma qui concerne essentiellement les autorités administratives.

*Plutôt que de créer un nouvel échelon départemental, fallait-il plutôt renforcer les CPTS et les conseils territoriaux de santé ?*

Si les CPTS et les conseils territoriaux de santé fonctionnaient pleinement, il n'y aurait presque plus de rôle pour le délégué départemental.

Le choix du décret consiste à modifier le fonctionnement des autorités administratives. Cela peut se concevoir dans le système actuel, où les CPTS et les CTS ne jouent généralement pas encore complètement leur rôle et où les groupements hospitaliers de territoire commencent à jouer plus sérieusement le leur. Mais dans un système qui reposerait vraiment sur les soins, l'ARS pourrait discuter directement avec les acteurs coordonnés -les CPTS, les GHT- et demander l'avis des CTS dans la construction de l'offre de soins.

*Pourquoi parlez-vous de « recentralisation », alors que le gouvernement promet davantage de proximité ?*

La décentralisation consisterait à partir de l'ensemble des acteurs : les responsables hospitaliers et médico-sociaux, administratifs et médicaux; les professionnels de santé, mais aussi les élus, avec leurs responsabilités en matière d'aménagement, d'emploi ou de logement des soignants.

Là, ce n'est vraiment pas de la décentralisation, ni même de la déconcentration. Et le système devient extraordinairement complexe.

Regardez la nomination des directeurs des délégations départementales : l'initiative revient en principe au DG de l'ARS, avec un avis préalable du préfet et une décision finale du ministre. Si un délégué mal adapté à la fonction est nommé, qui est responsable ? Le DG de l'ARS qui a fait une mauvaise proposition ? Le préfet qui ne s'y est pas opposé ? Le ministre qui a peut-être cherché à influencer la nomination ?

Pour nous, l'essentiel est justement de savoir qui est responsable. Or le système résultant du texte du 1er août brouille les responsabilités.

*À l'heure où l'État promet aux élus de simplifier et de débureaucratiser, cette réforme fait-elle l'inverse ?*

Le décret ne prétend pas faire de la simplification. Mais, manifestement, il complique la situation.

Tout le monde peut être d'accord pour que les directeurs de groupements hospitaliers de territoire informent les préfets lorsqu'une décision importante est en cours ou lorsqu'un problème survient. Mais cela relève de l'intelligence des situations et de la nécessité que les responsables se parlent au niveau local.

Là, on veut traiter des articulations et des relations par écrit, en quelque sorte les codifier, en compliquant le système et en brouillant les responsabilités.

Prenez le comité de l'accès aux soins de premier recours. Si un habitant ne trouve pas de médecin, de spécialiste ou de laboratoire d'analyses, pourra-t-on dire que c'est la faute du comité ? Il n'aura pas ce pouvoir. Et il aura trois coprésidents : qui décide ? Ce n'est pas approprié au fonctionnement réel du système.

*Comment expliquer qu'on n'arrive pas à simplifier ce millefeuille sanitaire ?*

Il faut regarder l'historique. Il y avait autrefois les directions régionales de l'action sanitaire et sociale (DRASS) et les DDASS, qui étaient des services relevant de l'autorité des préfets. Puis sont venues les agences régionales de l'hospitalisation, avant la création des ARS en 2010.

Les ARS sont des établissements publics de l'Etat et sont donc, en quelque sorte, indépendantes du préfet. La question du pouvoir des préfets dans les départements depuis la disparition des DDASS continue donc à peser.

Au début des années 2010, le ministère de la Santé et certains ministres avaient qualifié les DG d'ARS de « préfets sanitaires ». L'intention était bonne : il s'agissait de montrer qu'ils avaient une véritable responsabilité territoriale. Mais l'expression était

malencontreuse. Elle a entraîné des comparaisons sur les salaires, les primes ou les avantages en nature et a achevé de braquer certains préfets contre ceux qu'ils pouvaient percevoir comme des concurrents.

Les querelles administratives ont joué et continuent à jouer un rôle extrêmement important même si la qualité des relations est souvent bonne et si des alliances sont observées dans certains territoires. Et bien que le préfet de région préside le conseil d'administration de l'ARS.

*Une réforme censée rapprocher les ARS des territoires a donc été détournée par une bataille entre administrations ?*

Le Premier ministre avait détecté, non sans raison, un véritable sujet de proximité avec les territoires. Mais ce sujet s'est trouvé capté par l'affrontement entre ministères et entre corps.

On peut comprendre les intérêts des uns et des autres. Mais le produit final, malheureusement, c'est une grande confusion et l'apparition d'une nouvelle instance. Je ne pense pas que cette nouvelle commission apportera une vraie satisfaction aux élus locaux. Cela mériterait d'être revu.

*Vous pointez enfin un grand absent de la réforme : la prévention. Quel rôle les élus locaux peuvent-ils jouer ?*

La prévention est essentielle et elle est insuffisamment développée en France. Nos politiques de santé sont très tournées vers les soins, chacun le sait. Or les acteurs locaux peuvent jouer un rôle important pour la prévention.

Les cantines scolaires, par exemple, font de la prévention sanitaire à travers l'alimentation des enfants. Quand les collectivités développent les activités sportives ou cherchent à rendre la ville plus supportable, elles contribuent également à la prévention.

Les élus sont pleinement légitimes dans ce domaine. Beaucoup de municipalités mènent déjà des actions, mais elles restent globalement trop ponctuelles.

*Et c'est là que les préfets pourraient avoir un véritable rôle à jouer ?*

Oui. Les préfets détiennent une carte majeure : ils ont autorité sur l'ensemble des services déconcentrés de l'État et sur ses opérateurs majeurs.

Prenez les résidus de pesticides, les contaminants, les polluants ou la qualité de l'eau. Ces sujets mobilisent différents services de l'État. Il faut les mettre en phase. Le préfet peut donc jouer un rôle de coordination au service de la prévention.

Cela ne signifie pas qu'il doive définir lui-même la politique de santé des territoires. Il n'en a ni les moyens en termes de compétence de ses services ni les moyens administratifs. L'ARS dispose, elle, de compétences techniques et d'une connaissance de la situation sanitaire. Elle peut contribuer à formuler des axes de prévention et nourrir le préfet en éléments lui permettant de coordonner les politiques.

Ceux qui disposent ensuite des moyens concrets d'agir sont notamment les préfets et, bien sûr, les élus municipaux et intercommunaux. C'est là que les préfets ont un rôle utile à jouer, plutôt que d'intervenir dans des mécanismes qui compliquent encore le fonctionnement du système. Ce volet prévention est important et il n'est pas évoqué dans le texte du 1er août.

**Romain Gaspar**

***Journaliste La Gazette des communes***

***Chef de service "Parlement et réforme de l'Etat"***

[romain.gaspar@lagazettedescommunes.com](mailto:romain.gaspar@lagazettedescommunes.com)

Téléphone : +33 6 81 79 64 45

X (ex-Twitter) : [@RomainGaspar](https://twitter.com/RomainGaspar)

LinkedIn : [Romain Gaspar](#)

Site internet de la Gazette : [Mes articles](#)

**La Gazette des Communes**

20, rue des Aqueducs - 94250 Gentilly