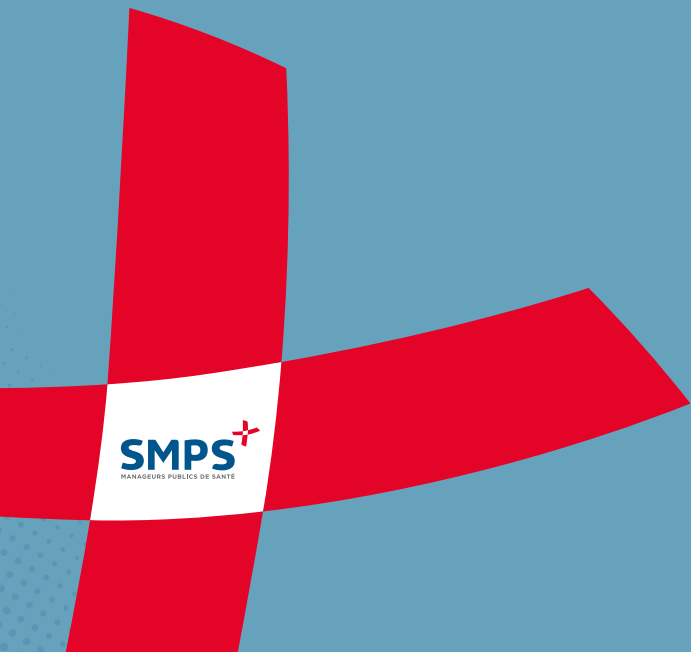


NOS PROPOSITIONS

SYNTHÈSE

Transformation **du système** de santé



SMPS 
MANAGEURS PUBLICS DE SANTÉ

Vers un système de santé repensé pour une action publique performante

**Par Jérôme Goeminne,
président du SMPS**



L'adaptation de notre système de santé doit être pensée face aux multiples défis que sont le vieillissement de la population, l'augmentation constante des sur-spécialisations médicales et soignantes (le décret du 26 avril 2024 du ministre de la Santé en recense 44) ainsi que le développement des nouvelles technologies. Dans un contexte de contrainte budgétaire accrue, cette réflexion doit également interroger la pertinence de nos organisations.

Un millefeuille institutionnel peu lisible, avec un pilotage éclaté

Si notre système de santé est riche et performant, la coordination efficace des acteurs apparaît comme la clé de voûte d'un secteur de plus en plus complexe et changeant. On ne peut que regretter le millefeuille institutionnel et son pilotage éclaté, qui ne permettent pas de résorber durablement les inégalités d'accès aux soins.

“ La coordination efficace des acteurs, clé de voûte d'un secteur de plus en plus complexe et changeant. ”



Contexte

Notre système de santé dispose d'un point fort que sont **les agences régionales de santé (ARS)**, établissements publics de l'État créés en 2010. **La planification du système de santé**, et plus largement de l'écosystème sanitaire, social et médico-social, sa régulation et les missions d'inspection ne peuvent être réalisées que dans un périmètre régional pour mieux cibler et réduire les inégalités en santé. À cet effet, le **préfet de région** est chargé de la coordination de l'ensemble des services déconcentrés de l'État, dont l'ARS, en lien avec les élus du territoire. De nombreuses instances de concertation font vivre la démocratie sanitaire, par exemple lors de l'élaboration **des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS)**.

Les décrets n° 2025-723 et n° 2025-724 du 30 juillet 2025 incluent davantage **le corps préfectoral** dans certaines prises de décision des ARS. Ils émettent un avis sur tout projet significatif de l'ARS et avant tout retrait d'autorisation, le **préfet de département** est consulté. Ces mesures nous semblent aller dans le sens d'une **complexification et d'une rigidification de l'action publique**. Au SMPS, nous pensons qu'il faut **soutenir et défendre les ARS**, bien souvent les victimes expiatoires des difficultés de notre système

de santé dont le rôle de planification reste limité, en raison notamment de résistances locales. Les ARS sont un atout pour notre système de santé, et un modèle copié dans l'ensemble des pays développés.

Pourtant, nous constatons dans nos territoires un **mécontentement des élus** quant au pilotage territorial du système de santé et aux décisions d'organisation de soin. Il nous semble que la critique de l'organisation sanitaire provienne du **millefeuille territorial** dans le domaine de la santé, aussi bien à l'échelon départemental qu'infradépartemental : les délégations territoriales des ARS (DTARS), les conseils territoriaux de santé (CTS) créés entre 2016 et 2017, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) créés en 2019, les conseils locaux de santé (CLS) et les conseils locaux de santé mentale (CLSM), les 135 groupements hospitaliers de territoire (GHT), bientôt les groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux (GTSMS), l'incitation des acteurs libéraux à se regrouper en communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) depuis 2023, les collectivités territoriales... Sans compter les structures censées avoir disparu (CLIC, MAIA, réseaux...) et qui demeurent en fait.

Les ARS sont un atout pour notre système de santé, et un modèle copié dans l'ensemble des pays développés.

“ Nous militons pour
un bloc de compétences
claires à tous les échelons. ”

Notre organisation territoriale est illisible pour nos concitoyens et, plus grave encore, pour nos usagers. Elle est difficile aussi à piloter, en **multipliant les instances de concertation et de décision**, y compris par ou avec les élus. Les décisions, souvent diffuses, nécessitent de consulter une des autres institutions territoriales précitées, voire des élus absents de tous ces cercles officiels.

Il nous faut mieux déconcentrer et plus décentraliser. Si les ARS sont l'échelon de planification centrale, elles ne subissent que trop de pressions locales. Aux échelons départementaux et locaux, c'est la loi de l'empilement qui prédomine (DTARS, CTS, CPTS, DAC...), aboutissant à **un morcellement de la coordination**. Concernant les GHT et les futurs GTSMS, ils manquent d'une reconnaissance leur permettant un pilotage territorial pleinement assumé et d'une personnalité morale unifiée.

La question de la réorganisation de notre système de santé porte donc moins sur les ARS au niveau régional que sur la **réingénierie des institutions compétences en santé au niveau des territoires**. Celle-ci doit permettre de simplifier l'action publique, ainsi que de **retrouver un équilibre entre décentralisation-déconcentration satisfaisant les élus, les acteurs et les usagers**.

Au SMPS, nous militons pour un bloc de compétences claires à tous les échelons.

Nos propositions

Mieux déconcentrer et plus décentraliser pour une action publique de santé plus performante

Des orientations nationales claires

Pour renforcer la nécessaire planification de notre système de santé, l'État doit fixer des orientations nationales claires et quantifiées, qui pourront être déclinées au niveau régional. Il pourrait s'agir de seuils minimaux d'activité et/ou qualitatif, pour l'implantation de toutes les activités de soins et médico-sociales. Les seuils actuellement fixés sont rares et particulièrement bas (par exemple, celui de l'activité obstétricale est fixé à seulement 300 par an, donc moins de 1 accouchement par jour par l'équipe en place). Les ARS doivent être dotées d'un véritable pouvoir de planification stratégique régionale, d'une fonction de régulation renforcée et d'une mission de supervision sur l'ensemble des structures et des acteurs de santé. Les ARS pourront continuer de s'appuyer sur les missions d'inspection contrôle, indissociables de l'action régaliennne.

“La coordination générale des parcours de soins permettrait de réduire les hospitalisations évitables.”

Des GHT aux GST

Pour améliorer la performance et la lisibilité du système de santé, nous revendiquons la transformation progressive des groupements hospitaliers de territoire (GHT) en groupements de santé de territoire (GST) en fédérant l'ensemble des structures territoriales de santé que sont les DTARS, DAC, CTS, etc. Tous les acteurs territoriaux, élus ou agents publics se tournent vers les GHT pour résoudre leurs difficultés. Les moyens et les compétences en santé sont dans ces structures, il faut s'appuyer sur elles pour transformer notre système de santé. Les GST auraient pour mission de mettre en œuvre la politique régionale définie par l'ARS. Une telle organisation aurait pour avantage d'établir un plan de coordination des soins (primaires, spécialisés, plateau technique) sur chaque territoire et adapté aux réalités du terrain. La coordination générale des parcours de soins permettrait de réduire les hospitalisations évitables (un gain estimé à 500 millions d'euros par an, moyennant une forte structuration en ressources humaines).

Articulation avec les GTSMS

Les GST et les GTSMS en cours de création devront s'articuler pour fluidifier les parcours médico-sociaux sur ces territoires. Ainsi, deux GTSMS pourrait être créés dans chaque territoire, l'un sur la dépendance, l'autre sur les activités liées au handicap, à l'enfance et à la précarité.

Toutes ces formes de rationalisation diminueront le nombre de personnes morales autour de la table, et donc le nombre d'instances dont l'utilité est discutable du fait de la forte redondance des sujets abordés.

Un financement régionalisé

Parallèlement aux GST et aux GTSMS, il conviendrait de tendre vers un financement régionalisé du système de santé. L'enjeu repose sur la mise en place d'un objectif régional de dépenses d'assurance maladie (ORDAM) qui permettrait d'aligner les budgets aux besoins prioritaires locaux tout en garantissant un système de péréquation. Il s'agirait donc d'un budget global territorial par fusion des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), des MIG ou des enveloppes soins de ville. L'ORDAM renforcerait le rôle des ARS qui auraient un réel pouvoir d'agir en ajustant leurs priorités budgétaires. Des contrats territoriaux de performance, liant financement et résultats mesurables, pourraient parallèlement être mis en place.

“ L'enjeu repose
sur la mise en place
d'un objectif régional
de dépenses d'assurance
maladie. ”

Un dossier patient partagé

La nouvelle structuration proposée serait une assise déterminante pour développer le dossier patient partagé territorial, avec un module minimal inter-opérable pour assurer les échanges en temps réel entre la ville, l'hôpital, l'EHPAD ou les structures de soins de ville.

Conclusion

La transformation nécessaire de notre système de santé passe moins par la création de nouvelles strates administratives que par la **clarification des périmètres de gouvernance et de coordination** de chacune elles.

La consolidation des groupements territoriaux nécessiterait de **passer de GHT/GTSMS à des GST** sous l'autorité claire de l'ARS, chargée de la planification sur son territoire et appuyée par une gouvernance locale légitime.

En parallèle, **le financement la santé mériterait d'être davantage déconcentré (ORDAM) tout en étant accompagné d'outils facilitant les parcours (le dossier patient partagé territorial).**

Les expériences au Québec et au Royaume-Uni, avec **l'Integrated Care System**, viennent valider la logique de consolidation territoriale mais rappellent la nécessité d'un régulateur fort.



**N'hésitez pas à nous contacter,
sur notre site, par mail
ou sur nos réseaux sociaux.**

Pour la délégation nationale du SMPS

contact@smpsante.fr

01 40 27 52 21

JUILLET 2026

www.smpsante.fr