

# REPENSER LA GOUVERNANCE DU SYSTEME DE SANTÉ FRANÇAIS : VERS UN MODÈLE DÉCENTRALISÉ ET RESPONSABILISANT



**Frédéric  
Bizard**

*Économiste, spécialiste  
des questions de protection  
sociale et de santé*

*Quinze ans après la création des agences régionales de santé, la réforme de la gouvernance sanitaire s'impose à nouveau à l'agenda politique. L'annonce, en novembre 2025, d'un nouveau chantier de décentralisation a relancé le débat sur l'architecture institutionnelle du système de santé français. L'économiste Frédéric Bizard en examine les enjeux à partir d'une analyse des résultats du modèle centralisé et des enseignements des systèmes nordiques, et propose d'articuler la gouvernance territoriale autour d'un Parlement départemental de santé à composition pluraliste.*

**L'**annonce, le 14 novembre 2025, par le Premier ministre du lancement d'un nouvel acte de décentralisation dans les champs sanitaire et médico-social — confirmée par le lancement d'une mission IGAS/IGA/IGF [*Inspection générale des affaires sociales,*

*Inspection générale de l'administration, Inspection générale des finances, ndlr]* et la promesse d'un projet de loi en 2026 — a suscité de vives réactions politiques et sectorielles.

Le 18 novembre 2025, onze anciens ministres de la Santé ont publié une tribune dans *Le Monde*<sup>1</sup> pour alerter sur les risques d'un démembrement des agences régionales de santé (ARS), susceptible, selon eux, de « mettre en cause la cohérence des politiques de santé et d'accès aux soins ». Pourtant, quinze ans après leur création, le maigre bilan des ARS invite à dépasser ce débat de posture<sup>2</sup>.

La réforme de la gouvernance de la santé est l'un des piliers de tout programme de redressement durable du système. Elle exige une analyse rigoureuse des limites du modèle actuel, une clarification des missions respectives de l'État, de l'Assurance maladie et des acteurs locaux, ainsi qu'une vision prospective adossée aux expériences comparées les plus probantes.

### ***Trois décennies d'étatisation de la gouvernance sanitaire***

L'ADN de notre système de santé associe une vision aussi exigeante dans le respect des libertés individuelles (modèle libéral) que dans l'unité et la solidarité du système (modèle universel). C'est la raison pour laquelle la gouvernance de l'Assurance maladie reposait à l'origine sur la démocratie sociale, et les établissements hospitaliers et ambulatoires sur une forte autonomie du pouvoir médical (chefs de service hospitaliers, médecins libéraux).

Décentraliser la gestion des ressources médicales au XX<sup>e</sup> siècle a montré son efficacité, avec un État stratège et un esprit de délégation de

service public au financeur principal et aux professionnels de santé. Cela a fonctionné jusque dans les années 1990, époque à partir de laquelle l'État a décidé de recentraliser le pilotage du système (ordonnances Juppé, 1996).

***“L'ADN de notre système de santé associe une vision aussi exigeante dans le respect des libertés individuelles que dans l'unité et la solidarité du système.***

***C'est la raison pour laquelle la gouvernance de l'assurance maladie reposait à l'origine sur la démocratie sociale, et les établissements hospitaliers et ambulatoires sur une forte autonomie du pouvoir médical.”***

La hausse des besoins liés au vieillissement de la population et une dynamique économique plus faible des années 1990, entre autres, ne justifiaient pas de renforcer la régulation étatique, mais de faire évoluer la stratégie de gestion du risque santé.

L'administration a progressivement pris le plein contrôle des cinq principaux centres névralgiques du système de santé : ministère, agences régionales de santé (ARS), Assurance maladie, hôpitaux, agences sanitaires. La loi HPST, dite Bachelot, a achevé l'étatisation du système.

<sup>1</sup> *L'alerte de 11 ex-ministres de la santé : Le démembrement des ARS voulu par Sébastien Lecornu va à rebours de ce que l'on doit construire aujourd'hui. Le Monde. 2026 nov. 18.*

<sup>2</sup> *Pourquoi les Agences Régionales de santé ont-elles échoué ? La Tribune. 2025 nov. 28.*

Là où le pouvoir médical était dominant (hôpital, agences sanitaires), l'État a démedicalisé la gouvernance pour la technocratiser. Là où les corps intermédiaires étaient influents (assurance maladie), on a conservé leurs statuts tout en leur enlevant tout pouvoir de décision.

### L'échec du modèle technocratique : une analyse par les résultats

#### Une forte dynamique de dépenses sans amélioration proportionnelle des résultats

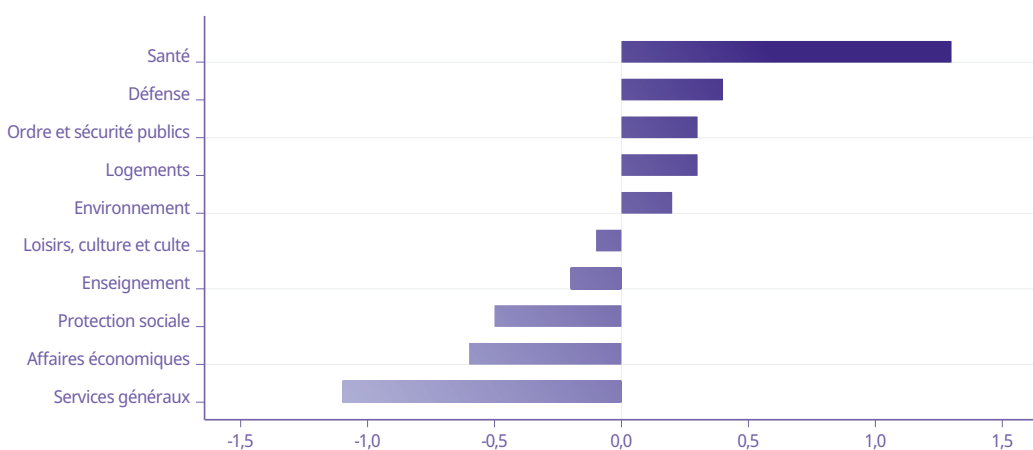
La centralisation de la gouvernance sanitaire s'est accompagnée d'une augmentation soutenue de la dépense publique de santé, sans corrélation démontrable avec une amélioration

équivalente des résultats du système. Selon les données de l'Insee<sup>3</sup>, les dépenses publiques de santé représentaient en 2024 le deuxième poste budgétaire public après les retraites, avec 261 milliards d'euros, soit 15,6 % d'un total de 1 672 milliards de dépenses publiques (57 % du PIB).

Entre 2014 et 2024, ces dépenses ont progressé de 83 milliards d'euros, soit une hausse de 45 %, surpassant la croissance nominale du PIB sur la même période (+ 36 %).

Autrement dit, la part des dépenses de santé dans la dépense publique totale a progressé de 1,3 point en dix ans — une augmentation sans équivalent parmi les grandes catégories de dépenses publiques, quatre fois supérieure à celle de la défense nationale, deuxième poste en hausse relative.

Graphique — Évolution de la répartition des dépenses des administrations publiques par fonction entre 2014 et 2024, en point de %



Lecture : En 2024, la part de dépenses des administrations publiques destinées à la défense augmente de 0,3 point par rapport à 2014.

Champ : Dépenses des administrations publiques.

sources : Insee, comptes nationaux, dépenses des administrations publiques ventilées par fonction (COFOG)

<sup>3</sup> Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Usage de l'argent public : les dépenses publiques par fonction en 2024. Paris : INSEE ; 2026 fév. 5. Réf. N02093.

Cette trajectoire budgétaire a conduit la Cour des comptes<sup>4</sup> à diagnostiquer un risque sérieux pour la viabilité financière de la Sécurité sociale.

Le déficit structurel de l'Assurance maladie dépasse aujourd'hui les 15 milliards d'euros par an, et la trajectoire budgétaire de la Sécurité sociale à l'horizon 2029 fait apparaître un déficit global supérieur à 20 milliards d'euros annuels, dont 75 % sont imputables à la branche maladie<sup>5</sup>. Ce déséquilibre structurel illustre l'incapacité du modèle de gouvernance actuel à produire une régulation efficiente des dépenses.

### **Une instabilité politique chronique et des coûts administratifs élevés**

Ce déséquilibre de la gouvernance en santé s'est installé avec l'assentiment de l'ensemble du spectre politique. Il a été exacerbé par la faiblesse du pouvoir politique en santé, qui fait des hauts fonctionnaires les seuls maîtres à bord du système, aujourd'hui sans contre-pouvoir. Depuis 2020, le ministère de la Santé a connu onze ministres.

Sur les trente dernières années s'est formée une caste technocratique fonctionnant en vase clos, dont les membres passent d'une direction à une autre entre les cinq lieux de pouvoir, se cooptant mutuellement. Ce fonctionnement privilégie le courtisanisme à l'esprit critique, l'esprit de corps à la recherche d'amélioration

de la performance. Les conséquences de ce mode de gouvernance se répercutent largement dans le système : perte de sens pour les professionnels de santé, baisse de l'attractivité des carrières médicales, affaiblissement de la capacité d'innovation organisationnelle et sentiment d'impuissance des acteurs locaux face à des décisions prises à distance de leurs réalités. La création des ARS en 2009 n'a ni amélioré la maîtrise budgétaire, ni renforcé la performance du système. Pas vraiment indépendantes, disposant d'un coût de fonctionnement élevé — plus de 800 M€ par an<sup>6</sup> — les ARS ont accentué la centralisation des décisions, étouffé les initiatives locales et freiné la diffusion des innovations technologiques et organisationnelles. La greffe n'a pris ni avec les élus locaux, ni avec les professionnels de santé.

### *Les enseignements des modèles décentralisés nordiques*

#### **Les bénéfices théoriques de la décentralisation en santé**

La littérature économique sur la décentralisation de la gouvernance de la santé identifie plusieurs avantages potentiels : une meilleure efficacité technique et allocative des ressources, un renforcement du pouvoir des acteurs locaux, une stimulation de l'innovation organisationnelle, une responsabilisation accrue des décideurs, et une amélioration de la qualité et de l'équité des soins<sup>7</sup>.

<sup>4</sup> Cour des comptes. *La situation financière de la sécurité sociale. Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.* Paris : Cour des comptes ; 2025 nov. 3.

<sup>5</sup> Loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026. *Journal officiel de la République française.* 2025 déc. 30.

<sup>6</sup> Ministère de l'Économie et des Finances. *Les états financiers des opérateurs de l'État — Budget 2023.* Paris : Direction du budget.

<sup>7</sup> Saltman R. B., Bankauskaite V., Vrangbaek K. *Decentralization in health care.* Copenhague : European Observatory on Health Systems and Policies ; 2007.

Ces benefices sont conditionnes a l'existence de mecanismes clairs d'attribution des competences, de leviers financiers effectifs aux mains des entites decentralisees, et de dispositifs robustes de péréquation territoriale.

Il est néanmoins admis que certaines fonctions doivent demeurer centralisees : l'elaboration des politiques nationales de sante et les referentiels qualite, les agences de securite sanitaire et d'evaluation des technologies de sante, ainsi que les mecanismes de redistribution financiere.

Ces fonctions garantissent l'equite d'accès et l'homogenéité des standards sur l'ensemble du territoire national<sup>7</sup>.

### Les modeles nordiques : diversité des architectures, convergence des résultats

Les pays nordiques constituent un terrain de référence pour l'évaluation des systemes de sante decentralises, en raison de leurs résultats sanitaires parmi les meilleurs de l'OCDE<sup>8</sup> et de la diversité de leurs architectures institutionnelles.

Le Danemark a développé un systeme très decentralisé articulé autour de cinq régions et 98 municipalités : les régions ont la responsabilité des hôpitaux et des soins spécialisés, tandis que les municipalités pilotent la prévention, les soins primaires et la prise en charge de la dépendance. La responsabilité locale y est explicite et politiquement assumée<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> Saltman R. B., Bankauskaite V., Vrangbaek K. Decentralization in health care. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies ; 2007.

<sup>8</sup> Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Health at a glance 2025. Paris : OCDE ; 2025.

## Frédéric Bizard

Frédéric Bizard est économiste, spécialiste des questions de protection sociale et de sante. Il est professeur de macroéconomie, affilié à l'ESCP, et enseigne l'économie de la sante à l'Université Paris Dauphine-PSL.

Il préside l'Institut Santé, un centre de recherche appliquée qu'il a créé en 2018, dédié à la refondation des modeles sociaux en France. À ce stade, l'Institut Santé a construit un programme de refondation sur deux modeles : le systeme de sante et la gestion de la dépendance des personnes âgées.

Il est l'auteur de plusieurs livres sur les modeles sociaux, dont :

— *Les itinérants de la sante*, Éditions Michalon, 2024

— *L'autonomie solidaire en sante*, Éditions Michalon, 2021. Sélectionné pour le « Grand prix de la protection sociale 2020-2021 » de l'EN3S et de la direction des politiques sociales de la Caisse des dépôts, remis en avril 2022

— *Et alors la réforme globale de la sante, c'est pour quand ?*, Éditions Fauves, décembre 2019. Grand Prix BFM du meilleur livre de l'économie de l'année.



La Suède repose sur 21 régions disposant d'un pouvoir fiscal propre — les régions lèvent leurs propres impôts — et d'une forte autonomie organisationnelle. Les inégalités territoriales qui en résultent sont corrigées par des mécanismes de péréquation financière nationale<sup>9</sup>.

La Finlande a engagé en 2023 une réforme structurelle créant des « régions de bien-être », chargées du pilotage des soins primaires et des hôpitaux, avec l'objectif explicite de réduire les disparités locales tout en maintenant la proximité des services<sup>10</sup>.

La Norvège a adopté en 2002 un modèle de décentralisation fonctionnelle : les soins primaires et la prévention relèvent des municipalités, tandis que la responsabilité hospitalière a été renationalisée et confiée à des entreprises publiques régionales de santé<sup>11</sup>.

L'analyse comparée de ces modèles révèle des avantages communs : une meilleure intégration entre prévention, soins et accompagnement social, une innovation locale favorisée par la proximité décisionnelle, une gouvernance plus lisible pour les citoyens et une responsabilisation politique effective.

Les limites observées — inégalités territoriales potentielles, complexité de la coordination interrégionale — sont atténuées par des mécanismes de régulation et de péréquation nationale.

*“L’analyse comparée de ces modèles révèle des avantages communs : une meilleure intégration entre prévention, soins et accompagnement social, une innovation locale favorisée par la proximité décisionnelle, une gouvernance plus lisible pour les citoyens et une responsabilisation politique effective. Les limites observées — inégalités territoriales potentielles, complexité de la coordination interrégionale — sont atténuées par des mécanismes de régulation et de péréquation nationale.”*

<sup>9</sup> European Observatory on Health Systems and Policies. Sweden : Health system review 2023. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe ; 2023.

<sup>10</sup> European Observatory on Health Systems and Policies. Finland : Health system summary 2024. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe ; 2024.

<sup>11</sup> European Observatory on Health Systems and Policies. Norway : Health system summary 2020. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe ; 2020.

## *Vers un nouveau modèle de gouvernance territoriale de la santé*

### **Les fondements d'une réforme systémique**

La réforme de la gouvernance ne peut constituer à elle seule un programme de redressement.

Elle doit s'inscrire dans une transformation systémique du modèle de santé, dont les axes principaux peuvent être définis comme suit<sup>12</sup>.

Le système actuel, conçu pour répondre à des pathologies aiguës dans un contexte démographique et technologique révolu, est structurellement inadapté aux défis contemporains : transition épidémiologique vers les maladies chroniques, vieillissement de la population, montée en puissance des innovations numériques et de l'intelligence artificielle.

La réforme vise à transformer un système centré sur la réparation en un système de santé globale, orienté vers la diminution structurelle de la demande de soins par l'amélioration de l'état de santé de la population et vers une production efficiente des soins, en partie grâce aux innovations.

Ce nouveau modèle repose sur trois axes structurants. Le premier est stratégique : réorienter la gestion du risque vers l'investissement en amont — prévention, promotion de la santé, capital humain — et adapter la prise en charge curative à la chronicité des pathologies.

Le deuxième est économique : piloter les ressources à partir de la demande réelle de santé et non plus à partir de l'offre existante, permettant de construire une stratégie sanitaire de long terme fondée sur des priorités de santé publique explicites.

Le troisième est politique : renforcer la citoyenneté en santé et faire du patient un acteur responsable et actif dans la gestion de sa propre santé et du système collectif.

*“La réforme vise à transformer un système centré sur la réparation en un système de santé globale, orienté vers la diminution structurelle de la demande de soins par l'amélioration de l'état de santé de la population et vers une production efficiente des soins, en partie grâce aux innovations.”*

### **Le département comme unité territoriale de référence**

La question de l'échelon territorial pertinent est déterminante pour la réussite de toute décentralisation.

<sup>12</sup> Institut Santé. *Quel avenir pour le système de santé français et son financement ?* Paris : Institut Santé ; 2026 janv.

La région, bien qu'elle constitue un échelon politique reconnu, présente des hétérogénéités internes trop importantes pour permettre un pilotage opérationnel de la santé dans certains grands périmètres régionaux.

Elle convient davantage à des fonctions de coordination stratégique et de planification hospitalière de second niveau.

*“La création d’un service public départemental de santé intégré, délivré par les acteurs privés et publics, constituerait la structure de référence pour l’organisation coordonnée des acteurs.”*

Le département, créé en 1790 et demeuré l'échelon géographique le plus identifié par les citoyens, apparaît comme l'unité la plus pertinente pour le pilotage opérationnel de la politique de santé .

Il offre une taille critique suffisante pour organiser des filières de soins cohérentes, tout en restant suffisamment proche des réalités locales pour permettre une adaptation fine aux besoins de la population.

Dans ce cadre, chaque professionnel de santé serait investi d'une responsabilité populationnelle au sein du territoire départemental, indépendamment de son mode d'exercice ou de son statut public ou privé.

*“Le département, créé en 1790 et demeuré l'échelon géographique le plus identifié par les citoyens, apparaît comme l'unité la plus pertinente pour le pilotage opérationnel de la politique de santé.”*

La création d'un service public départemental de santé intégré, délivré par les acteurs privés et publics, constituerait la structure de référence pour l'organisation coordonnée des acteurs.

### **Le Parlement départemental de la santé : architecture et gouvernance**

L'entité de gouvernance proposée est un « Parlement départemental de santé », composé de quatre collèges représentatifs : les professionnels et établissements de santé, les élus locaux, les associations de citoyens et les ordres professionnels.

Cette composition vise à associer les détenteurs de la légitimité démocratique, les acteurs de la production de soins et les représentants des patients dans une enceinte de décision collective.

Le Parlement départemental de santé aurait la charge d'élaborer et de mettre en œuvre le projet départemental de santé quinquennal, déclinaison territoriale de la stratégie nationale définie par l'État.

Il serait lié à l'État et à la Caisse primaire d'assurance maladie par un contrat départemental de santé, fixant les objectifs de santé publique, les indicateurs de performance et les modalités de financement.

*“L’entité de gouvernance proposée est un ‘Parlement départemental de santé’, composé de quatre collèges représentatifs : les professionnels et établissements de santé, les élus locaux, les associations de citoyens et les ordres professionnels.”*

À l'échelon national, l'État sanitaire serait rationalisé autour de deux pôles : un pôle de santé publique, chargé de la définition des politiques nationales et de la régulation des inégalités territoriales ; un pôle d'évaluation des produits et services de santé.

Ce schéma simplifierait significativement le paysage institutionnel actuel, marqué par une prolifération d'agences aux périmètres partiellement redondants.

### **Les conditions de succès de la décentralisation**

L'expérience nordique et la littérature internationale permettent d'identifier les facteurs clés de succès d'une décentralisation réussie.

En premier lieu, les compétences doivent être clairement et exhaustivement attribuées, sans zones grises susceptibles de générer des conflits institutionnels ou des vides de décision.

*“La France dispose des ressources humaines, financières, industrielles et technologiques pour redevenir une référence mondiale en matière de système de santé.”*

*La réforme de la gouvernance constitue la condition nécessaire — bien que non suffisante — pour mobiliser ces atouts dans le contexte démographique, épidémiologique et technologique contemporain.”*

En deuxième lieu, les acteurs locaux doivent disposer de leviers financiers effectifs : une décentralisation sans autonomie fiscale ou budgétaire reste une déconcentration déguisée.

En troisième lieu, la responsabilité doit être politique et démocratique, et non seulement administrative : les citoyens doivent savoir qui décide et être en mesure de sanctionner ou de récompenser les résultats par la voie électorale.

En quatrième lieu, l'État doit demeurer le garant de l'équité nationale, au travers de normes minimales opposables et de mécanismes de péréquation financière entre territoires.

La France dispose des ressources humaines, financières, industrielles et technologiques pour redevenir une référence mondiale en matière de système de santé.

La réforme de la gouvernance constitue la condition nécessaire — bien que non suffisante — pour mobiliser ces atouts dans le contexte démographique, épidémiologique et technologique contemporain.

*“Une décentralisation sans autonomie fiscale ou budgétaire reste une déconcentration déguisée.”*

La décentralisation de la gouvernance sanitaire, articulée autour de l'échelon départemental et incarnée dans un Parlement départemental de santé à composition pluraliste, offre une voie de réforme cohérente avec les enseignements de la littérature internationale et les expériences des systèmes de santé les plus performants d'Europe.

Sa réussite est toutefois conditionnée à une architecture institutionnelle rigoureuse, à des mécanismes de financement adaptés et à une volonté politique de transférer effectivement les leviers de décision aux acteurs de terrain.