



L'édito du Secrétaire Général
Bruno GASPARINI

Sommaire

Edito du SG

Permettez-moi d'être direct : ce n'est pas de la prudence budgétaire, c'est du mépris

P.1

Aidants

Evolution du dispositif de soutien aux salariés proches aidants

P.2

8 mars 2026 Journée internationale des droits des femmes

Communiqué intersyndical : La France doit s'engager pour l'égalité

P.6

INC CNSA du 27 février 2026

Attractivité des métiers de l'autonomie

P.8

Agences Régionales de Santé (ARS)

Transformation des ARS

P.10

« Notre système de santé vit dans le paradoxe » : Yann Bubien, l'homme des ARS face à la réforme

P.15

Santé environnementale

Le pollueur payeur : mirage ou sauveur de notre santé ?

P.17

PERMETTEZ-MOI D'ÊTRE DIRECT : CE N'EST PAS DE LA PRUDENCE BUDGÉTAIRE, C'EST DU MÉPRIS

Il y a des moments où les masques tombent. La RPN UCANSS de février sur la négociation RSE en fut l'illustration cinglante.

Depuis l'automne 2025, nous négocions avec l'UCANSS le renouvellement des accords RSE sur la diversité et l'égalité des chances. Des mois d'échanges, de propositions construites, argumentées, chiffrées de la part du SNFOCOS. Et pour quoi ? Pour se heurter, séance après séance, à une réponse invariable : "on ne peut pas chiffrer", "absence de mandat", "ce n'est pas le sujet à l'ordre du jour".

Le mépris des salariés les plus vulnérables d'abord.

Celles et ceux en situation de handicap, en mi-temps thérapeutique, en congé maternité, en retraite progressive. Des femmes et des hommes pour qui chaque trimestre de cotisations manquant représente une pénalité concrète et durable sur leur retraite future. Le SNFOCOS a demandé la prise en charge de leurs cotisations. L'UCANSS a répondu : "on ne sait pas combien ça coûte." Alors même qu'elle dispose d'une direction statistique complète et de toutes les données nécessaires dans les organismes. Cette incapacité déclarée est en réalité un choix à peine masqué.

Le mépris du dialogue social ensuite.

L'UCANSS a proposé une "priorisation" des facteurs de discrimination — autrement dit, une hiérarchie entre les victimes. Certaines discriminations compteraient plus que d'autres. Le SNFOCOS refuse cette logique avec la dernière énergie : toutes les discriminations sont prioritaires, par définition. Il n'appartient pas à l'employeur de décider qui souffre davantage.

Le mépris de l'intelligence, enfin.

Quand la directrice de l'UCANSS suggère que supprimer les temps de préparation aux concours internes En3s serait "la solution pour l'égalité", on touche le fond. On ne crée pas l'égalité en abaissant tout le monde au même niveau d'impréparation.

La conclusion s'impose : l'UCANSS ne veut pas d'accords RSE qui obligent à agir. Elle veut des accords qui permettent de communiquer. Des vitrines. Des textes sans portée, reconduits par obligation réglementaire, vides de tout engagement concret.

Certaines organisations s'en satisferont. Pas nous.

Il reste une dernière séance de négociation et nous continuerons à négocier. Mais nous ne capitulerons pas en chemin.

En l'état et sans sursaut de l'UCANSS, le SNFOCOS ne signera pas un accord cosmétique qui trahit les salariées en maternité, les collègues en situation de handicap, les cadres qui préparent leur concours dans des conditions inégales.

Les accords RSE doivent être à la hauteur des enjeux. À la hauteur des personnes qu'ils sont censés protéger. À la hauteur des valeurs que porte la sécurité sociale.

L'UCANSS doit nous entendre et vous écouter !

Bruno Gasparini, Secrétaire Général du SNFOCOS

ÉVOLUTION DU DISPOSITIF DE SOUTIEN AUX SALARIÉS PROCHES AIDANTS

Un nouveau dispositif de soutien aux salariés proches aidants entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2027, le choix d'un nouvel opérateur devant intervenir d'ici là.

Une négociation est en cours en vue de définir le contenu d'un accord se substituant à celui du 13 juillet 2021.

L'évaluation du dispositif actuel montre qu'il est perfectible sur bien des points.

La direction de l'UCANSS se montre cependant peu réceptive aux revendications des organisations syndicales, revendications pourtant fondées sur l'expression des attentes et besoins des salariés.

Rappel des objectifs du dispositif de soutien

Inspirés de ceux de l'accord de 2021, ces objectifs sont les suivants :

- « Mieux connaître le nombre et les besoins des salariés proches aidants de l'Institution par une sensibilisation forte des services RH, des managers et des salariés »
- « Faciliter l'accès au conseil et à l'orientation pour l'ensemble des salariés proches aidants »
- « Proposer une prise en charge supra légale renforcée et élargie pour les salariés proches aidants »

Une double prise en charge

Une double prise en charge a été mise en place dans le cadre de l'accord de 2021 avec :

Des garanties non contributives financées par le fonds social du régime de prévoyance (à hauteur de 3 % des cotisations)

Peuvent ainsi bénéficier d'un « panier de services » :

- de « 30 unités » (pour un montant de 750 euros) les salariés bénéficiant d'un congé de présence parentale, d'un congé de solidarité familiale ou d'un congé proche aidant
- de « 16 unités » (pour un montant de 400 euros) les salariés accompagnant leur conjoint (ou concubin ou partenaire de PACS) ou un parent proche et percevant une prestation légale liée au handicap ou à la perte d'autonomie (APA au titre d'un classement GIR 1 à 4 ; AAH, AEEH pour les catégories 2 à 6 ; PCH)

Le contenu de ces paniers : des services d'aide à domicile, de jardinage, des livraisons de courses ou de médicaments, des gardes d'enfants ou de la personne aidée, une présence d'un proche au domicile de l'aidé.

L'enjeu des prochaines RPN va porter sur la définition d'un/de nouveaux panier(s) de services, ainsi que sur le choix d'un opérateur.

Un accompagnement par l'employeur via un maintien de la rémunération des congés légaux dits d'aidants et l'octroi de facilités organisationnelles (aménagement des horaires).

L'accompagnement de l'employeur peut ainsi prendre la forme d'un complément de rémunération octroyé au salarié « proche aidant » bénéficiant :

- d'une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie dans le cadre d'un congé de solidarité familiale
- ou d'une allocation journalière de présence parentale dans le cadre d'un congé de présence parentale (dans la limite de 22 jours ou de 44 demi-journées d'absence par an)
- ou d'une allocation journalière de proche-aidant dans le cadre d'un congé de proche aidant (dans la limite de 22 jours ou de 44 demi-journées d'absence par an)

I AIDANTS

Des facilités organisationnelles peuvent par ailleurs être accordées sous la forme d'un aménagement des horaires et/ou de la charge de travail, dans la mesure le poste de travail occupé le permet et sur présentation d'un justificatif médical, en cas de maladie et d'hospitalisation du proche « aidé » (le SNFOCOS a demandé à ce que soient également clairement mentionnées les situations de prise en charge médico-sociale).

Dans le cas où les nécessités de service ne permettent pas d'aménager les horaires du salarié, celui-ci peut se voir accorder des absences non rémunérées dans la limite de 20 jours ouvrés par an.

Enfin, l'accord prévoit pour les « proches aidants » souhaitant bénéficier d'une retraite progressive un examen « attentionné » de la part de l'employeur.

Evaluation du dispositif de soutien mis en place en 2021

Un bilan plus que mitigé

Force est de constater que, malgré un besoin patent et en nette progression au regard des évolutions démographiques, le dispositif actuel est loin d'avoir donné sa pleine mesure.

Ce n'est pourtant pas faute de moyens (portail digital, ligne téléphonique ouverte 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, ...).

L'information destinée aux salariés demeure insuffisante, tout comme la prise en compte des attentes des salariés (et des services RH) comme le montre une enquête récente de l'UCANSS.

Ainsi, d'après des données d'évaluation pour l'année 2024 :

- 641 salariés seulement ont bénéficié d'un complément de rémunération (376 au titre d'un congé de présence parentale, 229 au titre d'un congé proche aidant, 36 au titre d'un congé de solidarité familiale), pour une dépense totale de l'ordre de 475.000 euros
- 232 paniers de services ont été « ouverts » (respectivement 166 de 16 unités, et 86 de 30 unités), sachant que seul 1/3 de ces paniers a été intégralement « consommé »

L'enquête précitée réalisée par l'UCANSS révèle par ailleurs que :

- 87 % des aidants sont en fait des aidantes
- L'âge moyen des aidants est d'environ 43 ans
- Le temps consacré à l'aidance est de l'ordre de 9 heures par semaine
- Le proche aidé est le plus souvent un parent aidé (deux tiers des situations), un enfant (14 %) ou un conjoint (8 %)
- Le contenu des prestations « consommées » : de l'aide à domicile principalement (près de 50 %), suivie par le jardinage (20 %)

Un constat important, à mettre en regard des revendications du SNFOCOS : la principale difficulté rencontrée par les aidants réside dans « le manque de temps » (difficulté mentionnée par la moitié d'entre eux).

Perspectives en matière de financement du dispositif

A ce stade des négociations, les perspectives sont les suivantes :

Une augmentation de la « valeur » du panier de services (de 750 à 1200 euros selon le scénario envisagé)

La reconduction du cadre de financement actuel : contribution du régime de prévoyance à hauteur de 3 % des cotisations par an et maintien par l'employeur de la rémunération dans le cadre des congés légaux précités (engagement de 600.000 euros)

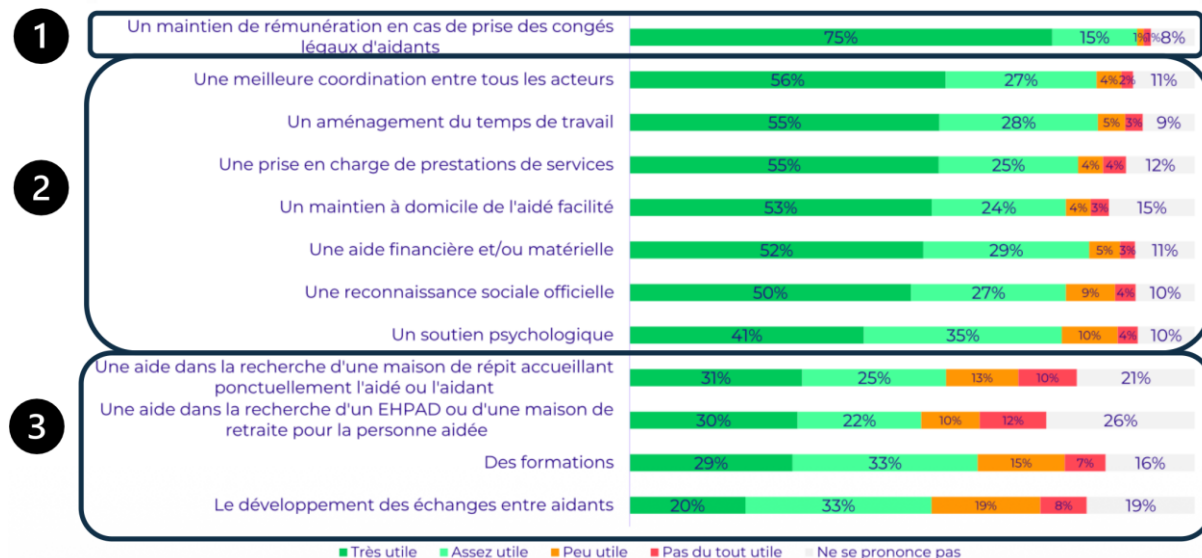
Cette reconduction peut apparaître importante au regard de l'actuelle sous-utilisation du dispositif. Elle n'est cependant pas suffisante au regard des besoins exprimés par les salariés « aidants ».

Expression de besoins des salariés

Les attentes exprimées par les salariés dans le cadre de l'enquête réalisée par l'UCANSS sont claires avec notamment le maintien de la rémunération en cas de congé lié à l'aidance mais également une meilleure coordination entre les différents acteurs, des aménagements de temps de travail, une aide financière supplémentaire et une meilleure prise en charge de prestations de services.

I AIDANTS

Quelles pistes pour un soutien des salariés aidants ?



Source : UCANSS

Revendications du SNFOCOS

Les revendications exprimées par le SNFOCOS prennent en compte les attentes des salariés, ce qui n'est pas le cas, loin s'en faut, de la direction de l'UCANSS.

Le SNFOCOS a en particulier retenu que les salariés manquaient de temps (cf supra) et que l'organisation du travail devait être adaptée à des situations qui sont et seront de plus en plus fréquentes.

Parmi les principales revendications du SNFOCOS figurent :

L'octroi d'autorisations d'absence rémunérée (au moins 3 jours par an)

De telles absences permettraient notamment à l'aidant d'accompagner l'aidé à des rendez-vous médicaux (ou dans le cadre de démarches administratives). Une telle mesure serait de nature à faciliter l'accès aux soins de personnes âgées et/ou handicapées, voire d'éviter un renoncement aux soins préjudiciable à leur santé, tout en évitant des frais de transport ...

Réponse de l'UCANSS : fin de non-recevoir

Le déplaçonnement du CET (actuellement limité à 60 jours)

Proposition rejetée par l'UCANSS (la CFDT et la CGT y étant également opposées) au nom de la prévention du risque de désinsertion professionnelle ...

L'adaptation de l'organisation et des conditions de travail, en particulier pour les agents de direction soumis à des contraintes de mobilité et donc souvent éloignés de la personne aidée

Le SNFOCOS a notamment proposé des mesures dérogatoires en matière de télétravail, la possibilité d'exercer une activité délocalisée dans un organisme proche géographiquement de la personne aidée ou encore la possibilité de bénéficier d'une affectation temporaire au sein du corps de mission, ...

Propositions écartées par l'UCANSS, au nom de la préservation des collectifs de travail ...

L'octroi automatique de la retraite progressive sur demande du salarié

A défaut l'obligation faite à l'employeur de motiver un éventuel refus ; revendication par ailleurs associée à celle déjà formulée dans le cadre des négociations RSE et visant à la prise en charge des cotisations « retraite » pour les salariés à temps partiel.

Refus de l'UCANSS

I AIDANTS

La neutralisation des absences du point de vue de l'intéressement

Le SNFOCOS s'est associée à cette demande portée par l'ensemble des organisations syndicales.

Demande rejetée par l'UCANSS au motif d'un « risque juridique » en vertu duquel il pourrait alors ne plus y avoir d'absences pénalisantes ...

La sécurisation de la plateforme digitale

Aussi étonnant que cela puisse paraître, la plateforme actuelle n'est absolument pas sécurisée ...

Le SNFOCOS a demandé à ce que l'opérateur retenu réponde aux normes de sécurité édictée par l'ANSSI.

Proposition retenue par l'UCANSS

La prise en compte du vieillissement démographique et du développement inéluctable des besoins des salariés en termes d'aide du point de vue de l'organisation du travail et de la QVCT.

Le SNFOCOS considère que la proximité entre directions des ressources humaines et plateforme externalisée doit être renforcée, et donner lieu à une réflexion prospective partagée compte tenu des impacts à venir sur l'organisation et les collectifs de travail.

Proposition écartée par l'UCANSS qui reconnaît l'importance du phénomène (20 à 40 % des salariés potentiellement concernés) tout en lui attribuant un caractère « exceptionnel » relevant d'une gestion « bienveillante » au cas par cas ...

Enfin, pour information, d'autres propositions ont été exprimées par certaines organisations syndicales, propositions auxquelles le SNFOCOS ne s'est pas associé et qui ont trait notamment à la « semaine de 4 jours », l'intégration d'une thématique « aidant » dans les EAEA ou encore la mise en place d'une prestation de « care management ».

En conclusion, à ce stade des négociations l'UCANSS refuse toute nouvelle proposition allant dans le sens d'une évolution significative du dispositif mis en place en 2021, soulignant que l'accompagnement actuel de l'employeur correspond d'ores et déjà à un « standard élevé » qui n'a pas vocation à être dépassé.

Laurent Castra pour le SNFOCOS



8 MARS 2026 JOURNÉE INTERNATIONALE DES DROITS DES FEMMES

COMMUNIQUÉ INTERSYNDICAL – LA FRANCE DOIT S'ENGAGER POUR L'ÉGALITÉ



8 mars, journée internationale des droits des femmes : La France doit s'engager pour l'égalité !

Les inégalités entre les femmes et les hommes persistent dans nos entreprises et nos services publics. Et les femmes continuent à être les premières impactées par les coupes budgétaires.

La directive européenne 2023/970 transparence des rémunérations vise à « renforcer l'application du principe de l'égalité des rémunérations entre les femmes et les hommes pour un même travail ou un travail de même valeur par la transparence des rémunérations et les mécanismes d'application du droit ». En transposant intégralement cette directive, la France a une occasion historique de franchir une étape pour l'égalité

Nous exigeons une application ambitieuse de cette directive pour enfin obtenir :

- l'égalité des rémunérations et des carrières entre les femmes et les hommes ;
- la revalorisation des métiers à prédominance féminine.

L'égalité entre les femmes et les hommes est au fondement de notre société et des droits humains. Il est nécessaire aujourd'hui d'avancer et de permettre aux femmes d'être enfin les égales des hommes. Cela passe en premier lieu par l'égalité entre les femmes et les hommes au travail où persistent des inégalités structurelles parfaitement identifiées par la recherche et par nos organisations syndicales. Parmi elles, la ségrégation professionnelle tient une place particulière au sens où elle est la première cause de ces inégalités sociales.

Il est donc impératif de reconnaître la valeur du travail des femmes, particulièrement dans les emplois où elles sont les plus nombreuses (notamment en revalorisant les métiers du soin et du lien) et de revoir en profondeur les classifications des emplois souvent établis avec des biais sexistes.

Ce travail d'examen et le cas échéant de révision des grilles de classifications doit se faire partout par la négociation collective, dans les branches professionnelles et/ou les entreprises et les grilles de la fonction publique.

Pénalisées au travail durant leur carrière, les femmes le sont encore plus à la retraite.

Les organisations syndicales ont obtenu la suspension de l'application de la dernière réforme. Cela ne vaut pas pour solde de tout compte, nos organisations, comme l'immense majorité des travailleuses et travailleurs, restent opposés à cette réforme injuste.

Nous avons besoin de services publics de qualité et renforcés pour répondre aux besoins notamment dans la prise en charge de la petite enfance et la dépendance qui pèsent essentiellement sur les femmes. Il faut agir pour une meilleure articulation vie professionnelle / vie personnelle en particulier en prenant des mesures fortes afin que les femmes ne soient plus obligées de concéder au temps partiel. Dans la Fonction publique, les 10 % de décote salariale en cas de congés de maladie ordinaire,

8 MARS 2026 JOURNÉE INTERNATIONALE DES DROITS DES FEMMES

appliqué y compris aux femmes enceintes, comme le projet de réduction du nombre de jours de congés « enfant malade » est une attaque inacceptable contre les droits des femmes.

Enfin, le combat contre les violences sexistes et sexuelles reste une exigence et un prérequis à toute égalité femmes-hommes. Nos organisations défendent une augmentation des moyens affectés à la lutte contre ces violences, dans les entreprises, les administrations, les sphères privées et publiques et les réseaux sociaux. Là aussi, il faut transposer sans attendre la directive européenne 2024/1385 sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique

Pour toutes ces raisons, le 8 mars 2026 sera l'occasion de que l'égalité réelle entre les femmes et les hommes est un enjeu social et démocratique.

Paris, le 23 février 2026



INC CNSA DU 27 FÉVRIER 2026

ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS DE L'AUTONOMIE

Un constat – enfin – partagé

« L'enjeu de l'attractivité est désormais reconnu comme un défi structurel des politiques de l'autonomie »

Mieux vaut tard que jamais. Vieillissement de la population, souhait de vieillir à domicile, ... [le directeur général de la CNSA reconnaît l'existence d'une « forte problématique d'attractivité des métiers du secteur médico-social » compte tenu de « conditions de travail perçues comme difficiles », de la « pénibilité » de ces métiers et d'une « faible reconnaissance salariale ».](#)

Nonobstant le fait que les conditions de travail difficiles relèvent du vécu et non d'une perception, la CNSA considère que « *le secteur médico-social fait face à une **pénurie durable de professionnels**, qui fragilise la continuité et la qualité de l'accompagnement* », estimant le nombre de recrutements nécessaires à 600 000 d'ici 2030.

Un plan d'actions en 4 axes

1. Contribuer au recrutement et à la fidélisation (notamment par une revalorisation salariale)
2. Améliorer la qualité de vie et les conditions de travail
3. Soutenir et mieux former les professionnels
4. Promouvoir les métiers de l'autonomie et leur évolution par la communication

De prime abord un tel plan d'actions peut paraître séduisant. Il va en effet au-delà des actions de « promotion » et de « communication » auxquelles se limitent habituellement l'UCANSS ...

D'autant que la CNSA souhaite également engager une réflexion prospective sur le sujet de l'aidance, considérant à juste titre que la nouvelle transition démographique en cours, marquée par une forte diminution du nombre de naissance, devrait nécessairement conduire à revoir les conditions d'accompagnement et de sécurisation des aidants dans les administrations et entreprises. Une dimension prospective malheureusement inconnue de l'UCANSS, ce qui est d'autant plus regrettable alors que l'accord RSE relatif aux « salariés aidants » est en cours de négociation ...

Cela étant, [le SNFOCOS a fait part de ses interrogations](#) au directeur de la CNSA, notamment pour ce qui a trait à la « progressivité » des revalorisations salariales et à l'amélioration des conditions de travail.

Mise en œuvre du plan d'action : un besoin de transparence et de cohérence

Transparence et cohérence demeurent des exigences fortes pour le SNFOCOS au regard des précisions apportées (ou non) par le directeur de la CNSA :

En matière de revalorisation salariale

Le SNFOCOS a souligné le fait que les UGECAM n'étaient pas mentionnées et devaient l'être dans le plan d'actions.

Le directeur de la CNSA s'est érigé en fervent défenseur de la cause des UGECAM, déclarant plaider auprès du Ministère afin de les sortir de leur « invisibilité » et faire en sorte que leur situation soit prise en compte dans la prochaine circulaire budgétaire ... tout en précisant que l'on ne pouvait discriminer positivement ou négativement les UGECAM et que leurs principales interlocutrices étaient les ARS ...

Le SNFOCOS a remis en cause la « progressivité » envisagée par la CNSA en matière de revalorisation salariale dès lors qu'elle n'est pas fondée sur les réalités et besoins à venir, comme en témoignent notamment les projections récentes de la DREES et les données de sinistralité en matière d'accidents du travail :

- le nombre d'accidents du travail pour 1.000 salariés est de 107 dans le secteur de l'aide à domicile, de 100 dans les établissements pour personnes âgées, de 63 dans les établissements pour personnes handicapées. A comparer à la moyenne nationale dans le secteur de la santé : 35.

I INC CNSA DU 27 FÉVRIER 2026

- [les projections récemment réalisées par la DREES sont édifiantes](#)
 - Le soutien à l'autonomie des seules personnes âgées nécessiterait de créer entre 150 et 200.000 emplois d'ici 2050
 - Mais également « 365.000 places d'EHPAD entre 2021 et 2050 (640.000 places recensées en 2021) »
 - « Sans création de places supplémentaires en EHPAD seules les personnes âgées les plus dépendantes pourraient accéder à un EHPAD, les autres orientées vers le domicile ou dans l'habitat intermédiaire comme les résidences autonomie (le nombre de places nécessaires devrait alors être multiplié par 4,6 d'ici 2050) »
 - « Parmi les personnes vivant dans les résidences autonomie, la part de personnes âgées avec un besoin d'aide atteindrait 60 % en 2050, contre 26 % en 2021. Ces structures – dont les missions seraient ainsi profondément modifiées – devraient s'adapter de façon importante, notamment en termes de personnel ».

Tableau 2 Projection de l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA¹, de résidents en Ehpad et du nombre de personnes les accompagnant, selon l'évolution du nombre de places en Ehpad, entre 2021 et 2070

Catégorie	2021	Évolution par rapport à 2021			
		Pratiques d'entrée en Ehpad inchangées		Pas de création de place en Ehpad	
		2050	2070	2050	2070
Bénéficiaires de l'APA¹ à domicile² et résidents des Ehpad					
Bénéficiaires de l'APA¹ à domicile, dont :	791 000	+242 000	+192 000	+516 000	+484 000
Avec un besoin d'aide important	156 000	+61 000	+49 000	+76 000	+75 000
Avec un besoin d'aide modéré	635 000	+181 000	+143 000	+440 000	+409 000
Résidents des Ehpad, dont :	648 000	+365 000	+423 000	0	0
Avec un besoin d'aide important	380 000	+187 000	+185 000	+172 000	+159 000
Avec un besoin d'aide modéré	228 000	+127 000	+146 000	-132 000	-120 000
Autonomes	40 000	+51 000	+92 000	-40 000	- 38 000
Professionnels (en ETP³) de l'accompagnement des seniors en perte d'autonomie					
Aides à domicile	189 000	+60 000	+48 000	+118 000	+112 000
En Ehpad - soins de base	266 000	+142 000	+155 000	+38 000	+36 000
En Ehpad - soins médico-techniques	65 000	+37 000	+42 000	0	0
En Ehpad – personnel non médical	130 000	+73 000	+85 000	0	0

Les besoins en personnels vont être considérables, tant dans le secteur de l'aide à domicile que dans les établissements (cf tableau ci-dessus). En conséquence, tous les salariés concernés sont prioritaires et doivent également bénéficier de revalorisations salariales. Le SNFOCOS ne peut par ailleurs que mettre la CNSA en garde contre le risque de déstabilisation lié à d'éventuels « transferts ».

Pour le SNFOCOS, une progressivité ne pourrait être fondée que sur la base de constats opérés par les ARS et les Conseils Départementaux, dans le cadre d'une logique territoriale prenant en compte les difficultés rencontrées par les opérateurs. Le SNFOCOS ne peut donc que faire part de sa déception au regard de la réponse du directeur de la CNSA : la priorité donnée au domicile serait justifiée par le fait qu'il a davantage la main sur cette branche alors que les établissements relèvent des ARS ; il conviendrait de lire différemment les résultats de l'étude de la DREES, ...

En matière d'amélioration des conditions de travail

Le SNFOCOS souscrit pleinement aux mesures d'amélioration des conditions de travail dès lors qu'il s'agit de favoriser l'investissement du quotidien en faveur des personnels (en matière de prévention des TMS notamment), d'aller plus loin en matière de compensation technique, ou de développer l'investissement numérique. Le SNFOCOS a toutefois émis certaines réserves en ce qui concerne les « actions sur les environnements de travail à travers l'investissement immobilier ».

Loin de nier le fait que certains investissements immobiliers puissent contribuer à l'amélioration des conditions de travail, le SNFOCOS a souligné la nécessité de s'en assurer au préalable par une étude d'impact conditionnant toute aide à l'investissement. Pour le SNFOCOS, l'amélioration des conditions de travail ne doit en effet en aucun cas servir de prétexte à la mise en place d'un « Plan d'Aide à l'Investissement » ou PAI « bis ». Là encore, le SNFOCOS n'a pu constater que l'absence de réponse du directeur de la CNSA ...

I AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

TRANSFORMATION DES ARS

[La dépêche APMnews du 11 février 2026](#) nous livre un avant- projet de loi qui va transformer les ARS

Cette dépêche vise à analyser l'**avant-projet de loi sur la réforme de l'État et la décentralisation, s'agissant de la transformation des agences régionales de santé (ARS)** en directions régionales et départementales de la santé et de l'autonomie (DRSA/DDSA), du rôle des élus et du préfet, et de la réorganisation de la gouvernance territoriale de la santé et de l'autonomie.

1/ Rappel des principales mesures de l'avant-projet

À partir de la dépêche APMnews, les principaux éléments du texte concernant le champ santé-autonomie peuvent être regroupés comme suit :

Transformation institutionnelle des ARS

- Transformation des ARS en **directions régionales et départementales de la santé et de l'autonomie (DRSA et DDSA)**.
- Maintien du statut d'**établissements publics de l'État** pour les DRSA, sous l'autorité hiérarchique des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et du handicap, dans le cadre des missions prévues à l'article L1431-2 du Code de la santé publique.[9]
- Nomination des directeurs régionaux (anciens DG d'ARS) en **Conseil des ministres**.

Création et statut des directions départementales

- Remplacement des actuels délégués départementaux d'ARS par des **directeurs départementaux** nommés par arrêté ministériel, sur proposition du directeur régional et après avis du préfet de département.
- Positionnement des directions départementales comme **relais territoriaux** de la DRSA, garants de la proximité locale et de l'articulation avec les collectivités territoriales et le préfet.

Missions des directions départementales

- Missions à préciser par décret, après consultation des associations d'élus locaux, avec mention explicite de :
- l'organisation du **dialogue avec les élus** ;
- l'animation de la **démocratie en santé** ;
- la coordination de la **politique contractuelle territoriale**(contrats locaux de santé, etc.) ;
- l'accompagnement des acteurs sanitaires et médico-sociaux ;
- la promotion de l'accès aux soins et la **lutte contre les déserts médicaux**.

Territorialisation du FIR et rôle des directeurs départementaux

- Affectation annuelle, par le directeur régional, d'**enveloppes départementales** issues du Fonds d'intervention régional (FIR), dont la programmation revient aux directeurs départementaux pour des projets d'intérêt local.

Association renforcée des préfets

- Décret en Conseil d'État à venir pour préciser les conditions d'**association et d'information des préfets** de région et de département pour les décisions majeures.
- Information systématique des préfets sur l'utilisation des crédits du FIR et l'exécution du budget annexe, via une modification de l'article L1435-10 CSP.

Renforcement du rôle des élus dans la gouvernance sanitaire

- Présidence des **conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA)** confiée aux présidents de région.
- Transformation des **conseils territoriaux de santé (CTS)** en **conseils départementaux de santé (CDS)** présidés par les présidents de conseils départementaux.
- Association des élus à un **schéma départemental d'accès aux soins** (diagnostic partagé, zonages, aides financières à l'offre de soins).

Rationalisation de la démocratie sanitaire et habilitation à légiférer par ordonnances

- Habilitation du gouvernement à **reconfigurer les instances de pilotage, gouvernance et démocratie sanitaire** (CRSA, CTS/CDS, autres comités), avec un objectif de rationalisation, de décloisonnement sanitaire/médico-social et de renforcement du rôle des collectivités.

AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

Rôle conforté de l'État et du préfet

- Renforcement du **contrôle de l'État autour de la figure du préfet** (pouvoir de dérogation aux normes, sécurisation de la responsabilité pénale du préfet, rôle de guichet unique des subventions aux collectivités).
- Unification et pilotage préfectoral de la **mission de secours et de soins d'urgence** (contrats territoriaux de secours d'urgence).

2/ Nature juridique des DRSA/DDSA : entre déconcentration et « agencification »

Le projet maintient les futures DRSA dans la catégorie des **établissements publics de l'État à caractère administratif**, dans la lignée de la définition actuelle des ARS (articles L1431-1 et L1432-1 CSP). Sur le plan juridique, il ne s'agit donc pas d'une décentralisation au sens strict (transfert de compétences à une collectivité territoriale dotée d'une autonomie), mais d'un réaménagement de la **déconcentration et de la gouvernance d'agences**.

La doctrine souligne déjà que les ARS constituent l'aboutissement d'une **étatatisation par le territoire et le contrat**, marquant un renforcement du pilotage étatique sous couvert de territorialisation et de contractualisation avec les acteurs locaux. Pontier rappelle ainsi que, dans un État décentralisé comme la France, la santé a fait l'objet d'un mouvement de **recentralisation fonctionnelle**, les ARS étant apparues comme des établissements publics « décentralisés fonctionnellement » mais très étroitement dépendants de l'État central.

Dans cette perspective, la transformation en DRSA/DDSA ne modifie pas la logique de fond :

- le **pilotage stratégique** reste national (ministres, Conseil national de pilotage des ARS/DRSA) ;
- les DRSA demeurent des prolongements de l'État, non des organes autonomes des territoires ;
- la dénomination « direction » rapproche symboliquement ces structures de l'administration déconcentrée classique, mais sans les inscrire dans l'organisation préfectorale ni les rattacher aux collectivités territoriales.

Les travaux sur la **territorialisation des politiques de santé** montrent que, depuis la loi HPST et la création des ARS, la référence au « territoire » n'a pas supprimé la centralisation des orientations : les grandes lignes de la territorialisation demeurent fixées par le ministère et les ARS, avec une marge d'adaptation limitée au niveau infrarégional. Le projet de DRSA s'inscrit donc dans ce continuum, en renforçant la maille départementale mais sans rupture paradigmatique quant au rôle décisif de l'État.

3/ Directions départementales : recentrage sur le département et recomposition des rapports avec le préfet

De la délégation départementale aux directions départementales

La création de véritables **directions départementales de la santé et de l'autonomie** marque un changement de degré par rapport aux actuels délégués départementaux d'ARS, dont la position est essentiellement fonctionnelle et subordonnée au directeur général d'ARS. La nomination des directeurs départementaux par arrêté du ministre, après avis du préfet, traduit une double logique :

- réaffirmer que la **chaîne d'autorité reste étatique**, ministérielle et non territoriale ;
- **associer plus étroitement le préfet** à la régulation sanitaire et médico-sociale départementale.

Les travaux du Haut Conseil de la santé publique soulignent que l'articulation entre services de l'État et collectivités territoriales en matière de santé repose déjà sur une combinaison de déconcentration (préfets, ARS) et de coopérations contractuelles (programmes régionaux de santé, contrats locaux). Le projet renforce cette articulation au niveau du département, avec des directions identifiées, dotées de moyens budgétaires (FIR départementalisés) et clairement insérées dans la relation avec le préfet.

Départementalisation du FIR : une territorialisation budgétaire ambivalente

La décision de doter les départements d'**enveloppes FIR** programmées localement prolonge la tendance à l'« **ancrage territorial du financement** » déjà analysée par Mériade : la territorialisation de la santé passe autant par les flux financiers que par les structures de gouvernance. Toutefois, cette territorialisation reste **dissymétrique** :

- les enveloppes sont définies au niveau régional (DRSA) selon des orientations nationales (Conseil national de pilotage, ministère) et les règles de l'ONDAM ;
- la marge de manœuvre locale consiste à attribuer des crédits à des projets, sans remettre en cause la logique macro-budgétaire.

I AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

La littérature sur la territorialisation des politiques de santé souligne que, dans ce type de configuration, le territoire est davantage un **espace de mise en œuvre** qu'un véritable niveau de décision autonome. La réforme renforce ainsi la capacité d'adaptation locale (programmation départementale, dialogue avec les élus) mais **sans autonomie financière réelle**.

4/ Rôle renforcé des élus et démocratie sanitaire : entre participation et pilotage étatique

CRSA régionales présidées par les présidents de Région

Le projet confie aux **présidents de conseils régionaux** la présidence des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA), aujourd'hui placées auprès des ARS et présidées par des personnalités indépendantes ou des représentants d'usagers suivant les configurations régionales.

Les travaux sur la **démocratie sanitaire territoriale** (EHESP) insistent sur le fait que la CRSA est un organe consultatif, sans pouvoir décisionnel, chargé de donner des avis sur le projet régional de santé et de contribuer à l'animation du débat public en santé. La présidence par le président de Région :

- **politise davantage** la CRSA, en l'adossant à une collectivité territoriale élue ;
- peut renforcer la visibilité des enjeux de santé dans les politiques régionales (planification, aménagement, politiques sociales) ;
- mais ne modifie pas, en l'état du droit, la place consultative de la CRSA : les décisions stratégiques demeurent du ressort de la DRSA et de l'État.

La doctrine sur la répartition des compétences en santé relève déjà que les collectivités participent largement à la mise en œuvre (prévention, équipements, politiques sociales), sans disposer d'une compétence générale en matière de santé publique, qui reste revendiquée par l'État. Le projet accentue cette schizophrénie : un rôle politique visible, mais des leviers juridiques et financiers toujours centralisés.

Des CTS aux conseils départementaux de santé (CDS)

La transformation des **conseils territoriaux de santé (CTS)** en **conseils départementaux de santé (CDS)**, présidés par les présidents de conseils départementaux, s'inscrit dans une dynamique de **départementalisation de la démocratie sanitaire**. La littérature sur les « territoires de démocratie sanitaire » montre que le département était déjà souvent retenu comme échelle pertinente, compte tenu de son rôle historique en matière sociale et médico-sociale et de sa capacité à organiser des solidarités territoriales.

Les CDS, associés à l'élaboration de schémas d'accès aux soins et aux diagnostics territoriaux partagés, peuvent constituer :

- un espace de **co-construction des politiques d'accès aux soins**, en lien avec les projets territoriaux de santé et les dispositifs introduits par la loi du 27 décembre 2023 sur l'engagement territorial des professionnels, qui a déjà renforcé le rôle consultatif des CTS en matière d'accès et de permanence des soins ;
- un lieu de **visibilisation des tensions** entre besoins locaux, contraintes budgétaires nationales et régulation par les DRSA.

Cependant, la doctrine sur la démocratie sanitaire souligne un risque récurrent de « **démocratie consultative** », où les instances sont mobilisées pour légitimer des décisions déjà cadrées par l'État et ses agences, plutôt que pour coproduire de véritables choix stratégiques. Le changement de présidence (président du département) ne suffit pas, en lui-même, à modifier ce rapport de forces.

5/ Un « nouvel acte de décentralisation » à portée centralisatrice : rôle pivot du préfet

Le projet se présente comme un nouvel acte de **décentralisation** dans le champ santé-autonomie, mais il est explicitement précisé que le rôle de l'État est « conforté » et que la figure du **préfet** est renforcée. Les travaux de droit public sur la centralisation du système sanitaire français rappellent déjà que :

- la santé demeure un **service public national**, dont la définition et les grandes orientations relèvent de l'État (articles L1411-1 et L3131-1 CSP) ;
- les ARS, loin de traduire une décentralisation, incarnent une **recomposition de l'action publique** au travers d'agences régionales placées dans l'orbite étatique, avec une forte centralisation du financement (ONDAM, tarification à l'activité, etc.).

AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

Dans cette continuité, la réforme :

- renforce les **pouvoirs de dérogation aux normes** du préfet, ce qui va dans le sens des analyses qui voient, dans le préfet, la clé de voûte de l'unité de l'État sur le territoire, y compris en matière sanitaire ;
- fait du préfet un **guichet unique** des subventions, ce qui centralise au niveau préfectoral des flux financiers qui étaient parfois négociés avec d'autres services ou agences.

En termes de théorie de la gouvernance, cette évolution s'apparente à une **recentralisation par la déconcentration** : le centre conserve la maîtrise des normes et des enveloppes financières, tandis que le préfet devient l'ordonnateur et l'arbitre local de la cohérence de l'action publique, y compris dans le champ santé-autonomie. On se situe plus près d'une « réingénierie de l'État déconcentré » que d'une décentralisation au profit des collectivités territoriales.

6/ Territorialisation des politiques de santé : apports et limites de la réforme

Les travaux de sciences sociales et de santé publique sur la **territorialisation des politiques de santé** identifient plusieurs enjeux structurants : définition de territoires pertinents, articulation entre déterminants locaux de santé et cadres nationaux, et effets du financement sur la construction de l'offre de soins.

Dans ce cadre, la réforme DRSA/DDSA peut être lue comme une tentative de :

- **stabiliser le département** comme échelon central de la démocratie sanitaire et de la régulation opérationnelle (CDS, directions départementales, enveloppes FIR départementales) ;
- **clarifier les responsabilités** entre échelon régional (stratégie, arbitrages majeurs de financement) et échelon départemental (dialogue avec élus, programmation de proximité, suivi des dispositifs locaux).

Mais la littérature insiste sur plusieurs limites récurrentes, que l'avant-projet ne semble pas lever entièrement :

1. Territoires administratifs vs. territoires de santé réels

La pertinence du département comme territoire de santé est discutée : les déterminants de santé et les flux de patients ne coïncident pas toujours avec les frontières administratives, notamment dans les zones métropolitaines ou rurales à faible densité.

2. Injonction à la territorialisation sans autonomie réelle

De nombreux travaux parlent d'une « territorialisation incantatoire » : les textes multiplient les références au territoire, aux diagnostics partagés, aux projets territoriaux, mais les **libertés effectives d'allocation de ressources et de régulation** restent fortement encadrées par l'État.

3. Risque de complexification de la gouvernance

La doctrine sur la territorialisation souligne que la multiplication des instances (CRSA, CTS/CDS, comités de pilotage, GHT, CLS, etc.) peut produire un « **millefeuille de gouvernance** » difficilement lisible pour les acteurs de terrain, sauf à être accompagnée d'une simplification réelle des circuits décisionnels. Or, l'avant-projet ajoute de nouveaux niveaux (CDS présidés par les départements, directions départementales renforcées) tout en annonçant une rationalisation par ordonnances, dont le contenu reste incertain.

7/ Continuités et ruptures par rapport au régime actuel des ARS

Sur le fond, la doctrine sur les ARS met en avant plusieurs traits structurants du modèle actuel : étatisation par les agences, pilotage par objectifs, contractualisation avec les acteurs de santé, et tension permanente entre logique budgétaire et logique territoriale.

La réforme présente à cet égard :

- des continuités fortes :

- maintien du statut d'établissement public de l'État, sous tutelle ministérielle ;
- pilotage budgétaire dans le cadre de l'ONDAM, avec un FIR toujours sous orientations nationales ;
- recours massif à la contractualisation et aux projets territoriaux, dans un cadre national pré-défini.

- quelques inflexions notables :

- montée en puissance du **département** comme maille privilégiée de concertation, de programmation et de suivi (CDS, directions départementales, schémas d'accès aux soins) ;
- attribution aux collectivités (région, département) de **fonctions de présidence** d'instances de démocratie sanitaire, ce qui politise davantage la gouvernance territoriale ;
- renforcement du **rôle de filtrage et d'arbitrage du préfet**, ce qui inscrit la santé de façon plus explicite dans le champ de la coordination générale de l'action de l'État sur le territoire.

AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

Les analyses comparatives sur la territorialisation en Europe (par exemple dans l'ouvrage collectif « La territorialisation des politiques de santé ») montrent que ces évolutions rapprochent encore davantage le modèle français de configurations où l'État conserve un **leadership fort**, tout en mettant en scène une coproduction avec les collectivités, les professionnels et les usagers. Il s'agit moins d'une dévolution réellement partagée du pouvoir que d'une ****reconfiguration managériale et symbolique**** de la gouvernance.

8/ Enjeux et points de vigilance identifiés

Plusieurs enjeux et risques peuvent être mis en avant :

1. Clarté des responsabilités et justiciabilité

Le renforcement du préfet et des DRSA comme bras armé de l'État, associé à une plus grande visibilité des élus dans les instances, accentue la question de la **lisibilité des responsabilités** en cas de dysfonctionnements (déserts médicaux, crises sanitaires, inégalités d'accès). La doctrine sur la responsabilité de l'État en matière de crise sanitaire montre déjà combien la dispersion des niveaux de décision complique l'attribution des responsabilités juridiques.

2. Égalité d'accès aux soins et différenciation territoriale

La territorialisation, en particulier via la départementalisation des enveloppes FIR, doit être articulée avec le principe d'**égalité d'accès aux soins**. Les travaux sur la territorialisation soulignent le risque de **différenciation non maîtrisée** si la péréquation nationale n'est pas suffisamment forte ou si la capacité d'ingénierie des territoires est inégale.

3. Place réelle des usagers et des professionnels dans la démocratie sanitaire

La montée en puissance des élus dans la présidence des instances pose la question de la place des **usagers et des professionnels de santé**. Les études sur la démocratie sanitaire rappellent que ces acteurs ont longtemps peiné à peser réellement sur les décisions, malgré une présence formelle dans les conférences et conseils. Le risque est que la réforme renforce une démocratie principalement **politico-institutionnelle**, au détriment d'une démocratie réellement participative.

4. Articulation santé / médico-social / autonomie

Plusieurs travaux, notamment en gérontologie et en droit sanitaire, soulignent la difficulté persistante à dépasser la **séparation entre champ sanitaire et champ médico-social**, en particulier pour les personnes âgées dépendantes et les publics vulnérables. Le projet DRSA/DDSA ambitionne de les réunifier au niveau de la gouvernance, mais la littérature montre que cela suppose aussi :

- une convergence des régimes juridiques et de financement ;
- et une clarification des compétences entre État, assurance maladie et départements.

9/ Appréciation synthétique

En croisant le contenu de l'avant-projet et les quelques écrits de presse en la matière, plusieurs lignes de force se dégagent :

- **Sur le plan juridique**, la réforme ne constitue pas une décentralisation de la santé au profit des collectivités territoriales, mais une **reconfiguration de la déconcentration et de l'« agencification »** : maintien du pilotage étatique, renforcement du préfet, DRSA demeurant établissements publics de l'État.
- **Sur le plan territorial**, elle approfondit un mouvement déjà documenté de **territorialisation des politiques de santé** : départementalisation des enveloppes FIR, création de directions départementales, structuration de la démocratie sanitaire au niveau départemental et régional, mais dans un cadre national très prescriptif.
- **Sur le plan démocratique**, elle donne une place plus visible aux **élus régionaux et départementaux** dans la gouvernance (présidence CRSA, présidence CDS), ce qui peut renforcer la prise en compte des enjeux locaux, mais la doctrine incite à la prudence : sans pouvoirs décisionnels et budgétaires accrus, cette participation risque de demeurer essentiellement consultative, dans une logique de légitimation plutôt que de co-décision.
- **Sur le plan de l'égalité et de la cohésion nationale**, les travaux académiques insistent sur la nécessité que toute territorialisation accrue soit **contrebalancée par des mécanismes forts de péréquation et de cadrage national**, faute de quoi l'hétérogénéité des capacités locales pourrait se traduire par une accentuation des inégalités d'accès aux soins et à l'autonomie.

En conclusion, la réforme DRSA/DDSA, telle que décrite dans la dépêche, apparaît moins comme un « acte de décentralisation » au sens classique du terme que comme un nouvel épisode d'une **recomposition managériale et territoriale de l'État sanitaire**, dans lequel le centre réaffirme sa primauté tout en cherchant à associer davantage élus et acteurs locaux à la mise en œuvre et à la légitimation des politiques de santé et d'autonomie. Les travaux académiques invitent à surveiller attentivement, dans les textes définitifs et leur application, la réalité des marges de manœuvre conférées aux territoires, la lisibilité des responsabilités et les effets sur l'égalité effective d'accès aux soins et aux droits sociaux.

Sources https://www.sfmur.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/transformation-des-ars-renforcement-de-leurs-directeurs-departementaux-et-du-role-des-elus-dans-l-apos-avant-projet-de-loi-de-decentralisation/new_id/70955

I AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

« NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ VIT DANS LE PARADOXE » : YANN BUBIEN, L'HOMME DES ARS FACE À LA RÉFORME

À la tête de l'Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur depuis juillet 2024, l'ancien directeur général du CHU de Bordeaux dresse un bilan lucide de quinze ans d'action des agences régionales de santé et appelle, sans langue de bois, à une réforme ambitieuse. Rencontre avec un serviteur de l'État qui ne craint pas les diagnostics sévères.

Le grand chantier inachevé

Il y a quinze ans, la France refondait en profondeur son architecture sanitaire. La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » de 2009 — dite loi HPST — fondait les agences régionales de santé sur une intuition forte : fusionner sept structures dispersées, réconcilier la prévention, les soins primaires, l'hôpital et le médico-social au sein d'un pilotage unique, ancré dans les territoires. « Même si l'expression n'était pas encore utilisée à l'époque, c'est bien la logique **One Health** qui guidait déjà l'action publique », rappelle Yann Bubien, directeur général de l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur. L'homme, qui fut l'un des artisans de cette réforme aux côtés de Roselyne Bachelot, en est resté convaincu : cette architecture était juste et nécessaire.

Pourtant, le bilan de quinze ans d'existence est pour le moins contrasté. Le nombre de consultations médicales a plus que doublé en vingt ans — de trois à près de sept par Français et par an — et le sentiment d'un accès aux soins de plus en plus difficile ne cesse, lui, de s'aggraver. Le paradoxe est patent. « Notre rapport à la santé a profondément évolué, analyse Yann Bubien. Les citoyens attendent un accès plus rapide, plus simple, plus fluide, largement stimulé par Internet et les réseaux sociaux. » Cette exigence nouvelle bute sur une réalité que le directeur de l'ARS PACA ne cherche pas à minimiser : dans sa propre région, pourtant l'une des mieux dotées de France avec 105 médecins généralistes pour 100 000 habitants, 17% des patients ne disposent pas de médecin traitant.

La menace du rétrécissement territorial

Les inégalités que dénonce Yann Bubien ne sont pas abstraites. Dans d'autres régions françaises, la proportion de patients sans médecin traitant peut atteindre 20 à 25%. Les urgences absorbent mécaniquement ce déficit : une corrélation directe existe entre la diminution du temps médical disponible en médecine générale et une hausse d'environ 5% par an des passages aux urgences. Entre les trois départements littoraux de PACA et ceux de l'intérieur, la fracture est aussi visible qu'un contraste de carte postale.

Face à ce constat, les réponses institutionnelles se multiplient. La quatrième année d'internat en médecine générale, les guichets uniques associant ARS, collectivités et Assurance maladie, le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles, le Service d'accès aux soins (SAS) accessible via le 15 : autant de leviers que défend Yann Bubien. Mais l'innovation la plus frappante qu'il cite tient dans une pharmacie de Moustiers-Sainte-Marie, dans les Alpes-de-Haute-Provence, où un rétinographe a été installé. Le pharmacien forme le patient, l'intelligence artificielle fournit un premier diagnostic, puis l'image est transmise à un cabinet d'ophtalmologie à Aix-en-Provence. « Ce dispositif évite des déplacements inutiles, rassure rapidement les patients et garantit une prise en charge de qualité, au plus près des besoins. »

Décentralisation : la réforme à haut risque

C'est dans ce contexte, précisément, que la réforme annoncée par le gouvernement prend tout son relief — et toute son ambiguïté. Le 14 novembre 2025, le Premier ministre déclarait devant l'Assemblée des départements sa volonté d'engager « un nouvel acte de décentralisation ». Une mission conjointe IGAS-IGA-IGF a été diligentée et un avant-projet de loi prévoit désormais la transformation des ARS en « directions régionales et départementales de la santé et de l'autonomie » (DRSA/DDSA), avec un renforcement marqué de l'échelon départemental et une association des élus locaux à un schéma d'accès aux soins.

Yann Bubien accueille l'intention avec prudence. « L'agence ne doit pas être uniquement perçue comme une structure régionale. Elle doit disposer d'une véritable capacité d'action au niveau départemental, car c'est à cette échelle que se jouent de plus en plus la proximité et l'efficacité de l'action en santé publique », concède-t-il.

AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

Mais il prend soin d'ajouter : « L'enjeu consiste à préserver cette architecture tout en renforçant la coopération. » Un message à peine voilé adressé à ceux qui envisagent une décentralisation plus radicale, intégrant un transfert complet des compétences médico-sociales aux départements. Une telle option supposerait un transfert de la CSG — perspective que les organisations syndicales du secteur, dont le SNFOCOS, jugent budgétairement périlleuse dans un contexte d'ONDAM contraint à 1,6%.

Le virage domiciliaire, chantier de la décennie

Le vieillissement de la population constitue l'arrière-plan silencieux mais implacable de tous ces débats. En PACA, l'ARS anticipe une hausse de 50% du nombre de personnes en perte d'autonomie dans certains départements entre 2021 et 2050, avec un pic attendu entre 2045 et 2056. Le séjour moyen en EHPAD, qui était de cinq ans il y a dix ans, s'établit désormais à moins d'un an et demi : les personnes âgées choisissent, tant qu'elles le peuvent, de rester chez elles.

Répondre à cette aspiration mobilise un éventail de solutions que Yann Bubien déploie avec méthode : développement de l'hospitalisation à domicile, création d'EHPAD de jour, habitat partagé, domotique connectée et intelligence artificielle — notamment des dispositifs d'alerte en cas de chute. « Nous devons changer de regard sur notre manière de penser la société et l'accompagnement du grand âge », insiste-t-il. Les hôpitaux de proximité — sans chirurgie ni obstétrique mais avec radiologie, gériatrie et, parfois, urgences — constituent pour lui une réponse réaliste aux besoins des territoires ruraux isolés.

12% du PIB, et pourtant

La France consacre 12% de son produit intérieur brut à la santé, à un niveau comparable à l'Allemagne et à la Suisse. Ce chiffre place le pays parmi les plus dépensiers au monde en matière sanitaire. Mais Yann Bubien refuse de confondre volume et efficience. « Nous ne pourrions pas indéfiniment dépenser plus. L'objectif est clair : mieux utiliser les ressources dont nous disposons. » Il pointe une réalité inconfortable : selon les radiologues eux-mêmes, entre 20 et 30% des actes d'imagerie ne seraient pas médicalement utiles — gaspillage économique, mais aussi files d'attente allongées pour ceux qui en ont réellement besoin.

La France occupe, par ailleurs, le 21^e rang sur 28 pays européens pour la mortalité périnatale — un signal d'alarme que Yann Bubien refuse d'édulcorer. « La pertinence est au cœur de la performance, à la fois clinique et économique, et elle dépend de la qualité de l'organisation et de la continuité des prises en charge. »

Quant à la prévention — grand angle mort du modèle français — les chiffres sont accablants : 24% de fumeurs en France, contre 4% en Australie ; 24% de taux de vaccination contre le HPV, contre près de 100% dans ce même pays depuis dix ans. Un grand colloque national organisé en janvier 2026 au ministère, sous l'impulsion de Yann Bubien et d'Anne Beinier, doit se décliner dans toutes les régions cette année et en 2027, avant un livre blanc attendu en mai 2026.

L'IA : révolution ou mirage ?

Sur le numérique et l'intelligence artificielle, Yann Bubien se montre enthousiaste mais méthodique. « Nous ne sommes plus dans des évolutions lentes, étalées sur plusieurs générations, mais dans des transformations majeures qui s'accroissent presque d'un mois à l'autre », dit-il. Il cite une expérimentation en cours au SAMU 13, dans les Bouches-du-Rhône : une intelligence artificielle capable d'identifier plus rapidement une urgence vitale à partir de la seule voix de l'appelant. Les premiers résultats sont « très encourageants ».

L'ARS PACA a recruté dès 2025 un référent dédié à l'IA pour accompagner les acteurs du territoire, et finance le Centre d'innovation en usages du numérique en santé (CIUS) à Marseille. Mais le directeur général formule une condition sine qua non : « Le focus utilisateur. Certains dispositifs échouent non parce qu'ils sont mauvais, mais parce qu'ils ne répondent pas aux besoins réels des utilisateurs. » Une mise en garde qui vaut autant pour la technologie que pour la réforme institutionnelle qui se dessine.

La santé mentale, dernier impensé

Si Yann Bubien a fait d'un sujet sa priorité régionale déclarée depuis vingt ans, c'est bien la santé mentale. Les statistiques qu'il égrène sont vertigineuses : 55% des 18-24 ans ont déjà été concernés par un problème de santé mentale ; le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans ; les agriculteurs, exposés à l'isolement, présentent un taux de suicide particulièrement alarmant. La crise du Covid-19 a agi à la fois comme révélateur et accélérateur, en privant une génération d'interactions sociales et en la jetant dans les bras d'algorithmes capables, dit-il, « de capter et d'exploiter certaines fragilités émotionnelles ».

I AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

Des dispositifs concrets ont été déployés — le 3114 pour la prévention du suicide, Vigilans pour le suivi post-tentative, l'association ASMA pour l'accompagnement des adolescents après une tentative — mais le directeur de l'ARS PACA est le premier à reconnaître l'insuffisance du système face à l'ampleur de la demande. Sur ce terrain comme sur les autres, Yann Bubien incarne une certaine idée de l'État-stratège : capable de diagnostiquer lucidement les failles du modèle qu'il administre, tout en plaidant, avec une conviction intacte, pour sa transformation plutôt que pour son démantèlement.

Sources :

https://www.sfmur.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/transformation-des-ars-renforcement-de-leurs-directeurs-departementaux-et-du-role-des-elus-dans-l-apos-avant-projet-de-loi-de-decentralisation/new_id/70955

<https://www.lejournaldesdepartements.com/post/interview-de-yann-bubien-directeur-g%C3%A9ral-de-l-agence-r%C3%A9gionale-de-sant%C3%A9-paca>

I SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

LE POLLUEUR PAYEUR : MIRAGE OU SAUVEUR DE NOTRE SANTÉ ?

Le principe du « pollueur-payeur », pilier du droit environnemental français, promet que ceux qui dégradent l'environnement assument les coûts sanitaires et écologiques. Pourtant, son application timide laisse les citoyens face à des pollutions persistantes, questionnant sa réelle efficacité dans les politiques publiques de santé environnementale

Racines d'un principe historique

Inscrit au Code de l'environnement, ce principe impose au responsable de la pollution de financer prévention, réduction et réparation des dommages. Né à l'OCDE en 1972, il s'est imposé en Europe via le traité de Maastricht et en France avec la loi Barnier de 1995, visant à internaliser les externalités négatives pour inciter à une production plus propre.

Dans le domaine de la santé environnementale, il cible les impacts des polluants sur l'air, l'eau et les sols, comme les perturbateurs endocriniens ou les particules fines, responsables de cancers et maladies respiratoires. Historiquement, il répond à des scandales comme les pesticides ou l'amiante, où la société paie collectivement les pots cassés.

Enjeux sanitaires : une bombe à retardement

En France, l'environnement pèse lourd sur la santé publique : 48 000 décès annuels prématurés dus à la pollution atmosphérique, selon Santé publique France. Le Plan National Santé-Environnement (PNSE 4, 2024) cible air, eau et expositions chimiques, mais déplore une application faible du pollueur-payeur, laissant des coûts sanitaires à charge publique.

Sociologiquement, les inégalités explosent : quartiers populaires et zones rurales exposés à plus de risques, aggravant fractures sociales. Dans l'organisationnel, la fragmentation entre agences (ADEME, ANSES) dilue responsabilités, tandis que systémiquement, l'économie linéaire privilégie profits courts termes sur santé collective.

Lacunes systémiques : pourquoi ça coince ?

Malgré son ancrage légal, le principe patine : taxes pigouviennes (éco-redevances) trop basses pour décourager, et mécanismes comme la Responsabilité Élargie du Producteur (REP) pilotés par les industriels eux-mêmes, minimisant coûts réels. La Cour des comptes note que pollueurs ne couvrent pas la totalité des dommages, répercutant sur les contribuables via la sécurité sociale.

| SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Les critiques fusent : le principe favorise compensation monétaire plutôt que l'élimination à la source, créant des effets pervers comme la multiplication de dérogations compensées. Dans la santé environnementale, les incertitudes scientifiques freinent (principe de précaution sous-exploité), et la coordination interministérielle manque, malgré le PNSE.

La voix du SNFOCOS : la solidarité face à l'injustice

Le SNFOCOS, syndicat historique des cadres et des cadres dirigeants de la protection sociale depuis 1938, défend ses valeurs au cœur de la sécurité sociale. Pour nous, la notion de pollueur-payeur doit devenir un outil solidaire : internaliser les coûts protège les travailleurs et les assurés, en évitant que les plus fragiles (familles monoparentales, retraités) paient pour les pollueurs.

Aligné sur notre combat pour une protection sociale émancipatrice, ce principe renforce le pacte social : les organismes sociaux gèreraient mieux les risques si les pollueurs finançaient la prévention et la réparation. Le SNFOCOS plaide une refondation dialoguée, liant la santé environnementale à justice sociale.

Perspectives : vers un espoir concret?

Les signaux positifs émergent. Des actions territoriales via des comités locaux intègrent ces inégalités.

La promesse : renforcer les contrôles indépendants et imposer des taxes dynamiques indexées sur les dommages sanitaires réels.

Le SNFOCOS souhaite que le dialogue social dans les branches intègre la protection sociale et environnementale, forgeant une véritable résilience collective.

The logo for Snfoccos is displayed in a large, blue, stylized font. The letters 'Sn' are in a bold, sans-serif style, while 'foccos' is in a more rounded, friendly font. The 'f' is particularly prominent, with a long, thin vertical stroke that extends downwards.



Découvrez dès maintenant nos précédentes lettres de la Michodière en podcast

NOS PARTENAIRES



AGENDA

06/03/2026
INC UCANSS

10/03/2026
RPN Complémentaire Santé

20/03/2026
INC AT-MP

27/03/2026
INC Groupe UGECAM

POUR ADHÉRER AU SNFOCOS
Contactez les élus ou représentants SNFOCOS
présents dans votre organisme
ou adhérez via le formulaire en ligne sur :
<https://snfocos.org/adherer/>



Un syndicat en action, une force pour les cadres