

Projet de loi relatif à la santé

Intervention de Pascal Mélihan-Cheinin, Sous-directeur de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques, DGS, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes



Notre sous-direction a la particularité de pouvoir aborder la santé sous au moins trois aspects : les pathologies, les populations, mais aussi les déterminants de la santé, ce que je trouve extrêmement intéressant dans mon exercice.

Le projet de loi de santé, présenté dans un discours inaugural de madame la ministre le 19 juin dernier, s'inscrit dans un cadre plus vaste qui est celui de la stratégie nationale de santé. Il y a des enjeux très importants pour notre santé, dans un contexte économique contraint, avec la volonté de préserver notre système de solidarité nationale.

L'enjeu de la Stratégie nationale de santé: refonder notre système de santé face à trois défis :

Le vieillissement : en 2040, 10 millions de Français de plus de 75 ans

L'augmentation des maladies chroniques, près d'1 Français / 4

La mobilisation de l'innovation au service de la qualité et de l'efficacité de la médecine

Construction du projet de loi de santé

Il y a à la fois la SNS, et des rapports qui ont été produits ces dernières années, que ce soit le rapport d'Edouard Couty "Le pacte de confiance pour l'hôpital", le rapport de Claire Compagnon sur la démocratie sanitaire, des rapports des inspections, des rapports parlementaires, des travaux qui ont été importants et dont il a fallu en tenir compte aussi. De plus, il y a eu des forums en région : certains d'entre vous ont peut-être eu l'opportunité d'y participer avec la ministre elle-même et d'avoir des débats citoyens autour de ces questions ; de novembre 2013 à février 2014 environ, 200 forums ont été organisés en région.

Une triple ambition

Le projet de loi de santé est fondé sur une triple ambition.

D'abord, il entend **apporter des réponses concrètes aux besoins de la population** : il y a notamment la question de l'accès aux soins présente dans les préoccupations fondant ce projet de loi.

Ensuite, **faire de la promotion de la santé et de la prévention des composantes à part entière de la politique de santé**. Quand on parle santé, la plupart d'entre nous souvent pensent soins, accès aux soins, prise en charge des soins, etc. Il y a ici une volonté qui est de rappeler que la santé c'est plus large, qu'il faut aussi prendre en compte la promotion de la santé et la prévention.

Troisièmement, **réorienter notre système de santé vers une prise en charge de proximité** (c'est le premier recours). Penser qu'il n'y a pas une seule modalité de prise en charge, mais qu'il y a nécessité de faire coopérer les différents acteurs intervenant.

Tout en évitant certains écueils

Il s'agit d'éviter d'avoir un dispositif compliqué, d'avoir une loi trop longue, de se retrouver avec 100 objectifs de santé publique comme avec la loi de 2004, des objectifs qui n'ont pas pu tous être suivis, évalués, éviter d'avoir un grand mécano institutionnel.

Un projet de loi qui est structuré autour de 4 titres

- 1) **Prévention, éducation et promotion de la santé**
- 2) **Faciliter les relations des Français avec leur système de santé**
- 3) **Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé**
- 4) **Renforcer l'efficacité des politiques publiques et de la démocratie sanitaire**

Calendrier du projet de loi : prochaines étapes

Concernant le calendrier du projet de loi, l'examen par le Conseil d'Etat de ce projet de loi est actuellement en cours de finalisation. Cela a été une volonté du Gouvernement que ce projet de loi soit prêt en amont du débat parlementaire, parce qu'il y a aussi dans le calendrier la préparation du projet de loi de finances, et le projet de loi de financement de la sécurité sociale, et il faut qu'il y ait une cohérence entre ces différentes lois. Normalement le projet de loi de santé (PLS) doit passer ce mois-ci au Conseil des Ministres et devra être débattu au Parlement au premier semestre 2015.

Le projet de loi lui-même répond aux grands défis que je vous ai déjà cités. Parmi ces grands défis, il y a aussi la question de la coordination des parcours de santé.

Développer la prévention pour donner aux français le pouvoir d'agir sur leur santé

Le développement de la prévention constitue une priorité très forte. Dans le discours de la ministre il y a une priorité qui est donnée à la prévention, il y a aussi l'action sur les déterminants de santé. On sait qu'en termes de maladies chroniques il peut être bénéfique d'agir sur le **tabac** (et vous avez sans doute entendu parler de la présentation du programme de réduction nationale du tabagisme par la ministre il y a environ une semaine), l'**alcool** dont on connaît la complexité des enjeux, la **nutrition** et la **sédentarité**.

Les jeunes sont aussi une priorité dans la stratégie nationale de santé, et je vais vous décrire les différentes mesures qui sont prévues pour ce public.

L'**amélioration de l'information nutritionnelle** est un dispositif qui existe déjà dans certains pays. On a en projet de pouvoir prévoir sur la base du volontariat de rendre accessible une information objective sur la qualité nutritionnelle des produits de l'agro-alimentaire. Il s'agit ici d'une vraie nouveauté, annoncée par madame la ministre dans son discours le 19 juin. Même si elle est sur la base du volontariat, cela reste une mesure forte ne serait-ce que lorsqu'on l'évalue au regard des résistances qu'elle peut rencontrer.

Le PLS prévoit également une avancée pour **lutter contre l'alcoolisation chez les jeunes**. Peut-être que certains d'entre vous sont confrontés à ce type de manifestations dans vos municipalités, parce qu'elles ont parfois des traductions sur la voie publique. Elles peuvent certes représenter un enjeu d'ordre public mais aussi de santé publique. Il y a une volonté d'interdire en particulier les objets qui font la promotion d'une consommation excessive d'alcool. En effet, des objets comme des jeux incitent les jeunes à la beuverie.

Toujours concernant les addictions, il s'agit de donner **un cadre légal aux interventions de réduction des risques**. Vous avez sans doute entendu parler des salles de consommation à moindre risque, ces dispositifs ont été mis en place dans le contexte de l'épidémie du VIH dans un certain nombre de pays, avec un impact très favorable dans l'insertion de ces usagers de drogues. C'est un dispositif plus particulièrement destiné aux usagers de drogues injectables qui sont les plus éloignés du système de santé. Il y a eu un impact favorable, je pense que vous devriez y être sensible également, pour l'environnement. Dans un certain nombre de villes qui étaient confrontées à des scènes ouvertes, ces lieux qui offrent un accueil sanitaire ont permis de réduire les nuisances pour le voisinage. Et il y aura un cahier des charges, une évaluation de ces dispositifs. C'est aussi pour les **populations en milieu carcéral** de pouvoir avoir accès à du matériel de réduction des risques. Ce sont deux mesures fortes.

En matière strictement d'éducation à la santé, avec le ministère de l'éducation nationale, c'est la mise en place d'un **parcours éducatif en santé**, qui aidera les enfants et les adolescents à prendre soin d'eux-mêmes et des autres. C'est aussi en matière de contraception, faciliter l'accès à la **contraception d'urgence**, et là aussi on a un certain nombre de rapports y compris de l'IGAS qui montraient les difficultés d'accès à la contraception d'urgence. Il s'agit de simplifier cet accès dans les établissements scolaires du second degré. Toujours en matière de santé sexuelle, il y a l'extension aux sages-femmes de la disposition existant actuellement pour les médecins, pour leur permettre de réaliser des actes sur un mineur de plus de 15 ans sans l'accord des parents. Et permettre aussi à des infirmiers sous la responsabilité d'un médecin d'assurer des actions de **prévention des comportements à risque en matière de sexualité**. De plus, il s'agit de donner la possibilité aux sages-femmes de pratiquer et de prescrire des IVG par voie médicamenteuse.

On donne le droit de prescrire des substituts nicotiques aux médecins du travail, aux sages-femmes, aux infirmiers, c'est une des recommandations du plan cancer 3, c'est renforcer l'accessibilité à l'aide à l'arrêt du tabac.

En matière vaccinale, c'est **élargir la compétence vaccinale des sages-femmes afin de protéger les nouveau-nés**, avec le rattrapage des vaccinations du conjoint de la femme enceinte, puisqu'on sait que c'est important également de s'occuper de leur entourage.

Je m'arrête un peu sur ces dispositions-là, puisqu'elles sont davantage dans notre cœur de compétences à la direction générale de la santé, plutôt que de vous parler du tiers-payant ou du service public hospitalier.

Egalement toujours en termes de dépistage, ce sont les **tests rapides d'orientation diagnostique (TROD)**. Quand vous allez par exemple chez votre médecin généraliste pour des antibiotiques, il doit normalement pratiquer un test rapide pour vérifier si il y a nécessité de vous prescrire des antibiotiques, mais ces TROD sont également bien connus dans le champ du VIH. Là, il y aura l'autorisation à titre dérogatoire de l'utilisation de ces TROD par des professionnels de santé dans les établissements et services de santé, ou par des intervenants associatifs exerçant dans des associations habilitées par les ARS. Pourraient être concernés par les autotests toute une série de dispositifs auprès des populations qui en auraient le plus besoin.

Le milieu professionnel n'est pas non plus totalement absent du champ du projet de loi de santé. Certains d'entre vous m'ont parlé des difficultés à établir des projets de prévention en partenariat avec certains secteurs, **la santé au travail** est aussi un sujet important, c'est un déterminant important, par exemple dans le champ de la santé mentale. Il s'agit de tenir compte de cette difficulté qu'on a avec la démographie des médecins du travail pour permettre aux médecins en cours de spécialisation en médecine du travail de venir renforcer l'activité des médecins du travail. Cela fera l'objet d'un protocole qui sera validé par le médecin du travail en poste.

Faciliter au quotidien le parcours de santé des français

C'est en particulier créer ce fameux **service territorial de santé au public**, dont l'enjeu est d'organiser sur chaque territoire une réponse accessible et lisible pour chacun. Concrètement, il s'agira de coordonner l'offre en santé sur un territoire et pas uniquement l'offre en soins. On décroïsonne véritablement. Il s'agit de coordonner l'offre en santé sur un territoire sur la base établie d'un diagnostic de besoins qui est partagé, notamment avec vous les collectivités territoriales, et qui sera établi par l'ARS après avis du conseil territorial de santé, et qui donnera lieu à un projet territorial de santé, qui inclura aussi les collectivités territoriales.

La traduction de ce projet territorial de santé après l'accord de l'ARS dans un contrat s'inscrira dans une démarche qui sera complémentaire des projets régionaux de santé.

Une personne dans la salle : « Juste une petite précision par rapport à ce diagnostic partagé, est-ce que c'est le même diagnostic qu'on a établi pour signer un contrat local de santé ou il va falloir recommencer ? »

Je pense qu'il y aura une très forte cohérence même si les termes peuvent changer, à mon niveau d'information, je pense qu'on va rester dans la même dynamique.

Il y a ce service territorial de santé public décroïsonné, il y a aussi dans l'article 12 du projet de loi de santé un service d'**organisation territoriale d'une politique de santé mentale**. Parfois on va parler d'un service territorial en santé mentale. La ministre a donné une mission au directeur général de l'ARS Aquitaine de piloter la mise en œuvre de ce dispositif. Il s'agit, sur un territoire, d'organiser un service territorial en santé mentale, qui associe l'ensemble des acteurs, et pas seulement dans le secteur hospitalier. On inclut également la promotion de la santé, la prévention, tous les acteurs qui sont concernés doivent pouvoir s'y retrouver.

Mais, c'est bien pourquoi la ministre l'a annoncé il y a une semaine, la mission a été confiée pour pouvoir définir la mise en œuvre, que ce soit sur tout ce qui concerne strictement le champ de l'organisation des soins, mais aussi ce qui concerne la citoyenneté, la déstigmatisation des patients concernés. C'est aussi tout ce qui concerne la bonne articulation entre le repérage, la prévention, la promotion de la santé, le soin, la qualité des pratiques professionnelles. L'évolution des métiers pourrait constituer un point important en termes d'amélioration de l'accès aux soins en santé mentale. Aujourd'hui, la question est posée, la réponse reste à construire.

Renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire

Il y a eu le rapport de Claire Compagnon sur la démocratie sanitaire, et cela permet d'évoquer un point avec vous qui est celui des projets régionaux de santé. Nous ne sommes plus dans une approche segmentée avec un projet pour chaque champ de la santé, mais nous avons un document d'orientation stratégique et un schéma régional de santé qui vont intégrer toutes les dimensions de la santé (et pas simplement la prévention), le soin, l'accompagnement médico-social, ainsi que la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles. C'est une dimension dont on n'a pas encore parlé-, mais au ministère on a aussi cette responsabilité en termes de sécurité sanitaire.

Ces projets régionaux de santé vont être mis en œuvre par différents moyens, avec des partenaires du service territorial de santé au public, notamment les collectivités territoriales, avec un contrat territorial de santé, et avec l'ensemble des partenaires.

Les contrats territoriaux de santé vont pouvoir, comme les contrats locaux de santé actuels, varier suivant des thématiques, des finalités, avec un accent renforcé sur l'offre et les parcours de soins et de santé. Il pourrait, pour un territoire, y avoir plusieurs contrats, mais avec des finalités différentes. Par exemple, un contrat sur l'organisation des soins primaires, un autre sur la proximité.

Je pense qu'il y a une très forte connaissance, mais je vais donner la parole à Antoine Gueniffey que vous connaissez bien pour pouvoir plus concrètement vous donner les éléments sur ce point.

Antoine Gueniffey, direction générale de la santé : « L'idée là est plutôt de redescendre à une maille territoriale plus fine que celle des territoires de santé actuels qui sont les départements d'une manière générale. En descendant on va retrouver finalement, autour des bassins de vie, les territoires de proximité et probablement aussi les organisations intercommunales, les pays, etc. Les territoires pertinents pour ce service seront à définir en région. . Effectivement pour un projet territorial de santé à ce niveau-là, avec la possibilité de traduire ce projet en fonction de ses objectifs en un ou plusieurs contrats avec différents acteurs(puisque l'idée c'est de mieux impliquer i les acteurs de santé de manière générale, pas seulement les professionnels de santé) »

Je termine sur un acteur important de la politique de santé qui est l'**assurance maladie**. Un élément très important du discours du 19 juin de la ministre a été de réaffirmer qu'il y a une politique de santé, avec cette volonté de renforcer l'alignement stratégique entre l'Etat et l'assurance maladie. Cela a aussi une traduction concrète puisque par exemple s'agissant des conditions de négociation des conventions nationales, en particulier en matière de politique conventionnelle avec les professionnels, il y aura une beaucoup plus forte territorialisation. Quand vous voulez donner des traductions au service territorial de santé au public, pouvoir mieux territorialiser la politique conventionnelle, c'est un outil qui peut être intéressant pour pouvoir avoir une pertinence de réponse à vos besoins plus importantes que des dispositifs purement nationaux. Et c'est peut-être aussi un peu l'exercice de modestie auquel on est contraint au niveau national, quand on présente des choses qui peuvent paraître très générales, c'est aussi savoir que de toutes façons on est obligé de donner un cadre, mais qu'on ne peut pas avoir un cadre qui serait aberrant par rapport à vos réalités qui ne sont pas forcément identiques d'un territoire à l'autre, d'une région à l'autre, d'une commune à l'autre.

En conclusion, s'il s'agit d'une première loi de santé depuis dix ans, ce n'est en même temps que la loi. Il ne faut pas oublier que la santé ne passe pas toujours par le normatif et par la loi, et vous êtes sans doute encore mieux placés que moi pour le voir. Il faut imaginer une réponse à toute cette complexité qui est celle des questions de santé qui sont tellement imbriquées avec les questions de société. Il y a une volonté d'intégrer toutes les forces dans **une cohérence des efforts, pour préserver notre solidarité nationale et réduire les inégalités de santé**. Quand on pense aux inégalités de santé, on pense beaucoup à l'**accès aux soins**. J'insisterais aussi sur l'**accès à la prévention**, avec par exemple l'accès au dépistage, l'accès aux messages de prévention : on dit souvent que les messages de prévention pénètrent les couches plus éduquées plus rapidement et plus fortement, mais comment va-t-on vers les populations qui ont un fort besoin de cette prévention ? Il y a toute une réflexion à avoir sur nos dispositifs, nos organisations, nos partenaires, vos partenaires, en région et sur vos territoires. Comment les organiser au mieux pour que ceux qui en ont le plus besoin puissent en bénéficier ? Par exemple, sur la question

du dépistage organisé du cancer du sein, comment fait-on pour toucher les populations qu'on ne touche pas si bien ? Voilà une ambition importante.

C'est une action structurante, et aussi une action qui est appelée à s'inscrire dans la durée. C'est bien la première loi depuis 10 ans mais c'est au-delà de la loi une stratégie nationale qui, pour prendre corps, doit s'inscrire dans la durée.

Echanges avec la salle

Catherine Girard, Directrice de la cohésion sociale au CCAS de la Ville d'Amiens : « Vous avez évoqué la question de lutter contre les inégalités de santé, je voudrais à ce propos poser deux questions : la question des territoires : **territoire ville ou territoire rural, les enjeux de réponse à la santé ne sont pas les mêmes suivant ces territoires**, deuxièmement ville riche/pauvre, région riche/pauvre. Souvent ce sont dans les régions pauvres que se trouvent les plus mauvais indicateurs de santé. Je représente une ville de Picardie donc je suis très bien placée pour en parler, mais on pourrait parler du Nord-pas-de-Calais aussi. Ce sont dans les régions riches que se trouvent les meilleurs indicateurs de santé, et dans les régions pauvres les plus mauvais indicateurs de santé, or, **si la loi ne prévoit pas une sorte de péréquation pour que les moyens soient renforcés dans les régions où les moyens sont moins importants, on ne pourra que continuer à perpétuer ce déséquilibre et ces écarts. Est-ce que la loi prévoit quelque chose ?** Vous n'avez pas évoqué la question du financement, je la pose car tous les jours les collectivités sont confrontées à des réductions de budget. Est-ce que cette loi se fait un budget constant, un budget augmenté ? Avec des priorités sur tels domaines et des arrêts sur d'autres ? »

Sylvaine Boige-Faure, Médecin responsable du service d'hygiène et santé de valence : « Je voulais revenir sur la question du périmètre, c'est vrai qu'il y a une bonne expérience dans les services communaux d'hygiène et de santé, ces vieux services dinosaures qui existent depuis le début du 20^{ème} siècle, créés dans un élan de santé publique, et qu'on pourrait reproduire aujourd'hui. Je voudrais savoir **si le territoire ne devient pas celui de l'intercommunalité, pas celui de la commune, pas celui de la conférence de territoire, mais un autre territoire, pourra t'on quand même s'appuyer sur l'expérience de vieux services comme les services communaux d'hygiène et de santé ?** Ce que je crains c'est que du fait qu'il n'y ait pas d'adéquation avec le périmètre, que finalement on confie à d'autres acteurs / structures de mener à bien ce travail. »

Sur la question des moyens, je crois y avoir répondu d'une autre manière : il y a une volonté de préserver notre solidarité à une époque où on n'est pas en mesure d'accroître les moyens au niveau national. On veut en même temps réduire les inégalités et être plus efficace dans la prévention, ce qui peut paraître paradoxal. Je pense qu'il y a un moyen d'atteindre cet objectif-là, c'est d'avoir une meilleure organisation. Manifestement, je pense qu'il y a des marges de progression possibles, c'est-à-dire qu'on a des dispositifs, des structures de prévention qui peuvent se rapprocher. Certains ont par exemple un métier qui leur permet d'aller davantage vers certaines populations difficiles pour d'autres à toucher, et je pense que beaucoup de réponses reviennent au niveau de proximité. Notre marge de manœuvre au niveau national c'est de créer un cadre qui reste très souple, mais après c'est véritablement dans le diagnostic partagé et dans la qualité de dialogue et d'animation par aussi l'ARS (et donc nous notre responsabilité ce sera les instructions qu'on va donner aux ARS sur la manière de faire, sur la méthode). Après, concernant le résultat, l'organisation du dispositif le plus pertinent par rapport aux besoins de vos populations, c'est à vous (l'ensemble des partenaires concernés) à proximité du territoire, à qui revient de trouver les réponses. S'agissant de la péréquation des moyens, je n'ai pas de réponse à vous donner. J'ai le souvenir d'une expérience passée où on avait conçu des modalités d'affectation de mesures nouvelles qui tenaient compte aussi d'un certain nombre d'indicateurs. Ce qu'on peut faire nous au niveau national c'est améliorer le cadre d'ensemble : par exemple, dans les infections sexuellement transmissibles on a encore 2 dispositifs qui ne sont juridiquement pas fusionnés, et dans le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale il y a enfin une disposition qui permettra de fusionner ce cadre juridique. C'est un point parmi des tas d'autres, mais quand on regarde de près un certain nombre de structures on voit bien qu'on peut faire des gains d'efficacité. Quand je parle d'efficacité, ce n'est pas du tout pour réduire l'offre auprès des populations, c'est à l'inverse pour permettre que des dispositifs qui ne donnent pas pleinement leurs moyens puissent être plus efficaces simplement dans une meilleure coopération et une meilleure coordination.

Valérie Ciccheler, responsable du service hygiène et santé Toulouse. : « Depuis des années, les villes sont déjà très impliquées dans le champ de la promotion de la santé, que ce soit formalisé dans le cadre des ASV, ou dans la mise en

place des CLSM, et de fait travaillent sur les déterminants de santé, notamment grâce à la proximité des leviers que sont les autres politiques comme la petite enfance, etc. C'est intéressant qu'une loi nationale reconnaisse ce champ là comme très important en termes de gain pour la bonne santé, mais en pratique, quel soutien, quelle aide quelle reconnaissance, **quelle valorisation peut-être proposé par le Ministère de la Santé pour ce rôle majeur des villes, pour ces actions qui sont déjà réalisées avec déjà des diagnostics partagés et des évaluations et de la participation?** Je ne vois pas dans quel autre dispositif on pourrait mettre ces là actions en place, en proximité avec les collectivités locales et les associations ? Actuellement on le fait sur nos propres moyens, plus ou moins des aides ponctuelles chaque année, mais va-t-on reconnaître l'action propre des collectivités dans le champ-là et comment va-t-on la soutenir ? »

Pour les associations, je répondrais peut-être plus facilement : il y a des aides, que ce soit nous au niveau national où nous finançons habituellement des têtes de réseaux, qui ont non seulement une fonction de représentation mais aussi un rôle d'animation de réseau et aussi de formation de bénévoles ou de professionnels de ces associations. On peut aussi intervenir par des appels à projets qui visent plus des expérimentations, faire surgir des projets innovants qui pourraient ensuite être partagés et dont on pourrait tirer des enseignements. Et puis les ARS sont des financeurs importants dans la prévention, on pourrait tous souhaiter qu'ils aient davantage de moyens. Il y a aussi tout ce qu'on peut mettre à disposition au niveau national, que ce soit le discours national, le discours politique (exemple avec le tabac), de la méthodologie et des outils mis en place par exemple par l'Inpes, etc. Et aussi tout ce que le gouvernement peut émettre comme messages en direction des ARS (qui ne sont pas des services de l'Etat).

Un participant dans la salle : « Concernant les deux idées que vous nous avez présentées au départ, la cohérence avec le projet de loi de finance de la sécurité sociale et les contraintes financières dans lesquelles se travaille cette loi, cela nous amène effectivement quelques interrogations et quelques craintes, et vous nous indiquez que c'est la première loi de santé depuis 10 ans. Donc bien évidemment les collectivités territoriales ont été actives pendant ces 10 ans pour faire face aux inégalités de santé, actives dans des actions pour aller jusqu'au soin, actives dans la prévention, actives dans la politique santé environnementale. Aujourd'hui on se pose la question de prolonger, de créer des passerelles avec tous les services publics territoriaux comme l'urbanisme, les services de jardin, l'aménagement de la ville. Il y a une expérience qui a montré son efficacité. Dans votre présentation et dans l'approche territoriale que vous nous indiquez, vous mentionnez simplement les régions comme maîtres d'œuvre de la politique territoriale de santé. Cela laisse vierges un certain nombre d'activités de la santé, qui ne sont pas identifiées dans la loi et qui vont donc être exploitées par les villes et d'autres partenaires publics ou privés. **Je pense qu'il est important que les partenaires utiles pour réduire les inégalités soient véritablement pointés et identifiés dans la loi, or on s'aperçoit que cette précision manque vraiment »**

Céline Faurie-Gauthier, Conseillère municipale déléguée à la prévention santé à Lyon : « Quand vous abordez la question des territoires et d'une approche plus fine, je pense qu'on va dans le bon sens puisqu'effectivement un des premiers points que l'on voit quand on se retrouve à gérer des questions de santé, on a des discussions avec l'ARS qui a effectivement des territoires qui sont bien plus vastes, soit régional, soit des bassins de santé. Or il y a des niveaux de discussion pour lesquels on ne trouve jamais moyen d'avoir un interlocuteur, et qui sont les échelles des villes et des territoires. On le fait un peu au travers des contrats de ville, avec des actions via les ASV, l'ARS est plutôt absente, on a plutôt affaire à des politiques et des financements qui sont préfectoraux, **les ARS vont-elles s'investir plus dans ces politiques-là ? Est-ce que nous serons associés dans la définition des territoires, aura-t-on notre mot à dire sur les (bonnes) échelles ? Pourra-t-on aussi être associé aux questions d'organisation des soins sur le territoire ?**

Il pourrait être intéressant que collectivement vous formalisiez ces questions, je veux bien les retranscrire et voir comment cela peut nous aider à mieux outiller la finalisation du « chantier ». Cette loi qui sera finalisée en 2015 devra être accompagnée, notamment par des messages en direction des ARS. Ce que vous dites peut aussi nous aider à être plus pertinents pour pouvoir bien traduire la place qui peut-être la vôtre dans cette construction commune.