

Délégation Territoriale des Hauts-de-Seine

Département Etablissements de santé

Affaire suivie par : Mariama CONDE
Courriel : mariama.conde@ars.sante.fr

Téléphone : 01 40 97 96 84
Télécopie : 01 40 97 97 84

Nanterre, le 19 décembre 2011

Compte-rendu de la conférence de territoire des Hauts-de-Seine du vendredi 16 décembre 2011 – Auditorium du Capitole – ARS délégation territoriale des Hauts-de-Seine

La liste des membres présents figure en fin de document.

I- Approbation du compte rendu de la séance précédente

Le compte rendu de la 5^{ème} conférence de territoire est approuvé.

II- Présentation du Schéma d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) et de la démarche de territorialisation (annexe 1)

Marc Bourquin (directeur du pôle médico-social – ARS siège)

Mr Bourquin rappelle le calendrier d'élaboration du SROMS-IDF et expose les principes des concertations informelle et officielle :

- ✓ 13 décembre 2010 : réunion de lancement ;
- ✓ mars - juin 2011 : 13 groupes de travail au niveau régional se sont réunis
- ✓ rédaction du schéma entre le 2^{ème} et 3^{ème} trimestre 2011 ;
- ✓ les 4 avril, 20 juin et 10 octobre 2011 : restitution des travaux au travers de COPIL ;
- ✓ octobre-novembre-décembre 2011 : réunions départementales informelles avec les institutions et acteurs du secteur ;
- ✓ décembre-janvier 2012 : phase de concertation informelle précédant la phase d'expérimentation.

Pour cette phase de concertation informelle, le recueil et la transmission des observations de la conférence se feront au fur à mesure par voie électronique à la délégation territoriale avant **le 24 février 2012** et se traduiront soit par une proposition de modification concrète du texte soit par un amendement.

Pour la concertation officielle, les CT devront rendre un avis sur le SROS-PRS qui sera arrêté avant fin 2012.

Le document de travail actuel du SROMS est accessible sur la plateforme de l'ARS avec les codes communiqués par courriel aux membres des instances.

Ce document expose le diagnostic et les enjeux du secteur médico-social IDF par type de public (personnes âgées, personnes handicapées et personnes à difficultés spécifiques), tant sur les données démographiques que sur la situation de l'offre.

L'Ile-de-France est sous équipée dans le champ médico-social avec des déséquilibres infra régionaux importants.

Le problème de la rareté et du coût du foncier y est très important.

Pour les Personnes Agées, l'Ile-de-France est une région « jeune » mais où on vieillit plus vite !

Le gain d'espérance de vie dans les prochaines années est réel mais le nombre de personnes âgées dépendantes croît. La tendance est à favoriser leur maintien à domicile.

Dans les Hauts-de-Seine, le taux d'équipement EHPAD est assez favorable mais insuffisant pour les SSIAD.

Pour les Personnes Handicapées, les taux d'équipements pour les enfants et pour les adultes sont en dessous des taux régionaux.

Le document de travail du SROMS IDF présente les priorités structurées autour de 2 objectifs stratégiques communs aux 3 populations concernées, PA, PH, PDS. Chacun des objectifs stratégiques est décliné en objectifs opérationnels et en propositions d'actions (appui aux aidants, bientraitance, formation et accessibilité). Les fiches actions sont en ligne.

Le SROMS est en lien avec les autres schémas (SROS et schéma Prévention)

objectif stratégique n°1 : Organiser et structurer une offre médico-sociale adaptée et de proximité.

- Restructurer l'offre pour réduire les inégalités territoriales et opérer des redéploiements de ressources ;
- Favoriser l'accompagnement et le soutien à domicile en développant les formules alternatives et les actions innovantes pour répondre au plus près des besoins des personnes et de leur entourage;
- Prendre en compte de façon coordonnée les problématiques de la vie sociale (logement, habitat, déplacement,...)

Par exemple, pour les personnes âgées, l'offre existante en EHPAD sur la région est importante (700 établissements et 60 000 places dont 4 000 financées cette année) mais inégalement répartie. L'enjeu est donc de garantir accessibilité géographique aux franciliens par un rééquilibrage et une rationalisation, l'accessibilité financière constituant un enjeu conjoint.

Pour les personnes handicapées, certains types de handicap (handicap psychique, traumatisés crâniens, post AVC) sont aujourd'hui accueillis dans le champs sanitaire plutôt que médico-social, avec des temps d'attente de plusieurs années. Un travail sur la fongibilité inter champs est en cours.

Pour les personnes à difficultés spécifiques, on assiste à un développement des polyconsommations et répartition, accessibilité, lisibilité sont inégales. Les partenariats sont à développer et le problème du manque de fluidité pour sortir des dispositifs est à résoudre.

objectif stratégique n°2 : Améliorer la qualité de l'accompagnement pour assurer un parcours de vie et de soins répondant aux besoins des personnes.

- Organiser et renforcer la prévention tout au long du parcours de vie ;
- Favoriser les coopérations et les partenariats entre tous les acteurs concernés (ambulatoire, hospitalier, social, médico-social) ;
- Renforcer une logique d'efficience (de la dépense, dans le positionnement des services et le dispositif d'accompagnement et de prise en charge) ;
- Améliorer le soutien aux aidants (formation, reconnaissance de leur action, prise en compte de leur santé) ;
- Améliorer la qualité des prestations pour garantir une prise en charge adaptée aux besoins de la diversité des publics ;
- Développer une démarche de bientraitance ;
- Valoriser les métiers du médico-social.

Par exemple, pour les personnes âgées, le développement d'équipes mobiles de gériatrie est attendu ainsi que celui de MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer) On déplore un « millefeuille du médico-social » ne permettant pas toujours de trouver de porte d'entrée, de « coordinateur de cas complexes » !

Pour les personnes handicapées, les difficultés de coordination et le manque de lisibilité sont à résoudre.

Que ce soit pour les personnes âgées ou les personnes handicapées, des structures de répit sont à développer. De nombreux accueils de jour ne fonctionnent pas correctement.

Pour les personnes à difficultés spécifiques, une meilleure coordination avec les autres dispositifs est attendue, favorisant la fluidité.

Le SROMS sera construit en lien avec les autres schémas, notamment le volet ambulatoire, hospitalier et le schéma de prévention. L'offre médico-sociale doit s'adapter aux besoins.

Mr Bourquin conclut par une synthèse générale des grands arbitrages à effectuer :

- Tenir compte de l'évolution des déficiences pour redéployer l'offre ;
- Mettre en œuvre la fongibilité asymétrique ;
- Donner une impulsion forte en termes de rééquilibrage de l'offre ;
- Fluidifier la filière entre les prises en charges sanitaire et médico-sociale ;
- Consolider l'existant en termes de médicalisation des EHPAD ;
- Organiser et répartir l'offre médico-sociale en addictologie.

Focus sur la situation des Hauts-de-Seine

Oliver DEJEAN (IASS - Département Médico-social – secteur PA – DT92)

Nadia BOURAS (Chargée de mission - Département Médico-social – secteur PH – DT92)

Delphine BUCHON (Chargée de mission - Département Médico-social –secteur PDS–DT92)

1- Le secteur personnes âgées (PA) :

L'offre en secteur PA est globalement satisfaisante :

- ✓ 9 506 places d'hébergement permanent pour 104 EHPAD (dont 18 établissements publics) ;
- ✓ Environ 4 500 places d'habilitation Aide Sociale ;
- ✓ 677 places pour 7 USLD ;
- ✓ 185 places d'hébergement temporaire autorisées et réparties sur 21 structures.

Des services sont à développer notamment la prise en charge en ville (SSIAD et accueil de jour).

En termes d'équipements, le nord et le sud du département sont légèrement au dessus de la moyenne : plus de 76 places / 1 000 PA vs 78 places / 1 000 PA (moyenne IDF)
Le centre est certes déficitaire (moins de 76 places pour 1 000 PA) mais des structures nouvelles sont en cours d'installation : Sèvres, Saint-Cloud, Garches, Boulogne.

La déclinaison du plan Alzheimer dans le département se traduit par :

- ✓ Un développement en cours des accueils de jour ;
- ✓ Une montée en charge des dispositifs PASA/UHR ;
- ✓ Une prise en charge en ville avec 30 places SSIAD sur 3 équipes spécialisées déjà installées
- ✓ La mise en place d'une MAIA (un nouvel appel à projet sera lancé en 2012) ;
- ✓ L'aide aux aidants : 3 dossiers (un EHPAD et 2 réseaux de santé) sur la formation des aidants sont en cours d'instruction.

3 groupes de travail départementaux sont constitués autour des trois thématiques identifiées :

- Parcours de soins (prévention, prise en charge des urgences, maintien à domicile) ;
- Coordination des acteurs (accueil/hébergement temporaire, équipes mobiles, accompagnement des aidants) ;
- Expérimentations et projets innovants.

Des pistes de travail sont proposées:

- La coordination des acteurs ;
- Le recrutement et la formation ;
- L'accessibilité financière et géographique ;
- L'aide aux aidants ;
- La prévention (chutes, dénutrition, escarres, iatrogénie médicamenteuse,...)

2- Le secteur personnes handicapées (PH) :

a) les enfants handicapés

Le département dispose de nombreux équipements pour les enfants déficients moteurs et auditifs mais souffre d'un manque de structures pour le dépistage et la prise en charge précoce du handicap, de SESSAD, de structures pour l'autisme et les troubles envahissants du développement.

b) Les adultes handicapés

L'insertion professionnelle et la prise en charge en FAM de l'autisme constituent des points forts du département. La prise en charge du handicap psychique, le polyhandicap et l'accompagnement renforcé des adultes autistes sont à développer.

2 groupes de travail départementaux sont constitués autour des thématiques

- 1- Parcours de santé de la personne handicapée qui s'articule au tour de :
 - ✓ l'accès aux soins et le vieillissement des personnes handicapées ;
 - ✓ la socialisation des personnes handicapées psychiques ;
 - ✓ la recherche de locaux.
- 2- Coordination de l'accompagnement :
 - ✓ éviter les ruptures de prise en charge et adopter l'offre aux besoins ;
 - ✓ diversifier les prises en charge.

Des expérimentations départementales seront conduites :

- ✓ un observatoire du handicap en lien avec la MDPH ;
- ✓ la mise en place d'une plateforme de dépistage précoce de l'autisme.

Des pistes de travail sont proposées :

- le développement des structures pour personnes handicapées psychiques, les autistes (diagnostic, prise en charge, situation d'urgence) ;
- le vieillissement des personnes handicapées ;
- l'insertion (scolaire, professionnelle, sociale et culturelle) dans la « cité ».

3- Le secteur des personnes à difficultés spécifiques (PDS) :

S'agissant de l'offre, le département présente un bon maillage territorial :

- ✓ 7 centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (6 généralistes et 1 spécialisé « alcool ») ;
- ✓ 1 centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) à Colombes ;
- ✓ 5 établissements d'appartements de coordination thérapeutique (76 places installées) ;
- ✓ 1 établissement de lits halte soins santé de 48 places.

Il n'y a pas de groupe de travail pour le moment au niveau départemental.

2 thématiques de réflexion sont identifiées cependant :

- La réduction des risques :
 - évaluer le dispositif d'automates distributeurs / récupérateurs de seringues,
 - étudier l'opportunité d'ouverture d'un CAARUD dans le sud du département ;
- La fluidité du parcours :
 - améliorer les sorties vers les autres dispositifs sociaux, médico-sociaux ou le logement par accompagnement adapté
 - étudier l'opportunité du développement de l'offre d'hébergement thérapeutique en CSAPA et d'ACT.

Réactions - Questions de l'assemblée

L'importance de disposer d'une cartographie des structures et services tant pour les personnes âgées que les personnes handicapées est soulignée ; cet outil pourrait être à la disposition du grand public.

Pour le coût de l'hébergement PA, il semble manquer un cadre de référence.

Il est déploré un manque de connaissance des besoins réels en structures et services selon le type de handicap.

On constate également le peu de liens avec des structures comme la maison des adolescents ainsi qu'avec les collectivités territoriales.

Est souligné le désengagement de l'éducation nationale dans le suivi scolaire des publics concernés.

Avec la multiplication des acteurs, en vue d'une optimisation des interventions de chacun, le périmètre d'intervention des communes est à déterminer.

Réponses

La définition des besoins est un sujet complexe. Il reste effectivement à construire un système d'information sur l'évolution de chaque handicap pour chaque type de public. Toutefois, des moyens d'évaluation de ces besoins existent tant au niveau national qu'au niveau local.

Pour le handicap, la MDPH dispose de chiffres. Pour l'autisme, le CRA est un bon recours même si le diagnostic précoce est à améliorer ;

La collectivité territoriale la plus importante dans le champ du médico-social reste le Conseil Général avec qui l'ARS collabore étroitement.

Pour les tarifs des EHPAD, le CG dispose d'une grille comparative des établissements de même type et le CG veille à la cohérence en termes d'accessibilité.

1. Quelle stratégie adopter dans le cadre du renouvellement des autorisations ?
2. L'ARS peut-elle annoncer de façon anticipée les crédits non reconductibles destinés au financement de certaines actions ?

Réponses

1) l'ARS incite au rapprochement des structures du fait de leur éclatement trop important mais de façon graduée car l'effet taille n'est pas toujours garant de gain de qualité bien que des économies d'échelles soient possibles.

2) pour ce qui est des finances, la politique de la CNSA est de reprendre tous les crédits NR et de n'allouer que ce qui est nécessaire au fonctionnement annuel des structures. Toutefois, il sera identifié des lignes en pluriannuel pour le financement de certaines actions.

1. Le délai du 24 février 2012 est jugé très contraignant au regard des thèmes à aborder.
2. La valorisation des métiers devrait passer par une valorisation financière et une incitation des infirmières.
3. Le cahier des charges des PASA est drastique et difficile à mettre en œuvre par les opérateurs.

Réponses

1) les contraintes découlent du calendrier du Projet Régional de Santé d'Ile de France qui doit être arrêté par le DGARS fin 2012.

2) c'est le rôle de la conférence de territoire. L'ARS n'a pas de pouvoir réglementaire et ne peut faire que des évocations face au réel souci qu'est la difficulté à inciter les professionnels de santé dans le champ du médico-social.

3) la volonté de l'ARS n'est pas de décourager les projets de PASA

1. Quelle fongibilité des crédits entre le sanitaire et le médico-social ?
2. Peut-on envisager un appel à projet destiné à créer des EHPAD supplémentaires afin de répondre aux besoins ?

Réponses

1) la fongibilité sera faite en application du principe « les crédits suivent les patients » qui consiste en un transfert de crédits du secteur sanitaire au secteur médico-social afin, par exemple, de développer des FAM mieux adaptés pour les handicapés psychiques que l'hôpital.

2) Les EHPAD devront améliorer leur offre (répartition géographique et accessibilité financière) et ce sont les SSIAD qui seront renforcés.

Il n'est pas nécessaire d'avoir des EHPAD de très grande taille (>100 places). Les exigences de qualité sont croissantes et onéreuses.

- « la prévention / préparation à la vieillesse » est proposée comme sujet de réflexion.

Réponses

1) c'est l'organisation en interne qui donne un résultat plus humain.

2) l'ARS a mobilisé 40M€ sur ses crédits NR destinés à l'investissement dans les structures médico-sociales. C'est la traduction du principe de lutte contre les inégalités de santé du DGARS.

III- Présentation des premiers CLS Contrats Locaux de Santé (annexe 2):

Vincent METTAUER (Délégué Territorial Adjoint – DT92)

Mr Mettauier rappelle le cadre législatif et politique (articles L1434-17 et R1434-7 du CSP) des CLS ainsi que leur objectif.

Il expose les critères retenus pour le choix des communes :

- des indicateurs sociodémographiques, économiques et sanitaires défavorables (IDH2<0,52) ;
- l'existence de dynamiques locales en matière de santé ;
- la mise en œuvre d'actions de prévention et de promotion de la santé par la commune ;
- la volonté des élus de s'inscrire dans une démarche de contractualisation avec l'ARS.

6 CLS sont soumis ce jour à l'avis de la conférence de territoire : Asnières-sur-Seine, Bagneux, Clichy, Fontenay-aux-Roses, Gennevilliers et Nanterre (Annexe 3).

2 CLS sont présentés : Nanterre et Fontenay-aux-Roses

a) le CLS de Nanterre (Docteur Hélène COLOMBANI)

Critères du CLS de Nanterre (données 2006,2007) :

- ✓ IDH2= 0,43 (vs département 92 : 0,63 et IDF : 0,57) ;
- ✓ une dynamique de santé importante (3 centres municipaux de santé et 1 centre médico-sportif) ;
- ✓ 4 quartiers classés « politique de la ville » regroupant 45% des habitants ;
- ✓ des indicateurs de santé peu favorables (un taux de surpoids des enfants de 3 ans > niveau départemental ; une densité de médecine libérale inférieure aux moyennes départementale et régionale).

La commune de Nanterre a une implication de longue date dans les politiques locales de santé avec quelques points de vigilance :

- ✓ une densité de médecins généralistes et spécialistes et de chirurgiens dentistes très inférieure à celle de la région et du département ;
- ✓ des professionnels de santé très inégalement répartis sur le territoire ;
- ✓ 52,8% des médecins G ont 55 ans et plus (vs Hauts-de-Seine : 47,9% et IDF : 51,5%).

5 axes stratégiques sont partagés dans le cadre de ce CLS. Des objectifs sont définis pour chacun :

Axe 1 : la santé des enfants

Objectifs : réduire la mortalité, améliorer l'état de santé bucco-dentaire dans les quartiers ZUS, prévenir et prendre en charge le surpoids dans ces quartiers et développer les soins de premiers recours sur le quartier du « Petit Nanterre ».

Axe 2 : la santé des jeunes et jeunes adultes

Objectifs : prévenir et prendre en charge le mal-être des jeunes, le surpoids, les éduquer à la vie relationnelle affective et sexuelle, promouvoir la santé des jeunes en insertion, prévenir et prendre en charge les addictions.

Axe 3 : la santé des femmes

Objectifs : prévenir le cancer, prévenir et accompagner la prise en charge des maladies cardiovasculaires et du diabète.

Axe 4 : la santé des personnes âgées

Objectifs : prévenir la dépendance, promouvoir la santé bucco-dentaire, promouvoir une alimentation adaptée à ce public.

Axe 5 : les publics vulnérables

Objectifs : promouvoir la santé mentale, promouvoir la santé des résidents des foyers de travailleurs migrants.

b) Le CLS de Fontenay-aux-Roses (Mme HOUVENAGEL)

Critères du CLS de Fontenay-aux-Roses :

- ✓ une dynamique de santé importante (un ASV et un centre municipal de santé) ;
- ✓ une volonté des élus à s'engager dans la démarche ;
- ✓ 1 quartier classé « Politique de la ville » regroupant 15% des habitants ;
- ✓ des déterminants de santé peu favorables (une densité des professionnels libéraux : Médecins G, Chirurgiens dentistes, Infirmiers inférieure aux moyennes régionale et départementale)

La commune est inscrite dans une dynamique santé très forte avec quelques points de vigilance :

- un diagnostic local partagé à actualiser et à étendre à l'ensemble du territoire ;
- des densités de professionnels inférieures à celles du département et de la région.

Un axe stratégique est partagé pour 2011 : Actualiser la connaissance de la situation socio-sanitaire et environnementale, la description de l'existence et de l'accessibilité de l'offre sanitaire et médico-sociale ainsi que la définition des besoins et attentes des fontenaisiens.

Deux actions sont retenues :

2011 : réaliser un complément de diagnostic local de santé partagé

2012 : conduire des actions de prévention ;
réflexion sur l'amélioration de l'offre de soins en médecine générale ;
réflexion sur une consultation santé/environnement avancée.

Remarques / Questions:

La conférence prend acte des CLS présentés et ne souhaite pas donner un avis motivé sur ces CLS en raison d'une part de la disponibilité tardive des documents et d'autre part de l'absence de méthodologie et d'éléments de référence permettant d'établir des recommandations.

Réponse : Les CLS sont en phase d'expérimentation (un an). Ils seront signés avec une clause de « revoyure » en 2012 pour une mise en cohérence avec le PRS et pour une durée de 5 ans. La conférence est par ailleurs tenue de donner un avis sur les CLS.

- Les indicateurs sont-ils partagés entre l'ARS et la commune pour un meilleur pilotage?
- Le planning des CLS des communes du département peut-il être connu à l'avance ?
- Quelle place pour les établissements de santé de la commune dans un CLS ?
- Quid de la légitimité des représentants des usagers en dehors des établissements de santé ?
- Dans le suivi des CLS au-delà de l'ARS et des communes, quel niveau de participation des citoyens des communes concernées par un CLS (actions et moyens d'information) ?

Réponses

1) Tous les CLS n'ont pas le même objectif (Nanterre vs Fontenay-aux-Roses). Le choix d'intégrer une commune est fondé sur des critères définis.

2) Il n'y a pas de planning particulier et chaque commune peut s'inscrire dans la démarche de contractualisation avec l'ARS.

3) Les établissements de santé sont pris en compte comme partenaires et non signataires du CLS.

4) Les usagers trouvent leur place dans le comité de suivi des CLS (présenté comme l'outil de gouvernance des CLS) et la conférence est incitée à y jouer un rôle. Ce comité aura la particularité d'avoir un grand panel de participants, notamment les associations d'usagers.

Quelle articulation entre ASV (Atelier Santé-Ville) et CLS ?

Réponse

1) Le préfet est signataire du CLS car c'est une approche territoriale au titre de la politique urbaine. Le CLS devra aider dans le cadre de la politique de la ville à améliorer l'état de santé des citoyens.

2) Les acteurs au titre de l'ASV participants à la réussite éducative et au parcours individualisé devront être associés à la gouvernance des CLS.

La conférence exprime que son rôle n'est pas proportionnel à la taille des sujets traités dans le cadre de ses missions.

IV- Présentation des « feuilles de route des pilotes de groupes de réflexion de la CT92

Deux thématiques ont été abordées :

A. L'adaptation des structures à l'évolution de la problématique des personnes vieillissantes (Annexe 4) : Mr MARANDAS

La présentation débute par une définition de la vieillesse et un classement en 3 catégories selon l'institut national des personnes âgées (USA, 1984) : la tranche des « young old » : 65-74 ans ; les vieux : 75-84 ans et les « oldest old » : ≥ 85 ans.

Les caractéristiques en France :

- ✓ 60% des PA sont plus ou moins bien portantes avec quelques problèmes (HTA, diabète,...) ;
- ✓ 9% des PA sont dépendantes ;

- ✓ environ 30% sont fragiles : cas des personnes handicapées qui vieillissent.

Les sujets de réflexion proposés au groupe :

- les soins médicaux, les soins paramédicaux, les lieux d'hébergement, les services à domicile ;
- les aidants, les gestionnaires de biens, le financement, les problèmes philosophiques.

Conclusion : l'avenir est préoccupant. Il y a urgence à trouver des solutions et la participation du plus grand nombre s'avère indispensable.

Est rappelé le périmètre de réflexion de ce groupe de travail : faire une prospective en matière de besoins sur les structures d'hébergement des personnes âgées.

Un appel à candidature est lancé à l'assemblée pour participer à ce groupe.

B. Le parcours de vie des personnes atteintes de handicap psychique (Annexe 5) :
Dr. Cléry-Melin.

Le Dr Cléry Melin expose le périmètre du sujet : le parcours et le projet de vie, tout au long de la vie, des personnes atteintes de handicap psychique.

Au-delà des termes il y a la nécessité de prendre en compte :

- ✓ Les particularités du handicap psychique (évolution et interactivité avec l'environnement) ;
- ✓ L'intrication de problématiques multiples qui mobilisent à la fois le soin, le social et le médico-social ;
- ✓ L'existence d'étapes clés dans les parcours dont la gestion est déterminante pour le devenir des personnes.

2 enjeux de santé et de société majeurs sont identifiés :

- La prévention : l'installation du handicap et la limitation des rechutes ;
- La citoyenneté : permettre l'accès au rétablissement et à l'exercice de la citoyenneté.

Des réponses sont proposées et à consolider :

- ✓ Adapter les équipements aux besoins (hébergement, insertion par le travail) ;
- ✓ Sur la base d'expériences réussies, exploiter, par exemple, les dispositifs de dépistage précoce des structures de transition et de réhabilitation psychosociale,...

Le groupe de travail a pour objectif d'élaborer les propositions afin de faire évoluer les parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique.

Il s'agira d'identifier les freins actuels et difficultés existant dans les dispositifs actuels d'une part et les leviers d'action susceptibles de rendre plus opérationnelle la prise en charge ; de proposer des solutions novatrices à partir d'expériences locales, nationales et internationales d'autre part.

Un appel à candidature est lancé à l'assemblée pour participer à ce groupe (pcm@groupe-sinoue.com).

La prochaine séance de la Conférence de Territoire des Hauts-de-Seine se réunira le **vendredi 13 janvier de 13h30 à 16h à l'EPHAD Les Abondances**, 49 rue Saint Denis, à Boulogne Billancourt.

ANNEXE

Liste des membres présentsMembres titulaires

Mr Aït Si Ali, Mme Blazy, Mme le docteur Brullé, Mr Devienne (remplace Mr Charles), Mr le docteur Clery-Melin, Mme le docteur Colombani, Mr Defontaine, Mr le docteur El Ghozi, Mme Fourcade, Mr Girard, Mme Gohin, Mr Lauret, Mr le docteur Leymarie, Mr le docteur Marandas, Mr Minghetti, Mr Moreau, Mr Péan, Mme Serfaty, Mme Trzesicki, Mr Vachon, Mme Van de Vivère, Mr Voize.

Membres suppléants

Mr Bouffartigue, , Mr Perruchet, Mme Thierweiler, Mr Velay.

Personnes invitées

Mr le docteur Baer, Mr Belaid, Mme Bourgens remplace Mr Charrieau, Mme Cantie, Mme Eymery, Mr Quenault.