

Conférence du Territoire de Santé 75

COMPTE RENDU DE LA

Séance Plénière du 19 avril 2013

La Conférence se réunit sous la Présidence du Docteur Pascal Cacot, dans les locaux de la Mairie du XXe arrondissement ou elle est reçue par Monsieur **Serge WAJEMAN**, Conseiller d'arrondissement, adjoint à la Maire du XXe "Santé, relation avec l'AP-HP, ânés et solidarité intergénérationnelle et membre de la Conférence.

En présence des invités suivants :

Docteur **Laurent EL GHOZI** (Président de l'association Elus, Santé Publique & Territoires et Président de la commission Santé de l'Association des Maires d'Ile de France (AMIF)).

Madame **Flora KALOUSTIAN**, Conseillère d'arrondissement, Chargée des Personnes âgées, des Personnes en situation de handicap, de la Politique sociale, de la Solidarité et de la Lutte contre l'exclusion ; Mairie du Ve arrondissement.

Madame **Marianne AUFFRET**, Adjointe au maire du XIVE arrondissement, chargée de la santé, des seniors, des liens intergénérationnels et des personnes en situation de handicap

Monsieur le Professeur **Emmanuel VIGNERON**, professeur des Universités. [1]

Le Président constate que le quorum est atteint (*31 membres présents sur 46 Membres siégeant*).

L'ordre du jour, fixé par le Bureau de la Conférence, appelle les points suivants :

- ♦ **Mot d'accueil de notre hôte**
- ♦ **Approbation des comptes-rendus des réunions du 14 Décembre 2012, du 18 Janvier 2013 et du 22 Mars 2013**
- ♦ **Conférence introductive : « La géographie de la santé comme aide à la décision en terme de santé publique » Pr Emmanuel Vigneron**
- ♦ **Débat avec les Elus de la Conférence (collège IX) et les élus invités, sur le thème « la définition des priorités de santé par les élus : quelle méthodologie, quels champs d'action, quelles articulations ? », animé par le Dr Laurent El Ghozi**
- ♦ **Présentation du projet de schéma de démocratie sanitaire soumis à concertation – ARS IdF**
- ♦ **Questions diverses**



Mot d'accueil de M. Serge Wajmann, adjoint au maire du XXe arrondissement :

« Monsieur le Président merci d'avoir souhaité organiser cette réunion dans notre Mairie du XXe. J'en suis très heureux, et merci à vous tous d'être présents. Je rappelle qu'il existe un objectif majeur et qui est partagé par tous les Membres de la Conférence, c'est de contribuer à l'amélioration de la santé de nos concitoyens. Notre élément majeur, bien évidemment; le point de départ de toute définition des priorités de santé est constitué de la phase de diagnostic, la

réalisation de constats, et l'évaluation des besoins de santé qui sont évidemment indispensables. Ces constats et ces besoins sont objectivés à différents niveaux, et quelque soit ce niveau, ils peuvent servir de base à notre politique de santé. La définition des priorités de santé par les élus, consiste à étudier la méthodologie, voir quels sont les champs d'action possibles et quelles sont les articulations. Sur la base d'un état exhaustif des besoins, établi parfois avec une expertise externe sur la problématique en question, les élus établissent des priorités d'action qui seront ensuite déclinées en objectifs spécifiques et en actions concrètes. En somme, le processus d'élaboration des priorités de santé par les élus est assez classique ; qui se fait de façon progressive et concertée, et je pense que ce nous allons essayer de faire ce matin. »

Remerciements du Dr Cacot qui invite M. Emmanuel Vigneron à prendre la parole.

Conférence introductive

« La géographie de la santé comme aide à la décision en terme de santé publique »

Pr. Emmanuel Vigneron

On constate le succès de l'approche territoriale des questions de santé. Il y a plusieurs raisons à cela, la première étant fondamentalement politique, c'est une approche citoyenne. En effet, elle rend l'individu capable, à travers les travaux territoriaux en santé, d'observer, de comprendre, de juger les effets des politiques publiques. Cela rend donc un citoyen pleinement responsable au sens de l'article 17 de la Déclaration des Droits. Il faut évaluer les effets, mesurer la réalité, ne pas croire, comme le croit trop souvent l'administration centrale, que la loi s'arrête aux décrets d'application, et qu'ensuite s'exécute en cascade, comme du temps de Napoléon III, jusqu'au fin fonds des provinces. L'approche territoriale est citoyenne car elle permet de réaliser l'égalité républicaine.

Ceci mis à part, à quoi nous amène cette démarche ? C'est le souci permanent de répondre à la question OU ? A côté du QUAND, COMMENT, POURQUOI, sur lesquels nous sommes relativement forts en France. Quand ? Grâce à l'histoire, Comment et Pourquoi ? Parce que la France a un passé de recherche, avec entre autres Descartes. Mais la question du "Où" est plus négligée, car la République a un peu rapidement, dans un sens, décidé de son unicité. Cette question du "où" suscite immédiatement un "où pourquoi" un "où comment", un "où avec qui" ? Rappelons-nous que déjà Hippocrate tentait d'expliquer les pestilences d'alors par des considérations, déjà pas seulement environnementales (les marécages), mais aussi par la concentration humaine et les promiscuités.

Au delà de ces considérations générales sur les valeurs de la République, force est de constater que se faire opérer de la cataracte est plus facile si on habite Montpellier, que si on réside en Lozère. Et pourtant, cet acte chirurgical désormais banalisé est sans doute un facteur important d'un maintien à domicile. Autre exemple : l'endoscopie digestive. Pourquoi autant de différences selon les régions ? Là, il ne s'agit pas de porter un jugement sur les pratiques mais plutôt de constater des inégalités. Ou bien il y en a trop, ou bien, il n'y en a pas assez.

C'est cela le but : constater ces inégalités et "lever le lièvre". Bien sur dès 1840 Villermé avait étudié les différences de mortalité à l'intérieur de Paris et ce fut très utile, mais les inévitables évolutions nécessitent de poursuivre le travail en permanence.

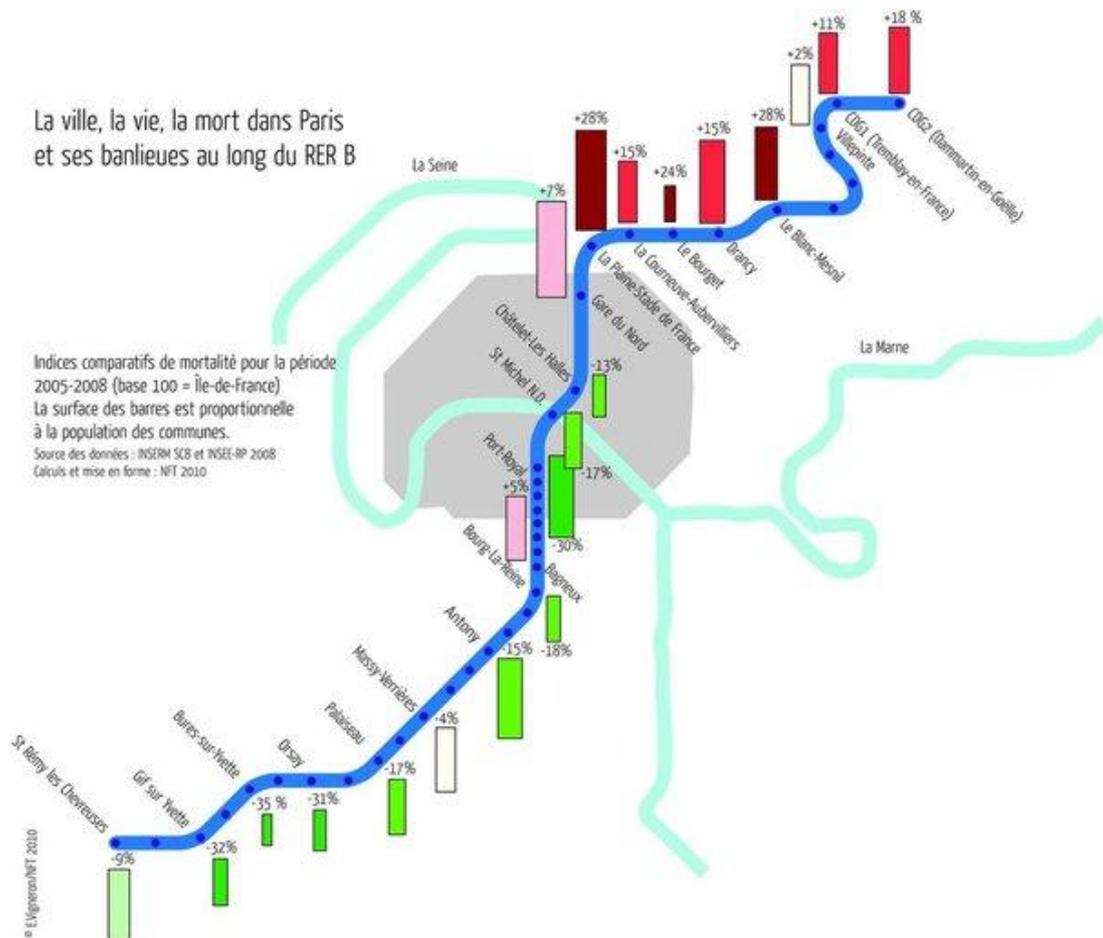
Nous possédons donc un outil qui est un moyen puissant d'objectivation des faits, de mise en débats, un outil de discussion et d'échanges qui est compris de tous. Et c'est peut être grâce à ces travaux qu'une de territorialisation des politiques de santé est en marche. On pourrait remonter à la loi Evin de 1991, qui a lancé l'approche régionale, à travers les SROS. Et avant, on pourrait parler de la loi Boulin de 1970, ce qui démontre une longue filiation dans les textes, jusqu'au du rapport Larcher, préfigurant la loi HPST. Les choses ne s'améliorent pas toutes seules, le progrès ne se diffuse pas partout, par delà les monts et les vaux. Obstination et méthode sont nécessaires pour y voir clair.

Par exemple, pour la mortalité prématurée en France (c'est à dire avant 65 ans) :L'évolution sur les quinze dernières années montre une baisse de 20%. C'est un engagement de la loi de 2004, cet objectif devait être réalisé en 2009, et il le sera peut être en 2014. Mais cette évolution générale cache une autre réalité : les zones où on meurt avant 65 ans sont plus "éclatées" (exemple, les régions du Périgord). Ainsi, la situation relative de 61% des cantons français s'est dégradée entre 1990 et 2011.

Encore une fois, il y a le fait qu'on n'a pas assez attaché d'intérêt à la fragmentation des territoires; ce grand projet d'unité qui passait par l'uniformisation de la République a échoué et on se rend compte que nos territoires sont rétifs à cette uniformisation parce qu'ils sont différents les uns des autres, et que si on peut réunir les hommes dans un projet commun, les territoires sont justiciables d'un traitement particulier. C'est le "cousu main", expression désormais fréquemment employée.

L'approche territoriale a cette grande vertu de révéler les inégalités. Bien sûr, la carte des inégalités est une traduction de la réalité, et la carte peut aussi mentir, mais malgré tout il y a suffisamment de règles pour objectiver la source. La géographie de la santé ne se limite pas aux cartographies, il s'agit de comprendre, non pas nécessairement la cause, mais le fonctionnement, la genèse de ces inégalités, cela permet d'indiquer où et comment agir, et de suivre les effets des politiques entreprises.

A force de parler de territoire, on en oublierait presque la question : c'est quoi, un territoire ? Notamment dans une ville comme Paris, c'est quoi, ici, un territoire ? Un territoire n'est pas très homogène, tout spécialement à Paris et ses départements périphériques. Même le cadre des arrondissements n'est pas forcément homogène et pertinent. Sans oublier qu'à chaque problème de santé doit correspondre son territoire d'étude. Par exemple, la question de la cataracte et celle des adolescents nécessitent des approches territoriales différentes (nécessaire proximité pour la prise en charge des ados).



La conclusion serait qu'il n'y a pas d'échelle idéale d'observation. Il faut multiplier ces échelles en se plaçant du point de vue de l'utilisateur (même si cela paraît un peu illusoire), du patient, et se demander, c'est quoi, l'échelle de la situation. C'est simple, mais important car cela nous met d'emblée sur la voie d'une graduation des soins, tout n'étant pas possible partout, mais certaines choses doivent être accordées là en proximité. D'où un autre aspect important de l'étude territoriale, c'est que cela évite la surenchère, et permet de promouvoir le collectif contre l'individuel. Il faut comprendre qu'on peut s'intégrer à une organisation graduée (pas seulement des soins, mais de la santé, de la prévention, ...), pour accepter de ne pas avoir tout à proximité immédiate, mais, en revanche, être certain d'y avoir accès, parce que, justement, on est pris dans une organisation graduée (notion très importante). Cette notion -organisation graduée- que l'on retrouve dans le rapport Couty, il est important de la faire vivre.

Finalement, le territoire parle aux hommes et aux femmes d'un endroit qu'ils connaissent, c'est à dire de leur cadre de vie. Également, le territoire est par nature dans notre architecture politique et dans nos institutions, le lieu de rencontre entre les citoyens et les autorités de tutelle, l'Etat, souvent par le truchement des élus, à qui ont été donné le pouvoir permanent d'évocation. C'est en partie sur cette idée là qu'on a bâti la justification morale de la théorie de l'association, le pouvoir de convocation et d'évocation.

De ce point de vue, le territoire, c'est aussi la projection, à l'échelle du théâtre de vie, de l'idéal commun. Ainsi, à Paris, le quartier, c'est d'abord une petite république à l'échelle, celle où tous les

jours elle doit essayer de vivre (cf. le familistère de Fourier et de Saint-Simon). C'est dans ce cadre que les gens se connaissant, on peut mettre en place des filières, des réseaux, pour assurer enfin la prise en charge de l'individu dans la totalité de son parcours.

Enfin, dans le cadre de l'exercice de la démocratie par des citoyens libres, l'approche territoriale est un bon moyen de critiquer l'action publique, une critique honnête, comme cela devrait toujours être le cas entre citoyens.

Rappelons que si le "progrès" nous permet de faire valoir des résultats globaux, il n'a jamais été pris en compte un seul indicateur de réduction des inégalités sociales de santé (classes sociales, et en terme de territoire). Aristote, dit-on, a prononcé cette phrase : "le progrès ne vaut que s'il est partagé". Et si on veut faire accepter une dépense importante pour l'ensemble de la société, il faut savoir, constater, qu'elle profite à tous; c'est là qu'intervient l'approche territoire, car elle permet de vérifier que c'est bien le cas. Et du coup, cette idée milite en faveur de la cohésion nationale, au travers de la cohésion territoriale, qui est le plus sûr moyen d'accepter les efforts communs, dont on se rend compte qu'ils profitent à tous.

La République, comme la justice, ne doit pas seulement être exécutée, mais vue, comme la santé, c'est un grand facteur de cohésion sociale.

Débat avec les Elus de la Conférence (collège IX) et les élus invités
« La définition des priorités de santé par les élus : quelle méthodologie, quels champs d'action, quelles articulations ? »
Débat animé par le Dr Laurent El Ghozi

Le Dr Laurent El Ghozi souligne que la démocratie, à laquelle participent les élus parisiens et franciliens, donne un pouvoir de convocation et d'évocation. Il demande ce qu'en pensent les usagers ?

M. Bessières évoque les conditions de vie. L'état de santé d'un être humain ou d'un groupe ne dépend seulement de la disponibilité des ressources médicales. En 1994, des chercheurs américains ont publié des études, avec la "loi des 80-20", 80% de l'état de santé est lié à l'alimentation, au statut social, au fait d'avoir une vie épanouie, et 20% seulement, c'est le système de santé. Alors, même si ce n'est que 20%, améliorons les; le système de santé est étroitement dépendant du politique. Le système hospitalier est soit public, soit privé, donc soumis à un contrôle très strict. Il y a un effet de synergie, la proximité du système de santé induit un comportement plus vertueux dans sa vie de la part de la population (un peu comme la peur du gendarme).

Mme Lefèvre, UNAFAM : dit qu'il n'y a pas d'évolution favorable pour la psychiatrie, hormis les médicaments le psychique fait peur. Le Pr Vigneron acte cette position, bien l'opinion publique soit plus favorable aux soins, désormais, car il y a un état de délabrement de la prise en charge des problèmes psychiques, en particulier, l'autisme.

Mme Carole Festa se demande : est-ce qu'on ne devrait pas considérer que par rapport à l'approche territoriale, la psychiatrie a un temps d'avance...Pour M. Vigneron, la sectorisation de la psychiatrie à Paris a été faite par des psychiatres et des géographes, en 1960, et bien faite.

Pour M. Jean-Loup Théry : il faut bien faire la différence entre "territoire et santé" et "territoire et offre de soins". Face à cette présentation de l'offre de soins il émet l'hypothèse, que cette offre de soins, qu'on appelle aménagement du territoire, est essentiellement basée sur la solvabilité de la population à laquelle elle s'adresse. Et en réponse à cette situation, est-ce qu'on ne pourrait pas, en croisant ces données avec d'autres, économiques voire politiques, définir un indice de qualité de vie qui prendrait toutes ces données en compte; à partir de là, refaire une cartographie, et relever les recoupements, ou à l'inverse des non recoupements, et du coup avoir une bonne vision, non pas de légalité sociale, mais de l'égalité territoriale.

M. Théry et Mme Patricia Cordeau parlent du médico-social. M. Vigneron s'est focalisé sur les cartes hospitalières, qui sont spectaculaires. Mais le médico-social est aussi un sujet d'étude pour son équipe.

M. Antoine Burnier, Hôpital Maison Blanche demande ce qu'il est possible de faire pour améliorer la qualité de la prise en charge des soins, compte tenu de deux difficultés, la question de la prise en charge des patients, et l'économie du système. Si on accroît l'offre de soins sans prendre en compte la qualité on arrive à des taux d'accident 9 fois supérieurs aux taux observés lorsqu'on respecte un bon niveau de qualité, avec comme conséquence une nette différence de qualité selon les endroits. La deuxième contrainte est la rentabilité et lorsqu'on constate une trop grande concurrence entre les établissements, cela entraîne des conséquences économiques désastreuses. Pour M. Vigneron: une réponse réside dans la gradation des soins, avec une organisation des transports (cf. la circulaire Mattéi du 5 mars 2004 [ii], qui demande de développer les transports comme solution alternative).

M. Leroy demande une redéfinition du quartier à Paris. Pour M. Vigneron, c'est un mot à géométrie variable, avec une application des IRIS, qui permet d'affiner les études avec des données économiques et sociales. A Paris l'arrondissement n'a pas de sens. Des arrondissements comme le XIVe qui déborde sur Montrouge, ou encore le nord-est de la capitale, montrent qu'il y a une nécessaire "inter-territorialité" à faire jouer.

Le Dr Cacot souhaite avoir un exemple de mise en œuvre de la géographie comme outil d'aide à la décision. M. Vigneron répond que depuis 1997 et 1998 et la création des ARH, il y a eu un coefficient de péréquation nationale des ressources allouées qui a reposé sur le constat des inégalités de mortalité dans les régions françaises (la région Poitou Charente en a profité). La notion même de territoire est basée sur des indications des géographes de la santé, même si les ARS ont privilégié la notion de département lors de leur création, pour des raisons de commodité d'échanges avec leurs partenaires. A l'avenir, les Contrats Locaux de Santé devraient prendre plus en compte cette géographie.

Monsieur Laurent El Ghozi fait plusieurs remarques, suite à ce débat:

- ♦ Une portant sur la pertinence des CLSM (Contrat Locaux de Santé Mentale) qui sont un modèle de prise en compte du territoire,
- ♦ Une autre sur les inégalités territoriales de santé; un élément de composition, en regroupant des populations fragiles dans un seul endroit, cela s'appelle un ghetto, et leur état de santé sera moins bon. Et il y a un effet de contexte, puisqu'une telle concentration va augmenter le déséquilibre, difficultés de transport, d'accès au travail, etc. Deux effets qui se cumulent.
- ♦ Enfin, en Île-de-France, pour l'ARS, une des grandes priorités est la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (base IDH2). Avec cette idée que **ce qu'on fait pour tous d'une manière globale, profite d'abord aux plus favorisés, et creuse donc les inégalités, ce qu'on fait d'abord pour les plus fragiles profite à tous, y compris aux plus favorisés.**

Ce débat sur la santé a au moins une qualité qui est de s'obliger à s'interroger sur les facteurs environnementaux (eau, air, logement, transports, ...). En 2005, on a créé l'association « Elus, Santé Publique & Territoires », dans la continuité des Ateliers Santé Ville (ASV), ce qui est un peu l'objectif des Contrats Locaux de Santé (CLS). Un constat est fait, on manque de la parole des Elus, qui ne sont pas assez présents dans les instances de la CRSA et dans les Conférences de Territoires. Les Ateliers Santé Ville sont un lieu de collaboration de tous les acteurs pour élaborer un diagnostic. De fait, il y a des micros travaux portant sur des quartiers (des 13e, 14e, 19e arrondissements), qui éclairent les décisions.

Mme Flora Kaloustian, élue du Ve, parle de son expérience (prothèses dentaires) en particulier d'un centre de santé de proximité et de petite taille, ce qui implique une relation praticiens-patients très personnalisée et humaine. Elle se bat pour que ce Centre soit rénové. Le Ve arrondissement n'est pas homogène et il y a beaucoup d'étudiants. Le cabinet de M. Le Guen fait remarquer que les Centres municipaux traitent 20 à 25% des soins dentaires, car ceux-ci sont bien souvent inaccessibles financièrement. La rénovation des Centres de santé résulte de choix de priorités, on fait passer la Goutte d'Or avant le Ve.

Pour M. Théry : il y a plusieurs éléments dans l'offre de soins que peut piloter une commune; il y a des choix politiques qui ont été faits, ensuite on essaye d'éviter le transfert de charges de ce qui relèverait de la collectivité via l'Assurance Maladie vers la commune; ensuite la pérennité des Centres de Santé est liée au respect d'un certain nombre de critères. Parmi ces critères, il y a la taille, avec la possibilité (ou non) de faire grandir le Centre; ensuite, il y a la pertinence au regard de ce qu'on perçoit des besoins et des demandes des gens. Si vous créez un Centre "secteur 1" avec tiers payant, il y aura forcément de la demande, mais y a-t-il un besoin ? Toute la question est là....

Mme Marianne AUFFRET, élue du XIVE, souligne que la tournure que prend le débat illustre le creux dans lequel les élus locaux sont, avec une injonction contradictoire, d'être à la fois représentants d'un territoire et de la République. Ces élus sont les artisans de la mise en œuvre du mandat des électeurs mais aussi de la mise en œuvre de l'égalité des territoires. Le XIVE arrondissement est riche, au regard du niveau social de ses habitants et en terme d'offre de soins (avec une mention particulière pour la très forte concentration de psychiatres). Avec une "poche de pauvreté" concentrée sur la Porte de Vanves, cette poche a été marquée comme un territoire "de dispositif politique de la Ville", avec un ensemble de mesures, notamment en matière

réduction des inégalités de santé. Mais ce dispositif va se réduire (de 2 500 à 1 000 territoires), avec un nombre d'indicateurs drastiquement réduit (de 250 indicateurs, il n'en reste qu'un, le revenu des personnes). Du coup, il y a un sentiment de frustration de la part des territoires exclus du dispositif; on va demander à Sarcelles de payer pour Vaulx-en-Velin, ou pour Saint-Denis, sans penser à demander aux Ve ou XIVE arrondissements de payer aussi pour ces Communes périphériques. Les choix des territoires prioritaires n'ont pas encore été faits (en juin). A noter que les dispositifs de prévention sont peu nombreux car c'est un champ d'action difficile à maîtriser et à mettre en œuvre. Il y a donc un réel danger de disparition d'un réseau de prévention qui a maintenant une dizaine d'années d'existence.

M. Bouvet, infirmier, pointe les problèmes posés par les déplacements qu'imposent cette profession, les difficultés de stationnement devenant un frein à l'accès aux soins.

Pour le Dr El Ghozi, le débat part inmanquablement soit vers le haut (politique nationale), soit vers le bas (pratiques individuelles, sur lesquelles on n'a pas de prise collectivement). Aussi, la vraie question, c'est comment faire ensemble. De ce point de vue la méthodologie est incontournable : on se met ensemble sur un quartier et on essaie de voir comment faire pour que ça aille mieux.

Dr Jean Nau, Médecins du Monde, évoque le problème des populations migrantes, avant même qu'elles soient "éligibles" aux dispositifs d'aide. La migration s'effectue vers la France, mais aussi vers Paris, en provenance de la banlieue. Il semble normal que ni la Ville de Paris, ni l'AP-HP ne veuille prendre en charge la totalité de cette population, c'est pourquoi, pour cette problématique des migrants, il serait intéressant de sortir du schéma territorial pour raisonner en termes globaux. Il faut mettre à disposition de la santé ce qui est municipal, bien que ce secteur ne soit pas une prérogative des élus locaux : via les CLS mentaux ou non, de l'action sociale. Encore une fois, la méthode du "travailler ensemble", et le politique (municipal) peut mettre à disposition de l'équipe qui se réunit pour réfléchir, des moyens que, seule, cette équipe n'aurait pas.

M. Théry voit une différence entre la temporalité des techniciens, et celle des politiques. Cela est vrai pour tous les échelons politiques ; et cela pose la question de la prise en compte des problèmes et des solutions à apporter.

Dr El Ghozi pose la question de la responsabilité vis-à-vis de la population dans toutes les composantes du territoire.

Et il dégage trois points d'action :

- Il appartient à tous les citoyens d'interpeller les élus pour parler santé, à tous les niveaux,
- Il faut agir ensemble, sinon rien ne se fait,
- Se souvenir de l'intérêt des micro-travaux de géographie de la santé, pour éclairer, faire comprendre et mobiliser l'ensemble des acteurs.

Cela ne peut marcher que si on se parle, on ne peut se parler que si on se voit... (M. Théry).



Approbation des comptes-rendus des réunions du 14 Décembre 2012, du 18 Janvier 2013 et du 22 Mars 2013

Les comptes rendus sont approuvés sans modifications à la majorité des présents.

Présentation du projet de Schéma de Démocratie Sanitaire soumis à concertation – ARS IdF

Le projet du Schéma de Démocratie Sanitaire a été soumis à consultation auprès de la CRSA, à la demande expresse de son Président, M. Thomas Sannié. L'ARS a donc ouvert une période de consultation, du 21 mars au 21 mai 2013, pour permettre aux Conférences de Territoires et aux Associations d'usagers de faire des propositions d'amendement à ce texte.

Le Dr. Vincent Mettauier, du Pôle Démocratie Sanitaire de l'ARS, ne pouvant présenter le texte du projet, les membres l'ayant lu font part de leurs avis.

M. P. Sachet, APF, donne un résumé de ce qu'il a retenu de la présentation à la CRSA. C'est d'abord une feuille de route que l'ARS a dressée, pour répondre à l'obligation de prendre des mesures pour favoriser les Droits des Usagers. Une foule de choses qui sont inscrites comme des objectifs, plutôt concrets, mais plus dans le domaine de l'informatif, avec des priorités qui peuvent parfois être contestées.

Le Schéma ressemble à une liste, qui recense beaucoup d'objectifs, et dont l'état d'avancement de la réalisation fera l'objet de points d'étape (annuels ?). Au mieux, cette liste donne en creux tout ce qui reste à faire ! Il y a probablement un statut protecteur des représentants des usagers à mettre en place, avec une clarification, voire un renforcement du rôle des CRUQ PC et des Conseils de Vie Sociale. Il y a du bon dans ce texte, tel qu'il est présenté, mais peu. On peut, de même, discuter le terme « sanitaire » qui est employé par la loi, pour le remplacer par une démocratie de la santé ; les usagers remarquent que le médico-social est encore le parent pauvre de ce Schéma.

Désormais, il reste à la CRSA d'adopter un avis sur ce Schéma Directeur de la Démocratie Sanitaire. Les Présidents des Conférences de Territoire d'Ile-de-France seront appelés à se réunir avec l'ARS et à présenter leur propres observations. Il n'est pas à exclure que ce Schéma fasse l'objet d'une réécriture approfondie.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée. La prochaine réunion plénière se tiendra le 24 Mai 2013, en un lieu qui sera précisé ultérieurement.



ⁱ Emmanuel Vigneron est agrégé de géographie, docteur en histoire (EHES), docteur en géographie, habilité à diriger des recherches en géographie et en aménagement. Il est, depuis 1995 professeur d'aménagement à l'Université de Montpellier III.

04-01-2013 - La FEHAP, en collaboration avec Emmanuel Vigneron et Sandrine Haas, de La Nouvelle Fabrique des Territoires (NFT), a réalisé une nouvelle étude intitulée « Les clefs de l'accès aux soins, réalités d'aujourd'hui en France. Inégalités sociales et territoriales » consacrée aux problématiques de l'accessibilité aux soins.

ⁱⁱ Bulletin Officiel n°2004-13

www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-13/a0131013.htm

Circulaire DHOS/O n° 2004-101 du 5 mars 2004 relative ...