

Conférence de territoire du département de la Seine Saint Denis

Le vendredi 10 février 2012

14h00

CPAM de Bobigny : salle de conférence

M. Laporte président de la CT, énumère l'ordre du jour :

- Retour Groupe de travail – SROS biologie médicale
- Retour des 3 groupes de travail – Schéma Régionale Médico-social
 - *Personnes âgées*
 - *Personnes handicapées*
 - *Personnes à difficultés spécifiques*
- Présentation du Schéma Régional Prévention + sa déclinaison
- Présentation du Schéma Régional « santé des détenus »
- Présentation des CLS de Clichy et Villetaneuse

Cf documentation adressée aux membres de la CT

I : RETOUR GROUPE DE TRAVAIL – SROS BIOLOGIE MEDICALE

Présentation : Docteur Maisonneuve (biologiste au CHI Robert Ballanger)

Discussions :

Mr Laporte rappelle que ce groupe était composé de biologistes libéraux, le docteur Maisonneuve étant le seul hospitalier. L'idée est de transmettre ce document à l'ARS, il n'y a pas de vote puisqu'il s'agit d'un avis. Le document doit également être transmis au Sénat.

Dr Maisonneuve rajoute que ce groupe était représenté par les Docteurs Azoulay, Clément, Kieffer ainsi que Mme Ollivet.

Dr Debeugny (conseil général) désire que soit indiqué dans l'avis, qu'il faut soutenir la création d'un laboratoire L3 de référence pour la tuberculose, ce qui paraît indispensable ; le département étant le plus touché.

Dr Maisonneuve approuve l'idée. En effet des projets sont en cours notamment à l'hôpital Avicenne, où l'ensemble des biologistes du département ont donné leur accord pour la création d'un laboratoire de type P3, qui pourrait se charger de l'étude épidémiologique. La demande est en cours depuis 2 ans, toutefois la mise en place d'un tel projet semble retardée par quelques réticences émanant de l'assistance publique.

Dr Siavellis aurait préféré que la conférence appuie un peu plus ce projet et qu'elle ne transmette pas uniquement l'avis d'un groupe de travail, même si sa composition reflète les soucis des cliniciens, des libéraux et du public. La Seine-Saint-Denis étant un département très difficile, il aurait souhaité une motion supplémentaire pour appuyer cet avis avec accord de la conférence.

Mr Pierre Malherbe (établissement APHP) précise que la direction de la politique médicale de l'APHP a émis un avis favorable à ce laboratoire L3, porté par l'hôpital Avicenne. Le problème est le financement qui est en attente.

Dr Maisonneuve souligne qu'être favorable en l'état actuel ne suffit pas. Il est dommage que l'on ne puisse pas prendre en charge dans le département, au niveau biologique, les épidémies, alors que tous les cliniciens et biologistes y étaient favorables.

Si l'APHP ne peut pas payer il faut peut être que les hôpitaux où les privés puissent s'organiser et dégager un financement.

Mr Laporte propose qu'il y ait 3 temps :

- que la conférence attire particulièrement l'attention de l'ARS sur l'avis que l'on donne à ce schéma, par rapport à la Seine-Saint-Denis,
- que l'on attire l'attention de la présidence du conseil générale sur ce laboratoire de type P3,
- prendre la question du point de vue de l'autorité compétente et du point de vue politique.

En l'absence de remarques, il propose que l'avis soit transmis sous cette forme à ces différentes autorités, et remercie le groupe pour le travail effectué dans un délai relativement court.

II : RETOUR DES 3 GROUPES DE TRAVAIL – SCHEMA REGIONAL MEDICO-SOCIAL :

Personnes âgées :

Ont composé ce groupe :

Professeur PISSARRO (COM), Mme Catherine OLLIVET (Association France Alzheimer), Mme Hélène DEWET (Directrice EHPAD Emile Gérard à Livry-Gargan), Mr Jean Noël MICHE, Mr Lucien BOUIS

Présentation : Mr BOUIS (UDAF 93),

Mr Bouis revient sur les modifications en préambule ainsi que sur les objectifs opérationnels, dont il a été le rapporteur lors du bureau de la conférence de territoire du 3 février 2012.

Discussions :

Mme le Dr Nisembaum (représente des réseaux) s'exprime sur le maintien à domicile et l'offre de soins. Elle insiste sur l'accès du corps médical à domicile, où il est constaté un réel problème de disponibilité des médecins, lié à leur surcharge de travail ou à des problèmes d'insécurité lors de certains déplacements tardifs.

Mr Laporte ce schéma a engendré une concertation longue et lourde, avant d'arriver à une conclusion. Des professionnels, des familles, des intéressés, des responsables politiques etc...y ont participé.

Ces concertations se sont déroulées par téléphone, avec des groupes qui ont été écoutés, avec des retours de l'ensemble des intervenants, des retours sur la construction etc...

Ce schéma ne concerne pas uniquement les responsabilités du département, il concerne les responsabilités de tous les intervenants.

Il propose quelques compléments :

- Actuellement un travail est effectué de façon expérimentale sur la coordination entre bassin gérontologique et bassin gériatrique, sur l'hôpital de Montfermeil/Le Raincy. Ce travail doit être développé sur tous les secteurs du département.

Il est important de travailler avec l'hôpital ainsi que tous les acteurs (SSIAD, les services d'aide à domicile...) présents sur le même territoire.

Néanmoins, le problème actuel est le manque de moyens humains pour assurer la coordination et l'efficacité du dispositif.

Il faut donc créer ces coordinations en leur donnant les moyens de fonctionner.

- On développe le soutien aux aidants familiaux, avec notamment des espaces d'écoute sur le département. Il faut encore développer cette initiative.

- Il faut continuer à travailler sur la bien traitance, ce qui implique de l'information vers les professionnels et les familles. Il faut s'en donner les moyens. Une cellule a été mise en place pour les appels en cas de suspicion de mal traitance. Une équipe pluridisciplinaire intervient localement, il faut la développer.

- Concernant le 1^{er} recours, il faut rendre plus évident le lien entre le SROS ambulatoire et le maintien à domicile des personnes.

- Répondre à la capacité des maisons de retraite médicalisées afin d'éviter la ré-hospitalisation non justifiée

- Répondre aux personnes qui vont à l'hôpital, et pour lesquelles l'hôpital n'a pas le personnel suffisant pour la continuité des soins.

Il propose à partir de ces questions, de rédiger quelques propositions structurées et qu'elles soient rajoutées à celles de la commission.

Mme Nisembaum demande la possibilité de rajouter le développement des soins palliatifs en EHPAD, qui s'inscrivait dans le plan national des soins palliatifs. Le budget régional qui lui est alloué pourrait servir en ce sens.

Ce sujet est important puisqu'il permet d'éviter la ré-hospitalisation des patients.

Dr Fellous revient sur les médecins de 1^{er} recours et la difficulté d'accès aux soins dans le cadre des réseaux. Il faut faire attention à ne pas trop charger les médecins généralistes. On leur demande d'être présents au domicile dans le cadre des réseaux, de faire de la prévention, de la gynécologie, ce qui est un réel besoin. Il y a vraiment une difficulté majeure qui est liée au problème démographique.

Concernant les porteurs de projets soulignés par Mr Bouis, et la mise en place d'une cellule d'appui, le Conseil de l'Ordre et les différentes institutions médicales demandent de diminuer le temps administratif par les contraintes administratives qui sont posées aux médecins, et d'augmenter le temps médical.

Ceci dans le but de répondre aux autres interrogations, dans le domaine de la gynécologie, la pédiatrie entre autres.

Cette cellule d'appui doit aider les confrères à consacrer l'essentiel de leur temps au temps médical tout en les désengorgeant de ces problèmes administratifs.

Il faut donc rattraper le temps médical par rapport au temps administratif.

Mr Laporte précise que le département va financer différemment les projets d'établissement pour le handicap et les personnes âgées. Il va falloir faire face au problème de l'accès au crédit qui est de plus en plus difficile.

Dr Fellous termine le volet en soulignant que le commentaire de la Seine-Saint-Denis et ses variations vont être rajoutés au SROS. Le futur schéma complètera ces propositions.

Personnes handicapées :

Ont composé ce groupe :

Mr B COURSOL et Daniel LAPIE (IME Montreuil-représentant URIOPSS), Mr Jean-Luc DESPUJOLS (ASS.AIPEI-EMPRO), Mr Georges OGER (ASS. UNAFAM 93), Mr Jean-Claude LOCATELLI (ASS. ARPEI), Mr Jean-Pierre TIMBAUD, Mme Jacqueline GARCIA (CRP), et Mme Catherine SOULIE

Présentation : Mme Soulié (ADEMS93)

Mme Soulié revient sur les corrections que le groupe désire apporter sur le diagnostic et les priorités du SROMS.

Discussions :

Mme ollivet précise que vouloir remplacer systématiquement le trouble envahissant du comportement par le développement, est tout à fait justifié pour les enfants. Par contre cela ne laisse aucune place aux troubles du comportement envahissant pour les adultes, et en particulier aux traumatisés crâniens et à certains AVC.

Il ne faut pas exclure l'expression « trouble envahissant du comportement » qui représente aussi le problème des adultes avec des troubles acquis et non pas des troubles dès la naissance.

Elle aurait également souhaité que soit faite une synthèse de ces 5 pages, à la lumière de ce qui avait été fait pour le PRS. Le document présent qui reprend, telle ligne ou telle modification..., est assez peu exploitable en commission régionale.

Il aurait été souhaitable de présenter un document plus synthétique qui reprenne l'esprit de la critique ou ce qu'il aurait fallu ajouter, plutôt que de faire une simple lecture linéaire.

Mme Soulie il était impossible de faire une synthèse, le groupe était vraiment dans la modification du document sur certains points, et notamment dans la sémantique de certains mots qui les ont choqués. Il est impossible de faire un résumé sur un tel sujet.

Il est à noter quand même que tout débat politique sur le sujet a été enlevé.

Dr Fellous il est difficile d'être à mi chemin, entre une synthèse claire qui doit arriver au niveau de la région, et une correction qui a pour but de rendre plus précises les idées de la Seine-Saint-Denis, qui ont été travaillées en groupe et présentées en conférence.

Mr Laporte la méthode appliquée a été de partir de textes. Certaines choses manquent dans les propositions. La partie « Personnes âgées » du SROS n'est pas claire.

On peut se poser la question « faut-il se coller au texte, aux principes généraux où à des remarques précises liées au département » ?

Il propose :

- que ce travail soit proposé en l'état, en tenant compte de la remarque de Mme Ollivet, sur les troubles du développement entre les adultes et les enfants,
- que soit joint tout le schéma départemental,
- que ces 2 documents soient transmis à l'ARS.

Mr Kirschen pose la question « comment la CT du 10 février 2012 pourrait adopter et transmettre, le schéma départemental du conseil général de Seine-Saint-Denis qui ne leur a pas été présenté, simplement en le rajoutant au texte qui vient d'être présenté » ? C'est une question de principe.

Mr Laporte répond qu'après discussion, le document doit être envoyé et présenté à l'ARS le 22 mars 2012.

Personnes à difficultés spécifiques :

Ont composé ce groupe :

Professeur PISSARRO (COM), Mr Michel ALLAMEL (représentant des usagers AIDES 93), Mr Denis PEDOWSKA (Médecins du monde), Mr Santiago SERRANO (conseil général), Mr François HERVE

Présentation : Mr François HERVE (directeur du pôle « addiction/santé précarité » à l'association Aurore)

Mr Hervé revient sur le travail effectué par le groupe à partir du schéma et de l'état des lieux effectué sur ces dispositifs, ainsi que sur les besoins à valoriser dans le département.

Discussions :

Dr Fellous remercie pour cette présentation complète et nouvelle.

Mr Paillard (mairie de Saint-Denis) à Saint-Denis il s'est créé un nouveau CAARUD (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues). Il souhaiterait avoir des références « hautes et basses » sur la consommation des drogues. Il précise également que la présentation du sujet n'est pas à la hauteur du trafic dans le département.

Mr Hervé répond :

Lorsque l'on parle d'addictions, il faut également inclure :

- l'alcool, le tabac, pour lesquelles il y a certains nombres de choses à faire,
- et celles qui touchent moins de monde mais qui sont plus destructrices, et qui posent des problèmes de santé et de sécurité publique. Pour celles-ci, il est difficile d'avoir une vision très précise du nombre de personnes concernées, du fait que ce sont des comportements organisés dans la dissimulation.

C'est compliqué en Seine-Saint-Denis, car il y a la consommation et le trafic qui attirent des acheteurs qui ne sont pas forcément Séquano-Dionysiens.

Il faut une analyse plus fine que celle qui existe actuellement afin de mieux identifier ces phénomènes dans le département.

Concernant la réduction des risques sur les CAARUD, il faut des dispositifs fixes. Le problème du trafic et de la consommation, c'est qu'ils se déplacent, il faut donc également une capacité à aller vers les lieux où sont les usagers.

Mr Paillard sachant qu'il y a 4 CAARUD en Seine-Saint-Denis, combien y'en-a-t-il à Paris ?

Mr Hervé il y a 7 CAARUD situés dans le nord/est parisien.

Mr Paillard il faut pousser les investigations plus loin, savoir comment se traitent les problèmes.

Dr Fellous souligne que Mr Paillard, évoquait la densité de ces dispositifs par rapport à la population. Il faut faire la comparaison par rapport à d'autres lieux géographiques.

Mr Laporte rappelle que Mr Bourquin de l'ARS, avait précisé qu'en Seine-Saint-Denis il y avait un réseau important et beaucoup de problèmes. Pour certains dispositifs, il s'agit de petites structures. De plus, le réseau piloté par « AIDES » en Seine-Saint-Denis a disparu. Il n'y a plus de moyens attribués sur ce secteur, ni de réseau.

Mr Kirschen conteste ce propos. Il a été mis fin progressivement à l'activité du CAARUD AIDES, à la demande de 2 municipalités peu satisfaites des interventions de ce centre, et qui ont demandé que l'on revoit son fonctionnement. Pas un euro n'a été retiré des enveloppes de la Seine-Saint-Denis. Les moyens de ce CAARUD ont été redéployés sur d'autres centres d'accueil, comme St Denis.

Mr Laporte dans le doute vérifiera et confirmera si besoin, cette information qu'il n'a pas et qui lui vient des services du département.

Mr Kirschen confirmera qu'au niveau du budget, il n'y a pas eu de baisse de crédit.

Mr Laporte souhaiterait savoir pourquoi il y a une demande importante d'appartements thérapeutiques et de coordination.

Mr Hervé le secteur des « personnes à difficultés spécifiques » est un secteur inconnu et de fait gagne à être connu. Ces appartements sont des dispositions, nés dans le sillage du sida au moment des années 80, et qui avaient pour mission d'accompagner les malades du sida dans des dispositifs résidentiels. A cette époque les gens qui n'avaient pas de traitement décédaient dans les 6 mois.

Le développement des traitements a amélioré les choses, il a conduit à changer les missions de ces appartements qui aujourd'hui, sont des dispositifs d'hébergement en appartement individuel ou collectif, pour des personnes en situation de précarité sociale, et qui ont besoin d'une coordination médicale des soins.

Ces appartements sont gérés par des équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux) qui accompagnent dans le soin, l'insertion ou lorsqu'il y a une dégradation.

Actuellement il y a 111 places dans le département, dont 5 pour des personnes sortant de détention. Au vu de la précarité, ces appartements rendent de réels services et doivent être intégrés dans les dispositifs sanitaires et sociaux. Ces dispositifs sont essentiels.

Une précision d'un membre de la CT est apportée concernant AIDES 93 :

Ils ne répondaient pas à la proposition des missions d'un CAARUD, notamment dans le recrutement du personnel, et ont décidé de se retirer du 93. Par contre ils ont été orientés vers d'autres villes où ils n'intervenaient pas, et dont certaines ne voulaient pas d'un CAARUD au sein de leur municipalité.

Mr Bouhafs pour compléter le sujet des addictions, rappelle que sur l'ensemble des prises en charge, la Seine-Saint-Denis est le 2^{ème} département après Paris en termes de volume financier et de prises en charge.

Concernant les CAARUD, ce qui est important c'est la couverture territoriale sur les communes les plus touchées. Actuellement avec 4 CAARUD on couvre plus de 25 villes du département, qui sont les plus touchées en termes de réduction des risques.

Avec ces 4 CAARUD on commence à couvrir la quasi-totalité des territoires les plus exposés.

Mr Hervé effectivement la Seine-Saint-Denis est le 2^{ème} département en volume financier, mais il y a aussi des dispositifs à vocation régionale, qui sont implantés en Seine-Saint-Denis comme la communauté thérapeutique, ce qui impacte le budget départemental mais sur une vocation régionale.

Dr Fellous propose que le résultat de ce groupe de travail soit également envoyé à l'ARS, s'il n'y a pas d'objection.

III : PRESENTATION DU SCHEMA REGIONAL PREVENTION :

Présentation du Schéma Régional Prévention :

- Mr CHAMBAUD (ARS) commente les éléments du Schéma régional de Prévention,

Une déclinaison départementale accompagne ce Schéma.

L'ordre du jour étant chargé, en accord avec les membres de la CT, du Dr Levasseur responsable de l'UCSA à la prison de Villepinte, et à la demande du Dr Rapoport, la présentation du Schéma Régional « santé des détenus », dont elle est le rapporteur, sera commentée dans son intégralité à la prochaine conférence de territoire, au profit de la déclinaison du SRP présentée ce jour.

Présentation de la déclinaison du Schéma :

- Mme Geneviève ANTOINE (DT/ARS – responsable du département prévention et promotion de la santé)

- Mme Delphine COLLE (DT/ARS – responsable du département veille et sécurité sanitaire)

Discussions :

Mr Gombeaud souligne qu'effectivement, le calendrier ne permet pas de travailler correctement. Il remercie Mr Chambaud pour sa présentation parfaite de la méthodologie et regrette que le texte final ne soit pas conforme à la demande.

Le contenu paraît opposer 2 situations, le plan stratégique et le SROS organisationnel ou opérationnel. Il y a confusion des genres dans ce SROS, on n'est plus dans un domaine stratégique qu'opérationnel. Il y a absence d'objectifs opérationnels concrets (y compris dans les fiches action), absence de programmation et de financement.

EX : comment stimuler les vaccinations si au préalable l'analyse de l'échec de la vaccination contre l'H1N1 n'a pas été faite ?

Sur le dépistage du cancer, malheureusement les professionnels de santé sont spectateurs et non pas acteurs.

En terme de prévention, les dégâts provoqués par l'alcool et le tabac n'apparaissent pas, et ça n'est pas dans la transversalité qui est un moyen d'affaiblir l'opérationnel, que des solutions vont être trouvées.

L'URPS pense que ce schéma est entièrement à reprendre en y intégrant plus les associations, les professionnels de santé, la CPAM (seul financeur potentiel).

Il ne voit pas l'intérêt d'un groupe de travail sur ces questions.

Professeur Pissarro fait une remarque sur les déterminants :

La coopération avec les autres politiques publiques pour les actions sur les déterminants, dont il a été fait état dans la présentation, ne se retrouve que dans les méthodes, elle n'est plus dans les priorités, ni dans les axes à l'exception de l'habitat indigne.

L'action sur les déterminants de santé est fondamentale, cela nécessite précision, développement et mise en œuvre avec des objectifs.

Mr Bouis précise qu'il y a une grande différence entre ce qui a été commenté et ce qui est écrit.

Il a été évoqué la place des associations d'usagers, de patients et autres, dans une démarche de coopération et dans une volonté de participation.

Or au regard de ce qui a été écrit, on ramène les associations d'usagers et patients à un rôle qui est ainsi formé, c'est la raison pour laquelle ces associations offrent au public des outils, afin qu'il puisse faire ces choix en connaissance de cause.

Si c'est pour limiter la place des associations d'usagers à un rôle d'information nécessaire, en oubliant ce qui devrait être leur implication dans tous les lieux de réflexion, d'organisation et de mise en action des différentes structures, on passe à côté d'une véritable démocratie sanitaire.

Mr Gautier revient sur l'habitat.

Selon lui, la dignité est le propre de l'homme, mettre de la dignité dans l'habitat est un terme excessif. Effectivement l'habitat se dégrade, ce qui est regrettable pour les conditions de santé des personnes qui y vivent, mais il faut limiter ce terme dégradé et réserver la dignité à l'humain.

Mr Laporte souligne qu'il y a une grande difficulté :

- sur la disponibilité des professionnels de santé pour travailler sur la prévention, les dispositifs etc...

- sur les moyens en PMI où des postes vont être gelés, il n'y a pas de nouveaux moyens.

Il va y avoir à la fois, une difficulté au niveau financier, humain et démographique pour répondre à ces problèmes.

Dr Fellous précise que sur la participation des professionnels de santé, il y a un décalage entre ce qui est dit, ce qui est proposé, et la réalité des choses.

L'implication des professionnels de santé malgré les demandes multiples du conseil de l'ordre à été très difficile. Il espère que cette fois avec l'engagement de l'ARS et des décideurs, tout en continuant à travailler ensemble, l'écriture correspondra réellement à ce qui se passe sur le terrain.

Mme Maurin Joëlle rajoute qu'il ne s'agit même pas d'une participation, car lors de la vaccination de la grippe H1N1, les médecins ont été carrément réquisitionnés.

Ça n'est même plus une participation, c'est une réquisition par rapport aux professionnels.

Mr Chambaud répond sur l'ensemble des questions :

- Le Schéma de prévention n'est pas un SROS, c'est un schéma régional de prévention. Ça n'est pas un schéma d'organisation des soins mais un schéma de développement de la prévention. Effectivement dans ce cadre là, les professionnels de santé ont un rôle important, mais il y a une mobilisation sociétale sur un certains nombres de sujets, qui est fondamentale

- concernant les financements, il y a plus de 30 millions d'euros que l'agence distribue sur le territoire francilien, sur des actions de prévention et de promotion de la santé, ce qui n'est pas négligeable.

- concernant la vaccination, l'agence a souhaité développer une autre action sur la rougeole, avec l'URPS. Cette action n'a pas abouti faute d'autorisation. Le dispositif actuel partagé entre le ministère de la santé et l'assurance maladie ne l'a pas permis.

L'ARS souhaite développer des actions de ce type, mais il va falloir ensemble essayer de contourner les obstacles.

- sur la notion de dépistage, l'agence souhaite pouvoir aboutir à une prise en charge dans les meilleures conditions.

- l'action sur les déterminants n'est pas complètement orientée sur l'habitat insalubre. L'agence va mettre en place, des évaluations d'impacts en santé totalement orientées sur les déterminants.

Dans le cadre des CLS, la majorité des actions qui sont mises en place, sont sur les déterminants de la santé.

L'agence souhaite et pense que dans le cadre d'un schéma de prévention, l'action sur les déterminants se fera très peu au niveau régional. La meilleure chance d'y arriver, ce fera au niveau local, donc un partenariat très fort avec les collectivités territoriales,

- sur les associations l'optique de l'agence, c'est d'être le meilleur relais auprès des populations,

- sur l'habitat, l'agence intervient à titre principal sur l'habitat insalubre, avec des modalités de repérage de cet habitat, et dans une modalité plus globale sur la lutte contre l'habitat indigne,

- sur la PMI, l'agence est consciente qu'il y a une difficulté d'implication des professionnels de santé, pour des raisons démographiques, et sur les modalités de rémunération concernant les professionnels libéraux. Les professionnels de santé doivent s'impliquer.

Il faut se pencher, sur les modalités de collaboration entre professionnels.

Mr Laporte avant que soit présenté le CLS de Clichy, incite les membres de la conférence à s'inscrire sur la liste du groupe de travail du SRP.

IV : CLS DE CLICHY :

Présentation :

- Dr Ginot (DT/ARS) présente les données générales

- Mr Michel Fikojevic (coordinateur atelier-santé-ville à Clichy-sous-Bois) présente les données par fiche

Discussions :

Mr Oger contrairement aux autres CLS, la santé mentale ne figure pas dans celui-ci ?

Mr Fikojevic la mairie travaille actuellement sur un réseau de coordination des professionnels en santé mentale. Cette coordination est en phase de construction. C'est un axe de travail à développer et cela fera l'objet d'une fiche action sur le CLS 2013/2017.

Mr Laporte rappelle que dans la période précédente, les contrats étaient plus complets et développés, ceux-ci sont plus « embryonnaires ».

Professeur Pissarro 2 remarques :

- la ville de Clichy possède une maison pluridisciplinaire de santé et un centre de santé associatif. Il serait intéressant de comparer les objectifs, d'étudier les convergences et les complémentarités entre les 2 structures,

- concernant le diagnostic local de santé présenté en 3 phases successives :

- de compléter les données quantitatives,

- de recueillir des données qualitatives,

- de partager l'analyse de ces données avec les acteurs de la population.

Les 2 premières phases doivent se faire avec l'ensemble des acteurs et de la population.

Dr Ginot le cahier des charges dont les diagnostics sont proposés et rédigés par les méthodologistes du siège, sont fixés par l'agence. Une partie des données quantitatives, sont déjà produites par l'agence. Ceux qui auront à mettre en œuvre le diagnostic devront se focaliser sur l'interaction entre les acteurs et la population.

Sur la comparaison en mode d'exercice regroupé, Clichy sous Bois est un site sur lequel il y a une diversité d'activités nécessaire, sachant qu'il y a un centre de santé en difficulté qu'il faut aider à mettre à niveau. Il y a un projet de MSP (maison de santé pluridisciplinaire).

Il faut essayer de tirer un profit intellectuel de démarches, qui avancent en parallèle sur le même territoire.

Mr Fikojevic l'idée de la mise en place de la MSP, c'est qu'elle soit reliée aux autres structures.

Mr Laporte propose aux membres de la CT que l'on donne un avis favorable.

A la fin de l'année ces contrats seront revus.

Il rappelle la date de la prochaine conférence de territoire, le 9 mars, et l'inscription sur la feuille du groupe de travail du SRP.

IV : CLS DE VILLETANEUSE :

Présentation :

- Dr Ginot (DT/ARS) présente les données générales.

- Mme Régine Raymond (coordinatrice de l'atelier-santé-ville à Villetaneuse)

- Mme Maryse Lecarrour (responsable santé, petite enfance à Villetaneuse) présentent les données par fiche.

Discussions :

Mr Laporte s'étonne qu'avec le peu de moyens, de structures et de professionnels que possède la ville de Villetaneuse, on la sollicite sur les questions de santé sur l'université.

Professeur Pissarro effectivement il faudrait plutôt que ce soit l'université qui vienne appuyer la ville et non le contraire.

Concernant le pôle senior, c'est un des domaines où les intéressés et éventuellement les aidants, devraient avoir une place plus importante. Les intéressés doivent être directement impliqués dans les actions qui les concernent.

Dr Fellous souligne qu'il se porte volontaire pour aller aider la commune de Villeteuse dans l'amélioration de la démographie médicale, car il y a une réelle difficulté.

Dr Ginot sur les questions d'université, le but du contrat n'est pas de faire porter par la ville une situation. Le contrat part du constat, fait par la ville. La ville est impactée par un certain nombre de difficultés. Il s'agit donc à plusieurs, de savoir comment avancer pour améliorer ce problème. Sur la démographie médicale, les 2 communes vont être reconnues dans le cadre du dispositif dit « déficitaire ».

Mr Laporte clôture la séance et propose que soit adopté le même principe que pour le CLS de Clichy-sous-Bois. Il rappelle la date de la prochaine conférence de territoire du 9 mars et l'inscription, pour ceux qui le désirent au groupe de travail du SRP.

Le Président de la conférence de territoire



Pierre LAPORTE