

**Conférence de territoire du département de la Seine Saint Denis**

**Le vendredi 13 avril 2012**

**14h00**

**CPAM de Bobigny : salle de conférence**

L'ordre du jour est le suivant :

- Election d'un membre du bureau suite à une démission
- Etat des lieux de la démocratie sanitaire et propositions de travail
- Examen des CLS de la Courneuve, Bobigny et Tremblay-en-France
- Schéma des personnes handicapées du conseil général
- Questions diverses

M. Laporte président de la CT, excuse le Dr Fellous qui arrivera en cours de conférence de territoire.

Il propose d'entamer l'ordre du jour par le point 2 (Etat des lieux de la démocratie sanitaire), dans l'attente que soit atteint le quorum, permettant l'élection d'un membre du bureau.  
Puis sera évoqué le schéma des personnes handicapées du conseil général, avant d'entamer les 3 CLS (la Courneuve, Bobigny et Tremblay).

**Cf documentation adressée aux membres de la CT**

**I : ETAT DES LIEUX DE LA DEMOCRATIE SANITAIRE ET PROPOSITIONS DE TRAVAIL**

**Présentation :**

- Docteur GOMBEAUD (membre de la CT)

**Discussions :**

**Mr LAPORTE** propose un échange à partir du texte présenté par le docteur Gombeaud, et la mise en place d'un groupe de travail.

**Mme OLLIVET** il existe à l'échelon régional l'équivalence, qui sont les conférences plénières de la CRSA (*conférence régionale de la santé et de l'autonomie*), constituées sur le même modèle que la constitution des membres de droit de la CT93 et des autres départements.  
Les mêmes questions se posent, la désaffectation des personnes trop occupées dans leurs actions professionnelles ou associatives, et de ne pas voir la finalité de ce type de fonctionnement.

On constate un double problème qui est, de ne pas voir et de ne pas saisir, au niveau départemental comme au niveau régional, la finalité et la cohérence des différentes actions proposées, ainsi qu'une sur-occupation de tous les échelons des représentatifs qui finissent par s'asphyxier.

Aucune trace n'est restée de ce que les uns et les autres pouvaient suggérer comme piste d'enrichissement mutuelle et transversale, par rapport à tous les représentants présents dans une conférence de territoire.

Nous avons été totalement exclus dans tout enrichissement possible d'une vision purement communale et locale.

Par conséquent, cet appauvrissement ne donne pas l'envie de continuer.

L'exemple du schéma bucco-dentaire, qui fait partie d'élément de prévention quelque soit l'âge, et qui est essentiel à la santé publique, à la qualité de vie et à la nutrition, n'arrive pas à réunir un groupe de travail.

Mme Ollivet se sent très préoccupée en tant qu'association.

A l'échelon régional « on n'a pas l'impression d'être dans un enrichissement mais plutôt l'impression d'être à la recherche du plus petit dénominateur commun qui fasse consensus et qui ne vexé personne ».

**Pr PISSARRO** : pour appuyer dans le même sens, une des conclusions du groupe de travail prévention a été : « plutôt que de s'épuiser à faire des commentaires sur des textes venus d'en haut, il serait plus intéressant que le groupe travaille réellement, sur la construction du schéma départemental de prévention, dans un vrai travail de démocratie sanitaire ».

Concernant les CLS, donner un avis à posteriori, n'a pas beaucoup de sens.

Le professeur Pissarro est d'accord sur la formation d'un groupe de travail, concernant la démocratie dans le champ de la santé dans le département, et est prêt à en faire parti.

**Mme JACQUEMOIRE** : revient sur les CLS qui sont surtout l'occasion de grands échanges dans la ville avec d'autres partenaires. Les observations faites par la conférence de territoire, le Préfet ou les directions de métiers du siège, sont toutes intégrées avant de passer au conseil municipal de chacune des communes.

**Mr LAPORTE** : précise que les schémas présentés sont arrivés les uns après les autres, engendrant une masse considérable de documents à étudier.

Ces schémas étant présentés sans obligation d'émettre d'avis, il a été trouvé bon d'organiser à chacun des schémas, un groupe de travail permettant d'émettre des commentaires et de les faire remonter à l'ARS et la CRSA.

Cette organisation n'a pas été simple, chacun étant bénévole dans cette action et pris par ses obligations de travail. L'objectif était la présentation d'une vingtaine de CLS, certains présentant parfois une masse importante de documents à lire, en plus des schémas.

Question avait été posée : « ne faut-il pas partir des constats des CLS et de la réalité du département, pour faire des propositions par rapport à l'ensemble des schémas » ?

Une des difficultés qui a été soulignée, lors des réunions de la CRSA et des présidents de CT, c'est le système de présentation des schémas « en tuyau d'orgues ».

Le plus intéressant, ce sont les interrelations entre ces schémas, ce qui demande un travail colossal, d'où la question : « ne faudrait-il pas demander à l'ARS une synthèse des 1<sup>er</sup> CLS, afin de terminer les grands axes, ce qui a pu être travaillé avec les villes et les points manquants, de façon à avoir une analyse globale sur les CLS ».

Ceci permettrait d'avoir un regard plus constructif sur les prochains CLS.

La conférence de territoire a un avis à donner sur ces schémas et ces CLS, en tant que professionnel. Ces schémas seront vus en décembre. Ceci est une orientation vers un travail en commun y compris avec les villes.

Mr Laporte précise qu'après avoir été interpellé sur le problème de la démocratie sanitaire, Mr Evin a proposé 2 réunions :

- le 3 mai où sera évoquée la question de la démocratie sanitaire, notamment connaître le parcours des avis issus des CT.
- le 13 juin où les Présidents et vice-présidents de conférence de territoire se réuniront. Cette réunion sera animée par 2 d'entres-eux.

Il évoque également un questionnaire, émanant du Ministère de l'intérieur sur le rôle de l'ARS, auquel il a répondu au mieux.

Il fait également référence à une commission de l'ARS, qui est chargée de faire un travail similaire aux CLS, mais par rapport aux schémas départementaux.

Lors de cette commission, les départements présentent leurs schémas personnes âgées ou personnes handicapées. Or au cours de la dernière réunion, un avis était demandé alors que le quorum n'était pas atteint.

Ce qu'il faut retenir, c'est que tous ces schémas ont un sens. La présentation du schéma permet d'enrichir la présentation d'autres schémas dans certains domaines, l'intérêt n'est pas de donner un avis pour ou contre, mais c'est de bénéficier du résultat émanant des autres schémas.

Ce qui prouve qu'il y a une approche de la démocratie sanitaire qui ne correspond pas à la réalité de ce qu'elle peut être.

Quelques pistes de travail ont été proposées :

- prendre les grandes problématiques du département, et y travailler dans l'optique d'un schéma départemental de santé. Le projet reste néanmoins lourd et ambitieux,
- prendre les sujets les plus importants pour le département, les travailler et les développer.

L'initiative prise avec les conférences de territoire ne doit pas aller jusqu'à l'épuisement, il faut donner un nouveau sens au travail de la CT. Il faut de nouveau s'adresser, à ceux qui étaient présents lors de la mise en place, les remotiver et constituer un groupe de travail.

L'orientation de la CT est évidente, soit l'arrêter où soit utiliser sa création pour porter un projet plus départemental articulé avec le régional.

Mr Laporte propose aux participants de faire part de leurs idées, et qu'à l'issue de la CT les intéressés puissent s'inscrire à un groupe de travail.

**Mme EYMERIE** (directrice adjointe du pôle démocratie sanitaire à l'ARS IDF), précise que les doléances émises au cours de la CT sont entendues par l'ARS.

Historiquement, des choix ont été fait de présenter les schémas au sein des conférences de territoire.

Le texte demande de faire voter au sein des CT, les contrats locaux de santé.

Ces contrats locaux de santé sont la déclinaison d'un plan régional de santé. Ils ont été fait en 2 temps, la 1<sup>ère</sup> année on détermine les grandes orientations qui sont signées en général pour 1 an, de façon à ce qu'il y ait un re-questionnement à l'adoption du PRS.

La construction de tous ces schémas va concorder à l'élaboration du PRS qui doit être adopté fin 2012.

L'option qui a été retenue, a été de questionner un maximum de personnes afin de recueillir un maximum d'avis, d'où le passage par les conférences de territoire.

Bien qu'il y ait une lassitude de ces conférences, elles contribuent en outre à des interrogations et à la connaissance des différents acteurs locaux. C'est une forme de démocratie sanitaire qui est en évolution.

**Mme OLLIVET** apprécie l'intervention de Mme Eymerie.

Effectivement, la démocratie n'est pas totalement acquise, elle a des défauts, il faut apprendre à travailler ensemble, il ne faut pas voir que le négatif, en s'y mettant tous elle ne peut que progresser. Il y a néanmoins du positif, ne serait-ce que dans les droits aux usagers, où il y a une authentique reconnaissance de leur place et de leurs droits à s'exprimer qui n'existait pas.

**Dr GOMBEAUD** remercie Mme Ollivet, cependant il subsiste des problèmes par rapport à l'organisation générale du processus, l'URPS a du mal à comprendre la confusion qui existe entre « option stratégique et opérationnelle ».

Il cite en exemple le schéma prévention, à l'issue duquel il avait précisé qu'il était entièrement à reprendre. Or aujourd'hui il apprend qu'il a été entièrement refait, mais sur quelles bases et pourquoi ?

De même qu'il n'y a pas de réponses aux interrogations, sur les modalités de distribution des financements, ce qui est un vrai problème. Comment s'engager sur des processus, alors que l'on ne sait pas si l'année prochaine en septembre, il va y avoir des difficultés ?

Concernant le schéma de prévention, où il est mis une priorité sur la petite enfance et sur la mortalité périnatale : comment impliquer les communes dans cette mortalité périnatale ?

Cela pose d'énormes questions :

- comment y impliquer les contrats locaux de santé ?
- quel est le rôle de la conférence sanitaire de territoire ?

Il va donc falloir repenser les processus de démocratie sanitaire.

Une participante de la CT précise que les délais impartis pour l'examen et la signature des schémas, sont trop courts. Aussi longtemps que ce problème perdurera, on n'aboutira à rien.

Elle rappelle que l'avis de la CT est simplement consultatif. Le déroulement de ces conférences, décourage beaucoup de personnes qui viennent « en plus » de leur temps professionnel.

**Mme EYMERIE** intervient et précise à nouveau, que tous ces schémas s'intègrent dans le projet régional de santé qui sera adopté normalement en fin d'année. Les textes ne demandent absolument pas l'avis de la conférence de territoire.

Ce texte n'a pas été écrit par L'ARS, d'ailleurs celle-ci a bien précisé qu'il ne la satisfaisait pas.

L'ARS ne demande pas un avis, elle souhaite un maximum de retours de contributions et de remarques.

Les seuls quorums sont pour les contrats locaux de santé, c'est le côté juridique auquel l'ARS ne peut se substituer.

Les schémas et le PRS ne sont pas soumis au quorum, ni au vote de la conférence de territoire.

**Mr LAPORTE** précise que pour le bureau, il n'a jamais été demandé un avis sur les schémas, il a été demandé un avis sur les CLS.

Pour tout le reste, la CT fait remonter des appréciations, des propositions constructives ou destructives.

Néanmoins la conférence de territoire ne peut pas continuer à « s'épuiser » sans quorum, il y a un affaiblissement concernant la participation des membres. Une perte d'intérêt est constatée.

Il cite le vote des collectivités sur le PSRS qui s'est fait dans des conditions peu sérieuses. Le PSRS a été présenté au vote des collectivités sans que la plupart des élus en aient pris connaissance.

Au compte-rendu, on ne sait pas ce que les collectivités ont voté. Ce qui est un manquement à la démocratie sanitaire.

Il faut redonner du sens, pour que la conférence de territoire ait un avenir.

---

---

Le quorum n'est toujours pas atteint, Mr Laporte propose que soit faite après la présentation du schéma des personnes handicapées, une présentation des CLS.

## II : SHEMA DES PERSONNES HANDICAPEES DU CONSEIL GENERAL

### Présentation :

- Mme Béatrice NIDERKORN (Directrice adjointe du conseil général)

### Discussions :

**Pr PISSARRO** fait remarquer que certaines diapositives sont à la limite de la lisibilité !

On constate qu'il y a un lien très fort entre handicap et inégalité sociale. Les dispositifs mis en place ont toujours du mal à s'appliquer aux gens qui sont dans les situations les plus difficiles. Il faut un minimum d'indicateurs, afin de vérifier que l'on n'aggrave pas les inégalités dans les systèmes de prises en charge.

**Mr LAPIE** souligne que l'écriture de ce schéma a fait l'objet d'une concertation assez longue, notamment au niveau du conseil départemental des personnes handicapées.

Concernant le « secteur enfance » : quels types de coordinations, entre les objectifs de ce schéma et ceux de l'ARS sont envisagés du point de vue de la mise en œuvre ?

Au niveau de l'éducation nationale, la Seine-Saint-Denis, est plutôt en avance par rapport à d'autres départements, notamment le Val de Marne.

Il faut souligner que ces éléments par rapport à l'enfance, ont fait l'objet d'un groupe de travail, qui a fonctionné à plusieurs reprises l'année dernière.

**Mr BOUHAFS** on peut constater les nombreuses articulations entre le schéma départemental des personnes handicapées du conseil général, et le schéma régional d'organisation médico-sociale élaboré par l'agence, présentés dans cette conférence de territoire.

Dans le déroulement des travaux, et de coordination entre l'ARS et le conseil général, il y a eu des accords sur la mise en place d'un certains nombres de dispositifs concernant les adultes handicapés, notamment la création des FAM (foyer d'accueil médicalisé).

Concernant les dispositifs enfants handicapés, ce sont des dispositifs majoritairement gérés par l'ARS sur des crédits assurance maladie, mis à part un établissement, le CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce) où la aussi il y a un cofinancement ARS/conseil général.

Pour cette année, on peut dire que l'on projette au minimum, un appel à projet pour la mise en place d'un CAMSP cofinancé ARS/conseil général.

Il est également prévu la création de 2 IME (institut médico-éducatif) ainsi que la création d'un CMPP (centre médico-psychopédagogique).

Par ailleurs, avec le conseil général, il y a tout un travail qualitatif d'articulation, de pilotage, d'un certains nombres de dispositifs de maisons réseaux, pour améliorer la prise en charge des personnes handicapées, enfants ou adultes, en lien avec les institutions concernées, l'éducation nationale, les centres hospitaliers...

On peut donc dire qu'il existe 2 axes :

- Le développement des équipements. Dès cette année on projette la création d'un certain nombre d'établissements, via l'appel à projet.
- L'amélioration de la coordination conseil général/ARS, avec les partenaires de terrain.

**Mr LAPORTE** l'ambition de la CT était tout le parcours de vie des personnes handicapées et pas seulement celle des compétences du conseil général tel qu'il était fait auparavant.

Il a fallu trouver des formes de consensus pour que ce soit efficace.

Au fur et à mesure, avec les services de l'état et la DT/ARS, chaque point a pu être examiné.

Il précise que sur les questions de détection du lien prématurité, du risque du handicap, et du suivi de ces enfants à risque, l'ARS a dit qu'elle aidera « particulièrement et financièrement ». Cette question est essentielle sur le département où la natalité et la prématurité sont importantes.

Prochainement il va être évoqué, le schéma des personnes âgées où l'on rentrera dans un schéma du médico-social, par conséquent l'articulation sera regardée plus facilement.

**Mr OGER** dans les atouts du 93, quelle est la bonne prise en charge du handicap psychique ?

**Mme NIDERKORN** les atouts ne sont pas forcément, du point de vue de la prise en charge des personnes handicapées psychiques, il s'agit plutôt de la structuration du réseau.

Un groupe de travail s'est réuni pendant plus d'une année, cela a permis de rapprocher les différents acteurs et de proposer un certain nombre d'actions, notamment des actions d'informations. Cette création de réseau est un plus, ce qui ne ressort pas forcément dans d'autres départements.

C'est un atout car tout n'est pas à construire, il faut que ce réseau puisse contribuer et aider au développement d'autres actions, qui permettent une meilleure prise en charge des personnes handicapées psychiques.

**Mr LAPORTE** contrairement à d'autres départements, on a avancé plus vite sur cette question de mise en réseau, par contre il subsiste de grosses difficultés au niveau de l'accueil et des logements de ces personnes. C'est un problème qui est revenu de façon récurrente dans les discussions.

**Mme OLLIVET** il a été évoqué la transversalité avec le schéma prévention et le schéma sanitaire. Un handicapé peut également avoir recours aux urgences, ou souffrir d'une pathologie quelconque qui nécessite une hospitalisation.

Le champ du handicap et des personnes âgées, sont emblématiques de la transversalité des schémas régionaux.

Un enfant, un adulte ou une personne âgée, ont besoin du médecin de ville, des urgences, de la prévention de l'aggravation de leur handicap.

Il faut donc s'appuyer sur ces faits afin de faire une révolution culturelle au sein d'un regard plus global sur la santé.

Ce schéma a été travaillé sur plusieurs mois, voire plus d'un an. Mme Ollivet espère qu'il en sera de même pour le schéma des personnes âgées. En effet, elle garde un mauvais souvenir du 2<sup>ème</sup> schéma personnes âgées du conseil général de Seine-Saint-Denis, qui a été fait entre la dernière semaine de juin et la première semaine de septembre, et qui avait été un peu frustrant en termes de démocratie.

**Mr LAPORTE** précise que la mise en œuvre de ce schéma aurait dû avoir lieu avant l'été, or comme il s'agit d'un appel d'offre, il y a quelques difficultés avec l'entreprise.

Cet appel d'offre est donc renouvelé, en espérant que ce soit réalisable pour juin, néanmoins on reste sur un calendrier à 6 ou 7 mois.

Le quorum n'étant toujours pas atteint, le président propose que l'on procède malgré tout, à une appréciation des contrats locaux de santé.

### III : PRESENTATION DES CLS DE LA COURNEUVE, TREMBLAY-EN-France ET BOBIGNY

#### CLS LA COURNEUVE :

##### Présentation :

- Mme JACQUEMOIRE (Délégation Territoriale 93)
- Mr Karim KHELANI (Coordinateur à l'atelier santé/ville - Mairie de La Courneuve)

##### Discussions :

**Mme OLLIVET** revient sur une question, qu'elle avait déjà évoquée il y a 2 ans : Est-ce que le SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) de la Courneuve termine toujours de travailler à 16 heures 30, ce qui ne paraît pas forcément répondre aux besoins des usagers.

**Mr Christian BENIN** (cadre infirmier, responsable du SSIAD de la Courneuve)  
L'effectif du SSIAD est de 4 aides-soignants, avec une amplitude de 7 heures par jour et un temps légal de 35 heures hebdomadaires, par conséquent, il aurait fallu « jongler » avec les horaires, ce qui aurait posé des problèmes de prises en charge.  
Le fait de déshabiller une plage horaire matinale, très demandée par les familles, est difficilement réalisable. Il aurait fallu augmenter les effectifs, pour allonger la journée.

**Mme OLLIVET** : précise que la réponse est la même qu'il y a 2 ans, et qu'en Seine-Saint-Denis il y a des tas de SSIAD municipaux qui ont les mêmes contraintes, et qui finissent de travailler aux alentours de 19 heures 30.

**Mr Christian BENIN** certes mais ils fonctionnent avec un effectif plus important d'aides soignants. Les personnes âgées du SSIAD de la Courneuve ne sont pas abandonnées.

**Mme OLLIVET** pourquoi ne pas demander ces effectifs ?

**Mr Christian BENIN** ces personnes âgées fonctionnent avec des associations, des auxiliaires de vie. Il y a des échanges qui sont pratiqués plus tard par d'autres professionnels mais pas par le SSIAD

**Mr KHELADI** pour résumer, il y a apparemment pour le centre de santé, un problème de financement ainsi qu'un manque de personnel.  
Ce problème ne doit pas être spécifique à la Courneuve, il doit probablement se retrouver dans d'autres villes du département. On espère que ce CLS amènera des solutions à ces difficultés.

**Mme Marion WONTERGHEM** (directrice adjointe CPAM de Bobigny) :  
- concernant l'accès aux droits, il est prévu un groupe de travail spécifique sur ces questions, la CPAM est d'accord pour s'inscrire dans cette démarche. Elle s'est déjà engagée avec les centres municipaux de santé du département.

- concernant l'inquiétude exprimée par les partenaires du CLS, autour de la place de la CPAM sur le territoire de la Courneuve : la CPAM est présente à la Courneuve et le restera. Elle a fait le choix de s'implanter dans le quartier des 4000 qui est un quartier en difficulté, ce qui semble donc légitime. Par ailleurs les Courneuviens peuvent accéder à n'importe quel point d'accueil du département.

**Dr GOMBEAUD** est très intéressé par l'aspect prévention « alcool/tabac » qui sont les addictions les plus mortelles dans le pays, et dans lesquelles la Courneuve semble impliquée.

Par contre il n'est pas certain que l'accès aux droits et aux soins, pose problème à la commune. La Courneuve détient le record du nombre de professionnels de santé (96% de médecins conventionnés en secteur 1), qui pratiquent souvent le tiers payant.

Donc l'accès aux soins, est essentiellement l'accès aux droits, il faudrait donc s'orienter la dessus.

**Mr KHELADI** l'accès aux soins, concerne essentiellement la question du nombre de praticiens et la disponibilité des services de soins pour la population, notamment dans le centre municipal de santé. La problématique est la même sur le recrutement de professionnels.

**Pr PISSARRO** comment va-t-on pouvoir faire un diagnostic partagé dans les 6 mois à venir, avec les usagers et les habitants ? Cela semble trop court !

Concernant l'installation de nouveaux médecins libéraux, il émet un doute quant aux résultats, et serait curieux de connaître l'aboutissement des actions, telles que la Courneuve et Bobigny les ont prévues. Le résultat permettrait d'encourager les autres communes.

**Mr KHELADI** la fiche action relative à l'installation n'est pas nouvelle, dans la mesure où le travail existe depuis 2004. L'atelier santé l'a développée avec le service de l'assurance maladie, l'enseignement, la DDASS, la DT/ARS et l'ordre des médecins.

La commune possède un atout qui est la zone franche urbaine, elle a réussi à y installer des professionnels.

Grâce à cette zone, les professionnels s'adressent à la commune et les besoins sont recensés au moyen d'une cartographie des professionnels de santé locaux.

La problématique rencontrée, ce sont les locaux. Il faut donc en recruter auprès des bailleurs et des agences immobilières, afin de trouver des cabinets médicaux dans les secteurs les plus dépourvus en professionnels de santé, pour pouvoir faciliter leur installation.

La commune ne fait qu'un accompagnement, une orientation dans les différents services qui peuvent leur être utiles (l'assurance maladie, la DT/ARS ou l'ordre des médecins), pour leur faciliter l'accès à ces locaux, avec une négociation prioritaire auprès des bailleurs.

Aujourd'hui ce qui pénalise :

- c'est la mauvaise répartition de certaines catégories de professionnels,

- le problème de l'image qu'offrent le département et la ville.

Comment motiver les jeunes médecins à l'issue de la FAC pour s'installer sur le département ?

C'est un travail qui reste à faire.

**Dr FELLOUS** il y a une vraie volonté des services municipaux et du maire pour y favoriser l'installation, néanmoins la priorité reste les professionnels de santé qu'il faut trouver. L'importance c'est le regroupement des confrères à la Courneuve comme ailleurs.

**Mr LAPORTE** propose que l'on passe au CLS de Tremblay, et précise que pour les 3 contrats locaux, il ne pourra pas être donné d'avis puisque le quorum n'est pas atteint.

---

---

Pour les prochaines fois, il faut essayer d'avoir une dynamique pour obtenir le quorum, et si ça n'était pas le cas, voir qu'elles sont les possibilités de modifier le statut, afin de faire une nouvelle conférence de territoire « dans la foulée », sans avoir à re-convoquer sous 8 jours les membres tel que le prévoit actuellement le statut.  
L'objectif est que la conférence se remotive.

### **CLS TREMBLAY-en-France :**

#### **Présentation :**

- Mr Ollivier MIDDLETON (Mairie de Tremblay-en-France)
- Mme JACQUEMOIRE (Délégation Territoriale 93)

#### **Discussions :**

**Dr GOMBEAUD** pense qu'il ne sera pas possible de faire en Seine-Saint-Denis des programmes de santé publique sans la participation des libéraux, ce sera un échec.

**Mr MIDDLETON** est d'accord. L'analyse de Tremblay a commencé en 2007, les libéraux ont été sollicités sans qu'il y ait eu beaucoup de retour.  
Dès septembre, une nouvelle rencontre va être organisée afin de les remobiliser.

### **CLS BOBIGNY :**

#### **Présentation :**

- Mme JACQUEMOIRE (Délégation Territoriale 93)
- Mr Bernard SERRE (Directeur de l'action sanitaire, qui regroupent : le service prévention, le CHS et le service petite enfance – Mairie de Bobigny)

#### **Discussions :**

**Dr GOMBEAUD** concernant le problème de la prise en charge des diabétiques, il est surpris que l'hôpital de Bobigny soit le seul cité dans le présent document, alors que l'on a l'impression que ces projets doivent intégrer l'ensemble des professionnels dans tout leur système d'activité.  
Exemple le diabète : 80% des diabètes de l'enfance sont révélés par un coma qui se traduit par une hospitalisation. L'hôpital fait le diagnostic et ensuite s'articule toute une « chaîne » autour de cet enfant, qui va intégrer des médecins, des infirmières, des médecins spécialistes, des podologues, des ophtalmologistes...  
Ce sont ces chaînes qui sont à construire au niveau communal, ce qui n'apparaît pas clairement dans la présente fiche action.

**Mr SERRE** effectivement, c'est un point qui pourra être développé dans le contrat pluriannuel et qui n'apparaît pas suffisamment dans la fiche. Néanmoins, dans le centre polyvalent de santé, il a été créée une consultation d'endocrinologie en partenariat avec l'hôpital Avicenne.

Concernant l'ouverture sur la ville, il existe une action en partenariat avec le centre de prévention de la CPAM, dans le cadre des actions d'été sur Bobigny sur Ourq. Des actions collectives de prévention sur l'équilibre alimentaire, avec des pré-diagnostic à partir de bilans sanguins pratiqués sur place, y sont faites.

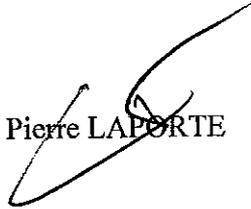
**Mr LAPORTE** clôt la séance.

En Post-scriptum, il répond à la demande de Mr Lapie sur la démission de Mr Bongrand : Mr Anavitarte son suppléant, l'a remplacé en tant que titulaire et membre de la conférence de territoire.

Concernant le remplacement au bureau, si toutefois Mr Anavitarte ne désire pas postuler pour cette vacance, il serait souhaitable que ce soit un membre du même collège « représentant des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux, au titre des personnes handicapées », qui prenne le relai.

Néanmoins tout le monde peut postuler et par conséquent il y a appel à candidature.

Le Président de la conférence de territoire

  
Pierre LAPORTE