

PROCES-VERBAL

de la Conférence de Territoire du département de la Seine Saint Denis

du mercredi 28 janvier 2015 - 14h00

CPAM de Bobigny - salle de conférence

La liste des membres présents figure en annexe.

L'ordre du jour est le suivant :

- CLS2 Aubervilliers (1)
- Les services à domicile PA/PH (2)
- Discussion autour des obligations de conventionnement des médecins traitants libéraux dans les EHPAD
- Retour sur la réunion des présidents de CT à la CRSA

Quorum : 15/50

(1) - Cf documentation accessible sur le site dédié aux CT : URL: <http://ct.sante-iledefrance.fr/>

(2) - Cf documentation adressée aux membres de la CT

MLAPORTE Président de la conférence de territoire ouvre la plénière. Il énonce l'ordre du jour.

CLS2 Aubervilliers (2)

Présentation DT/ARS : Docteur Agnès MALET-LONGCOTE

Ville de 76 280 habitants au 1^{er} janvier 2011, Aubervilliers est caractérisée par un IDH2¹ très bas : 0,25 versus 0,39 au plan départemental. Aubervilliers est la 3^{ème} ville avec l'IDH2 le plus bas en Seine-Saint-Denis après Clichy-sous-Bois et la Courneuve (0,23).

Elle fait partie de la communauté d'agglomération de Plaine Commune.

Elle est reconnue Zone fragile en soins de 1^{er} recours dans le cadre du SROS.

Il s'agit d'une ville avec une politique de santé dynamique, inscrite en Politique de la Ville ayant une forte dimension santé.

Le CLS 1^{ère} génération a été signé le 20 mars 2012. Il repose sur 4 axes stratégiques:

- *Renforcer l'accès aux soins.*
- *Santé environnementale.*
- *Lutte contre les inégalités aux âges-clés (petite enfance et parentalité, jeunesse, personnes âgées).*
- *Accès à la prévention médicalisée.*

Le Conseil Local en Santé Mentale existe depuis 2012, avec une coordination à mi-temps cofinancée par la ville et l'Agence. L'engagement de la municipalité dans les domaines de la santé mentale et de la promotion de la santé communautaire remonte à la création de l'Atelier Santé Ville en 2001.

Le Docteur Axelle ROMBY, médecin de santé publique chargée de méthodologie des projets de santé Publique à temps plein, est coordinatrice CLS depuis septembre 2013.

L'Agence finance l'ingénierie CLS, depuis 2011 à hauteur de 15 000 euros.

L'engagement de la municipalité en matière de lutte contre l'habitat insalubre est historique. Ce territoire a été retenu dans le cadre de l'appel à projet ARS-DRIHL 2014 concernant le traitement de l'habitat indigne à l'échelle urbaine.

Il a également été retenu dans le cadre de la Dotation de Développement Urbain pour l'année 2014, pour un soutien renforcé aux quartiers.

La municipalité bénéficie de subventions PPS (Prévention Promotion de la Santé) de l'Agence à hauteur de 224 000 euros en 2013, et 143 000 euros en 2014 afin de soutenir des actions dans les champs de la santé tels que : personnes précaires, migrants, enfants, jeunes scolarisés, personnes âgées, promotion des dépistages organisés, nutrition, lutte contre les IST et l'infection liée au VIH, la réduction des intoxications au monoxyde de carbone, la lutte contre le saturnisme infantile.

Le CMS bénéficie de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération de l'Agence depuis 2011.

Une convention de partenariat entre la ville et la CPAM93 est en cours de réflexion afin d'améliorer l'accès aux droits à la santé.

Les CLS1 et les CLS2 signés ou en cours de préparation, ont nourri la réflexion sur le volet santé du contrat de ville de Plaine Commune.

Les axes stratégiques retenus dans ce contrat :

- ➔ Développer l'accès aux soins sur le territoire.*
- ➔ Favoriser l'accès aux droits à la santé.*
- ➔ Accroître les dispositifs et les lieux de prévention tout particulièrement dans les domaines de la santé mentale, des addictions et des conduites à risques, de l'obésité infantile.*
- ➔ Permettre à chacun de vivre dans un environnement respectueux de la santé.*

Le CLS2 d'Aubervilliers s'appuie sur 5 axes prioritaires :

➔ Renforcer l'accès aux soins pour tous, grâce au renforcement de l'accès à la santé pour tous, la participation des plus vulnérables (actions de l'ASV), et le renforcement de l'offre de soin et l'accompagnement des malades.

➔ Lutter contre les inégalités aux âges clés.

➔ Santé environnementale et habitat.

➔ Santé mentale.

➔ Diagnostic, veille et évaluation.

Tout en poursuivant certaines actions du CLS1, les signataires proposent de développer de nouveaux engagements que les représentants de la municipalité vont vous présenter.

Discussions:

Dr SIAVELLIS souligne qu'il aurait été intéressant d'avoir un premier aperçu sur les évaluations et les actions menées par le CLS1, avant d'entamer le CLS2.

Dr MALET-LONGCOTE revient sur l'évaluation des CLS.

Une période d'évaluations intermédiaire des CLS doit se dérouler courant 2015, avec une évaluation en fin de période CLS prévue en 2017.

En Ile-de-France sur le territoire Séquanodyonisien, 2 évaluations des CLS1 ont déjà été réalisées. L'une a été accomplie par l'Université Paris 13 le département de santé publique qui va être publié, l'autre qui est l'évaluation de processus des CLS réalisée par l'Institut Renaudot, qui est en cours de finalisation.

Ces 2 évaluations n'ont pas concerné tous les territoires des CLS. Le choix a été de faire un focus d'évaluations sur certaines villes, notamment pour l'évaluation des processus sur les CLS de Bondy et de Tremblay-en-France qui ont été retenues. Pour celle de Paris 13 sur le territoire de Plaine Commune, ce sont Stains et St Ouen qui ont été conservées.

La ville d'Aubervilliers n'a pas été retenue, par rapport à des critères de taille, non pas du CLS mais de la ville. Cela a été un choix dans la mise en place de ces évaluations, ce qui a d'emblée exclu les gros territoires à forte population.

Bien qu'Aubervilliers se fût positionnée pour faire une évaluation spécifique avec Paris 13, et qu'elle soit toujours en cours de discussion avec Paris 13 et l'agence, elle n'a pas été maintenue.

Dr SIAVELLIS revient sur son interrogation et regrette qu'il n'y ait pas eu dans la continuité du CLS, un volet consacré aux aspects positifs et négatifs du 1^{er} contrat, avant de poursuivre à la deuxième version plus efficiente, permettant de conserver les items efficaces et de s'interroger sur ceux qui ont été moins opérants, pour améliorer la prise en charge des populations.

M HORREARD précise que le comité de pilotage des CLS et des instances de gouvernance de ces contrats, sont des lieux de dialogue et de concertation sur la manière dont ces contrats sont réalisés au fur et à mesure de leur durée de vie. Un certain nombre de représentants y compris du monde médical, conviés à ces instances, peuvent démontrer l'efficacité ou l'inefficacité des différentes actions d'un CLS.

Il y a une démarche « locale », qui consiste à être dans une méthode d'auto-évaluation, permettant de voir si les actions et les priorités proposées sont les bonnes, puis une démarche d'évaluation plus institutionnelle qui relève de la responsabilité de l'Agence, et sur lesquelles l'outil même du CLS est pensé.

Présentation de la municipalité : *Docteur Fabrice GIRAUX (directeur à la santé)*

En introduction, il revient sur la question de l'évaluation interne de la ville d'Aubervilliers en réponse à la question du Dr SIAVELLIS.

Chaque année une grande partie des actions inscrites dans le cadre du CLS, font l'objet de bilans le plus souvent délivrés aux principaux partenaires de la ville, qui sont fréquemment accessibles.

Les objectifs principaux de ce contrat local de santé sont la lutte contre les inégalités sociales de santé, mais aussi de savoir s'il est réellement un levier important et qu'il en fait bouger les lignes.

On aurait tendance à penser que la courte durée du CLS, 2 ans pour le premier, ne permet pas de mesurer de façon efficace ce type de dispositif à si court terme.

D'autre part, les déterminants de santé à l'échelle d'une ville comme Aubervilliers, ont plutôt tendance à régresser.

En dehors l'IDH2 qui a été évoqué, les indicateurs de mesure dont dispose la ville ne sont pas assez sensibles pour voir très fortement s'inscrire des actions dans quelque chose de visible et démontrable. D'où l'intention de mettre en place des dispositifs institutionnels d'évaluations plus macro, permettant peut-être de compenser la faiblesse du recul par une massivité des actions qui consentent à mieux inscrire ce dispositif, dans les points qu'il apporte.

La ville d'Aubervilliers est fortement investie depuis une dizaine d'années sur les questions de santé. Elle a été pionnière dans la mise en place de programmes de santé publique, notamment dans la lutte contre le saturnisme, et l'une des premières à mettre sur le plan institutionnel cette question, au cœur des politiques de santé publique d'une ville.

Elle a aussi tenté de favoriser, en mettant des moyens relativement inégalés sur le département autour de la santé communautaire, des personnes aux projets de santé, notamment à travers la maison des pratiques du bien-être et de la santé, installée sur un quartier. Ce qui a été pour la ville un gros investissement, et un engagement de santé publique continu et suffisant pour en mesurer l'impact.

Parallèlement à ce développement d'actions de santé publique, la ville a été engagée dans d'autres réponses aux besoins de la population en matière de santé. Le Centre Municipal de Santé qui est la continuité d'un dispensaire municipal et dont l'ancienneté remonte au début du siècle dernier, va fêter ses 50 ans. Aubervilliers va tenter de trouver des réponses en termes d'accès aux soins, pour les populations défavorisées, à travers le CMS, mais aussi en essayant de favoriser l'installation de professionnels libéraux, et plus récemment en favorisant le regroupement dans le cadre des axes.

Cependant, la discussion puis la future signature du CLS2 interviennent dans un moment particulier, marqué par des inquiétudes fortes, tant sur le plan budgétaire que par la baisse programmée des dotations de l'Etat, qui touchent des villes pauvres comme Aubervilliers, mais aussi tout ce qu'on pourrait appeler les compétences non obligatoires des villes.

Au-delà de la baisse proclamée des dotations de l'Etat, une inquiétude plus immédiate est le devenir de la Roseraie comme établissement privé et polyclinique, installé sur la ville depuis fort longtemps, et qui est un des acteurs majeurs de l'accès aux soins sur le territoire. Ce sont les aspects liés à un contexte institutionnel assez large. Néanmoins la nouvelle loi de santé avec l'émergence des services territoriaux de santé, la mise en place du nouveau contrat ville, la réforme des collectivités territoriales, vont fortement impacter le cadre dans lequel des réponses sont proposées à la population en matière de santé. Espérons que l'ambition du CLS qui est de lutter au plus près du terrain contre les inégalités sociales de santé, ne soit pas remise en cause par ce contexte national, dont Aubervilliers est une victime particulière au regard de ces indicateurs de santé et budgétaire.

Discussions:

Mme MAURIN revient sur l'accès aux droits à la santé et notamment le pourcentage de la population qui n'y a pas recours. Quelles en sont les raisons ?

Dr GIRAUX précise qu'il peut y avoir plusieurs causes :

- la difficulté de compréhension d'un certain nombre de droits,
- la difficulté d'accès à l'information, notamment sa compréhension et son exploitation,
- la difficulté en lien avec les questions d'un analphabétisme et de rédaction de dossier,
- les démarches à faire pour bénéficier d'une couverture complémentaire, qui n'est pas forcément dans l'ordre des priorités etc

Pr PISSARRO précise que ce CLS est plein d'intérêts et d'innovations. Il intervient sur plusieurs points :

La présence des habitants : la place et le rôle des habitants sont importants. À ce titre, ont-ils une place dans l'observatoire local que met en place Aubervilliers ?

L'environnement : il existe sur l'ensemble du territoire, des centres permanents et d'initiatives pour l'environnement, qui travaillent sur une approche participative avec les habitants sur les problèmes d'environnement.

Il serait intéressant que la ville d'Aubervilliers les rencontre.

La santé mentale : le conseil local de santé mentale a pour but de repérer les impacts sur l'environnement social des maladies mentales. À l'inverse, il serait intéressant de regarder les impacts mentaux des conditions de travail et de vie, ce qui souvent manque dans les CLS pour des raisons un peu institutionnelles.

La réduction des inégalités : quelles incidences ces actions vont avoir sur la réduction des inégalités ? On peut citer l'exemple des actions de prévention bucco-dentaires avec le risque d'accroissement des inégalités si aucune action préventive n'est menée.

□ **Rappel sur les CLS** : dans les précédents CLS en plénière, il avait été souhaité que soient repérés et mentionnés dans le département, les projets jugés les plus intéressants qui n'avaient pas été retenus.

□ **Rappel sur la périnatalité** : siégeant à la CRSA en tant que représentant de la CT93, il précise que les travaux menés sur les inégalités de santé et sur la périnatalité par le groupe de travail qu'il conduit, seront remontés aux membres de la CT au fur-et-à-mesure de leurs avancés, d'autant que le bureau a validé la périnatalité pour être présentée en plénière courant 2015.

Dr SIAVELLIS se souvient qu'à la création de la conférence de territoire, l'ARS avait déclaré connaître les indicateurs qui posaient problème sur la Seine-Saint-Denis, et que le nécessaire serait fait pour les améliorer. Or à ce jour la situation n'a pas progressé, et rien n'a évolué au niveau du PRS Francilien. Le rôle de la CT est d'attirer l'attention des institutions sur les problématiques rencontrées, tant humains que matériels, afin qu'elle dote le département des moyens nécessaires et indispensables à son évolution.

M HORREARD précise que sur l'objectif de réduction des inégalités, une évaluation ne pourra être faite qu'au moment du bilan du programme régional de santé. Cette évaluation permettra de mesurer l'incidence des actions financées et de leur pertinence au regard des résultats constatés. Il propose de faire une présentation éventuellement en conférence de territoire, de tous les leviers, de toutes les politiques, de tous les financements qui concourent à l'objectif de réduction des inégalités de soins en Seine-Saint-Denis.

Mme OLLIVET ajoute que depuis la création de la CRSA en juillet 2010 où elle siège, elle a pu constater que dans différents domaines tels que des appels à projet, commissions etc, l'ARS s'efforçait de rééquilibrer certaines situations défavorisées de la Seine-Saint-Denis, et de prendre en considération les difficultés spécifiques du département.

Dr SIAVELLIS précise qu'il constate, d'une manière globale, une certaine diminution du remboursement de l'offre de soins en Seine-Saint-Denis.

Le département étant pilote sur un certain nombre de projets nationaux, la prise en charge de la population devrait être plus efficiente, or on constate une certaine stagnation tant dans le secteur public que dans le secteur médico-social ou libéral. Il faut sortir de cette paralysie.

M LAPIE revient sur le handicap enfants et notamment sur les structures transversales et le CMPP² en autres, qui travaille sur les écoles pour des enfants en difficulté psychologique. Il en existe un à Aubervilliers, ainsi qu'un SESSAD³ et un IME⁴.

De quelles manières ces différents acteurs, ont-ils été associés au CLS ? Quel en est le bilan ?

Dr GIRAUX rappelle que le CMPP est l'un des acteurs les plus liés à la ville, tout d'abord parce que son actuel président est adjoint à la santé. Ils ont été associés aux éléments diagnostics du COPIL⁵ et du COPIL2 à plusieurs reprises, et sont très présents sur le territoire. Les liens qui existent entre la ville et le CMPP ainsi que ces différents acteurs, sont remarquables. Il existe une vraie synergie entre les acteurs et une volonté d'avancer ensemble.

² CMPP (Centre médico psychopédagogique)

³ SESSAD (Service d'éducation spéciale et de soins à domicile)

⁴ IME (Institut médico-éducatif)

⁵ COPIL (Comité de Pilotage)

Les services à domicile PA/PH

Présentation : Mme Delphine HAMMEL (Directrice Adjointe de la direction de la population âgée et des personnes handicapées - Conseil Général)

Discussions:

La discussion revient sur les personnes âgées en perte d'autonomie. La question ne se pose pas pour une perte d'autonomie déjà constatée, mais elle se pose dans le cas d'une personne seule victime par exemple d'une sciatique invalidante. Pour la personne âgée c'est une cause d'invalidité partielle, mais pour une personne plus jeune, est-ce une cause d'hospitalisation systématique et générale ? C'est la préoccupation première avant d'en arriver au stade de la perte d'autonomie, qui doit mener à une reconnaissance pour la mise en place de services d'aide.

Ces questions ont été discutées avec des partenaires, notamment la CNAV et les caisses de retraite.

Mme OLLIVET ajoute que la grande inquiétude est cependant, le transfert d'un lit d'hospitalisation continue par substitution d'un lit d'HAD.

Plusieurs interrogations :

- avec plusieurs heures au quotidien, comment assurer la vie et le reste du temps au domicile d'une personne nécessitant d'une HAD ou d'un SSIAD ?
- Comment mettre en place une HAD chez ces personnes âgées ou handicapées, vivant avec ou sans parents proches ou éloignés, dans des milieux sociaux défavorisés, avec des locaux impropres présentant des escaliers ou des ouvertures de portes inadaptés ?

Mr HORREARD s'interroge sur le fonctionnement des 140 SAD⁶. Bénéficient-ils d'un contrôle d'effectivité de la part du conseil général à travers un dispositif de télégestion ?

Mme HAMMEL ajoute que la ville n'a pas de télégestion, elle possède cependant le CESU⁷ qui permet de contrôler beaucoup de choses. Certains départements ont procédé par des appels à projet, en proposant des tarifs ou des aides à la clé, leur permettant de rentrer dans un cahier des charges de télégestion. Aubervilliers n'a pas le nombre d'heures suffisant pour y prétendre.

Sur le contrôle d'effectivité, il en existe un dès la location. Il peut y avoir des indus liés à des modes de facturation, néanmoins il n'existe pas de dispositif qui contrôle d'une manière systématique les heures effectuées.

Dr SIAVELLIS s'interroge s'il a été constaté dans ces 140 SAD, que des personnes avaient pu créer plusieurs services dans le département.

Mme HAMMEL ajoute qu'elle souhaite vérifier avec la DIRECCTE⁸ les critères d'agrément des cahiers des charges.

Elle précise néanmoins, qu'il existe certaines personnes à qui on a retiré l'agrément et qui sont à nouveau en train de créer autre chose. Celles-ci avaient déjà créé un premier service et sont interdites d'intervenir auprès des personnes âgées ou handicapées.

Mr LOCATELLI revient sur les personnes handicapées dans le nord-est du département, où il existe un service SAVS⁹. Ce service est coordinateur de l'ensemble, il n'a pas les mêmes tâches, néanmoins il est complémentaire. Lorsqu'il y a un coordinateur entre différents services de soins ou services d'aide-ménagère etc, cela marche beaucoup mieux.

⁶ SAD (Service à Domicile)

⁷ CESU (Chèque Emploi Service Universel)

⁸ DIRECCTE (Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation du travail et de l'emploi)

⁹ SAVS (Service d'accompagnement à la vie sociale)

Sur les difficultés de recrutement où il existe un turn-over dans les associations d'aide à domicile, pour rejoindre ce qui a été dit dans ce CLS, le problème se situe notamment dans les salaires trop faibles et la non-reconnaissance des employés.

Mme DAIGREMONT (Directrice de la fondation hospitalière Ste Marie à St Denis) précise que la fondation est le seul établissement à avoir une activité supérieure à 200 000/heures pour l'aide à domicile. Néanmoins dans la réalité du quotidien, il existe un énorme écart entre ce qui est demandé et ce qui peut être réalisé.

Or, si on devait professionnaliser aujourd'hui, il est paradoxal de croire que les services qui appliqueraient les 30% d'AVS¹⁰ comme il était demandé à une époque, marcheraient.

De nos jours, ces services ne pourraient plus payer leur personnel et fermeraient.

Mme HAMMEL effectivement, la fondation est autorisée et tarifée. Elle est prise en compte, en fonction des contraintes budgétaires du conseil général. Néanmoins, la grande majorité des services agréés ont la liberté d'appliquer leurs tarifs. C'est un problème pour le conseil général. Il y a un enjeu de mutualisation des services d'aide à domicile.

Mme DAIGREMONT regrette, que la question des SPASAD¹¹ où tout autre service équivalent, n'ait pas été abordé. On déplore souvent l'absence de places. Il y a réellement un manque de coordination sur les différents champs de l'aide à domicile, dans un contexte où la demande de maintien à domicile risque de s'accroître dans les prochaines années.

Mme HAMMEL précise qu'il existe des instances de dialogues sur ces différentes problématiques. Le conseil général est chargé de la coordination gérontologique par compétence légale. Des réunions de bassins et des rencontres sont organisées, des groupes de paroles aux aidants sont aménagés, EVOLIA¹² continue ce travail, néanmoins le conseil général n'a pas les compétences pour obliger les services à faire des SPASAD, ou autres articulations.

Mr HORREARD ajoute que dans les futurs appels à projet pour la création de places de SSIAD, une incitation à se regrouper avec des services d'aide à domicile tarifés par le conseil général pourrait être discutée.

Mme OLLIVET précise que dans le champ de la vulnérabilité, du handicap ou des personnes âgées, il faut qu'il y ait une articulation plus forte avec une meilleure transmission d'informations, une meilleure répartition des présences dans la journée etc, chez les personnes malades et ou handicapées, quels que soient les âges. Aides et soins doivent être étroitement associés si nous voulons arriver à une réponse de qualité auprès des personnes vulnérables.

Mr LAPORTE rappelle que l'objectif de la loi, était d'abord de créer des emplois. Le secteur de l'aide à domicile est aujourd'hui en crise. Plus les associations sont petites et moins elles ont des chances d'évoluer. Le système ne correspond pas aux besoins.

Le dispositif qui a été mis en place et qui a permis de répondre à un certain nombre de questions, actuellement n'est plus en adéquation avec la situation.

Mr HORREARD ajoute que ce dispositif est indispensable dans le rouage du parcours de soins des personnes.

¹⁰ AVS (Auxiliaire de vie scolaire)

¹¹ SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile)

¹² EVOLIA (Pôle de développement des services à la personne du 93)

Mme HAMMEL précise, que la loi autonomie prévoit de favoriser les SPASAD et la contractualisation. Il est extrêmement difficile de faire avancer les choses avec autant de services. Pour autant, Aubervilliers va continuer.

Discussion autour des obligations de conventionnement des médecins traitants libéraux dans les EHPAD

Faute de temps, le sujet est reporté.

Retour sur la réunion des présidents de CT à la CRSA

Présentation : Dr GOMBEAUD

Le 14 janvier 2015, une rencontre a eu lieu entre les présidents et vice-présidents des conférences de territoire ainsi que les représentants de CT à la CRSA, et son président.

Elle avait pour but de définir les liens qui pouvaient se récréer ou se renforcer entre la CRSA et les CT. Quelques propositions ont été avancées, notamment :

- Améliorer la circulation de l'information entre les structures.
- Faciliter la connaissance du travail de chaque CT, et définir les sujets communs sur lesquels travailler.

Monsieur Jean-Pierre BURNIER, président de la CRSA a proposé d'assister aux conférences de territoire.

L'avenir de la démocratie sanitaire a été abordé, avec une réelle inquiétude quant à la faible participation aux conférences de territoire, qui impacte l'ensemble des territoires de l'Île-de-France. Seul le département de l'Essonne se démarque par un quorum à peu près constant.

Dans un contexte de démocratie sanitaire incertain, les interrogations sont de savoir entre autres, ce qui va rester au niveau départemental, que va changer l'apparition du Grand Paris etc.

Il apparaît par ailleurs que l'expérimentation en cours en Seine Saint Denis sur le service territorial de santé au public, en préfiguration du projet de loi de santé soit prématurée, alors même qu'elle n'a pas été discutée au parlement et encore moins votée. Il est regrettable que la CT n'ait pas été associée à cette démarche.

La séance est close.

Le prochain bureau de la CT se déroulera le mercredi 04 mars 2015 à la DT93, précédant la plénière du mercredi 11 mars 2015 à la salle de conférence de la CPAM de Bobigny – 195 avenue Paul Vaillant Couturier.

Le Président de la conférence de territoire


Pierre LAPORTE

ANNEXE

Liste des membres présents :

Membres titulaires :

Mr Pierre LAPORTE, président

Dr Thierry GOMBEAUD, vice-président

Dr Thierry ALBERT, Mme Hélène DEWET, Mr Daniel LAPIE, Dr Mardoche SEBBAG, Dr Georges SIAVELLIS, Mme Joëlle MAURIN, Mme Catherine OLLIVET, Dr Jean-Pierre SALA, Pr Bernard PISSARRO, Mme Fabienne GENTIL

Membres suppléants :

Mr Pierre MALHERBE, Mme Françoise DAIGREMONT, Mr Jean-Claude LOCATELLI, Mme Mireille MINCHIN

Invités permanents :

Mme Marion VAN WONTERGHEM

Invités :

Mme Maria DELPINO MERCADER (Elue à la santé - Aubervilliers)

Dr Fabrice GIRAUX (Directeur à la santé)

Mme Delphine HAMMEL (Conseil Général)