

Conférence de territoire du département de la Seine Saint Denis

Le vendredi 23 novembre 2012  
14h00

CPAM de Bobigny : salle de conférence

L'ordre du jour est le suivant :

- Retour du groupe de travail relatif au SROS Hospitalier.
- Présentation du PRS.

*Cf documentation adressée aux membres de la CT*

M. LAPORTE président de la CT, entame la plénière.

Il annonce que le Projet Régional de Santé est actuellement accompli.

La période des consultations formelles qui a suivi, doit s'achever le 27 novembre.

Il reste à examiner le retour du groupe de travail relatif au SROS Hospitalier du 26 octobre 2012.

Après lecture du document, il souhaite que les membres de la CT s'expriment sur le sujet, qu'ils soumettent les modifications ou rajouts à y apporter avant transmission à l'ARS.

Il précise que les délais impartis au SROS Hospitalier ont été relativement brefs entre l'information et l'étude du sujet.

L'appréciation qui découle de ce SROS pour la Seine-St-Denis dans sa déclinaison territoriale, n'est pas un projet.

Un constat est fait au niveau des difficultés existantes dans certains services hospitaliers, tels que la nécessité d'éventuels regroupements ou la fragilité de certaines structures dans le secteur privé engendrant un risque de fermeture.

La réponse que l'on peut concéder c'est la réorganisation, mais la question fondamentale reste le taux de fuite du département vers d'autres structures.

Il continue la lecture avant de laisser place aux discussions.

**Discussions :**

**Mme OLLIVET** trouve qu'en tant que représentante des usagers, certaines phrases sont trop incisives ou trop floues, ce volet hospitalier n'est pas assez concret.

Elle regrette que le groupe n'ait pas été constitué d'au moins un représentant de l'AP-HP.

Elle souhaiterait également quelques précisions dans les actions suggérées, sur la phrase « *Ils ont pour corollaire l'ouverture de l'hôpital sur la ville* » (§2 – page 3).

---

---

**Dr GOMBEAUD** précise que le résultat de ce groupe est le véhicule de certains participants, qui ont constaté des problèmes croissants. Ce groupe n'avait pas pour prérogative de soumettre des solutions et de remédier aux problèmes.

Le but de cette conférence est de débattre des difficultés, de voir si elles sont compatibles avec celles du territoire et de soumettre des pistes de solution.

Par ailleurs il a été évoqué qu'il y avait des difficultés dans ce SROS qui ne sont pas abordées, ou de façon marginale. Il y a une analyse globale faite de la situation qui est à peu près cohérente, et des réponses inappropriées aux difficultés à venir.

Bien que la Seine-Saint-Denis soit considérée comme un problème prioritaire par la tutelle en matières sanitaire et sociale, il n'y a pas d'issue à tous ces problèmes d'urgence. Comment peut-on y remédier !

**Mme OLLIVET** se contenter de dire qu'il y a 40% de taux de fuite ne paraît pas satisfaisant, ça mérite d'être affiné.

**Dr GOMBEAUD** précise qu'il est utopique de fournir une explication sur cette constatation, cela demanderait un travail titanesque, ces problématiques dépassent les moyens du groupe.

**Mr FEUTRIE** rapporte que concrètement, on a le sentiment que ce volet territorial ne répond pas à la problématique de la Seine-Saint-Denis qui a été mis en évidence par le PSRS et le SROS.

Il est faux de dire que le SROS annonce une priorité en Seine-Saint-Denis.

Il affiche une priorité sur la démographie médicale et paramédicale, avec des actions qui dans l'ensemble ne sont pas à la hauteur des enjeux.

Le SROS n'est donc pas à la hauteur du diagnostic qu'il pose.

Pour autant les actions insufflées par le groupe apparaissent irréalistes et incantatoires, au regard du contexte et des leviers d'action dont dispose l'ARS.

Le rapport du groupe énonce également, que le SROS fait un certain nombre de préconisations et de recommandations sur le volet territorial de la Seine-Saint-Denis. La conférence de territoire est-elle d'accord avec ces propositions ?

Il faut moins d'incantations et plus d'opérationnalité ou alors se contenter d'un 1<sup>er</sup> avis consistant à dire qu'effectivement il y a un décalage entre le diagnostic et le niveau du SROS. Ça n'est pas à la CT seule de trouver des solutions, on peut néanmoins suggérer des pistes plus opérationnelles et plus immédiates.

La Ministre a annoncé un renforcement des « crédits MIG »\* au niveau national, dans ce cas réclamons pour la Seine-Saint-Denis des crédits MIG au titre de la précarité, dès 2013.

**Mme DEWET** fait une parenthèse : il y a une vingtaine d'années lorsqu'elle était infirmière à l'EPS de Ville-Evrard, l'établissement s'était intéressé au problème de la sectorisation.

Elle se demande pourquoi nous ne sommes pas capables de nous projeter pour aller de l'avant, ce qui aurait permis aujourd'hui d'avoir un plateau d'excellence.

\* **Crédits MIG (Mission d'Intérêt Général) :**

*crédits alloués aux établissements de santé publique ou privée pour permettre l'exercice de missions de service public ou des actions de santé publique.*

**Mme DERMER** rajoute aux dires de Mr FEUTRIE, que le privé a un certain nombre de missions qu'il remplit aussi, au même titre que le public.

**Dr GOMBEAUD** précise que l'absence de solutions est aussi dramatique pour les uns que pour les autres

**Mme BEAU** trouve que les jugements portés par la CT sur le travail de groupe auquel elle a participé, sont bien rigoureux.

Le groupe a tenté de proposer quelques solutions.

On critique le projet du schéma, cependant est-il plus réaliste de parler de « crédits MIG », et d'attendre qu'au niveau national une action d'envergure soit déclenchée au profit de la Seine-Saint-Denis, alors même qu'au niveau régional ces priorités ne sont pas définies !

Le taux de fuite s'explique par le fait que trop peu de professionnels choisissent la Seine-Saint-Denis, ce qui génère une insatisfaction qualitative. Le département présente une carence incontestable de médecins et chirurgiens qualifiés

L'idée de créer des pôles d'excellence, de faire venir des équipes compétentes, de greffer autour des établissements des médecins libéraux en ville, de dynamiser des actions de formations etc... est une façon concrète de répondre à ce taux de fuite.

Il faut créer une dynamique et faire revivre une offre.

Pour appâter ces équipes qualifiées vers la Seine-Saint-Denis, il faut leur offrir des conditions de travail et d'exercice meilleures que celles qu'ils ont actuellement dans leurs hôpitaux d'origine, et trouver les moyens suffisants qui leur donneront l'envie de travailler ailleurs que dans le centre de la région.

Quant aux moyens en ingénierie de projets, ce sont des actions qui demandent énormément d'investissement, du temps et de la technique.

L'ARS en dégageant des ressources très modestes aux regards des enjeux, pourrait peut être nous aider en mettant à notre disposition des compétences.

Ces actions ne répondent probablement pas en totalité aux problèmes posés, néanmoins elles permettent d'engager le département dans une autre direction que celle de l'extinction progressive des autorisations, faute d'atteindre des seuils de destruction d'équipes attirées vers les établissements, ou les conditions de travail sont meilleures.

Si on ne revoit pas les choses autrement, dans 5 ans on pourra constater que c'est encore plus difficile.

Notre responsabilité n'est pas d'être dans le lamento, c'est de convaincre nos autorités de tutelle, de faire des propositions et d'essayer de « renverser la vapeur ».

**Dr BORDARD** souhaite avoir des précisions sur la définition du taux de fuite.

**Mr KIRSCHEN** précise que le taux de fuite est la comparaison du nombre de séjours hospitaliers selon qu'ils sont dans le département, ou hors du département, sur l'ensemble de la région Ile-de-France. Les départements sont pratiquement tous exportateurs de séjours hospitaliers.

Si l'on regarde le bassin de vie autour de Melun, le 1<sup>er</sup> hôpital de la population est Henri Mondor à Créteil, ce qui prouve qu'il y a des phénomènes d'utilisation d'établissements hospitaliers qui se caractérisent par des réseaux de recrutement, et par des questions importantes d'axes de déplacement. Créteil est aisément accessible depuis Melun.

Les axes de circulation en Seine-Saint-Denis sont des axes différents.

Il est difficile de savoir à quoi fait référence le taux de fuite.



Il peut également correspondre à l'envoi d'un patient dans un établissement hospitalier plutôt que dans un autre, sur demande de son médecin traitant.

C'est un sujet qui fait parti des discussions à approfondir.

**Mr LAPORTE** souligne qu'il faut que l'on arrive à avoir un texte qui réponde au consensus. A défaut celui-ci pourra être reporté.

Il poursuit la lecture du texte :

page 2 de la contribution « *Constat partagé par le groupe de travail* » :

- **Alinéa** : « *L'analyse de la situation proposée par le SROS est insuffisamment précise..... dans les systèmes d'information sanitaires* » :

**Mr FEUTRIE** trouve que dans le PSRS, le diagnostic concernant la Seine-Saint-Denis est assez précis, notamment sur le plan de la mortalité, morbidité, social et autres, on ne manque pas de donnés. Ce qui démontre qu'on a une situation particulièrement spécifique que met en évidence le SROS.

**Mr DEBEUGNY** exprime son désaccord vis-à-vis de ces allégations : il ne faut pas seulement s'arrêter aux grands indicateurs que sont la mortalité et la morbidité. Pour avoir un diagnostic transparent, il faut aller beaucoup plus loin à l'intérieur du territoire pour connaître les besoins, savoir où ils sont installés, quels types de soins sont proposés, selon quels modes d'exercice etc ... Or ce sont souvent des moyennes qui sont présentées, ce qui ne représente pas forcément les temps de travail et les disponibilités des professionnels de santé.

Modification apportée à l'alinéa avec accord de la CT :

« *L'analyse de la situation proposée par le SROS hospitalier est pertinente mais insuffisamment précise..... dans les systèmes d'information sanitaires* »

- **Alinéa** : « *les priorités posées pour la Seine-Saint-Denis par l'ARS (rénovation du groupe AP-HP 93,.....modes de coopération),ne sont pas nécessairement partagées par le groupe de travail* »

**Mr LAPORTE** si on traduit mal le propos, on peut se poser la question suivante :

« Pourquoi la rénovation du groupe AP-HP93 pourrait paraître comme une volonté que ça ne soit pas rénové » ?

**Mme BEAU** cela vient peut être de la formulation. On ne conteste pas en soit l'idée, mais est-elle suffisante par rapport au problème posé !

Modification apportée à l'alinéa avec accord de la CT :

Enlever tout le descriptif (rénovation,.....modes de coopération)

page 3 de la contribution :

- **Alinéa** : « *Dans ce contexte, les perspectives tracées par le SROS .....une demande non satisfaite par les moyens disponibles*»,



**Mr LOCRET** précise qu'en Seine-Saint-Denis le niveau d'équipement (immobilier, lit, hospitalisation et autres) n'est pas si mauvais que cela.

La difficulté est de savoir convaincre les praticiens d'y rester (il rappelle l'hôpital de Montreuil qui a été rénové grâce à de grosses enveloppes d'investissement et qui malgré tout, n'a pas empêché certaines équipes médicales d'aller sur d'autres services parisiens, qui ne sont peut être pas forcément meilleurs.

Quels sont les moyens mis en œuvre :

- pour nous aider à convaincre les professionnels de santé ?
- pour aider les patients à prioriser nos établissements (en dehors de ceux qui ont des voies d'accès beaucoup plus rapides) ?

Il faut essayer néanmoins assisté et aidé par l'ARS, de proposer des projets qui nous permettent de conserver nos professionnels de santé.

**Dr FELLOUS** revient sur le « taux de fuite ». Dans la réalité et le quotidien cette « fuite » correspond à des liens qu'ont un certains nombres de nos médecins du département avec des médecins parisiens. Ces liens anciens peuvent se traduire par des liens amicaux, professionnels ou venants d'études.

Le travail à faire est de permettre aux médecins de terrain de 1<sup>ère</sup> offre, d'avoir un réseau de répondants dans le département, et ce travail doit être fait dans la profession et entre médecins.

Nonobstant l'attrait parisien, si on leur donne un environnement, des relations avec les différentes autorités du département, une facilité, une ingénierie pour mettre en place des projets, ils resteront.

Concernant les étudiants sur lesquels le conseil de l'ordre avait fait une étude. Il a été constaté que sur une cohorte de 5 années d'étudiants en fin d'études, simplement 20% d'entre eux se retrouvaient dans le département 10 ans après.

**Mme OLLIVET** précise que ça ne marche pas qu'à sens unique. Ça n'est pas qu'aux médecins de faire savoir ce qui se passe dans leurs hôpitaux, mais c'est aussi aux établissements d'informer les médecins de leurs ressources qualitatives.

C'est en améliorant les sorties d'hôpitaux, en instaurant un climat de confidentialité entre médecins de ville et patients, que les hôpitaux de proximité seront plébiscités.

**Dr GOMBEAUD** précise que le débat sur les fuites des professionnels, démontre bien qu'il est impossible de détailler plus dans un pareil texte. On rentre dans des circuits extrêmement complexes, pour le public comme pour le privé.

*- Alinéas : « Le nécessaire rééquilibrage de l'offre.....ne sont pas mises en œuvre ».  
« Il s'agit de disposer d'une capacité d'hospitalisation.....le meilleur rendement possible de ces moyens ; »*

*« L'enjeu consiste à renforcer l'attractivité du département,..... et d'atteindre les seuils d'activité requis. »*

**Mme OLLIVET** souhaiterait que l'objectif ne soit pas que de réduire les taux de fuite, mais de rendre le service nécessaire auprès de la population.

L'intérêt profond n'est pas de réduire les taux de fuite, il est de répondre aux besoins de la population.

**Mme BEAU** précise que néanmoins la qualité, la proximité et la capacité de l'offre de soins sont mentionnées et que les aspects qualitatifs et quantitatifs sont proches.

L'organisation des soins est aussi une façon de penser dans notre région,



Il faut prendre en compte la qualité des soins, la compétence des professionnels, l'organisation des services, les équipements mis à leur disposition ainsi que la proximité qui est le moyen de créer aussi des relations étroites entre la ville et les établissements de santé, et par conséquent de fluidifier et de compléter les choses.

Il faut également tenir compte de la quantité, s'il n'y a pas suffisamment de lits, d'équipements et de professionnels, les listes d'attente s'agrandissent et les gens vont ailleurs.  
Ces 3 aspects contribuent à ce taux de fuite.

Mme DERMER en fait nous sommes d'accord sur le fond, c'est simplement la manière de l'exprimer. Nous ne sommes pas dans un degré d'analyse, ce mode de taux de fuite est simplement le moyen de trouver de quoi s'accrocher mais en lui-même il ne suffit pas, et en l'état il n'y a pas de réponses concrètes.

Dr BRODART la question est de savoir si réellement on va avoir une réduction du taux de fuite ? Est-ce le but que l'on se fixe ?

Mr LAPORTE ce taux de fuite n'est pas la question principale, néanmoins il est la manifestation d'un phénomène où l'on se dit qu'il faut fermer ou regrouper des services ! Mais cela va-t-il améliorer les choses ?

Mr LOCRET précise qu'il n'est pas forcément convaincu que l'on manque aujourd'hui, de places ou de lits dans les établissements.

Il y a quand même des objectifs de développement de chirurgie ambulatoire, et aujourd'hui, nous sommes tous en train de repenser l'organisation de nos services et de nos places.

Mr LAPORTE fait remarquer qu'il n'est pas question dans le texte, de capacité de lits.

Mr LOCRET pense qu'il faut canaliser sur les équipes professionnelles, et ne pas laisser penser que les plateaux techniques sont mauvais et que les capacités d'hospitalisation sont insuffisantes.

page 3 de la contribution « Actions suggérées » :

- Alinéa : « Faire émerger des pôles d'excellence..... Ils ont pour corollaire l'ouverture de l'hôpital sur la ville »

Mr FEUTRIE précise qu'il est utopique de penser que l'on va favoriser le transfert d'équipes universitaires complètes !

Le SROS reconnaît son impuissance à mettre en œuvre, ce qu'ils appellent l'universalisation. Tout cela dépendra de la volonté des doyens.

On peut effectivement réclamer que la Seine-Saint-Denis soit prioritaire dans cette orientation et aller vers une territorialisation de la responsabilité des facultés de médecine.

Mr MALHERBE partage ces dires. C'est un problème qui dépasse l'AP-HP elle-même. Celle-ci ne rejette pas pour autant sa responsabilité régionale dans le monde universitaire.

Mme BEAU précise qu'on voit bien aujourd'hui qu'il y a une hypertrophie des moyens du centre de la région, où il y a beaucoup plus de ressources que la population parisienne n'en nécessiterait.

Pour irriguer le reste de la région, il faudrait soit supprimer des hôpitaux au centre de la région parisienne avec les difficultés que cela comporte, soit proposer à des services de déménager.



Or si l'on considère que chacun doit rester là où il est, on aura toujours des équipes très nombreuses au centre de la région et des patients qui vont là où sont les médecins.

A quoi sert de faire des schémas régionaux, si l'on constate que rien n'est possible !

Pourquoi cette idée devrait être éliminée du texte proposé à l'ARS, au profit d'argent et de « MIGAC »\* qui ne soignent jamais personnes ?

**Mr FEUTRIE** réitère que le transfert d'équipes universitaires complètes n'a aucun sens, et est impossible à obtenir.

Il faut s'inscrire dans la logique du SROS et faire que la Seine-Saint-Denis soit prioritaire avec les moyens d'action tels qu'ils existent déjà.

Il faut que l'ARS respecte ses engagements de réguler le nombre de postes d'internes et de spécialités agréées dans nos hôpitaux, en impliquant davantage l'APHP.

**Dr GOMBEAUD** suggère que l'on peut rajouter une phrase, en intégrant l'idée d'externalisation du système et en augmentant le nombre de postes d'internes et de titulaires dans le département.

**Dr FELLOUS** fait remarquer que le début du paragraphe indique bien « faire émerger des pôles d'excellence en Seine-Saint-Denis ». C'est bien ce que souhaite la CT.

**Mr FEUTRIE** faisons en sorte que dans toutes les orientations nous soyons prioritaires, plutôt que d'essayer de refaire le SROS à notre façon.

**Dr GOMBEAUD** précise que les établissements privés sont demandeurs de disposer d'internes titulaires.

#### page 4 de la contribution :

**Alinéa :** « Orienter les moyens disponibles en investissement.....à réduire les inégalités territoriales de santé ».

**Mr LOCRET** n'est pas certain que dans le 93, on soit plus infortuné que les autres au niveau de l'hôtellerie ou autres.

Dans différents secteurs de Paris intra-muros ou autres départements, il existe aussi des établissements qui ont des soucis de qualité d'hébergements ou de plateaux techniques.

**Mr FEUTRIE** ce qui gêne dans la formulation, c'est que l'on confirme une fois de plus la stigmatisation de la Seine-Saint-Denis. Il faut que l'on sorte de cette image qui est faite du département.

Prenons l'ARS au mot, on sait que plus de coopération et plus de complémentarité passent toujours entre autre, par de l'investissement.

A partir du moment où il y a une relance de l'aide à l'investissement annoncée par la Ministre pour fin 2013/2014, il faut que l'ARS soit logique et considère que la Seine-Saint-Denis soit quelque part, y compris pour le CHU, prioritaire pour ses établissements périphériques.

**Dr GOMBEAUD** est d'accord avec la nuance. En matière d'équipements tout est chiffré dans le SROS.

En effet, il parle d'augmentation pour le TEP Scan qui est de 25% pour le département, alors que si l'on regarde les chiffres d'augmentation sur l'ensemble de l'Ile-de-France, nous sommes à 45 ou 50%. Il y a en permanence, une contradiction dans ce SROS qui est des plus surprenantes.

\* *Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation*



Mr FEUTRIE n'est pas certain que cet exemple soit le meilleur, d'autres départements ont moins de TEP Scan avec une population quasi identique.

Mr LAPORTE propose de ne pas rentrer dans le détail mais de rappeler à la suite du dit alinéa de : « *favoriser la création de pôles d'excellence ou le développement de ceux qui sont existants, et de favoriser la coopération et aider le CHU* ».

Mme DERMER évoque le problème des mutuelles que les réseaux tentent de mettre en place dans le département, et qui enlèvent toute liberté aux patients voire aux praticiens.

Mr KIRSCHEN à la demande du Président, il rappelle les institutions qui ont donné une appréciation sur le PRS à savoir : les collectivités, le conseil régional, les conseils généraux, les communes et la CRSA.

En dehors de ces consultations réglementaires le Directeur Général de l'ARS a souhaité avoir un maximum de contributions, notamment celles des conférences de territoire.

Mr LAPORTE précise qu'au niveau de cette consultation, la position du département sera transmise ultérieurement. Le texte ayant été modifié en séance, l'avis ne sera communiqué qu'après modification du texte définitif.

Concernant les collectivités, à part le département et la région, il estime qu'il n'y aura pas plus de 3 communes qui auront participé aux délibérations du PRS. On constate une régression par rapport au PSRS sur lequel pratiquement toutes les collectivités de la Seine-Saint-Denis ont délibéré.

Le problème serait dû à un manque de rappel sur les délibérations à rendre.

Mr FEUTRIE fait remarquer que la CRSA doit voter le 27 novembre. Elle est constituée d'un représentant des conférences de territoire.

Il souhaite savoir quel est le représentant de la CT93 à la CRSA et comment il va procéder ?

Mr BOUHAFS précise qu'il y a effectivement des représentants des conférences de territoire au sein de la CRSA.

Pour la conférence de territoire de Seine-Saint-Denis, il s'agit de Mr CORROY, qui est le représentant du collège des établissements médicaux-sociaux, représentant de l'association APF.

Mr LAPORTE propose que la position de la CT93 sur le PRS si toutefois elle ne pouvait être portée par Mr CORROY à la CRSA pour la plénière du 27 novembre, soit néanmoins transmise à la CRSA ainsi qu'à l'ARS, dès le 26 novembre.

Mr LAPORTE nous fait lecture d'une partie du texte concernant la position du conseil général sur le PRS :

*Le département regrette que le PRS tel qu'il est actuellement proposé ne soit pas à la hauteur des enjeux sociaux et sanitaires que rencontre aujourd'hui et que rencontrera demain la Seine-Saint-Denis, à ce titre le CG93 préconise de renforcer le PRS selon les grandes orientations :*

- 1 - la lutte contre les inégalités en rééquilibrant les moyens entre territoires,*
- 2 - la définition élargie du champ de la prévention,*
- 3 - la fluidité de parcours et le développement des réseaux de santé,*
- 4 - l'élargissement de l'approche territoriale de la lutte contre les inégalités de santé.*



---

---

Pour résumer, la volonté du Président du conseil général a été de dire, que le PRS tel qu'il est ne correspond pas aux besoins du territoire. Cette position a été votée.

**Mme DERMER** précise qu'elle est d'accord avec cette synthèse.

Néanmoins elle possède un texte un peu plus étoffé, qui concerne le vœu du conseil général de la Seine-Saint-Denis adopté dans sa séance du 11 octobre 2012, dont elle rappelle quelques phrases :

- *l'hôpital public est pour nombre de nos concitoyennes et concitoyens, le seul recours pour disposer d'une offre de soins accessible et de qualité*
- *plus grave encore, un étranglement financier des hôpitaux publics est organisé par le biais du mode de tarification à l'activité dont seules profitent les structures qui produisent les actes les plus rentables.*
- *nous demandons : que puisse être réellement mis en œuvre l'accès pour tous à une offre de santé de proximité et de qualité par le service public hospitalier et réclamons que l'hôpital puisse convenablement assurer sa mission de service public au bénéfice de toutes nos populations.*

Elle est inquiète quant à l'énoncé de ce texte. La synthèse par elle-même est acceptable mais si derrière celle-ci ce vœu de ne disposer que d'hôpitaux publics dans le département sans imaginer un seul instant que le privé puisse rendre un quelconque service à cette population, est néanmoins dérangeant.

**Mr LAPORTE** entend la réprobation, toutefois il est normal qu'un conseil général défende l'hôpital public. Le CG a également émis des appréciations notamment sur la T2A ainsi que la loi HPST.

Il précise néanmoins qu'il est là pour faire part de la position du CG par rapport au PRS.

Le CG a donné un avis à travers un vœu, il faut le respecter comme tel même si l'on est par d'accord, et ce qui nous incombe aujourd'hui c'est d'avoir un avis de la conférence, même s'il n'est pas formel sur l'ensemble du PRS

Il propose de faire lecture d'un projet de texte sur le PRS aux membres de la CT, et que ceux-ci soumettent leurs remarques afin d'avoir en final un avis formalisé de la CT

Il propose que cet avis défavorable soit transmis à la CRSA.

**Mr KIRSCHEN** précise qu'il y a 4 représentants des conférences de territoire à la CRSA, et 8 conférences de territoire. Chaque CT a désigné un représentant.

Mr EVIN avait décidé qu'il y aurait une participation tournante aux conférences de territoire avec une répartition pour un premier mi-mandat, et un second mi-mandat, pour avoir des représentations petite et grande couronne.

Actuellement le représentant qui avait été élu, siège à la CRSA.

Toutefois les 4 représentants des CT ne sont pas les représentants de leur conférence de territoire mais les représentants des conférences de territoires.

**Dr FELLOUS** souligne que cela veut dire que le représentant de la CT93 va prendre une position dont il ne nous aura pas demandé la qualité.

**Mr LAPIE** précise qu'il faudrait contacter Mr CORROY, notre représentant à la CRSA qui est absent, et lui indiquer que bien que ça ne soit pas un mandat impératif, il serait bon qu'il tienne compte des débats et qu'il prenne connaissance des décisions prises.

**Mr LAPORTE** demande aux membres de la CT s'ils sont d'accord avec la position défavorable sur le PRS ?

Résultats :

15 : avis défavorables sur le PRS

0 : abstention

0 : contre l'avis défavorable

Texte définitif relatif à l'avis de la CT93 sur le PRS :

*Après plusieurs mois de travail, en séance plénière ou en groupes de travail ad hoc, la conférence de territoire de Seine-Saint-Denis s'est réunie le 23 novembre 2012 afin de se prononcer sur le PRS, remis pour concertation par l'ARS IDF.*

*Les membres de la CT se félicitent des réflexions partagées, des travaux communs que ce cadre de concertation a permis.*

*Ils regrettent toutefois que la charge de travail, générée notamment par l'examen concomitant des CLS et des différents schémas et programmes constitutifs du PRS, n'a pas permis une qualité de travail à la hauteur des ambitions des membres.*

*Concernant le PRS, après examen, la CT de Seine-Saint-Denis :*

*- partage l'état des lieux sanitaire et social, notamment pour ce qui concerne la SSD.*

*- regrette, aux regards des problématiques et des enjeux qui y sont soulignés, que les propositions du PRS ne soient pas à la hauteur des enjeux.*

*- regrette enfin que les moyens alloués soient insuffisants.*

*En conséquence, la CT93 émet un avis défavorable sur le PRS tel qu'il est aujourd'hui présenté.*

*La CT93, ayant fourni un travail collectif sur le PRS, et les programmes et schémas qu'il comporte, portera le fruit de ses réflexions à l'ARS et la CRSA.*

*Elle entend par ailleurs et dans le même temps poursuivre son travail afin d'émettre des propositions qui soient adaptées aux enjeux sanitaires et sociaux de la population de SSD pour aujourd'hui et pour demain, et souhaite être consultée et informée sur la mise en œuvre du PRS.*

Il propose que cet avis, ainsi que la contribution du groupe de travail modifiée, soient transmis à l'ARS ainsi qu'à la CRSA.

Le Président clôt la séance

Le Président de la conférence de territoire

  
Pierre LAPORTE