

## COMPTE-RENDU

### Conseil Territorial de Santé de la Seine Saint Denis

du vendredi 31 mars 2017 - 14h00

#### Préfecture de Bobigny - salle des assemblées du conseil départemental

*La liste des membres présents figure en annexe.*

L'ordre du jour est le suivant :

- Introduction de Monsieur Jean-Pierre ROBELET, Directeur adjoint de l'ARS Ile-de-France
- Présentation des missions du Conseil Territorial de Santé
- Election du Président et Vice-président
- Présentation du diagnostic territorial par Monsieur Jean-Philippe HORREARD, Délégué Départemental

*Participants : 54 (37 titulaires/17 suppléants)*

*Quorum : 46/16*

#### **(1) Cf documentation adressée aux membres du CTS**

#### **Introduction de Monsieur Pierre ROBELET (1)**

M Jean-Pierre Robelet, directeur adjoint de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, introduit la séance en remerciant les participants pour leur présence, et leur prochaine collaboration au CTS93, puis M Pierre LAPORTE vice-président du Conseil Départemental, pour le prêt de la salle.

Il est flatté de lancer l'installation de ce conseil territorial de santé qui est important pour l'ARS, et qui réunit tous les acteurs qui participent à l'amélioration du système de santé.

La démocratie en santé, a débuté par la reconnaissance du droit des malades, leur information et le droit aux consentements aux soins, pour aboutir à des conférences territoriales dont le mandat a été prorogé jusqu'à l'installation des conseils territoriaux de santé le 30 décembre 2016.

Il remercie ceux et celles qui se sont investis dans ces conférences.

Le Conseil Territorial de Santé s'inscrit dans une continuité, dont le fond est d'émettre des avis, et faire des propositions issues de l'analyse des besoins et des spécificités du territoire, sur des thèmes tels que le handicap, la santé mentale, l'offre de soins médico-sociale, le vieillissement et autres.

Les Présidents des conférences territoriales ont transmis un bilan d'après leurs expériences dont il ressort 2 points essentiels :

- Le nombre important de réunions et d'échanges sur des questions précises.
- Le manque de restitution des propositions et avis qui ont été rendus.

C'est un point sur lequel l'ARS attachera plus d'importance dans le conseil territorial de santé, et sur lequel elle s'engage à assurer le suivi des différentes remontées.

Des moyens sont mis à la disposition du CTS notamment le soutien de Monsieur Jean-Philippe HORREARD Délégué départemental, du futur Président du CTS<sup>93</sup>, et du pôle démocratie en santé de l'ARS, représenté par Messieurs Tanguy BODIN, Arnaud de la SEIGLIÈRE et Arnaud BLANDEYRAC.

L'Agence ne lésinera pas sur les moyens à mettre à la disposition du CTS, notamment pour l'organisation de séminaires ou pour recourir à d'autres partenaires en cas de besoin.

Le premier travail consiste à l'élaboration du prochain PRS<sup>1</sup> programmé sur 5 ans.

Il devra constituer une feuille de route, partagée entre l'Agence, ses partenaires et les Franciliens, avec des objectifs ambitieux mais réalistes, un calendrier de mise en œuvre progressive, un suivi régulier des avancées et des réajustements en cours de route si besoin.

L'objectif est de faire de ce PRS, un projet stratégique opérationnel au service de la santé des Franciliens, avec un défi majeur, celui de la réduction des inégalités de santé.

Le PRS de l'Île-de-France est structuré autour de 5 axes stratégiques :

- 1 - L'amélioration du parcours de santé.
- 2 - L'amélioration de la réponse aux besoins.
- 3 - L'innovation.
- 4 - Permettre à chaque francilien d'être acteur de sa santé.
- 5 - Mobiliser les politiques publiques de la santé.

Une obligation de par la loi, faire un cadre d'orientation stratégique sur les 10 années à venir, avec une nouveauté contrairement au premier PRS, un seul schéma balayant les éventuelles frontières entre les missions précitées.

Une exception, le PRAPS<sup>2</sup> sur 5 ans exigés par la loi, pour faciliter l'accès et l'égalité au système de santé et améliorer la cohérence dans le parcours des personnes les plus démunies.

5 Programmes de mise en œuvre :

- 1 - L'allocation de ressources financières, avec un fond d'intervention régional pour lequel il faudra cibler les investissements à prioriser.
- 2 - Des ressources humaines en santé, notamment des infirmières qui participent au quotidien à l'amélioration de la santé de l'individu.
- 3 - Des appuis aux établissements pour l'aide à la transformation.
- 4 - Le traitement de l'information.
- 5 - Le déploiement territorial. La politique de santé au niveau national doit être adaptée aux besoins et aux caractéristiques de chaque territoire.

C'est à ce titre, qu'il a été déterminé en septembre dernier, de faire du département le territoire de la démocratie en santé, d'où ce conseil territorial de santé. Pour l'ARS, le département est un échelon pratique, intéressant et pertinent pour l'observation de la santé. Néanmoins, le même territoire ne peut pas être utilisé pour tous les problèmes, il doit être adapté selon les sujets.

Concernant le calendrier, les travaux ont été lancés avant l'installation du conseil territorial de santé. Actuellement aucun n'est finalisé. Une partie a été présentée à la CRSA. Les débats sont donc ouverts au CTS, afin qu'il puisse donner son avis sur ce qui a déjà été fait. Il sera consulté en priorité pour le Programme Régional de Santé, notamment sur des sujets plus localisés, de par sa connaissance du terrain sur le département.

Il clôture son intervention en précisant la constitution d'un compte-rendu du diagnostic départemental, où seront mentionnés les points positifs et négatifs. Chacun sera amené à le compléter et à donner son avis.

Il adresse à nouveau ses remerciements à l'assemblée, en comptant à l'avenir, sur la participation de chacun.

Le Professeur Bernard PISSARRO, en tant que doyen de l'assemblée, prend le relais pour présider la séance avant l'élection du Président et Vice-président.

Il cède la parole à Madame Fadela BENRABIA, Préfète de la Seine-Saint-Denis, déléguée à l'égalité des chances.

**Mme Fadela BENRABIA** remercie le DGA, le Professeur PISSARRO, les élus et l'ensemble de l'assemblée pour leur présence. Elle souhaite s'exprimer sur l'intérêt qu'elle partage avec M HORREARD et l'ensemble des services, aux problèmes de santé en Seine-Saint-Denis, et renouveler à quel point ce département est impacté par ces sujets. Elle est satisfaite que ce conseil territorial ait mobilisé une grande diversité d'acteurs dans une même instance, l'intérêt étant de les fidéliser et de les intéresser durablement à l'élaboration du PRS et à son suivi.

<sup>1</sup> PRS Programme Régional de Santé

<sup>2</sup> PRAPS Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

Ce conseil territorial de santé va contribuer à l'élaboration d'un programme régional de santé, en démarrant par le bas pour le faire remonter, ce qui le singularise par rapport à d'autres programmes régionaux qui cherchent par la suite, une déclinaison territoriale. Cette démarche descendante a montré parfois dans certaines politiques publiques sont manqué d'efficacité, alors qu'un travail qui découle d'un diagnostic sur la réalité des besoins avec une identification de pistes et des réponses publiques en matière de santé, pourrait mobiliser d'autant mieux l'ensemble des participants présents aujourd'hui.

La question des inégalités de santé est importante, dans un contexte qui concentre à la fois la précarité, le logement très dégradé privé ou social, des mutations qui se font aux dépens même de la santé des personnes et des situations d'habitats privés des copropriétés, qui sont des niches à difficultés majeures, notamment à incendie.

Le département est constamment en état d'urgence, les questions de santé sont quasiment indissociables des autres questions à la fois de formation, de santé, de logement, d'environnement, d'énergie etc. Ces questions sont interconnectées et presque interdépendantes.

Au titre de la politique de la ville, il faut pouvoir répondre rapidement à des situations qui s'expriment sur le territoire, pour lesquelles l'ARS et l'ensemble des acteurs sont souvent sollicités.

Il faut pouvoir expérimenter de façon sécurisée, et apporter des réponses qui soient encadrées à toute personne en état de nécessité sur certains territoires.

Beaucoup de travail reste à étudier, la question des instances locales, le comité local de santé mentale, sont des sujets importants, il faut peut-être les associer, travailler avec eux ou les auditionner.

La prise en compte de la place des usagers est aussi intéressante. La politique de la ville a fait cette expérimentation l'année dernière, en créant des conseils citoyens pour faire des transformations qui touchent les quartiers prioritaires. Un enjeu qui concerne ceux qui vivent au sein de ces quartiers. La tâche n'est pas facile, mais on peut déjà constater que dans certains cas il n'y aura pas de retour en arrière.

Concernant les élections à la présidence et à la vice-présidence du CTS, elle souligne qu'il y a une floraison de candidatures, ce qui traduit l'intérêt que chacun porte à cette instance sur les sujets importants qu'ils devront traiter. Ce sera une grande exigence et une responsabilité essentielle pour ceux qui vont la présider, d'apporter et de conduire un travail qui devra être le plus opérationnel.

Pour l'ARS, cela veut dire une obligation de pouvoir rendre le plus lisible la traçabilité des décisions, qui pourront être prises dans le droit fil des propositions qui auront été faites par ce conseil territorial de santé.

Elle souhaite pouvoir participer à chacune des réunions.

## Présentation des missions du Conseil Territorial de Santé (1)

**Dr Arnaud de LA SEIGLIERE (ARS)** commente le PPT transmis aux membres du CTS en 4 points :

- Les conseils territoriaux de santé
- La composition du CTS
- Les modalités de fonctionnement
- Les missions

**Pr Bernard PISSARRO** consulte l'assemblée sur les éventuelles interrogations avant le passage à l'élection du Président et du Vice-président.

**Mme Karine DIDI** (Réseau Océane) souhaite avoir des précisions sur le mode opératoire des plates-formes territoriales.

**Dr Arnaud de LA SEIGLIERE** rappelle que la loi stipule que le CTS est informé de la création des plates-formes territoriales d'appui à la coordination. Néanmoins, toutes les propositions et pistes de travail qui seront adressées au DG, qui pourront répondre aux besoins de la population et faire évoluer le système, seront les bienvenues.

**Mme Sophie ALBERT** (Directrice de l'EPS de Ville-Evrard) souhaite quelques précisions sur la réalisation du diagnostic territorial partagé, notamment le comité psychiatrique de territoire, dont le décret est sorti fin d'année 2016, et pour lequel l'article 69 demande qu'il soit écrit en mettant autour de la table les acteurs qui veulent y adhérer.

**Dr Arnaud de LA SEIGLIERE** distingue 2 choses :

- Le diagnostic territorial partagé, pour lequel le DG a rappelé qu'il était important d'y travailler rapidement.
- Le diagnostic de santé mentale, pour lequel le CTS sera amené à donner un avis. Dans le cadre de la commission spécialisée en santé mentale, ceux qui souhaiteront investir ce domaine, pourront travailler à ce diagnostic.

**Pr Bernard PISSARRO** rappelle que la conférence de territoire à l'issue de son mandat, avait émis un vœu que M Pierre LAPORTE souhaite communiquer à l'assemblée, afin qu'elle puisse en apprécier les avancées et les problématiques rencontrées au cours des 5 années passées.

**M Pierre LAPORTE**

Vœu de la CT93 au Conseil de Territoire en Santé de Seine Saint Denis - 6 janvier 2017.

La Conférence de Territoire de Seine-Saint-Denis laisse la place au Conseil de Territoire en Santé au premier janvier 2017.

Lors de sa dernière réunion de Novembre, elle a souhaité transmettre sous forme d'un vœu (c'est de saison) quelques réflexions synthétiques sur son bilan mais aussi quelques réflexions sur les compétences du CTS et la construction du PRS2.

Nous avons également joint l'ensemble des comptes rendus de nos réunions encore disponibles sur le site de l'ARS.

Bien entendu, il appartient au CTS de se déterminer lui-même sur son activité mais il serait dommage de ne pas s'appuyer sur les réflexions issues de l'activité de la Conférence de Territoire durant 5 ans.

Évidemment, une partie des membres actuels se retrouveront dans le conseil et en constitueront la mémoire vivante.

**I) Bilan de l'activité et propositions :**

Lors de la mise en place par Monsieur Claude Evin de la Conférence de Territoire, la salle de la bourse du travail de Bobigny était bien remplie et les débats furent parfois vifs pour la composition du bureau, la présidence et la vice-présidence.

Il ne s'agissait pas d'une querelle de personnes mais chacun, professionnel de santé, association, élu, pensait pouvoir enfin faire avancer des propositions qui concernaient son secteur.

Si les premières réunions firent salle comble, en salle de conférences de la CPAM qui nous a accueilli dans d'excellentes conditions durant ces 5 ans, la participation s'est effilochée au fil du temps pour des raisons que nous allons décrire et qui doivent contribuer à la réflexion du CTS.

La première d'entre elles est que nous fumes confrontés à la lecture et à la compréhension des 2400 pages du PRS1 et de ses schémas.

Lecture instructive mais que peu de monde avait la possibilité de mener de manière approfondie.

Nuancions ce propos car quelques schémas ont fait l'objet de nombreuses observations remontées par écrit à l'ARS.

**Mais, nouvelle difficulté particulièrement problématique pour une instance de démocratie en santé, nos avis et propositions n'ont pas eu, ou peu eu de retours de la part de l'ARS. Cette situation a entraîné naturellement une interrogation forte sur l'intérêt de se réunir et de travailler sur des avis et propositions.**

**Ce n'est pas seulement une observation de la CT 93 mais bien ce qui remonte de l'ensemble des CT.**

La CT 93 s'était demandée qui ferait l'évaluation de l'ARS dans la mise en œuvre du PRS 1, nous constatons que cette évaluation est rendue difficile car les moyens nécessaires n'avaient pas été prévus au départ. Nous pouvons également être inquiets du fait que les CT n'ont pas pu participer à toute l'évaluation du PRS1 sur lequel elles avaient travaillé et que le nouveau CTS va se retrouver, lors de sa mise en place, dans une situation similaire à celle de la création des CT avec une charge de travail considérable.

Par ailleurs, les délais plus que serrés de construction du PRS 2 rendent problématique la mise en œuvre de la démocratie en santé. (Voir l'avis de la CRSA)

Nous avons souhaité que s'achève rapidement cette séquence d'examen du PRS 1 et de ses schémas afin de pouvoir aborder les questions spécifiques au territoire de la Seine-Saint-Denis. Ce qui fut fait par la construction d'un volet territorial rédigé par la DT ARS.

Évoquant la DT ARS, il est important de souligner qu'elle nous a apporté une aide permanente et importante. Il faut le souligner car les autres Conférences de Territoire n'ont pas été aussi soutenues.

Pour certaines, l'aide était quasi inexistante quand elle ne se traduisait pas par des désaccords CT/DT ARS.

Nous avons enchaîné la fin du PRS avec la mise en place des CLS de première génération. Cette phase aurait pu être un moyen pour la CT de traiter des sujets plus locaux, de sensibiliser davantage les acteurs aux problématiques territoriales, et d'avancer des propositions.

Mais faut bien mesurer que 20 CLS, cela représente 20 séances complètes de la CT. D'autant que chaque CLS présente au moins une centaine de pages, débutant par des données socio-économiques de la population, la cartographie de la présence des professionnels, leur évolution démographique. Avant de passer aux axes de travail du CLS, leurs déclinaisons opérationnelles et les phases de suivi sous forme participatives

Nous étions face à un paradoxe : alors que nous étions en attente d'avoir le temps de travailler sur la réalité du territoire et d'essayer de faire émerger des pistes de propositions à l'échelle départementale, les CLS nous donnaient énormément d'informations sur l'échelon communal. Les CLS permettaient également de mettre en place une structure de démocratie en santé à l'échelon municipal. Par contre nous n'avions ni le temps, ni les moyens de mettre en cohérence toutes les informations issues des CLS.

C'est à ce point de bilan qu'il nous faut souligner une contradiction de la démocratie en santé telle qu'elle existe.

**La coordination CRSA / CT est insuffisante et l'articulation entre les CLS qui peuvent, s'il y a volonté, être un espace de démocratie en santé locale, d'une part, et les CT, d'autre part, n'est pas réellement pris en compte.**

**C'est pour cela que dans notre avis à l'ARS sur le territoire pertinent des CTS, nous avons proposé que des représentants des CLS soient invités permanents des CTS. C'est ce que nous vous proposons de faire à partir de 2017 et que nous avons commencé à mettre en place.**

Pour en revenir à la charge de travail, il faut également souligner qu'aux CLS de 1ère génération ont succédé les CLS2.

L'ARS aurait dû mieux prendre en compte la participation de la CT à la construction et au suivi des CLS. Ainsi, dans un département comme le nôtre avec plus de 20 CLS c'est-à-dire la moitié des villes et une large majorité de la population, l'analyse des informations recueillies, leur regroupement sur des bassins plus larges auraient pu être le cœur de l'activité de la CT.

Encore un mot sur la participation aux CT. La tendance dans les différentes CT a été à la baisse de participation mais en parallèle s'est constitué un double mouvement. Les personnes désignées par collège comme le définit la loi ont été remplacées par des personnes intéressées par un thème ou venues des CLS.

Les présidents de CT, pensent que la rigidité de la composition des collèges définis par la loi permet la diversité mais ne correspond pas à la réalité de l'expérience des CT. Les CT qui montrent encore une bonne participation aujourd'hui, sont celles qui ont invité autour de thèmes, au-delà des membres de la CT. Nous ne l'avons sans doute pas assez fait. Et celles qui ont organisé des réunions d'élus sur les problématiques de leurs territoires. Ce que nous n'avons pas fait non plus. Ce dernier exemple montre justement les limites du format des conférences de territoire en santé et l'absence notoire de prise en compte de l'expérience par la loi.

La solution réside sans doute sur trois axes, lien CTS/CLS, conférence à thèmes, relations avec les élus.

Ce que nous avons proposé sous la forme d'invitation de représentants des CLS, et de réunions décentralisées des CTS sur les territoires.

Une dernière question est celle des jours et heures de réunion des CTS qui impliquent l'exclusion de certains publics. Rappelons cependant que notre conférence thématique sur les pathologies cardio-vasculaires s'était tenue un samedi matin.

A la fin de ce chapitre il nous paraît important de souligner que la création de la Conférence de Territoire a été une étape de la démocratie en santé et que nos critiques marquent notre volonté de faire vivre pleinement cette dernière.

**II ) Les nouvelles compétences des Conseils de Territoire de Santé par rapport aux Conférences de Territoire :**

En préambule, il faut dire un mot du contexte dans lequel vont évoluer les CTS et particulièrement la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire. Celle-ci s'est faite à marche forcée sous la double pression de la démographie médicale et surtout de la baisse très sensible de l'ONDAM, s'appuyant également sur le virage ambulatoire.

Ces évolutions se déroulent en dehors du PRS1 et sans qu'elles soient prises en compte dans la préparation du PRS 2.

La CT est unanime sur la nécessité de développer les coopérations entre hôpitaux et les hôpitaux et les villes, mais elle demeure très inquiète sur les conséquences de la création des GHT dont le socle est malgré tout la réduction des dépenses de santé.

Les CTS vont comporter deux dispositifs innovants, la commission en santé mentale et le dispositif expérimental en médiation.

Si la création d'une commission en santé mentale, qui doit être absolument reliée aux Conseils Locaux de Santé Mentale, nous paraît être une évolution importante, par contre nous ne percevons pas le rôle de la CTS dans le dispositif expérimental en médiation.

**Pour les membres de la CT, l'avancée essentielle serait d'obtenir des réponses aux propositions et suggestions formulées et transmises à l'ARS. C'était vrai pour la CT, ce sera vrai pour le CTS.**

Les innovations induites par la loi vont amener une charge de travail importante que les CTS ne pourront pas supporter dans les conditions actuelles d'aide des Délégations territoriales de l'ARS.

La loi qui porte à 21 et 12 le nombre maximum de participants à chacune de ces commissions ne tient pas compte de la réalité du fonctionnement des CTS. Comment imaginer qu'une personne participe au CTS, au bureau, aux réunions de l'une ou l'autre commission et éventuellement à des groupes de travail ?

La réponse se trouve plutôt dans des groupes restreints qui s'appuient sur des apports extérieurs, représentants des CLSM, des CDU d'établissements sanitaires, en fonction des commissions. Conjuguant ainsi la richesse des apports extérieurs et de ce fait développant le rôle de partage de savoirs et d'expérience du CTS plutôt que de contribuer à l'épuisement de ses membres.

Étant donné les dispositifs existants et les conditions de travail du CTS évoquées plus haut, la conférence de territoire du 93 ne voit pas l'intérêt d'expérimenter le dispositif de médiation.

En conclusion, les membres de la CT 93 tiennent à souligner que l'absence d'éléments formalisés rendant viable le concept de démocratie en santé a considérablement nuit à la participation des membres aux séances.

En particulier, il est difficile d'invoquer la territorialisation des politiques de santé sans laisser au territoire la moindre autonomie, un pouvoir de proposition qui serait assorti d'une obligation de réponse motivée de la part de l'Agence Régionale de Santé.

Dans cette perspective, la définition limitée des nouvelles instances que sont les « Conseils de territoire en Santé » ne laisse pas augurer d'un développement ou d'une territorialisation de la « démocratie en santé ».

Enfin, le développement de liens avec la CRSA est une nécessité.

**Pr Bernard PISSARRO** remercie pour le rappel des conclusions issues de la conférence de territoire. Il appartient désormais aux membres du CTS93 de voir dans quelles mesures pourra être pris en compte les acquis de la précédente instance.

## Election du Président et Vice-président

**Le Professeur PISSARRO** lance les élections pour la Présidence du CTS93.

Avant de se livrer aux votes, il procède à un ultime appel à candidatures au poste de président, et rappelle que le règlement intérieur qui sera voté ultérieurement, doit être majoritaire à deux tours.

3 candidats se sont portés volontaires :

- Docteur Annie DELMONT-KOROPOULIS
- Docteur Ludovic TORO
- Docteur Thierry GOMBEAUD

**Docteur Annie DELMONT-KOROPOULIS** est médecin généraliste depuis de nombreuses années. Son travail effectué au sein de la plupart des établissements médico-sociaux à Aulnay-sous-Bois, lui a fourni une bonne expérience du terrain. Elle est également adjointe au maire de la ville, à la santé, au handicap et à la dépendance.

Sur proposition de M François BAROIN, elle a accepté de participer en tant que membre, aux futurs travaux du conseil territorial de santé et de proposer sa candidature à la présidence.

Elle est entrée en politique au côté de Bruno BESCHIZZA en 2014, afin d'avoir les moyens de démultiplier son action et améliorer le sort de ceux qui souffrent, notamment les handicapés. Etre une femme politique, lui permet d'avoir des ambitions et de les transformer en projets concrets et utiles aux citoyens.

Son activité professionnelle et les actions qu'elle conduit à Aulnay-sous-Bois, lui donnent une vision de ce qui pourrait améliorer le système de santé, dans un rapport triangulé entre les patients, les médecins et les évolutions de toutes natures, auxquelles il faut s'adapter ou en limiter les conséquences.

Interne en neurologie à l'APHP, elle est à l'origine de communications issues de la recherche médicale sur l'autisme pour un projet européen, mené avec les établissements Hollandais et italiens, grâce aux établissements Toulouse Lautrec où des pistes de réflexions ont permis localement d'améliorer les performances, et de prendre en charge la totalité des personnes en situation de handicap sur la ville.

Si elle est élue à la présidence du CTS93, elle souhaiterait en dehors de la feuille de route qui a été proposée, porter la réflexion sur des sujets tels que le réseau oncologie pour la Seine-Saint-Denis ou se pose aussi les problèmes de l'égalité des chances, la médecine personnalisée, la fin de vie et la loi Léonetti, la bioéthique et les déserts médicaux. Elle se tient à la disposition de tous pour développer ces sujets.

Son expérience personnelle et le corps auquel elle appartient, sont des atouts à sa candidature en tant que Présidente, pour laquelle elle espère obtenir une majorité.

**Docteur Ludovic TORO** présente une candidature spontanée.

Il a été élu urgentiste à l'hôpital de Montfermeil.

Il est médecin généraliste depuis 25 ans sur la commune de Coubron (93), et a siégé de 2004 à 2011 comme conseiller général en charge des problèmes de la santé.

Actuellement il est conseiller régional d'Ile-de-France et Vice-président de la commission santé.

La désertification est un énorme problème en Seine-Saint-Denis, sur laquelle il a beaucoup œuvré. Le département est un territoire qui présente un record de pathologies, tant au niveau des infections, de la pénurie de médecins ou de l'accès aux soins. Plusieurs propositions ont été faites depuis des années, sans résultat.

Il a fait part au DGARS, que l'Agence avec laquelle il n'a jamais eu contact, était un organisme trop fermé, qu'elle ne s'ouvrait pas assez aux consommateurs, aux patients et aux professionnels de santé.

Le territoire aujourd'hui présente une inégalité d'accès aux soins, et depuis 25 ans il a pu constater une paupérisation de la médecine, tant au niveau départemental qu'au niveau national. Pour être efficace, l'ARS doit être le centre d'une diversification de l'information.

Il a fait part à l'occasion d'une rencontre, au Président de l'ordre des médecins, que le *numérus clausus*<sup>3</sup> ne servait à rien. 25% des médecins formés ne pratiquent pas la médecine. Beaucoup d'autres problèmes existent pour lesquels les solutions proposées ont été inefficaces, notamment celle de la maison de santé qui à ce jour n'a pas comblé ces préoccupations.

En se présentant à la présidence, il espère apporter ses compétences et pouvoir aider dans cette tâche.

**Docteur Thierry GOMBEAUD** remercie M LAPORTE d'avoir présenté les conclusions de la conférence de territoire, et énumère son parcours.

Après avoir étudié à Montpellier, puis à Paris, il est parti 18 mois en coopération. A son retour il s'est spécialisé et s'est installé en Seine-Saint-Denis en secteur 1, puis en association avec des confrères.

Il a participé à des missions humanitaires dans le monde, jusqu'en Corée du Nord.

Au-delà de ça, il a créé des associations, dont l'une sur le dépistage du cancer du côlon qui a valu à la Seine-Saint-Denis d'être un département pilote en matière de dépistage pendant des années, puis une autre sur la prise en charge des patients touchés par le VIH ou vivant avec le virus. Ceci à une époque où personne ne voulait de ces individus, et pour lesquels la prise en charge était effectuée par des médecins généralistes de quartiers, avec une file active de plus de 1000 patients. Tout ceci lui a donné un certain regard sur toutes les facettes de l'activité professionnelle.

Il aurait souhaité développer les possibilités qu'offrait la loi, discuter notamment sur l'offre ambulatoire, le partenariat public/privé, le soutien de l'installation aux professionnels, les conséquences des GHT, le rôle des CLS et l'importance qui sera donnée à leurs conclusions et leurs progressions, le rôle du dépistage, du rôle des associations agréées ou non dans ces opérations etc. Tous ces thèmes seront à aborder, et bien d'autres encore comme l'amiante, les pathologies psychiatriques et leurs évolutions.

La tâche va être difficile et va nécessiter un travail collectif qui n'est pas uniquement celui d'un Président, d'un Vice-président et d'un bureau, mais celui de tous ceux qui viendront ou non dans cette association et qui pourront faire évoluer les choses.

Or, après avoir lu les éléments du diagnostic territorial, qui est le fruit du travail effectué sur les CLS et de la direction territoriale, il est soucieux quant aux propositions de priorisation, dont la première est de développer le rôle de l'hôpital dans l'offre de premier recours. De son point de vue, il est nécessaire d'en discuter avant d'avancer de telles idées, la priorité doit se faire à la sauvegarde de ce qui existe déjà, notamment les structures médicales, les cabinets libéraux, les cabinets de salariés, les centres de santé, les maisons médicales etc. On ne peut pas dialoguer sur des bases prédéterminées comme celles qui sont demandées aujourd'hui, ce qui a déjà été évoqué dans les conclusions lues par M LAPORTE, sur l'espérance en matière de communication avec l'Agence au niveau régional.

Il est impossible de démarrer un tel PRS avec les délais impartis, et une absence totale d'évaluations en dehors du marquage de quelques indicateurs, et dont on ne sait pas qui va les déterminer, et sur quelles bases. On constate que la santé au travail n'y est pas abordée, seulement l'impact dû au surmenage mais pas celui du chômage qui doit probablement provoquer des conséquences. On s'interroge également sur les retours du travail consécutif aux pathologies vasculaires ! La tâche ne va pas être facile, la Seine-Saint-Denis mérite autre chose qu'un débat purement politique pour le soutien à l'ARS.

### Vote des candidats pour la présidence :

L'élection s'effectue à bulletin secret. Seuls les titulaires peuvent voter, en l'absence de ce dernier c'est le suppléant qui vote. Il s'agit d'un scrutin uninominal à deux tours. Chacun doit indiquer le nom de son candidat sur un bulletin, l'insérer dans une enveloppe, puis émarger avant de le déposer dans l'urne prévue à cet effet. L'appel des membres votants se fait par collègues.

#### Résultats :

39 votants : ■ Dr Thierry GOMBEAUD (26 voix)  
■ Dr Ludovic TORO (7 voix)  
■ Dr Annie DELMONT-KOROPOULIS (6 voix)

**Le docteur Thierry GOMBEAUD est élu Président du Conseil Territorial de Santé de la Seine-Saint-Denis.**

<sup>3</sup> *Numérus Clausus* système qui fixe le nombre de places en deuxième année d'études de médecine

Le professeur Bernard PISSARRO cède sa place à la tribune, au docteur GOMBEAUD.

Le nouveau Président prend la parole.

Il remercie l'assemblée pour sa candidature. Il espère que les personnes présentes pourront continuer à travailler sur les dossiers importants avec la tutelle, sur les bases qui ont été avancées précédemment.

Il constate que le travail effectué durant les 5 années, n'a pas eu la productivité espérée auprès de l'ARS. Ce travail devra être repris en fonction des nouvelles conditions, et de la nouvelle législation sur le conseil territorial de santé. Quelques propositions seront avancées en fin séance sur le mode de fonctionnement du CTS et sur le bureau.

## Election du Vice-président

### Présentation des candidats :

3 candidats se sont portés volontaires :

- M Xavier LEMOINE
- M Pierre LAPORTE
- Mme Catherine OLLIVET

**M Xavier LEMOINE** est maire de Montfermeil depuis 15 ans, en intercommunalité avec la ville de Clichy-sous-Bois depuis 18 ans. Il est au cœur des enjeux de la Seine-Saint-Denis, et particulièrement investi dans toutes les directions ayant trait à la politique de la ville.

Il est également bénéficiaire d'un CLS de manière assez originale, puisqu'il est porté par l'hôpital, puis détenteur de très nombreux établissements de santé et d'établissements médico-sociaux.

Enfin, il est Président du conseil de surveillance du GHI Le Raincy/Montfermeil devenu depuis peu GHT.

Il explique la raison de sa candidature par le fait qu'il a assisté au début des travaux de la conférence de territoire, à laquelle il n'a pas été très assidu et n'en a pas tiré profit.

Il souhaite porter sa candidature à la vice-présidence, au regard des responsabilités qu'il a évoquées, afin de trouver un aboutissement collectif aux commentaires évoqués précédemment, sur le manque de productivité, le manque de rayonnement, ou le manque de diffusion des travaux.

Des marges de progrès sont à faire, et il pense qu'il est utile de renouveler la gouvernance à la tête de cette nouvelle instance.

**M Pierre LAPORTE** est l'ancien président de la conférence de territoire et également vice-président du conseil départemental à la santé et au social.

Il rappelle que le département a en charge les PMI, 110 au total. Il travaille sur le dépistage du VIH, des MST, sur les vaccinations qui sont des questions prégnantes en Seine-Saint-Denis, sur la prévention, l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées, l'accompagnement des femmes enceintes et des nourrissons dans les PMI, ou sur le département la mortalité périnatale est très importante.

Il précise qu'il n'était pas favorable à la présidence car selon lui, il faut « passer la main ». Après sollicitation du docteur GOMBEAUD sur la reconduite d'un tandem, il a estimé qu'il était légitime que la présidence revienne au docteur GOMBEAUD, au regard du travail remarquable qu'il a fait sur l'analyse des documents, et tout le temps qu'il y a consacré.

En conséquence, il propose sa candidature pour la vice-présidence dans une phase de transition, estimant que d'autres candidats ont également les compétences requises, notamment Madame OLLIVET qui représente les associations. Il est important qu'il y ait du mouvement et que chacun participe à cette animation qui n'est pas un lieu de pouvoir, mais plutôt un espace dans lequel on s'informe mutuellement, on essaie d'être utile et de faire des propositions.

Il rappelle qu'il n'y a pas eu de manque de productivité, pas plus que de diffusion, ce qui a manqué ce sont des réponses aux propositions.

Il précise qu'il n'est pas favorable pour se présenter de nouveau à la présidence, néanmoins il propose sa candidature pendant un laps de temps, avec la poursuite des travaux qui avaient été entrepris, estimant qu'une mémoire est un atout, et que la période de transition entre l'ancien et le nouveau n'est pas négligeable. Il espère que le CTS sera productif, notamment la commission spécialisée en santé mentale qui est un secteur particulièrement sensible qu'il faudra faire vivre.

**Mme Catherine OLLIVET** absente, elle est représentée par sa suppléante, Madame Evelyne DROUOT (Association France Alzheimer).

Madame OLLIVET qui représente les associations, est reconnue pour ne pas avoir une « langue de bois », elle a le respect humain de chaque personne ici présente. Ce qu'elle souhaite, ce ne sont pas des discours mais des actes. C'est pourquoi elle a toute la légitimité pour la vice-présidence.

En complément, le docteur GOMBEAUD fait lecture à l'assemblée de la candidature que Madame OLLIVET lui a adressée.

*Présidente fondatrice en 1990 de l'Association France Alzheimer Seine St Denis*

*Présidente du CISS (Collectif Inter associatif sur la Santé) d'Ile de France*

*Présidente du Conseil d'Orientation de l'Espace de Réflexion Ethique Région Ile de France.*

*Représentant les Usagers dans divers organismes sanitaires, médico-sociaux et de santé publique du département de Seine St Denis et de la région Ile de France*  
*Associée depuis sa création aux travaux de la conférence de territoire de Seine St Denis, la Démocratie en Santé s'est trouvée renforcée par la présence assidue et les avis des représentants bénévoles des Associations agréées en santé, des personnes en situation de handicap, malades chroniques, familles, représentants des personnes âgées et consommateurs.*

*Notre département doit se préparer aux évolutions des organisations en santé prévues dans le cadre du prochain Projet Régional de Santé - PRS 2 – et, plus que jamais, permettre à tous les habitants de Seine St Denis d'être des acteurs individuels de leur propre santé, mais aussi des acteurs collectifs de la lutte contre les inégalités en santé.*

*La place des représentants des usagers doit ainsi être reconnue et confortée.*

*La démocratie en Santé se doit d'être vivante et constructive afin de permettre l'approfondissement des points de vue de tous les acteurs impliqués au sein du CTS.*

*À l'occasion de la séance d'installation du nouveau conseil territorial de santé, le 31 mars 2017, je souhaite donc présenter ma candidature en tant que vice-présidente de cette nouvelle assemblée.*

*C'est avec les plus vifs regrets qu'il m'est impossible d'être présente le 31 mars, retenue par une obligation incontournable. Je remercie Madame Evelyne Drouot, ma suppléante, d'avoir accepté de vous présenter ma candidature.*

## Vote des candidats pour la vice-présidence :

Le vote se fait sur le même mode opératoire que pour la présidence.

### Résultats :

38 votants : ■ M Pierre LAPORTE (23 voix)  
■ Mme Catherine OLLIVET (10 voix)  
■ M Xavier LEMOINE (5 voix)

**Monsieur Pierre LAPORTE est élu Vice-président du Conseil Territorial de Santé de la Seine-Saint-Denis.**

**Dr Thierry GOMBEAUD** indique que la mise en place du bureau, de la commission spécialisée en santé mentale et de la formation spécifique des usagers, sera évoquée à la prochaine séance.

Suite aux délais restreints imposés par l'Agence en termes de discussions autour du PRS2, il propose que la prochaine rencontre, dont le lieu sera communiqué ultérieurement, se déroule l'après-midi du mercredi 26 avril.

Dans les prochains mois, la tâche importante va nécessiter une grande participation, de tous les collègues accompagnés du travail du bureau pour lequel il invite déjà tous les participants à candidater, dans le respect du règlement intérieur qui sera soumis à l'adoption des membres, dès le 26 avril.

Le bureau doit être suffisamment large pour ouvrir sur toutes les possibilités, et permettre aux discussions d'arriver en séance plénière de façon constructive.

Les 2 formations, la commission spécialisée en santé mentale et la formation spécifique, imposées par la loi, vont nécessiter non seulement des spécialistes en psychiatrie, mais également un certain nombre de personnels, notamment des usagers et des réseaux.

Il a été spécifié dans le courrier adressé à l'Agence, qu'a lu par M LAPORTE, les difficultés que représentaient cette formation spécifique en matière de réception des plaintes et son mode de fonctionnement.

Chacun sera tenu informé au fur-et-à-mesure de l'évolution des choses, et des différentes démarches qui seront installées concernant le PRS, afin de répondre aux délais imposés par l'Agence.

## Présentation du diagnostic territorial par Monsieur Jean-Philippe HORREARD, Délégué départemental (1)

En préambule, M HORREARD rappelle que les délais impartis sont fixés par la loi.

5 années c'est effectivement peu, néanmoins ces délais imposés sur quelques mois pour pouvoir produire des avis issus des conseils territoriaux, restent en cohérence avec la logique des calendriers exigés par les textes, et en particulier par la loi de modernisation en santé.

Le projet régional de santé est un document de planification avec une échéance à 10 ans qui est le cadre d'orientation stratégique. Il fixe également des dispositions sur lesquelles les membres de cette instance ont vocation au regard de leurs expériences et de leurs compétences en tant qu'acteurs de la santé, à pouvoir fournir en quelques mois des avis pertinents, et essentiels pour la rédaction de ce PRS.

L'objet de cette présentation, est d'exposer de façon très objective des éléments de diagnostic territorial, notamment des indicateurs qui sont effectivement très denses sur l'état de santé de la population, sur l'offre de soins et l'offre médico-sociale, sur la réalité de l'offre en prévention aujourd'hui, et d'être sur des propositions d'axes de travail.

L'enjeu des débats, est de pouvoir amender ces propositions, les mettre en exergue ou les remettre en cause, afin que cette instance soit la plus participative à une réflexion particulièrement essentielle.



## Discussions :

**Dr Thierry GOMBEAUD** revient sur 2 points :

- Ne pas sous-estimer le travail fait en amont par la précédente instance, notamment l'utilisation de toute l'analyse des CLS et des communes, quartier par quartier, ce qui est un avantage considérable en termes de connaissance.
- Toutes les remarques, conclusions et avancées qui ont découlé du travail colossal fait sur le diabète et ce qui est lié aux pathologies vasculaires, et pour lequel malheureusement il n'y a jamais eu de retour.

De son point de vue, il serait souhaitable d'en rester sur ce qui a déjà été fait sur ces questions, et en revanche avancer sur le dépistage du cancer. L'interrogation est de savoir ce que va changer la régionalisation, avec une impression que les décisions sont déjà prises. Un état de toutes les réflexions issues de ces situations, sera communiqué aux membres du CTS.

Les délais impartis sont quasiment impossibles à tenir si l'on veut toucher tous les aspects listés dans le diagnostic. Néanmoins il va falloir commencer à travailler avant la 2<sup>ème</sup> séance du 26 avril, où il faudra procéder entre autres, à l'élection des membres du bureau. Il partage en partie le diagnostic, sauf les priorisations thématiques pour lesquelles sont avancées des solutions avant même d'être discutées.

Il cède la parole aux personnes qui souhaitent s'exprimer sur l'orientation qu'elles entrevoient, au regard de ce qui a été proposé.

**Karine DIDI** (Réseau Océane) s'interroge sur les critères qui poussent les patients à avoir recours aux urgences, ont-ils été sondés sur la question ?

**Jean-Philippe HORREARD** précise qu'une étude sur le recours aux urgences a été menée par le siège de l'ARS il y a 4 ans, à l'échelle régionale. La Seine-Saint-Denis présente le taux le plus élevé de la région. Le sujet pourra être reproposé s'il nécessite une nouvelle analyse, avec la présentation des résultats de ce sondage.

**Pr PISSARRO** revient sur 2 points :

- La santé au travail et les indicateurs de pathologie. Il rappelle qu'il faut réfléchir à la fois aux indicateurs de pathologies et aux déterminants structureaux de la santé. Les conditions de logement comme l'habitat indigne, ainsi que les problèmes environnementaux comme la pollution ou le taux est relativement important sur le département, influent considérablement sur la santé. Il serait souhaitable qu'il y ait un lien avec le Plan Régional Santé Environnement. La réflexion doit s'élargir sur ces déterminants, et pas seulement sur les problèmes de pathologie.

- L'éducation. C'est un facteur de création d'inégalités dans notre système. Il est nécessaire d'aborder ses aspects sans pour autant mettre de côté les autres problèmes, tels que l'accès aux soins et l'accès aux urgences, sur lesquels des études ont déjà été faites et pour lesquels une mise à jour suffit.

**Dr Fabrice GIRAUX** (Directeur de la Santé Publique sur la ville d'Aubervilliers, représentant des centres de santé) aborde 2 points :

- Un rectificatif sur le nombre de médecins. Il s'agit de 50 généralistes pour 100 000 habitants, et non de 50 généralistes pour 10 000 habitants.

- Le manque d'indicateurs. 2 manquent sur la Seine-Saint-Denis.

- Les indicateurs sociaux. L'indicateur démographique de la jeunesse a été pris, alors que l'IDH<sup>4</sup> est encore un indicateur pertinent, tant dans les inégalités sociales que dans les inégalités territoriales en infra comme en extra.

- La double migration, celle des personnes étrangères sur le territoire et leur mobilité. Au regard du quart de la population qui devra se déplacer dans les 5 années à venir, on peut comprendre l'enjeu en termes de communication, d'informations, et de la construction de ces parcours de santé.

Sur ces 2 volets (migration et social), il subsiste un manque permettant de faire le lien avec les problématiques évoquées, dans une vision stratégique à 10 ans.

**Jean-Philippe HORREARD** indique que bien évidemment il s'agit d'une présentation raccourcie et succincte, l'oubli a été volontaire. Tous les indicateurs sociaux et notamment ceux sur les problématiques de l'IDH existent réellement.

**M François WILTHIEN** (URPS Médecins) revient sur le recours aux urgences sur lequel de nombreuses études ont été menées. Il rappelle que 80% des passages aux urgences ne sont que de la « bobologie », dont le coût moyen varie entre 300 et 400€, alors qu'un passage en cabinet libéral oscille entre 20 et 100€ maximum.

<sup>4</sup> IDH2 Indicateur de Développement Humain (3 critères : Niveau de vie – Santé – Education)

Le département présente un taux d'inégalités sociales massives avec un problème du passage aux urgences certes national, mais très prégnant dans le 93 et qui ne cesse d'augmenter. La pratique du tiers payant et l'accès aux soins de la population précaire, ont doublé la charge de travail. La Seine-Saint-Denis est le 1<sup>er</sup> département sous dotés en médecins généralistes, et bientôt en spécialistes. Il faut non seulement densifier les activités hospitalières et d'établissements, mais surtout densifier et aider le monde libéral parce qu'il revient massivement moins cher, et il permettra peut-être de détordre des pratiques « shaddockiennes ».

**M William DAVID** interne en médecine, en formation à l'université de Bobigny. Il aborde la question des consultations urgentes, et fait retour d'une thèse en médecine générale, au travers de laquelle il a étudié les motifs de consultations des patients aux urgences d'un hôpital de Nanterre (92), aux heures de consultations des médecins généralistes. La principale motivation à se rendre au SAU<sup>5</sup>, était la nécessité que le problème soit réglé rapidement, puis la pensée d'avoir besoin d'exams complémentaires. Malheureusement les patients étaient peu nombreux à connaître des alternatives en milieu ambulatoire.

Une autre étude menée à Marseille, révélait que les principales motivations à se rendre au SAU, étaient le sentiment de gravité de la situation, le moment d'apparition des symptômes (recours les plus fréquents au SAU en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux), et le caractère traumatique de la pathologie. L'étude notait également que les usagers connaissent peu les possibilités de soins en milieu libéral.

Une autre analyse réalisée dans la banlieue lyonnaise, indique qu'une majorité des personnes sont favorables au développement d'un numéro d'appel unique, différent de ceux réservés aux urgences, ce qui est la preuve qu'elles se sentent capables de faire la différence entre une demande de conseil, et une situation d'urgence vitale.

En 2003, une circulaire ministérielle adressée aux préfets, notait une saturation des SAU en citant notamment la progression de 64 % des passages aux urgences entre 1990 et 2001. Elle démontrait également, que le besoin de consultations en urgence sans pronostic vital ou fonctionnel engagé, relevait de la permanence des soins en libéral. Elle proposait déjà le soutien au développement des MMG<sup>6</sup>, et la centralisation des appels de permanence des soins pour associer permanence hospitalière et libérale.

A l'issue de son apprentissage, il en conclut que les personnes en demande de soins urgents vont pour la majorité, là où elles pensent pouvoir trouver une offre de soins rapides et efficaces, aux urgences, tout en demandant une alternative ambulatoire. Ce problème est déjà connu des autorités de santé. Elles ont proposé des mesures de correction simples dès 2003, malheureusement le problème perdure.

Il faut rappeler que dans la quasi-totalité des cas, le passage aux urgences n'est pas facturé au malade, ce qui coute très cher à l'assurance-maladie (200 à 300 €), contre 23€ pour une consultation de médecine générale en secteur 1.

**Mme Roselyne MASSON** (médecin chef du service PMI à Saint-Denis) se réjouit de constater que la périnatalité, la santé des enfants jusqu'à 6 ans, celle des adolescents et celle des jeunes adultes restent une potentielle priorité. Elle précise après avoir été médecin pédiatre en maternité pendant une dizaine d'années, que le travail dans les années 96/97 portait sur les mêmes sujets que l'on retrouve dans le projet RéMI<sup>7</sup>, avec les mêmes problématiques sur les accès aux droits, les consolidations des parcours de santé des femmes enceintes, et les repérages des situations psychosociales. Or, malgré une légère amélioration, on constate toujours de grandes difficultés à ouvrir des droits et à garantir un parcours de santé coordonné pour les femmes enceintes, et à repérer avec des conséquences. Il faut rappeler que l'âge des 6 ans, est une période de construction, qui va être extrêmement contributive sur les générations futures. Les écrits sur le sujet attestent des liens entre les différents déterminants de santé, telle que la précarité.

Le travail de prévention de la PMI va se retrouver fragilisé dans les prochaines années, par la chute de la démographie médicale. Pour autant, la PMI réfléchit déjà à la possibilité de mobiliser en interne, à la fois des ressources, et des montées en compétences professionnelles en lien avec les travaux nationaux.

Cela permettrait de garantir des parcours coordonnés de santé, et un travail de partenariat encore plus actif avec les centres municipaux de santé, et les hôpitaux pour assurer ce suivi. La PMI s'est engagée cette année en partenariat avec l'Agence Nationale de Santé Publique France, dans un projet de santé publique, avec l'idée de pouvoir se doter d'un outil de programmation, qui pourrait avoir sa place dans les années futures pour le PRS tel qu'il va être travaillé.

**Mme Martine VIGNAUX** (URPS Masseurs kinésithérapeutes - Pantin) revient sur l'engorgement des urgences. Elle relate le problème de certains parents qui viennent régulièrement consulter à son cabinet pour leurs enfants, et qui en cas de nécessité plutôt que de l'appeler, ont recours aux urgences. Elle estime qu'il est temps de pallier ces situations, afin de désengorger les urgences et permettre à ceux qui le nécessitent réellement, d'obtenir une prise en charge rapide et éviter des conséquences qu'ils ne devraient pas subir.

<sup>5</sup> SAU Service d'Accueil des Urgences

<sup>6</sup> MMG Maison Médicale de Garde

<sup>7</sup> RéMI Réduction Mortalité Infantile

**M Lucien BOUIS** (UDAF 93) précise qu'au niveau de la fréquentation des urgences, il existe les individus qui veulent et/ou qui peuvent, mais aussi le contraire. On constate effectivement qu'un grand nombre de personnes ont recours aux urgences pour des raisons économiques, mais aussi pour des raisons sociales. Ces aspects qui touchent à la santé doivent être pris en considération, à partir des indicateurs mais aussi de tout ce qui a été fait sur la santé. Il rappelle aussi, les incitations qui sont données dans les hôpitaux en direction des patients, pour les renvoyer au plus vite en hospitalisation à domicile ou en soins de suite à domicile, sans se préoccuper de la qualité de l'habitat. Le département regorge de constructions des années 60, qui sont inadaptées et qui ne permettent pas aux personnes en situation de perte d'autonomie, de vivre correctement. Les restrictions budgétaires ont également impacté les structures communales. Il faut prendre en compte dans les 10 années à venir tous les facteurs externes, tels que l'allongement de la durée de vie, le handicap grandissant, la perte d'autonomie et le handicap généralisé si on veut répondre à ces situations, et ne pas passer à côté de ce qui est demandé.

**Dr Thierry GOMBEAUD** propose, compte tenu de la richesse des débats, que chacun fasse parvenir de façon collective, les thèmes prioritaires qu'il souhaite voir aborder pour le PRS2, à défaut de ceux proposés par l'Agence, avant la 2<sup>ème</sup> rencontre du 26 avril et au plus tôt, afin qu'ils soient analysés par le Président et Vice-président. Une réponse territoriale dans les délais impartis, devra parvenir à l'Agence.

La réunion du 26 consistera donc, à la validation du règlement intérieur, à la constitution du bureau, et surtout à discuter des thèmes sur lesquels le CTS peut apporter un plus.

**Mme Sophie ALBERT** revient sur 2 points :

- L'augmentation majeure de la population et le taux de fuite, quels que soient les acteurs. L'offre de soins libérale est compliquée, due en partie à la diminution de l'installation des professionnels de santé, et aux hôpitaux qui n'ont pas l'attractivité escomptée. Bien que l'APHP construise un hôpital en proche banlieue, il est nécessaire de s'interroger. Soit on décide d'avoir des filières qui ont de gros barycentres, soit on décide d'orienter là où va la population, et comment on fait pour inverser cette tendance. Sans cela il subsistera toujours une disparité.

- La prise en charge. Il ne faut pas oublier la médecine connectée. Cela représente beaucoup de formations et de transferts de compétences, et de voir différemment les prises en charge. Elle doit être intégrée d'emblée à notre réflexion.

**M Gorka NOIR** (Directeur de la Clinique de l'Estrée) aborde 2 remarques :

- Une erreur sur les chiffres. La clinique de l'Estrée ne fait pas partie des communes installées en zones déficitaires, elle est établie en zone sensible avec 10 médecins généralistes qui y travaillent. Les généralistes ne souhaitent plus s'installer dans les communes. On peut annoncer déjà une catastrophe à venir, qui va s'accroître par la disparition des zones franches urbaines au 31 décembre 2017. Si les pouvoirs publics n'en prennent pas conscience, l'avenir de la maternité qui est lié à cette question est en péril.

- L'offre de soins hospitaliers pour laquelle on ne présente que la carte des GHT. Bien que ce ne soit qu'une synthèse, il est important de souligner qu'il existe en dehors de l'AP, de nombreux établissements privés qui présentent de bons niveaux, qui accueillent de nombreux patients, et qui répondent à des missions de service public avec des plateaux techniques extrêmement performants.

Il est désolé de constater que l'on simplifie l'offre hospitalière aux seuls GHT, dont l'un des 2 sur le territoire n'a pas intégré les établissements privés dans sa réflexion.

**Dr Thierry GOMBEAUD** conclut la séance en remerciant les participants, et en leur rappelant la nécessité de faire parvenir des propositions de travail sur des thèmes qui pourront être avancés, et qui permettront par la suite la mise en place de groupes de travail spécifiques pour répondre au plan régional de santé.

La séance est close.

La prochaine plénière du CTS93 se déroulera le mercredi 26 avril 2017 à la CPAM de Bobigny – 195 avenue Paul Vaillant Couturier, à 14 heures.

Le Président du conseil territorial de santé

Thierry GOMBEAUD



## ANNEXE

### Liste des membres présents :

Titulaires : M Gorka NOIR, M Eric PERTHEGELLA, Mme Chérifa TALEB, Mme Céline BOREUX, M Eddy CHENAF, M Serge WSEVOLOJSKY, Mme Catherine HOURIEZ, M Daniel LAPIE, Mme Fabienne GENTIL, M Eric LEMERCIER, Mme Joëlle LAUGIER, Dr Thierry GOMBEAUD, Dr Mardoche SEBBAG, Dr François WILTHIEN, Mme Joëlle MAURIN, M Nicolas BLONDEEL, M William DAVID, Dr Fabrice GIRAUX, M Didier MENARD, Mme Karine DIDI, M Lucien BOUIS, M Paul LAMBERT, M Jean-Marc BITHOUN, Mme Catherine SOULIE, M Jean-Claude LOCATELLI, M Daniel GARNESSON, M Gérard PERRIER, Dr Ludovic TORO, M Pierre LAPORTE, Mme Roselyne MASSON, M Xavier LEMOINE, Mme Annie DELMONT-KOROPOULIS, M Mohamed GNABALY, Mme Fadela BENRABIA, M Julien BORDRON, Pr Bernard PISSARRO, Mme Anne FESTA

Suppléants : Mme Sophie ALBERT, Mme Angèle COURET, M Jean-Michel TURLIK, Mme Françoise ELHUYAR, Mme Martine ROCHE, M Valère ROGISSART, Mme Martine VIGNAUX, Mme Corinne FARGES, Dr Nathalie NISENBAUM, Mme Evelyne MARCHAS, M Mustafa OUAICHA, M Lucien PETOT, Mme Evelyne DROUOT, M Thomas CHASTAGNER, M Rémy CORNEC, Mme Evelyne COUDE, Mme Martine ISCACHE

DD/ARS : M Jean-Pierre ROBELET, M Tanguy BODIN, Dr Arnaud de LA SEIGLIERE, M Arnaud BLANDEYRAC, M Jean-Philippe HORREARD, M Cédric LAPERTEAUX, Dr Colette BŒUF, M Bastien CHEZE, Mme Stéphanie MEDARD