

## **PROCES-VERBAL**

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

**du mercredi 14 octobre 2015 - 14h00**

### **CPAM de Bobigny - salle de conférence**

*La liste des membres présents figure en annexe.*

L'ordre du jour est le suivant :

- Election de 2 membres du bureau
  - Philippe ERIGNOUX (remplacement de Mme DERMER – collègue 1)
  - Jean-Claude LOCATELLI (remplacement de Mr CORROY – collègue 2)
- Intervention de l'ARS sur le Groupement Hospitalier de Territoire (I)
- Débat autour du bilan des conférences de territoire

*Quorum : 18/47*

#### **(1) Cf documentation adressée aux membres de la CT**

**Dr GOMBEAUD** Vice-président, entame la conférence de territoire par le remplacement de 2 membres du bureau, suite à la démission de Madame DERMER au collège 1 et de Monsieur CORROY au collège 2.

2 candidats se sont portés volontaires :

Mr Jean-Claude LOCATELLI (ARPEI – URAPEI) pour le remplacement de Mme DERMER, Mr Philippe ERIGNOUX (Directeur du Centre cardiologique Nord) pour celui de Mr CORROY. Ce dernier retenu par un contretemps, est absent ce jour. Son élection est par conséquent reportée à la plénière de novembre.

Mr LOCATELLI présent, est seul à candidater pour le remplacement de Mr CORROY (représentant les personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux).

Le quorum n'étant pas atteint, et avant de procéder au vote, le vice-président rappelle les clauses du règlement intérieur :

*« Après constatation d'absence de quorum, le président peut convoquer dans un délai minimal de 30 minutes et au plus tard dans les 8 jours, une nouvelle conférence portant sur le même ordre du jour et spécifiant qu'aucun quorum ne sera exigé. La conférence pourra alors délibérer valablement »  
Cette procédure ne doit pas être utilisée de manière systématique, et dans tous les cas pas plus de trois fois consécutives.*

Il propose de passer au vote :

Oppositions : 0

Abstentions : 0

Mr LOCATELLI est élu à l'unanimité.

## Intervention de l'ARS sur le Groupement Hospitalier de Territoire

### DT/ARS : Mr Jean-Philippe HORREARD

En préambule, Mr HORREARD précise qu'il s'agit de présenter les groupements hospitaliers de territoire comme un dispositif inclus dans le projet de loi de santé actuellement en discussion au parlement. Le projet de loi n'est pas encore voté, aucune décision n'est prise et n'engage en rien l'ARS dans la présentation de ce jour.

2 documents ont été transmis aux membres de la conférence de territoire à l'appui de l'exposé :

➔ Le rapport intermédiaire HUBERT-MARTINEAU de mai 2015, sur la mission GHT à l'échelle nationale, en préfiguration du projet de loi. Son contenu doit permettre de mieux comprendre les enjeux et les problématiques liés à la constitution de GHT.

➔ Une lettre ouverte rédigée par les médecins psychiatres de l'EPS de Ville-Evrard, manifestant leur opposition à l'intégration de cet établissement public dans un groupement hospitalier de territoire de Seine-Saint-Denis.

L'intérêt est de faire émerger une discussion sur la problématique de l'intégration de la psychiatrie au sein des GHT.

### Discussions :

**Mr HORREARD** conclut la présentation, en ajoutant que des discussions relatives au périmètre géographique des futurs GHT de la Seine-Saint-Denis, se sont déroulées entre les directeurs d'établissements, les fédérations et les instances. Les propositions faites seraient, un GHT nord/ouest regroupant dans le Val d'Oise les centres hospitaliers de St Denis et de Gonesse, et un GHT sud/est regroupant les centres hospitaliers d'Aulnay, Montreuil, Montfermeil et l'EPS de Ville-Evrard. Néanmoins le débat sur l'intégration de l'EPS de Ville-Evrard est en cours, la communauté médicale de l'établissement s'étant prononcée en défaveur du projet. Elle estime que pour la psychiatrie il est difficile de faire un PMP<sup>1</sup> avec les disciplines de MCO<sup>2</sup>. Est mentionné également le risque que la dotation annuelle de fonctionnement prévue pour le fonctionnement des services de psychiatrie, puisse servir le cas échéant à absorber les déficits potentiels de services de MCO.

L'isolement de la psychiatrie n'est pas forcément une bonne chose par rapport aux structures MCO, même s'il existe des conventions avec les urgences hospitalières, ou d'autres services de médecine. Pour autant, la volonté des membres de la communauté médicale de l'EPS de Ville-Evrard, est de ne pas être intégrée dans un GHT, et de proposer un grand GHT des établissements psychiatriques à une échelle qui reste encore à définir.

Le point de vue de l'Agence et de la ministre est qu'il n'y aura pas de dérogation spécifique par rapport à la psychiatrie. Toute volonté de dérogation dans ce champ n'est pour l'instant pas recevable, du point de vue de l'ARS et des pouvoirs publics.

### **Mr LAPORTE** aborde 2 interrogations :

➔ Le mode de gouvernance tel qu'il a été présenté.

Il serait constitué :

- d'un comité stratégique composé de directeurs, de présidents de CME et d'un président de commission en soins infirmiers, de rééducation et médicoteknique,
- d'un comité territorial des élus composé de représentants des élus des collectivités territoriales,
- de toute autre instance de gouvernance ou modalité de représentation.

Qu'en est-il des représentants des usagers, des syndicats etc ?

<sup>1</sup> PMP projet médicale partagé

<sup>2</sup> MCO Médecine, Chirurgie, Obstétrique

➔ Ville-Evrard et son intégration au sein du GHT.

Dans l'hypothèse de retrouver l'EPS de Ville-Evrard dans un GHT et pas dans l'autre, quelle en serait la cohérence ?

**Mr HORREARD** précise qu'une des propositions envisagée a été l'hypothèse travaillée d'un « supra GHT » avec une participation croisée de Ville-Evrard.

**Mr William DUROCHER** (secrétaire générale de Ville-Evrard) ajoute que l'ensemble des directions, est en forte congruence sur le mouvement proposé par la loi portant les GHT, dans la mesure où cela permet une meilleure coordination des acteurs en termes de parcours du patient et l'égalité à l'accès aux soins.

L'appartenance à un GHT n'interdit pas, dans le cadre de la communauté psychiatrique de territoire, de développer et de pérenniser les conventions et les coopérations existantes. Les directions d'établissements sont en adéquation sur cette question, notamment par le fait que cela porte des pistes de mutualisation sur des fonctions supports qui pourraient faire redondance. L'effet masse peut-être un atout sur les deniers de l'assurance-maladie.

Néanmoins, sur la question de la psychiatrie, il existe un débat entre la communauté médicale et la direction de l'établissement. Une vraie crainte d'être absorbé budgétairement sur la DAF<sup>3</sup> de psychiatrie subsiste. Par contre, il n'y a pas de difficulté à coopérer avec la MCO<sup>4</sup>, c'est le cœur de la psychiatrie de travailler en réseau et d'être en dynamique. Il n'existe pas sur le département de position dogmatique sur l'ensemble de l'Ile-de-France.

En Seine-Saint-Denis défendre un GHT psychiatrie santé mentale, c'est mettre en évidence les relations de terrain avec les associations, les collectivités locales, mais aussi le secteur médico-social qui représente des budgets extrêmement importants. Pour exemple, l'association de Villepinte, la fondation des amis de l'atelier, l'ADEF résidence, représentent respectivement 150, 110 et 50 millions de budgets, à l'échelle nationale pour certaines associations.

Les acteurs du médico-social sur le département, sont fortement structurés par de grandes associations qui portent chacune, une dizaine où douzaine d'établissements.

Des dynamiques s'exercent chaque jour avec les secteurs de psychiatrie. Ces établissements vont être confrontés à des obligations sur le circuit du médicament et sur les démarches qualité qui vont s'accroître dans les années à venir. Ville-Evrard peut se targuer d'avoir initié des coopérations qui vont dans ce sens, c'est-à-dire mutualiser et partager des problématiques qui vont coïncider sur le plan des démarches qualité et du circuit du médicament, jusqu'à la liaison psychiatrique au sein des établissements médico-sociaux que ce soit EHPAD et handicap psychique.

Cette organisation sanitaire médico-sociale sur le département, est déjà porteuse d'effet masse qui peut postuler pour un GHT psychiatrie santé mentale.

Quant à la communauté médicale on va chercher au-delà de la dérogation, une hypothèse de GHT avec d'autres établissements de psychiatrie, en l'occurrence à la Queue-en-Brie sur le Val de Marne.

**Mr BOUIS** s'interroge sur 3 points :

➔ La place de l'utilisateur dans les structures.

L'utilisateur pour lequel doit être mis en place de nouvelles structures, est une nouvelle fois oublié dans la phase première de l'organisation. Les structures sont organisées à partir du bon vouloir des élus et de la communauté médicale, en laissant de côté les souhaits et besoins de l'utilisateur.

➔ Le rôle d'Avicenne.

Quelle va être sa fonction au sein de cette disposition. Comment l'établissement va-t-il partager un certain nombre de situations dans une démarche de communauté, sachant que l'APHP souhaite contrôler les autres établissements.

<sup>3</sup> DAF Dotation Annuelle de Financement

<sup>4</sup> MCO Médecine, Chirurgie, Obstétrique

➔ Le parcours gradué.

On tente à effacer la proximité géographique, mais aussi celle des services des établissements vis-à-vis des personnes qui y séjournent. Transférer des patients d'un établissement à l'autre au bénéfice de la disparition d'un certain nombre d'équipements d'un établissement à l'autre, paraît totalement insensé et incohérent à l'égard de la qualité et de la prise en charge du patient.

**Mme LESFARGUES** (directrice HAD Croix-St-Simon) demande, comment se positionnent les instituts de santé privés d'intérêt collectif, dans le projet de loi.

**Mr HORREARD** précise, dans une démarche d'association volontaire des structures HAD, par rapport au projet de convention.

**Mr FEUTRIE** (directeur de l'hôpital de Montfermeil – représentant de la FHF) revient sur plusieurs points :

➔ La réforme hospitalière :

Pour les hospitaliers, elle est extrêmement importante et a vocation à être véritablement restructurante à terme de l'offre de soins. C'est le début de la fin de l'autonomie historique des hôpitaux, avec l'idée qu'un hôpital ne sera plus habilité à définir seul sa stratégie. Il devra la définir dans un cadre territorial avec selon le texte, une responsabilité populationnelle sur un territoire partagé avec d'autres établissements. A partir du moment où on perd l'autonomie dans la définition de la stratégie médicale, l'offre de soins de chacun des établissements devra être organisée et rediscutée dans le cadre d'un projet médical partagé. Cela ne va pas être simple, mais c'est un changement tout à fait fondamental. Pour les hospitaliers, cette réforme est aussi un remède à des problématiques fortes, notamment financières. Les hôpitaux sont dans une situation difficile et s'ils n'interviennent pas, leur situation va se dégrader et s'accroître en 2016.

➔ La démographie médicale :

Le problème réside dans la difficulté à trouver dans chacune des spécialités, des médecins qualifiés, compétents, voire simplement diplômés, afin que d'autres services puissent cheminer avec des médecins associés n'ayant pas le plein exercice. Cela pose des difficultés de qualité, de continuité, et de sécurité pour les patients. Ce problème ne peut se traiter que dans un cadre territorial.

Ce qui sous-entend, que le projet de loi prévoit des équipes territoriales sur une spécialité, sur un segment. Il envisage éventuellement des pôles inter-établissements, en d'autres termes le maintien d'une offre de proximité avec des équipes qui travaillent ensemble et l'idée qu'il y ait à la fois de la proximité et du recours. C'est ainsi que l'on retrouve la notion du parcours gradué. C'est un concept dont l'usager doit s'emparer et défendre. C'est un gage de qualité et de sécurité.

Compte tenu de la contrainte financière et démographique, il n'est plus possible de prétendre savoir tout faire dans les conditions idéales. Il est nécessaire de travailler sur les parcours, ce qui peut se décliner de manière extrêmement concrète, pragmatique et opérationnelle suivant les spécialités, les forces et les faiblesses de chacun. Cela commence à se traduire de manière tangible.

On peut se poser la question, pour quelle raison la majorité des patients du département vont se faire soigner sur Paris. Les patients sont mobiles, ils s'orientent là où leur sont dispensées la qualité et la sécurité. Ces parcours restent à construire et sont parfaitement réalisables.

Pour exemple, le GHI le Raincy/Montfermeil a renoncé à faire de la chirurgie thoracique ayant considéré que ça n'était plus de son niveau, mais plutôt de la responsabilité du CHU. Les patients relevant d'une chirurgie cancérologique du poumon, sont adressés à l'hôpital Avicenne dans le cadre d'une filière qui est organisée avec la présence d'un professeur, qui assiste tous les vendredis au RCP<sup>5</sup> pour décider des orientations. L'établissement a considéré que c'était un gage de fiabilité, de qualité et de sécurité. Le système marche bien, les patients sont satisfaits. A contrario, le GHI ayant construit sur place une unité de réhabilitation respiratoire, recevra les patients d'Avicenne qui relèvent de cette technique. Ce sont les parcours gradués, qui doivent se faire discipline par discipline, spécialité par spécialité.

<sup>5</sup> RCP Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

---

---

Pour revenir sur la fin de l'autonomie, c'est sur le plan stratégique et aussi sur le fait d'un dispositif d'intégration en termes de management des établissements. Le projet de loi stipule qu'en 2020 tous les comptes des établissements seront consolidés au niveau des GHT, et les budgets de chacun seront appréciés par l'ARS dans le cadre du GHT. Il sera l'interlocuteur progressivement de l'ARS. Les hospitaliers au titre de la FHF sont totalement partisans de ce principe-là.

➔ La psychiatrie, et la peur des psychiatres dans ce système :

L'ARS semble leur faire un procès d'intention sur le fait qu'ils jouent sur l'isolement de leur discipline. Ce qui paraît historiquement faux s'agissant de l'EPS de Ville-Evrard qui a toujours eu une politique d'ouverture et est représenté dans tous les établissements à des degrés divers.

Pour exemple, le GHI du Raincy/Montfermeil qui dispose d'un psychiatre H24, qui dépend de Ville-Evrard et d'une équipe de psychiatrie. La santé mentale, est totalement intégrée dans l'offre du GHI. Les liens médicaux entre les psychiatres ou les MCO sont historiquement forts dans le 93. L'EPS de Ville-Evrard est largement représenté. Il semble qu'il y ait une confusion volontaire de l'ARS entre santé mentale et portage par un établissement en psychiatrie. Il est à noter que Ville-Evrard assure les 3/4 de la couverture psychiatrique du département, dans ce cas pourquoi vouloir le rattacher à un GHT et pas aux 2 autres. Il sera adhérent à l'un, pas à l'autre, associé certes mais pas adhérent. Ville-Evrard est aussi le plus grand établissement psychiatrique de France, avec 150 millions d'euros de budget. L'association des 4 établissements représente 600 millions d'euros. Cela dépasse la taille critique nécessaire et rend le système difficilement gouvernable.

➔ La représentation :

Il est évident qu'il serait souhaitable qu'il y ait des représentants des usagers au niveau du GHT dans le comité territorial des élus, y compris dans le projet de loi et dans les décrets d'application.

➔ La question d'Avicenne :

Le texte est clair, Avicenne ne sera associé au GHT qu'au titre des fonctions hospitalières universitaires. En d'autres termes, il aura un rôle propre en matière d'enseignement, de recherche clinique, et de gestion de la démographie médicale. Pour cette dernière, le texte n'est pas très explicite. Il est simplement demandé au CHU de jouer son rôle. Avicenne est un établissement de recours sur un certain nombre de spécialités, mais il doit avant tout comme tous CHU assumer ses fonctions hospitalières universitaires. C'est à ce titre qu'il est nécessairement associé à chacun des GHT puisqu'il participe à toutes les discussions sur leur construction.

**Mme COUDE** revient sur 2 interrogations :

➔ La manière dont est envisagé le rôle de l'établissement support.

➔ L'utilisateur qui a le choix de son établissement et celui qu'on oriente vers une autre structure.

**Mr HORREARD** intervient sur les 2 points :

➔ L'établissement support n'est pas l'établissement pilote. Le projet de loi indique que l'établissement devrait centraliser plutôt les missions supports. Les perspectives du décret d'application ne font pas de l'établissement support celui vers lequel tout convergera. Le texte étant actuellement en cours de discussion il est difficile à ce stade d'être plus précis.

➔ Pour l'utilisateur, la réponse graduée aujourd'hui est celle d'une réorganisation permettant d'avancer vers une offre de soins la plus adaptée y compris en termes de déplacement kilométrique. Rappelons que 65% des patients séquanodionysiens ont recours aux hôpitaux parisiens, et que certaines situations dans une démarche de prévention, justifient l'envoi du patient dans un département annexe.

---

---

**Pr PISSARRO** intervient sur la coordination avec l'ambulatoire. Sachant que le passage à l'ambulatoire comporte des risques d'aggravation des inégalités considérables, et que nous sommes dans un système intra-institutionnel, comment va se traduire la coordination pour tout ce qui est hors de l'institution.

**Dr GOMBEAUD** précise qu'il s'agit d'une loi dont le caractère administratif apparaît comme prioritaire. Il est frappant de constater que même en insistant sur la nécessité d'un projet médical qualifié partagé, les délais dans sa mise en place sont extrêmement brefs (6 mois).

L'exemple de la chirurgie thoracique de Montfermeil, en association avec l'hôpital d'Avicenne s'est fait sans avoir recours à cette structure administrative. Cette mise en place est apparue naturelle aux professionnels de santé dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins. On peut alors se poser la question en quoi l'objectif dans l'exercice de ce projet de loi va améliorer la situation ! Sa mise en application va se faire avec des professionnels qui y sont réticents, avec des associations de patients qui ne discernent pas réellement la situation, étant absents dans la conception et la mise en place du système.

**Mr PETOT** ajoute que l'UNAFAM serait en accord avec la démarche des médecins de Ville-Evrard. La question est de savoir en quoi ce dispositif va améliorer la prise en charge du patient.

**Mr FEUTRIE** rappelle que la réforme est aussi fondée sur l'idée que les CHT<sup>6</sup> qui avaient été instaurés sous la loi HPST est un échec, puisqu'elle reposait sur le volontarisme des équipes. Il est vrai que la communauté médicale est confrontée à la pression financière et à la démographie médicale, toutefois elle ne semble pas hostile mais plutôt dubitative sur l'évolution de la situation.

Il est nécessaire de créer un cadre juridique qui va permettre de faire évoluer les choses. La consultation du PMSI<sup>7</sup> permet d'avoir une vision du paysage médical de l'offre de soins de chacun des établissements. On se demande alors, comment la qualité, la sécurité ou la prise en charge globale sont convenablement assurées dans ces structures. On ne peut plus prétendre chacun dans son coin, savoir tout faire dans chacune de ses spécialités. Il est fondamental de travailler sur le concept d'équipes médicales territoriales.

**Mr GAUTIER** revient sur la gouvernance du comité stratégique. Outre le directeur et les présidents de CME, ce comité comprend aussi un président de commission en soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique. Les postes sont-ils déjà occupés, où est-ce de nouvelles fonctions ?

**Mr FEUTRIE** précise que cela existe dans tous les hôpitaux. Il s'agit de directeurs de soins pour tout ce qui concerne le médicotechnique, la kiné etc.

**Mr HORREARD** revient sur l'articulation entre le monde hospitalier et l'ambulatoire. On peut s'interroger sur le fait qu'un grand GHT pourrait être, une structure trop importante, et de fait rendre plus difficile le dialogue avec le secteur ambulatoire. On peut aussi considérer que les réponses sont, l'association des GHT avec des réseaux de santé ou avec un dispositif HAD etc.

Dans le cadre du projet territorial de santé Est Ensemble, un groupe de travail animé par un médecin généraliste a étudié les entrées et sorties à l'hôpital. Leur préoccupation première a été de proposer à l'hôpital de Montreuil une liste des numéros de téléphone dédiés exclusivement aux professionnels de santé libéraux, permettant de faciliter les entrées à l'hôpital et avoir des hospitalisations programmées dans un temps qui soit compatible avec le projet de soins du patient.

Ces articulations doivent être pensées localement. La vigilance sur le sujet est de rigueur, dans un département ou la démographie médicale libérale est en souffrance.

---

<sup>6</sup> CHT Communauté Hospitalière de Territoire

<sup>7</sup> PMSI Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

**Mr LAPORTE** aborde 2 interrogations :

- ➔ Le territoire d'Est Ensemble et les territoires nouveaux qui vont se créer.

La position des 2 GHT sur 3 territoires ne va pas faciliter les initiatives et les coordinations du médico-social aux politiques et acteurs du territoire.

- ➔ Le futur métro express.

Il a un double aspect, permettre une meilleure circulation entre les patients sur le territoire du GHT, et aller plus vite à Paris. Or, si le GHT est plus efficace qu'à Paris il n'y aura pas de conséquences, mais dans le cas contraire cela va accélérer la fuite vers Paris.

**Mr HORREARD** revient sur la crainte des professionnels de santé à l'intégration de Ville-Evrard dans un GHT. Au-delà du périmètre financier exposé par Mr FEUTRIE et des collaborations déjà existantes, Ville-Evrard est un hôpital dans la ville depuis fort longtemps. Il a une tradition évidente de collaborations établies avec l'ensemble des établissements hospitaliers, et c'est aussi un hôpital qui se structure en dehors de son centre historique.

Sur ce point Ville-Evrard n'a pas de risque fondamental à être « dilué » dans un GHT.

**Mr LAPIE** ajoute que Ville-Evrard est le secteur psychiatrique de Montreuil. Or, depuis longtemps Ville-Evrard essaie de rapatrier sur Montreuil un certain nombre d'unités, notamment de type CMP mais aussi des unités d'hospitalisation. Il serait intéressant par conséquent de penser « Ville-Evrard » à partir de son territoire de rattachement plutôt qu'à partir de Neuilly-sur-Marne.

**Mr PETOT** signale qu'en dehors de Montreuil, il existe d'autres secteurs psychiatriques tels qu'Aubervilliers, St Denis, et Bondy.

**Mr LAPORTE** complète et clôture le débat par une synthèse sur le bilan des conférences de territoire.

Le décret n°2014-1118 du 2 octobre 2014 proroge le mandat des membres de la C'I jusqu'au 31 mars 2016, dans la perspective de la mise en place de nouvelles instances.

Au cours de ces 5 dernières années, la conférence de territoire a abordé différents thèmes, notamment le PRS, 20 CLS, des SROS etc. La charge de travail a été très importante, beaucoup de dossiers ont été examinés parfois dans des contextes restreints. Un nombre important de motions sur des sujets précis issus des groupes de travail, ont été rédigés et adressés à l'ARS.

Avant de clore cet épisode fin mars 2016, le travail de la conférence de territoire sera de reprendre l'ensemble des éléments des différentes discussions et propositions transmises à l'ARS, d'en faire émerger l'essentiel et d'avoir une analyse critique du travail effectué, ainsi qu'un regard avisé sur l'utilité d'une démocratie en santé.

Cette analyse pourra être présentée comme dernière réunion au terme des conférences de territoire fin mars.

Chacun peut déjà commencer à étudier ce qui a été produit. Une réunion précédant cette rencontre où seront revues et échangées les propositions et appréciations de tous sur le travail de la conférence de territoire et de la démocratie en santé, pourra être mis en place.

Le calendrier provisoire des prochains thèmes à aborder est le suivant :

Novembre 2015 :

- ➔ La présentation des CLS2 de Bagnolet, Pierrefitte-sur-Seine et Tremblay-en-France
- ➔ La santé des jeunes (présentation Mme DALET DT/ARS)

Décembre 2015 :

- ➔ Le virage ambulatoire
- ➔ L'HAD
- ➔ La restitution des travaux RéMI (présentation Dr Laurence DESPLANQUES DT/ARS)

Janvier 2016 :

- ➔ Débat autour de l'offre du médico-social

**Mme MAURIN** s'interroge sur la suite donnée aux nombreuses notifications apportées aux différents sujets traités, dont la conférence de territoire n'a jamais eu retour. Pourquoi dans ces conditions demander à nouveau de faire des suggestions sur des propositions déjà faites et restées sans réponse.

**Mr LAPORTE** partage cette remarque et ajoute qu'elle pourra être intégrée à la demande de travail qu'il vient d'évoquer, notamment la réalisation du bilan des différents sujets traités, avec l'interrogation sur le travail effectué et l'identification des bonnes et mauvaises pratiques permettant d'éviter de perpétuer les erreurs, et d'améliorer la méthode pour l'avenir.

La séance est close.

La prochaine conférence de territoire se déroulera le mercredi 25 novembre à la salle de conférence de la CPAM de Bobigny – 195 avenue Paul Vaillant Couturier, qui précèdera la réunion du bureau du mercredi 18 novembre 2015 à la Délégation Territoriale de Seine-Saint-Denis.

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

Mr Jean-Louis FEUTRIE, Mr Eddy CHENAF, Mr Jean-Claude LOCATELLI, Mr Daniel LAPIE,  
Dr Mardoche SEBBAG, Mr Bernard GAUTIER, Mme Joëlle MAURIN, Mme Elisabeth LESFARGUES,  
Mr Lucien BOUIS, Mme Catherine SOULIE, Dr Jean-Pierre SALA, Mme Fabienne GENTIL,  
Pr Bernard PISSARRO.

#### Membres suppléants :

Mme Françoise ELHUYAR, Mr Lucien PETOT, Mme Evelyne COUDE.

#### Invités permanents :

Mme Marion VAN WONTERGHEM (remplacement Mr Nicolas LE BELLEC)

#### Invité :

Mr DUROCHER (secrétaire général EPS de Ville-Evrard)