

COMPTE RENDU

Conseil Territorial de Santé de la Seine Saint Denis

du mercredi 14 février 2018 - 14h00

CPAM de Bobigny - salle de conférences

La liste des membres présents figure en annexe.

L'ordre du jour est le suivant :

- Présentation du PRAPS (Isabelle Chabin-Gibert-ARS)
- Point sur les inégalités de santé (Professeur Pissarro)
- Présentation du PRS (M. Horrérard-ARS)
- Discussion sur ces points à partir des textes proposés par le CTS à propos du Plan Régional de Santé

Total participants : 28 (21 titulaires/ 7 suppléants)

Quorum : 45/16

(1) Cf documentation adressée aux membres du CTS

(2) Cf documentation accessible sur le site dédié aux CTS :

<http://ct.sante-iledefrance.fr/seine-st-denis/>

Le Président entame la séance par une information sur les déclarations du Premier Ministre la veille lors d'une visite et invite les membres à se renseigner sur les réformes proposées notamment sur l'hôpital pour éventuellement en rediscuter lors de prochaines séances.

Le deuxième point concerne une actualité sur Jean Verdier. Absent du dernier bureau CTS en raison d'une commission de répartition des internes, il a appris qu'il n'y aura pas de poste d'interne ouvert pour les urgences de Jean Verdier. Les seuls postes ouverts seront transférés sur Avicenne.

1. PRESENTATION DU PRAPS (ISABELLE CHABIN-GIBERT-ARS)

(Voir diaporama en PJ)

2. POINT SUR LES INEGALITES DE SANTE (PROFESSEUR PISSARRO)

(Voir documents)

Dr Thierry GOMBEAUD : la question posée est la suivante : est-ce que le PRAPS vous paraît remplir les conditions de son efficacité dans la réalisation de ces objectifs? Est-ce qu'il donne les moyens notamment au niveau départemental pour avancer dans la direction énoncée par Monsieur Pissarro précédemment?

M Pierre LAPORTE : Le PRAPS pèse lourd par rapport à ce qu'ils doivent examiner dans les mois qui viennent, sur la situation de la santé en Seine-Saint-Denis. La précarité est un des axes principaux. Sur la question du PRAPS, il faut avoir des groupes de travail sur un certains nombres de sujets pour produire des idées.

Concernant les MNA (Mineurs non-accompagnés), il y a un vrai problème. Tout d'abord, sur la détermination de l'âge. En 2015, il y avait 1162 mineurs non-accompagnés en Seine-Saint-Denis. En 2017, il y en a 2319. En décembre, ils ont voté le budget du département dont 43 millions alloués aux MNA. Sur ces 43 millions, 29 millions sont à la charge complète du département. Sur ce sujet, il s'inquiète sur la gestion des budgets, et sur l'annonce possible d'une disparition des départements et le transfert des EPT. Cette situation engendre des questions sur le suivi de ces mineurs, sur leur placement... De plus, il pose la question du problème des moyens pour la traduction, la médiation. Dans ce PRAPS, beaucoup de chiffres sont cités mais il en manque quelques-uns notamment sur les moyens. Les mesures préconisées sont-elles applicables? Il s'inquiète du niveau des questions de santé. Il a été interpellé à plusieurs reprises sur le manque de lit dans les hôpitaux en Ile-de-France.

Il revient sur le CAARUD d'Aulnay-sous-Bois piloté par l'association AURORE. 30 000 seringues ont été retrouvées autour du CAARUD dans le site de l'hôpital. Pendant un mois, ils n'ont plus ni eau ni électricité. Le département compte déjà peu de CAARUD. Il cite d'autres exemples alarmants sur l'état de certains établissements qui l'inquiètent. Ces sujets sont prioritaires dans ce département marqué socialement.

Mme Anne FESTA: Le réseau ACSanté a tenté de coordonner et de mettre en relation des acteurs disponibles et ayant des compétences et des expertises autour de la précarité. Elle fait partie de ce réseau précarité et accès aux soins de la Seine-Saint-Denis. Ils ont pris en charge 1486 personnes sur 6086 personnes, 679 avec un indice d'une grande précarité, plus d'un tiers étaient à la rue. Ils ont des partenaires tels que Emmaüs, CAARUD, Aurore... Ils ont une vraie difficulté de places.

Pr Bernard PISSARRO : En faisant une lecture rapide du PRAPS, il a effectivement trouvé plein de bonnes intentions. Néanmoins, il partage les interrogations sur les moyens à mettre, et en particuliers dans le chapitre sur les problèmes psychiatriques. La pris en charge de toute cette population psychiatrique, se fera-t-elle au détriment des autres malades ? En termes de réduction des inégalités, ce n'est pas réaliste. D'autre part, concernant l'objectif de mieux caractériser les causes de l'accès aux droits de la santé, la première cause est justement la complexité même de ces droits. Il faut donc simplifier ces droits. Sur le problème de l'évaluation, il y a eu des progrès nets par rapport au précédent mais il trouve dommage qu'il n'y ait que des évaluations quantitatives. En effet, il faudrait profiter de ce PRAPS ambitieux pour développer des évaluations qualitatives.

L'objectif de prévenir le basculement des populations pauvres vers l'exclusion est intéressant mais il faudrait le généraliser.

Néanmoins, il se demande si cela est réaliste en particuliers pour la psychiatrie. Peut-être les mêmes problèmes pour les personnes immigrées avec leur situation, leur parcours traumatisant et quels sont les points communs avec les malades psychiatriques en errance? Cette situation mériterait d'être plus détaillée pour des objectifs différents. Il en est de même pour les causes et problèmes qui diffèrent suivant les populations. Les actions en termes de prévention sont relativement limitées dans ce PRAPS.

M. Daniel LAPIE: L'une des priorités est le développement de l'ambulatoire notamment en psychiatrie. Il pose la question de l'articulation de ce projet avec d'autres priorités dans ce département que sont les problèmes posés par le soin psychiatrique en direction des publics précaires.

Mme Martine VIGNAUX : Dans l'exercice de sa profession, elle constate de plus en plus chez ses patients des désordres psychiatriques. Sans formation, elle ne sait pas vers qui se tourner mis à part le médecin généraliste. De plus, elle s'interroge sur le nombre de cabinets de psychiatres libéraux ou en centre existant en proportion en Seine-Saint-Denis par rapport au département 75. Elle cite comme exemple la pénurie de psychiatre dans la ville de Pantin ainsi que dans beaucoup de communes. Autrefois, elle téléphonait à un psychiatre qui lui indiquait la prise en charge du patient. Désormais, elle n'en connaît plus. A-t-on augmenté en hôpital les postes et les formations en psychiatrie?

Mme Isabelle CHABIN-GIBERT: Tout un paragraphe porte sur ce sujet, il propose de profiter de la compétence des travailleurs sociaux au sein des services de psychiatrie. Ceux-ci pourraient être mis à contribution pour expliquer en quoi consistent les ressources sociales en matière d'hébergement, de la réinsertion... Cela permettrait aux nouveaux internes de se réapproprier ce qu'on appelle "les sacs à foyer". En effet, les psychiatres ne font pas la distinction entre un hébergement d'urgence et un hébergement de réinsertion sociale.

Mme Manuela CHEVIOT: La prise en charge de la précarité a un coût. Au niveau des services de PMI, une évolution de la typologie des personnes accueillies est constatée. La PMI accueille des personnes qui se trouvent dans des situations de plus en plus précaires. Dans le PRAPS, il est fait mention des axes d'interprétariat et la médiation en santé. En PMI, des interprètes sont mis à disposition. A titre d'information, cela représente un coût entre 600 000 et 800 000 euros par an pour le Département. Par ailleurs, ils accueillent de plus en plus de femmes enceintes sans droit ouvert. Dans les différents centres de PMI, elles représentent entre 20% et 50%. En attendant l'ouverture de leurs droits pour permettre leur accès aux échographies, examens, le Département met à leur disposition des bons de gratuité.

- En 2016, ce dispositif a représenté un coût de 1.2 millions d'euros pour le Département.
- En 2017, le chiffre s'élève à 1.5 millions d'euros.

Une augmentation conséquente de la mise à disposition de ces bons est déjà constatée pour ce début d'année.

Dr Thierry GOMBEAUD : La différence entre PRAPS et PRS est comprise ainsi que leur lien intrinsèque. Néanmoins, cela pose un problème de méthodologie qui a par ailleurs été questionné au début de la réflexion sur le PRS. Il est difficile de voir la concrétisation de certaines mesures, ainsi que leur financement. Il n'est pas étonnant de s'interroger sur l'évaluation, la finesse de cette évaluation, l'aspect qualitatif ainsi que le problème de la simplification de l'accès aux droits. Il faudrait travailler sur cette question afin de dégager les éléments problématiques. On se heurte très clairement aux difficultés méthodologiques de constitution du processus qui amène à une impasse en termes de

résolution des problèmes. Le Président se propose de rédiger un questionnement spécifique au Département.

M. Julien BORDRON: Il reconnaît peut-être un manque de communication sur la simplification de certaines mesures. La mise en place des PRAPS en 1998 a permis une simplification pour l'accès universel aux soins, en l'absence de CMU à l'époque.

- 270 000 personnes sont couvertes dans le département entre la CMUC et la CS.
- 50 000 personnes sont bénéficiaires de l'AME. La CPAM Seine-Saint-Denis est d'ailleurs pôle national pour la gestion de l'AME.

Le nouveau dispositif PUMA (protection universelle maladie) a été créé en 2016. Malgré une diffusion assez timide, l'accès à une couverture maladie pour tous est simplifié avec un minimum de pièces justificatives demandées et plus d'une cinquantaine de partenariats sont mis en place. Ces partenaires seront réunis le 27 mars afin d'évoquer tous les problèmes de l'accès aux droits. La CPAM a également travaillé aux côtés de l'ARS sur l'accès aux droits des personnes démunies à savoir les migrants, enfants de l'ASE... Les procédures sont simplifiées afin de garantir leurs droits. Malgré les 3,2 milliards de dépenses Assurance Maladie en Seine-Saint-Denis, il y a un manque d'accès aux soins primaires pour toute une partie de la population et des inégalités aux soins. Il reconnaît néanmoins les actions mises en place, les partenariats, les acteurs mobilisés.

Mme Joëlle MAURIN: A la dernière séance, une demande a été formulée afin d'expliquer ces dispositifs à l'ensemble des membres du CTS. Elle est réitérée pour permettre aux professionnels de connaître ces dispositifs et les appliquer sur le terrain.

M. Jean-Philippe HORREARD: Il faudrait consacrer un moment pour faire un bilan des dispositifs financés qui fonctionnent aujourd'hui dans le département. Dans un état d'esprit positif, il faudrait valoriser les financements supplémentaires qui ont été mis en place les années précédentes. Par exemple, les 10 à 12 millions d'euros sur le médico-social.

3. PRESENTATION DU PRS 2 :

M. Jean-Philippe HORREARD: Le PRS comme le PRAPS obéit à une même logique. Il s'agit de réfléchir à des objectifs pluriannuels d'action par déclinaison de la stratégie nationale de santé. Nous sommes dans une réflexion d'efficience et dans une logique de coordination et non pas seulement dans une logique de moyens. Evidemment, les questions de moyens ne sont pas occultées. Il n'est pas interdit d'avoir une réflexion budgétaire et financière prospective sur ces différentes questions. Le PRS dans sa deuxième version a été présenté devant la CRSA. Ce document donne quelques éléments de réflexion et d'analyse sur un plan méthodologique. Ce document d'environ 400 pages est dans sa première version, il a vocation à rentrer dans une démarche de concertation. Sa présentation a pour but d'expliquer la démarche méthodologique et puis entrer dans un débat d'instance de démocratie sanitaire sur son contenu, sur les points qui peuvent être amendés. La question est de débattre sur l'avenir du document. Sa publication est prévue à la veille de l'été prochain. Il s'agit de s'en emparer et de travailler à des propositions de modification de contenu.

Le calendrier prévisionnel est le suivant:

- **le 25 janvier:** il a été envoyé à la commission permanente de la CRSA et au président des CTS.
- la semaine du **5 février** : il a été présenté au séminaire de la commission permanente. Un retour de la commission est prévu pour la semaine suivante.
- la semaine du **19 février:** il a été mis en ligne. La démarche de consultation officielle va durer 3 mois, avec un avis formel de la CRSA à l'appui. Dans la semaine, l'ARS mettra en place sa stratégie de communication interne et externe pour expliquer le PRS et ses objectifs.
- **15-20 mai** : Fin de la consultation
- **15-20 juin:** Publication

Pour rappel, ce document aurait dû être publié selon les termes de la loi, en fin décembre dernier. Néanmoins, la publication de la stratégie nationale de santé à l'automne dernier a justifié un délai supplémentaire pour sa publication par les Directeurs Généraux de l'ARS. Ce délai supplémentaire a été souhaitable compte tenu de l'importance, de la densité des propositions et de l'organisation du système de santé en Ile-de-France. De plus, au vu de l'actualité et des enjeux, toutes les instances de démocratie sanitaire, le conseil départemental, les communes sont amenés à contribuer, à réfléchir, à participer, à amender ce document dans une dynamique d'analyse partagée et collective. C'est une réflexion dynamique en termes de territoire de coordination, de parcours de santé, de réseaux villes-hôpitaux. Dans une réflexion également d'évolutions de prise en charges des affections de longue durée ou pas mais également sur le pouvoir d'agir des patients. Il est pensé de façon plus concertée avec une approche plus moderne.

En ce qui concerne les modalités de concertation, il y a un schéma régional de santé dans la PRS structuré selon 5 axes. Les réunions de concertation permettant d'élaborer le contenu, sont structurées selon une analyse des principes, d'objectifs stratégiques, les stratégies d'intervention et une trentaine d'indicateurs. Ces derniers sont très importants, l'absence d'indicateurs dans le PRS a souvent été reprochée. Enfin, il y aura une déclinaison dans les programmes de mise en œuvre. Elles n'occulteront pas les questions financières ou budgétaires.

Sur ces modalités de concertation, une bonne participation peut permettre une évolution substantielle du contenu du projet. Un certains nombres de priorités thématiques ont été examinés dans des groupes de travail ad hoc. Ces groupes de travail ont été organisés au niveau du siège de l'ARS et la

CRSA sous l'égide des référents thématiques de l'ARS. Ces derniers ont été à la manœuvre et à l'animation de ces groupes de travail et à la rédaction du contenu.

Le PRAPS a fait l'objet d'une co-construction avec un groupe d'acteurs concernés. Il y a eu un dispositif innovant avec la mise en place dans huit quartiers populaires d'un dispositif de réflexion au sujet de l'appréhension dans ces territoires du système de santé en général.

Le PRS n'est pas un plan détaillé décliné en sous-axes, il s'est voulu plus dynamique. Il y a une réflexion méthodologique sur les vraies priorités de santé:

- La périnatalité des enfants jusqu'à 6 ans
- La santé des adolescents et jeunes adultes
- La santé et autonomie des personnes âgées
- L'insertion des personnes handicapées
- Le cancer, les maladies neurodégénératives
- La santé mentale
- Les maladies chroniques et cardio-vasculaires

Le choix a été fait en Ile-de-France de se concentrer sur ces priorités de santé, avec une subjectivité assumée. Nous ne sommes plus dans un schéma par secteurs mais dans une réflexion dynamique qui pense la santé en premier par des questions d'organisation de parcours, de réponses aux besoins, de prise en compte des inégalités de santé. Il y a également une réflexion sur l'innovation. De plus, chaque francilien sera acteur de santé. Il y a aussi la santé au travail, la santé environnementale...

Une déclinaison des axes en 25 projets est proposée avec les avancées par projets et par priorité.

Le PRS doit être réfléchi en termes de conditions de mises en œuvre par rapport à des questions de ressources humaines en santé. La question des allocations en ressources financières ne sont pas occultées. Elles sont pensées à travers les outils. L'ARS dispose chaque année de 500-600 millions d'euros de budget du fond d'intervention régional. Que fait-on de ce budget en termes de priorisation et en modalités d'allocation de ressources? Le PRS a une vocation à y répondre. Il y a une transparence sur ces questions. Deux fois par an, le directeur de l'ARS présente à un certains nombres d'acteurs institutionnels au niveau de la région, la stratégie d'allocation de ressources de l'Agence.

La question se pose sur le traitement et la production des données en santé (le parcours E-santé, le partage des données...) Le système d'informations est fondamental et n'avait pas été traité dans le précédent PRS.

Le PRS est dans une réflexion dynamique et une structuration méthodologique qui permet d'appréhender toutes les problématiques absentes du dernier PRS.

Le cœur du PRS réside principalement dans la présentation des axes et le programme de mise en œuvre. Les indicateurs de résultats vont permettre de suivre ce qui a été proposé en termes de d'évolution.

Chaque projet de transformation dans la déclinaison des axes se concrétise par une stratégie d'intervention afin d'illustrer l'action par un dispositif avec un focus sur des priorités thématiques éventuellement des cartographies. Ces cartographies permettent de mieux expliquer la réussite ou la stratégie d'un projet. Par la suite, la présentation d'un programme de mise en œuvre est détaillée dans le document. Il propose également une réflexion sur un état des lieux, des objectifs et les principaux objectifs d'intervention.

De plus, il est important d'avoir une cartographie des différentes autorisations. La déclinaison par départements de ces autorisations y est présente. Globalement, le nombre d'autorisations restera le même. Sur l'exemple de la psychiatrie, il faut évidemment prendre en compte les problèmes en particuliers certaines tensions capacitaires en hospitalisation complète. Néanmoins, cela n'empêche pas une réflexion constante du virage ambulatoire en psychiatrie. La question de l'hospitalisation complète,

des unités pour malades difficiles, de la démographie en Seine-Saint-Denis sont en débat. Un nouveau secteur de psychiatrie générale en Seine-Saint-Denis est par exemple à l'étude.

La santé des femmes, les addictions, le VIH sont également évoqués. Pour sa part, aucun oubli n'a été fait et les priorités sont assumées dans ce PRS.

Le contexte francilien pose plusieurs difficultés dont les inégalités de santé territoriales et sociales. Il est question d'une certaine hétérogénéité de la région Ile-de-France par rapport à l'accès aux soins et à la question des inégalités de santé. Les inégalités sociales sont gérées dans le PRAPS. Il faut réfléchir afin d'être en cohérence entre un schéma régional de santé, son organisation et un PRAPS ayant des réponses spécifiques tout en s'adaptant aux contraintes actuelles.

Les tensions à résoudre sont une priorité ainsi que la priorité à la prévention. La Ministre Agnès Buzyn en fait d'ailleurs un axe majeur. En effet, la priorité à la prévention est au fond le leitmotiv d'une réflexion non pas dans une logique d'économie mais parce que cette priorité fait partie d'une démarche de valorisation des actions de prévention.

La priorité est également donnée au domicile. Les questions de virage ambulatoire et de retour à domicile anticipé peuvent interroger. Ainsi, la priorité au domicile se fait lorsque le contexte le permet. La question de la fragilité de la démographie de certaines professions n'est pas occultée. Les médecins généralistes, les médecins scolaires, la PMI sont évoqués du fait des effectifs connus de tous.

Il s'agit de mettre en place un suivi annuel par axes par des groupes de travail. Le principe de concertation est maintenu dans une logique de suivi d'évaluation. Dans un deuxième temps, il y aura des réunions de suivi annuelles avec la CRSA, mais également avec les CTS qui ont vocation à produire le cas échéant des avis. Des réunions de suivi seront également consacrées à une analyse qualitative de l'avancée des projets. Enfin, un dispositif d'évaluation externe aura pour but de faire appel à un groupe de scientifiques (un appel à projet sera lancé d'ici peu) dans une démarche d'évaluation et d'analyse. Il s'agit d'avoir une évaluation externe et neutre.

La période de concertation va permettre de finaliser la liste d'objectifs environ une trentaine, même si le chiffre n'est pas fixe. 5 questions évaluatives traduisent des engagements sur ces objectifs. Une démarche de mise en œuvre sur ces territoires visant à donner aux acteurs plus d'autonomie.

M. Paul LAMBERT: Les urgences ne sont évoquées que très brièvement en page 134. Or, comment fait-on de l'ambulatoire, pour réagir aux crises? L'UNAFAM a participé à plusieurs réunions à l'ARS à ce sujet mais celles-ci n'ont pas été concluantes.

M. Jean-Claude LOCATELLI: Il est d'autant plus légitime aujourd'hui où l'on parle de parcours spécialisés, pour le médico-sociale et le psychiatrique, les urgences sont déjà en déficit sans autre moyen.

M. Vincent LOISEAU (ville de Pantin): Il rappelle les difficultés que rencontrent non seulement la ville mais aussi l'ensemble du département, à faire venir des jeunes médecins généralistes. Cette problématique est commune. Le déficit de médecin généraliste est divisé par deux. Quelles actions concrètes doit-on entreprendre ensemble pour attirer la nouvelle génération de médecin?

M. Jean-Philippe HORREARD: Ces questions n'ont pas attendu le PRS 2 pour être évoquées. Concernant la question des urgences, elles sont par exemple actuellement reconstruites au centre hospitalier Robert Ballanger d'Aulnay-sous-Bois, où ils essaient d'améliorer les modalités d'accueil et de diminuer les flux. Il faut un équilibre sur les soins non-programmés entre la ville, l'hôpital et d'autres structures afin d'éviter l'engorgement des urgences. Le PRS évoque les urgences ainsi que

toutes les questions d'organisation hospitalière sans les occulter. En revanche, il n'occulte pas les difficultés. Nous répondons concrètement en dehors du PRS aux situations d'urgences, à des problématiques de démographie médicale à travers des stratégies de regroupement hospitalier via les GHT et à travers des logiques de coopération. La question de l'attractivité des territoires a été traitée cette année sous la forme d'un nouveau zonage ambulatoire qui rend éligible à des aides conventionnelles Assurance Maladie une bonne partie des communes de Seine Saint Denis pour l'installation des médecins libéraux. D'autres outils existent comme les structures d'exercices collectifs (les MSP), les contrats d'engagement de service public pour les jeunes étudiants qui est une bourse leur permettant de s'installer dans des zones déficitaires.

Il y a un certains nombres de facteurs sur lesquels le travail collectif est nécessaire. Il faut une communauté médicale solidaire qui avance à travers des actions communes et des actions mis en place par la loi de 2016. Le dispositif CPTS est une réponse pour une meilleure coordination entre médecins libéraux. La médecine libérale de demain n'est plus une succession de cabinets libéraux en ville mais une organisation en termes de coordination. Il y a également les PTA (plateforme territoriale d'appui) qui vont permettre de mieux gérer les cas complexes Il faut des réponses qui sont sociales et environnementales.

M. Julien BORDRON: Mardi 13 février, La CPAM était présente à la commission paritaire locale des médecins. Les médecins libéraux du département ont formulé un certains nombres de propositions pour renforcer l'attractivité du territoire. Ils s'engagent à la maîtrise de stage et à faciliter l'accueil des jeunes internes dans les cabinets. Un certains nombres d'actions et de propositions ont été formulés. Avec la publication des arrêtés de zonage annoncée pour fin février-début mars, il attend de l'Agence, par les arrêtés du Directeur Général de l'ARS, une communication qui met en avant les aides, les dispositifs existant. Elle devra mettre en valeur également les actions de l'URPS Ile-de-France, du Conseil Général Ile-de-France, des communes...

En effet, pour un jeune médecin porteur de projets souhaitant s'installer en collectif, il est difficile de s'y retrouver. Avec les nouveaux arrêtés de zonage, 38 communes sur 40 sont concernées. 97% de la population est installée dans une zone susceptible de bénéficier d'aides de l'Etat ou de l'Assurance Maladie. Il faut profiter de la communication sur ces arrêtés.

Il faut rappeler qu'en 2017, 50% des contrats d'aides en Ile-de-France ont été conclus en Seine-Saint-Denis. L'augmentation des communes éligibles et le temps de communication valorisant les aides vont permettre d'avoir une communication offensive envers les jeunes médecins et l'université de Bobigny. Profitons, de ce temps de communication sur les arrêtés de zonage pour mettre en exergue toutes nos initiatives pour attirer, fidéliser les jeunes médecins dans le département.

Dr Thierry GOMBEAUD : Le CTS avait déjà rédigé un texte sur ce problème de la démographie médicale. Ce document a été lu par de nombreuses personnes sur le site du syndicat professionnel. D'autre part, la problématique des urgences est liée à celui des urgences hospitalières et de la démographie médicale. Il faut une amélioration de la situation en ville.

Concernant le PRS, quelles sont les orientations stratégiques développées? Par exemple, le chapitre sur le cancer, la problématique est plus large que se donner des objectifs qui lui semblent décaler par rapport à la réalité. Ces objectifs relativement clairs et satisfaisant sur le plan scientifique sont en réalité probablement faibles voire difficiles à réaliser du fait de l'éloignement des sites par rapport à la population. Il est connu que l'éloignement du site est un critère d'aggravation. Il rejoint la proposition de Monsieur Laporte de faire un groupe de travail sur la question de la santé chez les jeunes enfants. Il s'agit de faire un premier schéma sur ce sujet, en faisant quelques propositions coïncidant avec les préoccupations dans le département. Il invite les membres intéressés à y participer.

M. Jean-Philippe HORREARD: Dans le PRS, il y a pour chaque programme une déclinaison par département. Cette déclinaison est forcément limitée. Il serait donc intéressant d'avoir un approfondissement de la part du CTS.

M Pierre LAPORTE: Il reconnaît la difficulté de présenter le PRS 2. Le PRS 1 avait demandé énormément de temps pour l'analyser et il y avait donc un retard pour faire des propositions pour le département. Afin de ne pas recommencer, l'idée serait de partir des préoccupations de chacun et de travailler par groupes pour croiser les idées avec ce qui est proposé dans le PRS 2. D'autre part, il faut associer davantage les CLS, les CLSM pour la santé mentale ainsi qu'une réunion d'élus.

M. William DAVID (interne en médecine générale): En tant que jeune médecin généraliste, il s'installe dans des endroits qu'il connaît mais aussi des endroits qu'il découvre. Il faut travailler avec la faculté de Bobigny sur l'aide à la maîtrise de stage. Il faut l'aide de maître de stage pour faire découvrir de nouveaux endroits aux jeunes médecins. Tous les six mois, les internes sont amenés à changer de lieux de travail. Il faudrait éventuellement proposer des pied-à-terre pour les internes qui prendraient des stages très particuliers dans des zones éloignées. Cela constituerait des arguments non-négligeables pour les choix de stage ambulatoire en faculté.

M. Vincent LOISEAU: Les médecins libéraux de Pantin s'engagent à différents titres sur les stages et envisagent leur succession. La ville de Pantin compte trois CMS avec dix à quinze stages tous les 6 mois. Ils sont dans une logique d'universitarisation forte. Il s'est engagé à accueillir les jeunes médecins tous les six mois et faire un bilan à mi-parcours pour recueillir leurs impressions, leurs demandes et leur manière de voir le futur. C'est un engagement de territoire et en tant qu'élus à la santé depuis moins d'un an, il a mis en place cette pratique dans le but de construire le territoire de demain.

Dr Thierry GOMBEAUD: Le CTS fera circuler une proposition de texte que chaque membre pourra enrichir. Une première version sera présentée à la prochaine séance après le travail du bureau. Le Président clôt la séance.

La séance est close.

La prochaine plénière du CTS93 se déroulera le mercredi 21 mars 2018 à la CPAM de Bobigny – 195 avenue Paul Vaillant Couturier, à 14 heures.

ANNEXE

Liste des membres présents :

Titulaires :

Dr Thierry GOMBEAUD (Président),
M Pierre LAPORTE (Vice-président),
M. Gorka NOIR, Mme Céline BOREUX, M. Eddy CHENAF, M. Serge WSEVOLOJSKY, M. Jean-Michel TURLIK, Mme Fabienne GENTIL, Mme Joëlle LAUGIER, Dr Mardoche SEBBAG, Dr François WILTHIEN, Mme Joëlle MAURIN, M. William DAVID, Dr Jean-Luc FONTENOY, M. Lucien BOUIS, M Paul LAMBERT, M Jean-Claude LOCATELLI, M. Daniel GARNESSON, Pr Bernard PISSARRO, Mme Anne FESTA, M. Julien BORDRON,

Suppléants : Mme Martine VIGNAUX, M. Thomas CHASTAGNER, M Lucien PETOT, M Rémi CORNEC, M. Daniel LAPIE, Mme Evelyne COUDE, M. Vincent LOISEAU

DD/ARS : M Jean-Philippe HORREARD

Invités :

Mme Manuela CHEVIOT (PMI)

Coordinatrices/coordonateurs CLS-ASV/CLSM

Mme Roxane BACQ (CLS-ASV Dugny),
Mme Marie-Christine BINOT (Directrice de la santé et de la petite enfance Dugny),
Mme Régine BOUTIN (ASV Drancy)
Mme Coralie CHANEL (Livry-Gargan)
Mme Aurélie BOUSSNENE (ASV Villepinte)
M Stéphane JUNG (CLSM Saint-Denis)
Mme Marie RADIER (CLSM Saint-Denis)