

COMPTE RENDU

Conseil Territorial de Santé de la Seine Saint Denis

du mercredi 17 janvier 2017 - 14h00

CPAM de Bobigny - salle de conférences

La liste des membres présents figure en annexe.

L'ordre du jour est le suivant :

- Bilan de l'apport du 93 au PRS II
- Point sur les propositions concernant la santé mentale
- Perspectives d'activité du CTS pour les 6 mois à venir

Total participants : 23 (16 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/>

1. Bilan de l'apport du 93 au PRS II

Dr Thierry GOMBEAUD: Le bilan de l'apport de la Seine-Saint-Denis au PRS II: Beaucoup de personnes du CTS y ont participé à des degrés divers. Ce bilan a donné un ensemble de documents qui est transmis à l'ARS. Le PRS II est pratiquement terminé. L'ensemble des contributions départementales sera rajouté en annexe et consultable. La concertation officielle va démarrer dès la publication du dernier projet complet, permettant de changer quelques éléments mais ne touchant pas au fond.

Le CTS s'était opposé à la méthodologie. Les éléments leur étant parvenus confirment ces craintes. Cette méthodologie par axes de travail n'aboutirait pas à des éléments très concrets sur l'évolution du système dans la région pour les cinq années suivantes. Néanmoins, des éléments très précis sont en cours de mise en place notamment sur les autorisations d'équipements et d'activités pour les établissements publics ou privés.

Au début février il y aura probablement un premier document de 100-150 pages constituant la trame du PRS. En conclusion, il y aura toutes les annexes qui seront les retours du terrain. Ce sujet pourrait être

abordé à la prochaine séance après consultation du document afin de donner un avis d'ordre général et de demander quelques modifications de détails en profitant des trois mois de concertation prévue.

Il rappelle les éléments issus des réflexions de la Seine-Saint-Denis et reçus par les membres :

1. La proposition pour que la démocratie sanitaire et sociale fonctionnent à travers la mise en œuvre du PRS. C'est le travail de la vie associative des patients et des familles. Il s'agit d'éléments rédigés par la commission spécifique et qui représente l'avis du CTS.
2. Le travail de Monsieur Pissarro sur la santé au travail. Ce document est connu de la direction de l'ARS. Ces derniers ont été intéressés par les détails, l'état des lieux.
3. Une position concernant Jean Verdier. Les éléments de la discussion du bureau et de la plénière ont été pris en compte dans ce document. Il laisse la part ouverte à une éventuelle discussion. De plus, les professionnels de santé ont reçu des demandes de discussion. Il y aura donc probablement des débats sur ces questions dans les semaines à venir. Les personnes participant à ces discussions sont invitées à rapporter les derniers éléments aux autres membres.

Il y a également l'avis du CTS sur le PRS dont le document était issu de la problématique du zonage. Il y a eu depuis quelques modifications sur ce zonage. Il n'y a pas de changement de fond mais une liberté plus grande laissée à l'ARS pour pouvoir mieux répartir en fonction de critères différents non seulement l'éloignement et le temps de trajet entre le domicile et les cabinets des professionnels de santé. L'objectif du document rédigé est d'élargir bien au-delà des aides financières aux installations. Mais aussi de parler des causes bien plus profondes de la démographie déclinante. Le nombre de médecins formés est le même depuis trente ans mais une diminution des installations sont observées. Par exemple, seul 20% des internes en médecine générale feront de la médecine générale. Malgré la volonté d'augmenter le *numerus clausus*, il n'est pas certains que cela suffise à améliorer la situation. De plus, d'autres facteurs entrent en considération.

4. La position du CTS sur le virage ambulatoire: Le CTS est relativement inquiet à ce sujet. Il propose de mettre en ligne un travail d'un économiste rédigé récemment : *A qui profite le virage ambulatoire?* Il montre qu'une partie des "patients cibles" peut être satisfait de sortir plus tôt. Aucune des conditions qui permettraient une fluidité dans la sortie n'est en générale réunie avant que les patients ne sortent. Il est nécessaire de mettre en place un cahier des charges avant de faire sortir les patients. La conclusion de ce travail montre que les gagnants du virage ambulatoire sont les établissements. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la Caisse n'y trouve pas un bénéfice majeur.

Il propose d'en reparler après la lecture de ce travail par les membres du CTS.

Officiellement le débat sur PRS II est ouvert pour plusieurs semaines, il sera donc possible d'ajouter/modifier des éléments.

Le travail du CTS est une synthèse des travaux de plusieurs mois. Il sera annexé au PRS II.

Interventions de la salle :

M Pierre LAPORTE: Il propose de faire un bilan sur les GHT dans le département.

Dr Thierry GOMBEAUD: Il est intéressant de travailler sur cette question. En effet, les GHT vont être une des bases de l'organisation du système hospitalier pour les cinq ans à venir. Cela pose des problèmes en amont et en aval, au niveau des professionnels de santé, professionnels de terrain et des hôpitaux universitaires. La relation hôpitaux universitaires et GHT n'est pas simple.

M. Jean-Philippe HORREARD: Il est disposé à leur présenter les différentes avancées des deux GHT du 93. Les avancées en termes de projet médical partagé, de conventions constitutives. Il ne faut pas occulter les difficultés en termes de gouvernance. La présentation également d'un rapport IGAS sur le GHT 93 Est qui pointe un certains nombres de difficultés, notamment de capacités des hôpitaux à investir. L'ARS est en mesure d'apporter une analyse sur la constitution des GHT en cours, sur la problématique du lien avec les hôpitaux universitaires et les établissements privés, sanitaires ou médico-sociaux. Les GHT constituent un des piliers de l'organisation des soins sur les territoires de coordination en cours de définition par l'ARS, avec en arrière-plan, la notion de parcours de soins des patients.

Dr Thierry GOMBEAUD: Il y a un débat actuel sur les problématiques de parcours des patients. Deux départements en Ile-de-France dont le 93, réfléchissent à la mise en place d'une plateforme territoriale d'appui. Le sujet a été abordé lors d'une précédente plénière. Aujourd'hui, beaucoup de questions se posent. Ce n'est pas la première fois qu'un système d'organisation de la médecine ou des soins en ville est posé. Quelques solutions ont donc été mises en place, il y a 30 ans depuis la problématique du VIH dans la prise en charge du patient. Plus on avance dans la mise en place des projets médico partagés, on voit des difficultés apparaître. Il est fondamental de comprendre l'articulation des deux principaux hôpitaux par rapport au troisième de ce GHT Est. Plusieurs questions interpellent le CTS: Quelle est la place des hôpitaux psychiatriques? Comment vont-ils participer au travail commun? Comment les patients acceptent l'idée de la rationalisation des prises en charges? Comment mettre en place une réflexion sur ce sujet ?

M. Jean-Philippe HORREARD: Il propose de faire intervenir des médecins en charge de l'élaboration des PMP, pour présenter aux membres, un premier bilan des actions menées. Du côté de l'ARS, la question est également suivie et peut apporter au CTS son éclairage, son point de vue, celui de l'IGAS, des professionnels de santé, des représentants des CME, ceux de l'APHP.

Dr Thierry GOMBEAUD: Cette problématique des GHT n'a pas fini de montrer les limites de ce type d'organisation. Aujourd'hui, le rapprochement de ces hôpitaux va se traduire par une rationalisation. Il propose d'en rediscuter à partir de mars et de demander aux directeurs d'hôpitaux de venir exposer leurs préoccupations.

Par ailleurs, les autorisations d'activités et de matériels lourds vont être incluses dans le cadre du PRS. Que va-t-il se passer sur la radiothérapie? Les structures de radiothérapie à deux postes, vont être en très grandes difficultés pour la poursuite des activités. Il y aura probablement une diminution d'au moins un centre en Seine-Saint-Denis. Cela va nécessiter de la part des responsables la mise en place d'une organisation des soins nouvelle.

En l'absence de commentaire des membres sur le bilan de l'apport du 93, il propose de renvoyer un courrier à l'Agence comprenant l'ensemble de ces éléments avec une lettre d'accompagnement

expliquant leur participation à la suite des événements et au travail de concertation dans les deux mois suivant.

M. Jean-Philippe HORREARD: Sur ce bilan, les indicateurs intéressants à analyser sur le département sont: le travail des PASS hospitalières, les expérimentations PASS ambulatoire, les problématiques d'accès aux soins et aux droits.... Ces indicateurs ont permis de répondre à certaines interrogations, demandes de plus en plus fortes d'accès aux soins. Le bilan du PRAPS est disponible, il faudra le communiquer et avoir une analyse concertée dans le cadre du PRS. Ce bilan n'est pas une annexe du PRS mais un document parallèle. Il prend en compte spécifiquement la problématique d'accès aux droits. Il propose pour la prochaine plénière de faire une présentation ciblée sur le bilan et les perspectives en cours de rédaction sur le PRAPS II en lien avec Madame Malet-Longcoté et l'Assurance Maladie.

Mme Joëlle MAURIN : Les professionnels de santé ont de plus en plus de soucis pour des patients qui n'ont plus de droit. Il y a un certains nombres de problèmes qui se posent et qui sont nouveaux par rapport aux années précédentes.

M. Jean-Philippe HORREARD: Il serait donc intéressant de refaire un point sur le dispositif PUMA en lien avec la CPAM93. Ce dispositif simplifie l'accès aux droits. Il serait intéressant d'en faire un bilan depuis que le dispositif existe. Il fait partie de la problématique PRAPS. L'Assurance Maladie a fait une présentation pédagogique du dispositif. C'est un support idéal, pédagogique à présenter au CTS. Il va demander l'accord de Monsieur Bordron afin de diffuser ce document.

Mme Martine VIGNAUX : revient sur le virage ambulatoire. Est-il possible d'envisager au sein des structures hospitalières un service de prise en charge des patients qui sortent après une intervention chirurgicale afin d'assurer la coordination immédiate avec les professionnels libéraux qui doivent prendre le relais pour ne pas rompre la continuité des soins ?
En effets beaucoup de patients sortent sans prescription de soins infirmiers, sans prescription d'une attelle si l'immobilisation est nécessaire. Il y a un réel problème au niveau de cette coordination.

Dr Thierry GOMBEAUD: Cette situation illustre toute la problématique avancée au sujet des cahiers des charges préalables à la sortie. Ce cahier des charges est hors de portée des structures hospitalières privées ou publiques. Il y aura de plus en plus de problématiques complexes en ville, de mise en place. Les structures hospitalières ont pour objectif de rationaliser les coûts, d'augmenter le circuit. On se dirige dorénavant sur des structures purement ambulatoires. Le virage ambulatoire est un sujet qui a encore matière à débattre.

M. Philippe ERIGNOUX: Il y a un dispositif appelé "hôtel hospitalier" pour certains hôpitaux. C'est de l'ambulatoire. Ce sont des chambres dédiées hors hôpital. S'il y a une complication, une intervention est programmée plus rapidement Il y a eu quelques appels à candidatures.

M. Jean-Philippe HORREARD: C'est une réponse parmi d'autres permettant un suivi plus sécurisé d'un patient dit fragile. Le patient n'a peut-être pas les moyens de payer un hôtel hospitalier (en moyenne 70 euros la nuit). C'est la problématique d'un réseau ambulatoire de médecins ou de professionnels de santé qui ne sont pas en capacité d'alerter en cas de complication quelconque. Le virage ambulatoire est valable lorsque nous avons une médecine de ville, un réseau de professionnels de santé et d'aide à domicile efficaces.

On est aujourd'hui sur un virage ambulatoire par rapport à une doctrine qui est la pertinence des soins. A savoir l'arrêt de l'hospitalisation inutile par rapport à une prise en charge légère qui ne justifie par une nuit ou deux à l'hôpital en termes de surveillance. On est face aussi à une fragilité médicale inégale selon les personnes, les âges, les catégories sociales, les modes d'habitat....Le taux de virage ambulatoire en Seine-Saint-Denis est moins bon que dans les autres départements. Il faut nuancer le débat. Le virage ambulatoire n'a pas pour unique objectif de réduction des moyens dans les hôpitaux. Il y a une conjonction liée à une accélération de la productivité médicale, de son efficacité et de la difficulté en termes de parcours de soins.

Mme Martine VIGNAUX : Quels sont les objectifs pour le virage ambulatoire s'ils ne sont pas financiers?

M. Jean-Philippe HORREARD : Il s'agit de la pertinence des soins, le fait d'éviter par exemple des séjours hospitaliers trop dangereux notamment par rapport aux risques des infections nosocomiales. Il faut aussi éviter pour certaines personnes âgées de passer trop de temps à l'hôpital.

Mme Martine VIGNAUX : Est-ce que les gens sont mieux soignés? Y-aura-t-il une amélioration de la santé des personnes?

Dr Thierry GOMBEAU : Il y a indiscutablement d'une part, une demande des patients de sortir rapidement de l'hôpital. D'autre part, il y a effectivement une amélioration de la situation sanitaire des patients sortant plus rapidement dans la mesure où un certains nombres de conditions sont réunies. Néanmoins, il faut des conditions pour que l'amélioration en termes de santé publique soit mesurable et évidente. Ces conditions ne sont pas remplies dans le département. Le CTS avait soulevé cette problématique dans son document ainsi qu'un certains nombres de problèmes dans le département en prenant en compte l'ensemble des paramètres. Aujourd'hui, la charge de travail supplémentaire du personnel hospitalier n'a pas été prise en compte. De plus, l'aspect humain a également été souligné. La question porte sur la signification d'avoir un malade à domicile. Ces aspects ne sont pas abordés dans le processus de décision du virage ambulatoire. L'aspect financier aussi est à prendre en compte. Nous sommes dans un processus d'accélération du virage ambulatoire, de volontarisme des établissements avec comme objectif d'assurer une pérennité financière à leurs activités.

M. Jean-Philippe HORREARD : Nous sommes davantage sur des logiques de guides de bonne pratique ou d'analyse de pertinence de décisions médicales avec la liberté du médecin de refuser et d'apprécier au cas par cas une sortie ou pas. Il peut y avoir une complication à l'issue d'une intervention de jour et la nécessité d'un maintien à l'hôpital pour des raisons de surveillance classique. Il faut penser que les choses sont réfléchies à travers une analyse de pertinence médicale et une analyse concertée et comparée sur des résultats en termes de guérison. Le maintien en hospitalisation n'est donc pas forcément nécessaire dans tous les cas de figure. Il serait intéressant de comparer des services similaires afin de voir qui est le plus performant sur le virage ambulatoire et savoir pourquoi, mais aussi sur quelle technique médicale et si cela justifie une efficacité en terme de résultat médical. Il s'agirait de mesurer une moyenne de ce qu'est aujourd'hui la pertinence d'un virage ambulatoire. Il y a parfois une certaine résistance dans certains établissements liée à un contexte sociologique, on atteint alors des limites dans le virage ambulatoire. Un exposé a été réalisé il y a un an et demi sur ces éléments de comparaisons qui seraient intéressants de représenter à nouveau et de les actualiser. Ce débat continue car il n'y a pas de dogmatisme en matière de virage ambulatoire c'est-à-dire ne pas imposer à des hôpitaux, des médecins, des chefs de service, des malades un chiffre sur un dépassement de quotas de virage ambulatoire. Il faut l'éviter et il reste vigilant. Il faut être dans une appréciation la plus adaptée localement à une réalité humaine et médicale.

Mme Anne FESTA : En tant que directrice d'un réseau de santé, ce débat l'interpelle. A la lumière de toutes les discussions depuis plusieurs séances, elle se demande si la co-construction existe dans certains établissements entre les professionnels libéraux et les hospitaliers. Un projet nommé "PAPRIKA" a été fait avec l'URPS, les médecins libéraux et les hospitaliers en Bretagne, avec les URPS kiné et infirmiers. Ils ont mis en place un cahier des charges, une réflexion commune ainsi qu'une co-construction. Il y a donc un virage ambulatoire soutenu par l'ARS locale qui s'est fait sur 2 - 3 ans. Les hospitaliers ont été entendus sur leurs besoins. Les discussions laissent espérer que cela peut se faire en Seine-Saint-Denis, malgré un contexte avec une démographie différente, un profil d'utilisateur différent. C'est possible dès l'instant où un échange commun est possible.

En plus de la présentation du dispositif PUMA, il serait intéressant de présenter la LUPE (ligne urgence précarité) peu connue. C'est un outil majeur sur les ruptures et / ou ouvertures de droits, très importants pour les professionnels de santé en difficulté auprès de patients qui sont en rupture de droit ou qui n'ont pas de droit ouvert.

Mme Régine BECIS (CPAM): La LUPE est un dispositif intéressant mais ouvert seulement aux généralistes sur le département. Il sera étendu à d'autres catégories professionnelles. Le but de la LUPE est de repérer une personne dépourvue de droit ou de complémentaire de santé. La structure prend contact avec le patient afin de régler le problème d'ouverture de droit en maximum une semaine en l'absence de difficulté majeure. L'ouverture aux autres professionnels de santé se fera petit à petit.

Une autre structure se mettra en place dans le courant du premier semestre 2018, une FIDAS. C'est une plateforme sociale gérée par l'assurance maladie permettant par le biais de relais sur le département, de cibler des personnes en difficulté et d'apporter une solution à leurs problèmes en moins 10 jours maximum. Cette plateforme sera ouverte à des structures associatives, relais sociaux... Cela concerne les indemnités journalières non réglées, une ouverture de droit. Ce sont des plateformes déjà expérimentales sur certaines caisses dans le Val d'Oise. C'est la caisse de Nîmes qui a bâti cette structure. Elle sera généralisée dans toutes caisses de France au premier semestre 2018.

Mme Joëlle MAURIN : Concernant le virage ambulatoire, il y a une légère amélioration depuis quelque temps. Par exemple, quand une intervention est programmée, de plus en plus de personnes ont leur traitement prescrit avant l'hospitalisation pour l'intervention. Il va falloir du temps pour mettre ce virage ambulatoire en route. Le cahier des charges est une idée remarquable pour le département. Elle interpelle la CPAM concernant les difficultés de la télétransmission et demande des informations complémentaires.

Mme Régine BECIS (CPAM): Il serait intéressant de présenter pour information les dispositifs: PUMA, les problèmes de rupture de droit, l'AME... L'Assurance Maladie met aussi en place des partenariats avec certaines structures au nombre de 58, hôpitaux, associations, centres de santé. Il serait intéressant de s'appuyer sur ces structures qui ont un lien direct avec l'Assurance Maladie.

Dr Thierry GOMBEAUD : Madame Sophie Albert, directrice de Ville Evrard, envisageait de faire un point lors de cette séance sur les propositions concernant la santé mentale. Le document n'a pas encore abouti. La réunion du 4 janvier n'est pas parvenue à finaliser le document. Ainsi, le sujet ne sera pas discuté lors de cette séance. Il souhaite que ce document soit prêt avant la fin de la concertation sur le PRS 2 pour qu'il puisse s'intégrer à ce dernier. Le problème est de donner une position sur la santé mentale dans le département. Ensuite, la communication se fera pour voir quels sont les éléments qui posent problème à l'intérieur du PRS.

2. Les perspectives d'activité du CTS pour les 6 mois à venir

Dr Thierry GOMBEAUD : Il s'agira de faire un lien entre toutes les questions soulevées lors des séances: Le GHT, le virage ambulatoire, les inégalités de santé, le PRAPS... Il faudrait faire preuve d'une certaine originalité dans la présentation des travaux en soulignant la nécessité de la participation de tous les membres au processus de réflexion et de travail. Ce n'est pas uniquement un dialogue entre la Caisse d'Assurance Maladie et l'Agence régionale de santé. Il reste des domaines entiers sur lesquels la Conférence de Territoire n'a pas encore suffisamment avancé comme le sujet sur les inégalités de santé.

M. Daniel GARNESSON : Il voudrait soumettre aux membres, une proposition de débat sur les traitements de la maladie de Lyme. Une maladie qui n'est pas forcément connue par les professionnels de santé et qui a tendance à se répandre sur le territoire national et notre département. Ce traitement de la maladie deviendrait-il un problème de santé?

Dr Thierry GOMBEAUD : Selon lui, c'est un problème essentiellement technique et scientifique. L'information des professionnels de santé sur cette infection lui semble indispensable. C'est donc le rôle de l'agence. Il faut souligner les retards en matière de diagnostic, des prises en charge maladroite. Néanmoins, la presse médicale communique souvent sur ce sujet. La maladie n'est pas toujours bien prise en compte et les conséquences sont lourdes pour les patients.

Mme Manuela CHEVIOT : Pour information, l'été dernier, Santé Publique France a fait un énorme travail de communication sur ce sujet avec des outils d'information spécifiques. De la documentation, information, brochures sont disponibles sur le site de Santé Publique France

Mme Céline Boreux (directrice de l'EPHAD la seigneurie Pantin) : Dans les perspectives d'activité du CTS, elle demande un état des lieux des actions existantes et à venir autour de l'accompagnement de la personne âgée en Seine-Saint-Denis. Elle propose de travailler sur cette thématique conjointement avec sa collègue. Il y a des sources documentaires, mais elle aimerait connaître les perspectives de partenariat de décloisonnement entre l'institutionnalisation et la prise en charge à domicile, entre le privé et le public et réfléchir aux actions à mener dans la perspective démographique à venir.

M. Jean-Philippe HORREARD : Cet état des lieux peut être complété par l'analyse et le travail du Conseil Départemental notamment sur tout le champ de l'aide à domicile. Il se permet d'y associer la Direction des personnes âgées et handicapées du Conseil Départemental qui a une analyse, un diagnostic partagé des problématiques du parcours des personnes âgées en dehors même des institutions et par rapport à un dispositif de prestation d'aide à domicile et de prévention. Autour de ces problématiques, il y a la question du logement, d'une coordination de ces acteurs. Il convient sûrement de débattre sur les dispositifs institutionnels existant.

Mme Céline Boreux : Elle ajoute également la question de la psychiatrie et personne âgée. C'est un volet qui nécessite un éclaircissement.

Dr Thierry GOMBEAUD Il serait intéressant de préparer ces sujets de discussions pour le début d'été.

Mme Martine VIGNAUX : Elle aimerait faire une demande concernant la mise à jour des cartes vitales. Les pharmaciens ont la possibilité de mettre à jour de manière assez rapide, les informations d'ouverture de droits. Quant aux professionnels paramédicaux et médecins, ils n'ont la possibilité que d'aller sur le site AMELI sans information supplémentaire sur l'ouverture de leurs droits. Elle souhaiterait que tous les paramédicaux et les médecins puissent avoir la même possibilité de mettre à jour la carte vitale comme les pharmaciens.

Mme Régine BECIS : Ce sont des systèmes nationaux. C'est la Caisse Nationale qui donne la possibilité par le biais de carte CPS ou de système particulier. Il faudrait aborder ce sujet avec Monsieur Bordron. Une première réponse à l'accès aux soins sera la plateforme FIDAS pour gérer ces cas d'urgence.

Mme Nathalie VICTOR (Directrice de santé petite enfance Bagnolet) : Elle aimerait aborder la thématique des troubles du comportement chez l'enfant du spectre autistique, TED en particulier chez les jeunes enfants. Leur nombre est de plus en plus grand ce qui interpelle l'Education Nationale. Ils ont menés une étude de terrain de diagnostic sur les acteurs, les partenaires dont l'Hôpital Debré, centre de référence. Malgré cela, ils se sentent démunis. Cela pose la question de la prévention, de l'adaptation et de la prise en charge. En effet, le système n'est pas aussi réactif proportionnellement aux besoins qui augmentent. De plus, la question d'inégalité sociale vis-à-vis de la santé et de la prise en charge se pose. Enfin, il reste à faire une évaluation des méthodes et de la pertinence des soins.

Dr Fabienne Gentil : Nous sommes de plus en plus confrontés à la scolarisation de ces enfants y compris des très jeunes, dès 2 ans avec des troubles du comportement. Il y a une méconnaissance de la prise en charge de ces enfants. L'école n'est pas un lieu thérapeutique malgré l'effort au niveau de l'intégration de ces enfants.

M Daniel LAPIE : Il est favorable à un débat sur ce sujet autour de trois axes: Education Nationale, santé mentale, secteur médico-éducatif. Il y a des progrès significatifs en termes d'insertion des enfants porteurs d'handicap. L'école a vocation à accueillir ces enfants mais elle n'est pas toujours suffisamment équipée. Des partenariats se mettent en place entre des établissements médico-éducatifs, des classes externalisées...

Mme Nathalie VICTOR : Il y a des études, des questionnements sur l'impact des écrans. Pour cela, ils ont mis en place des campagnes de prévention afin de sensibiliser les professionnels de PMI dans un premier temps, puis relayer auprès des parents. Néanmoins, la prise en charge reste un problème.

M. Jean-Philippe HORREARD : Face à un état des lieux que nous connaissons, il y a des réponses en cours, effectuées, à venir. Il y a un plan handicap en Seine-Saint-Denis dotée de 10 millions d'euros à quoi s'ajoute une participation du Conseil Départemental sur la partie PAPH nommé le Plan défi Handicap. La réponse à ces questions et en particulier la prise en charge de très jeunes enfants est à l'ordre du jour. Par ailleurs, des appels à projet vont être lancés. Il se doit d'informer les membres sur les réponses programmées dans les trois années à venir. En effet, il y a une interpellation particulièrement au niveau des communes. Celles-ci s'efforcent d'apporter des réponses partielles d'accueil semi médico-social sur des problématiques du troubles du comportement des très jeunes. La question est de savoir comment adapter les offres actuelles, comment faire le lien avec le secteur sanitaire, comment créer des structures de plateformes autistes d'observation, comment renforcer les CAMPS. De plus, il y a un besoin de places car le médico-social est débordé. Il faut créer des places d'IME et d'UEM pour l'Education Nationale et tous les acteurs concernés. L'ARS a un rôle de diagnostic partagé sur ces sujets, de financements. La région Ile-de-France est seule à en bénéficier. Le taux



d'équipement en Seine-Saint-Denis en matière de structure médico-sociale pour enfants ayant des troubles graves du développement est vraiment bas par rapport aux autres.

La séance est close.

La prochaine plénière du CTS93 se déroulera le mercredi 14 février 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),
Mme Céline BOREUX, M. Eddy CHENAF, M. Serge WSEVOLOJSKY, Mme Catherine HOURIEZ, M Daniel LAPIE, Dr Fabienne GENTIL, Dr Mardoche SEBBAG, Mme Joëlle MAURIN, M William DAVID, M Lucien BOUIS, M Paul LAMBERT, M Daniel GARNESSON, Pr Bernard PISSARRO, Mme Anne FESTA

Suppléants : Mme Martine VIGNAUX, M Lucien PETOT, M Thomas CHASTAGNER,
M Rémy CORNEC, Mme Evelyne COUDE, M. Philippe ERIGNOUX, Mme Claudine PANNETIER,

DD/ARS : M Jean-Philippe HORREARD, M Cédric LAPERTEAUX

Invités :

Mme Manuela CHEVIOT
Mme Régis BECIS

Coordinatrices/coordonateurs CLS-ASV/CLSM

Mme Roxane BACQ (CLS-ASV Dugny),
Mme Marie-Christine BINOT (CLS Dugny)
Mme Blandine BOTALLA (Bagnolet)
Mme Coralie CHANEL (Livry-Gargan)
M Bernard TOPUZ (CLSM Montreuil)
Mme Nathalie VICTOR (Directrice Santé petite enfance Bagnolet)