

Conférence du Territoire de Santé 75

COMPTE RENDU DE LA

Séance Plénière du 14 Septembre 2012

La Conférence se réunit sous la Présidence du Docteur Pascal Cacot, dans les locaux de l'ESAT Paris-Bastille (de l'association SPASM).

En présence de Madame le Docteur Bernard, adjointe au Délégué Territorial de l'ARS 75.

Invité : Madame Marcelle Delour, Médecin, Pédiatre, Santé Publique et Médecine Sociale, ex-médecin chef du service départemental de PMI, à la DASES, quai de la Râpée, Paris 12^e [1]; également membre des Comités de Pilotage de :

- Etude : Santé des mères et des enfants de Paris - Etat des lieux pour la mise en place d'un Schéma directeur départemental de la Protection Maternelle et Infantile (ORS, sept 2010)
- Schéma Directeur Départemental de la PMI de PARIS (2011-2015)

Le Président constate que le quorum n'est pas atteint (23 membres présents sur 48).

L'ordre du jour, fixé par le Bureau de la Conférence, appelle les points suivants :

- **Conférence introductive : A la suite de l'exposé du Pr Pierre Lombrail « Promotion de la Santé, Prévention : repères conceptuels et stratégies d'action face aux inégalités sociales de santé » Le Dr Marcelle Delour intervient pour apporter des témoignages « Prévention, promotion de la santé, inégalité sociale de santé : témoignage d'une pratique ».**
- **Approbation du compte-rendu de la réunion précédente**
- **Actualité de la Conférence : membres, modalités et thèmes de travail 2012-2013**
- **Point sur les groupes de travail en lien avec le PRS et sur la préparation des propositions de la Conférence pour le PRS**
- **Point d'information sur la permanence des soins ambulatoires à Paris**
- **La télémédecine : présentation de l'ARS**
- **Point sur le PRAPS**
- **Questions diverses**



Actualité de la Conférence :

Membres, modalités et thèmes de travail 2012-2013

1. Evolution composition des collègues

❖ La composition des collègues qui composent la Conférence du Territoire de Santé de Paris a évolué, les nouveaux membres déjà nommés par le DG ARS, M.Evin, sont encadrés. Les membres devant être remplacés sont en rouge.

Etablissements de Santé

Titulaires

Suppléant-e-s

I-A 3

Mme LOFREDDO

M Stéphane PARDOUX GH Cochin-Hôtel Dieu-Broca / AP-HP

Remplace M. LEGLISE

I-A 3	M Pascal DE WILDE - GH Cochin HD / AP-HP	M Erik DUSART - GH Bichat HUPNVS / APHP
--------------	---	---

Le suppléant de M. De Wilde est désormais M. Erik Dusart qui remplace

I-B 2	Dr Jean-Marc CANARD Clin. Trocadéro / FHP	Dr Philippe BREIL Clin. Turin / FHP
--------------	--	--

Ces deux personnes ont admis leur indisponibilité pour assister aux réunions plénières, mais souhaitent pouvoir intervenir lors de Conférences introductives des réunions (prévention des cancers de la sphère digestive). Ils doivent être remplacés.

I-B 2	Dr Christian Devaux Clin. Trocadéro / FHP
--------------	--

Le Dr Devaux a admis son indisponibilité à assister aux réunions plénières de la Conférence. Il devra donc être remplacé.

Promotion santé précarité

III	Mme Meyrem BELKACEMI Association Emmaüs/FNARS	Mme Odile Boudeau Association Emmaüs/FNARS
------------	--	---

Mme Odile BOUDEAU ayant quitté l'Association Emmaüs, elle sera remplacée.

Professionnels de santé Libéraux et internes en médecine

IV-E	M Benjamin Chousterman /SIHP interne en médecine	Mme Nathalie RICHERAND/SRP- IMG interne en médecine
-------------	---	--

M. Benjamin Chousterman, qui n'est venu à aucune réunion, n'est plus le président du SIHP, le nouveau Président s'est engagé à ce que la représentation du SIHP à la conférence soit assurée. Il existe un doute sur la participation de Mme Richerand qui n'a répondu à aucune de nos sollicitations.

Activités d'hospitalisation à domicile

VI	Mme LAVOLLE - HAD/AP- HP	Pr Marc BRODIN - HAD/AP- HP
-----------	--------------------------	-----------------------------

Mme Lavolle remplace M. Hagenmuller.

Collectivités territoriales

IX-C	M. Vincent ROGER /Conseiller Paris 4^{ème}	Mme Martine MERIGOT DE TREIGNY/Conseil de Paris
-------------	---	--

La CTS se voit contrainte de considérer M. Vincent Roger comme démissionnaire.

Mme Karen TAIEB (IX-C) Conseillère Générale, a déclaré qu'elle assistera aux séances (ce qui n'est encore jamais arrivé).

Mme Barbara ALFANDARI, Chef de Cabinet de M. LE GUEN assiste à la Conférence. Néanmoins, comme le souligne Mme Cordeau, la représentation des Elus ne résout pas le problème des quorums non atteints, puisque les membres de leur cabinet ne peuvent pas voter. Il sera demandé à M. LE GUEN de rappeler à son suppléant (M. WAJEMAN) de suppléer chaque fois qu'il lui sera impossible de siéger.

2. Démission de deux membres du bureau

A la suite de la démission de deux membres du Bureau (Mme Finkelstein et M Viaud), une élection sera organisée à la prochaine séance. Seront recherchés en priorité, conformément à notre règlement intérieur, un membre d'un collège non représenté. Cependant, Mme Finkelstein étant issue du Collège 8 (usagers de

la santé) elle devra être remplacée par un candidat issu du même collège. Les postulants présenteront leurs candidatures à la prochaine réunion de la conférence.

3. Modalités et thèmes de travail de la Conférence.

3.1 Après consultation des titulaires et des suppléants, les séances plénières auront désormais lieu le vendredi matin, demi-journée de présence du plus grand nombre de titulaire et, le cas échéant de leur suppléant (trois cas).

3.2 Le Bureau se propose, pour mieux connaître les membres de la Conférence, d'organiser des « petits déjeuners », le premier collège rencontré d'ici la prochaine réunion sera le Collège 11.

3.3 Différents thèmes de travail ont été repérés par la Conférence au cours des réunions précédentes (reprise des comptes rendus de toutes les réunions par notre stagiaire Houda) :

- ♦ Comment informer les parisiens de l'organisation de la permanence des soins ?
- ♦ Qu'est ce que l'APHP ?
- ♦ Quel sera l'exercice de la médecine dans dix ans à Paris ? (Proposition d'organiser un débat public sur ce thème)
- ♦ Clarifier l'offre d'accompagnement et de soins auprès des personnes âgées.
- ♦ La mise en place des infirmières de nuit dans les EHPAD (information de l'ARS : ceci se met en place actuellement). M. Sachet fait remarquer que dans ce cas il faudrait aussi rétablir les infirmières de nuit dans les ULS.
- ♦ Mieux connaître les besoins en complétant et actualisant le diagnostic.
- ♦ Mieux appréhender les articulations entre les acteurs (pour améliorer les parcours, l'accès aux soins, l'insertion : tel la MDPH – l'école – l'emploi). Et dans la prise en charge du médico-social, soutenir les articulations soins et aide à domicile.
- ♦ La question du Nord Est Parisien. Mme Guignard fait remarquer qu'il y a la perspective de la mise en place d'un projet sur le nord est parisien financé il serait peut être bon d'attendre ce qu'il donnera.

Le travail de terrain se développe et pourra être formalisé dans les contrats locaux de santé. Monsieur Sachet demande si le CLS sera signé sur Paris ou par arrondissement. Mme Bernard répond que tout le débat est là, et en suspend. Ce qui intéresse la conférence c'est de comprendre les enjeux de ce débat. La problématique des articulations entre l'offre de soins et les services sociaux est cruciale pour les publics les plus fragiles. C'est peut être ce qui doit fonder un contrat local de santé. Pour Mme Lefèvre cette question intéresse au plus haut point les personnes à problème psychiatrique.

Point sur les groupes de travail en lien avec le PRS et sur la préparation des propositions de la Conférence pour le PRS

Le Dr Cacot fait un point sur les groupes de travail. L'objectif étant d'avoir des propositions le 12 Octobre (prochaine séance). Les propositions des membres de la Conférence devraient arriver au bureau avant le 26 Septembre. Les propositions remontées au Bureau seront structurées pour présentation à la réunion du 12 Octobre.

Les thèmes sont, entre autres, la périnatalité, l'accès aux soins, le handicap, l'offre en santé mentale, l'hospitalisation à domicile, l'enfance, la prévention dans la sexualité des jeunes, l'université, la formation des soignants, la question des personnes âgées, les propositions sur la biologie médicale. Ces propositions sont par exemple des propositions sur le regroupement des laboratoires multi site. Devant le risque d'une

réduction du nombre de sites et d'une moindre proximité de l'accès aux laboratoires sanguins, la Conférence propose de suivre ces conditions d'accès.

A propos de la prévention dans la sexualité des jeunes, Mme le Dr Bernard précise à la Conférence qu'il ne faut pas reprendre la politique du risque zéro mais plutôt accompagner le risque (et accompagner la prise de risque chez les jeunes). L'objectif du risque zéro fait passer à coté des problèmes.

Toutes les propositions sont donc d'importance inégale, mais aucune n'est inutile, puisque le PRS a une cohérence globale qui doit se décliner dans une territorialité spécifique.

Le Dr Théry intervient au nom du groupe de travail sur le PRAPS.

Celui-ci ne s'est pas encore réuni, mais il lui semble que la question se pose plus sur un niveau de réflexion. L'approche qu'il propose tourne autour des questions d'accessibilité, de facilitation des parcours. En face de l'offre, mettre en regard la notion de pertinence (quoi, où, comment) et de l'efficacité. Il y a sur Paris 22% des personnes s'adressant aux PASS n'ont pas de droits ouvert.

L'intéressant est de travailler sur des articulations plus que sur «la transversalité». D'où un questionnement sur le niveau auquel se situe la CTS : niveau informatif ou contributif. Il s'agirait de se recentrer, pour ne pas être découragé par la masse d'informations dont on dispose. Il s'agirait donc de proposer une protocolisation sur Paris *stricto sensu* de l'accompagnement à la santé des personnes éloignées du système de soins et d'aide.

La Conférence se saisit du débat : parler d'accessibilité aux soins plutôt qu'à la santé (Dr Khan), même si le soin est une partie de la santé (Dr Théry). Mais le mot santé choque Mme Kahn. Mme Lefèvre (UNAFAM) rappelle que la création de l'ARS visait l'ouverture à la santé dans le médico social, donc le soin ne suffit pas.

Le Dr Nau demande à rester dans le concret et à se concentrer sur une population. Si on ne parle que de soins, il y a déjà des problèmes à régler, c'est un thème de travail sur lequel il faut rapidement contribuer.

Le Dr Cacot précise que le thème de travail pour lequel la CTS 75 a été sollicitée est de contribuer à la formulation PRS. L'étape actuelle consiste à s'appropriier encore plus les thèmes développés (ou non) dans le PRS, à y travailler, et à formuler. Ces propositions seront adressés à l'ARS et quoi qu'elles adviennent contribueront à nos travaux. Mme Bidon (DTARS) précise que la DT75 travaille actuellement à une approche et une déclinaison territoriale du PRS.

Répartition des schémas, pour lecture et propositions :

Les schémas ont été répartis de la manière suivante :

- Schéma médico social Mme Cordeau
- Prévention : M. Nau, Mme Lefèvre
- Cancérologie Mme Gourd
- Pédiatrie Dr Kahn
- HAD Mme Cordeau
- IRC Soins palliatif Dr Leroy
- USLD Mme Huon
- Médecine adulte Mme Pequart
- Médecine d'urgence Mme Guignard
- SSR M. Codet
- Périnatalité Dr Kahn
- Psychiatrie Mme Lefèvre

La télémédecine : présentation de l'ARS

Présentation de la télémédecine par **Mme Christine CALINAUD** en charge de tous les projets de télémédecine de l'ARS ILF.

Dans son article 78, la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HSPT), du 21 juillet 2009, a reconnu la télémédecine comme une pratique médicale à distance mobilisant des technologies de l'information et de la communication (TIC). Cette définition figure désormais à l'article L.6316-1 du Code de la santé publique. La télémédecine ne se substitue pas aux pratiques médicales actuelles mais constitue une réponse aux défis auxquels est confrontée l'offre de soins aujourd'hui (accès aux soins, démographie médicale, décloisonnement du système).

La télémédecine est l'une des composantes de la « télésanté ». Les applications de la télésanté sont cependant plus larges que celles de la télémédecine. Il s'agit par exemple de l'ensemble des sites et portails, en tout ou partie liés à la santé, que l'on trouve sur Internet. Ces sites, bien connus des patients et des professionnels de santé, proposent des prestations nombreuses : conseils, recommandations, articles, forums, bulletins d'information voire, pour certains d'entre eux, des dossiers médicaux en ligne.

La télémédecine est une pratique médicale qui met en rapport entre eux, par la voie des nouvelles technologies (visioconférence, téléconsultation dans les EHPAD et Hôpitaux généraux) :

- soit le patient et un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels un professionnel médical,
- soit plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels au moins un professionnel médical.

Elle permet :

- d'établir un diagnostic,
- d'assurer, pour un patient à risque, un suivi dans le cadre de la prévention ou un suivi post thérapeutique,
- de requérir un avis spécialisé,
- de préparer une décision thérapeutique,
- de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes,
- d'effectuer une surveillance de l'état des patients. [11]

La Télémédecine est un des programmes obligatoires du PRS. Le décret du 19/09/2010 en donne une définition précise et vient renforcer l'assise juridique de la télémédecine, en précisant les conditions de sa mise en œuvre et son organisation. Celles-ci sont désormais inscrites au sein des articles R.6316-1 à R.6316-9 du code de la santé publique.

La télé-expertise sollicite à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux : le dossier est soumis à un groupe. La télésurveillance médicale a pour objet d'interpréter à distance les données typiques pour les malades chroniques (envoi à distance).

La téléassistance médicale consiste à assister un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte. Par exemple c'est l'assistance d'urgentiste sous contrôle à distance d'une unité neuro-vasculaire qui permet d'aider un patient ayant un AVC.

Le programme régional de télémédecine a été élaboré dans le cadre de la régulation médicale. Ce travail, débuté en 2011, s'effectue au sein de trois groupes, avec un comité institutionnel et technique et des représentants des acteurs régionaux. Le conseil de l'Ordre des Médecins est invité.

Il faut noter que dans le cadre de la télémédecine, le cadre départemental (ou territorial) n'est pas pertinent. Sur le plan national cinq projets ont été pris en charge : personnes âgées, médico-social, imagerie, santé des détenus, prise en charge des AVC et neurologie à partir des urgences.

Des questions se posent nécessairement :

- comment rémunérer des acteurs et avoir des infrastructures techniques, car il ya beaucoup de pré requis demandés par ce décret. Il y a donc des coûts et il n'est pas concevable de soutenir toute les expérimentations de la télémédecine. Aujourd'hui aucune activité de télémédecine n'est en conformité avec les décrets. Pour l'organisation on peut faire une évaluation et il faut aussi mettre en place des activités de télémédecine et les modéliser pour les généraliser.

La stratégie de déploiement passe par un travaille sur l'organisation médicale et l'étude des financements.

- Il y a effectivement un problème de « modèle économique » à trouver et à définir ; d'autres pays (Scandinavie) sont à la pointe du progrès dans ce domaine. Actuellement le modèle économique français est un frein au développement de la télémédecine.

- comment réagissent les personnes âgées ? (Mme Cordeau). On peut dire qu'elles réagissent bien, dans l'ensemble.

- comment se répartit la responsabilité médicale (Dr Hercot) ? L'avis donné après expertise vaut envoi d'un courrier écrit posté.

- comment facturer à un patient par définition non présent physiquement (Dr Hercot) ? La législation a été modifiée pour que cela soit possible.

Le calendrier du programme régional de la télémédecine subventionné a été publié. Les projets en cours (une dizaine) sont à évaluer avec les délégations territoriales concernées.

Le Dr Jacques Lucas, membre du conseil national de l'Ordre des médecins, et spécialiste de déontologie a écrit un document sur la télémédecine téléchargeable sur le site du conseil national de l'ordre des médecins [iii].

Point sur le PRAPS

Présentation par Madame **Isabelle CHABIN-GIBERT**, Médecin de Santé Publique, référant en précarité et cohésion sociale, membre de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie d'Ile de France.

Le PRAPS est un des quatre programmes obligatoires. Il doit permettre d'affirmer la cohérence de la politique de l'ARS dans le champ de la santé des personnes en situation de précarité. La situation francilienne est spécifique. On a 14% des ménages sous le seuil de pauvreté, avec une forte présence de population étrangère. Les sans abris sur Paris sont 20 000 pour 14 000 places d'hébergement en hôtel (nuitées). Il y a encore beaucoup de problématiques liées à l'habitat insalubre et une grande diversité d'acteurs avec les circuits éparpillés avec une insuffisance de coordination et des ressources beaucoup trop sectorisées dans tout les domaines.

Le PRAPS est transversal car il concerne plusieurs champs de la santé.

- La question de la réduction des inégalités de santé, concerne en premier lieu les personnes en voie de précarisation.

- Le PRAPS est un programme complexe qui n'est pas décliné au niveau territorial.

- Comment avoir des actions efficaces ? Le rôle du PRAPS est plus la mise en cohérence et la création de liens. Il doit s'appuyer sur le droit commun, car c'est un projet qui peut servir à toute la population.

- L'identification de l'échelle d'animation. Par exemple, comment intervenir dans un campement rom alors qu'aucune structure n'est impliquée ? De fait, la croissance et la mise en œuvre du PRAPS nécessitent la prise en compte du terrain, de l'échelon local, territorial et régional.

- Comment arriver à définir un groupe prioritaire ?

On laisse de plus en plus de place aux usagers. Comment améliorer la prise en charge des personnes démunies ? Il faut définir la bonne échelle de mise en place de l'accompagnement. Le public démunie est un groupe fragile dans sa définition. La loi de 1998 parle seulement de public démunie ce qui permet de

prendre en compte la diversité des situations et des rencontres. Une personne vivant dans la précarité, c'est un moment de vulnérabilité particulière qui compromet les chances d'accès à la santé. Les publics sont donc variés : exclusion, addiction, habitat indigne, troubles mentaux, sous main de justice, surendettement... La liste n'est pas exhaustive et des personnes existent qui ne rentrent pas dans ces catégories. La précarité est un facteur d'exclusion, du système de santé mais celui-ci peut aussi créer de la précarité.

« Le pauvre est le prophète de ce qui doit changer dans la ville » (Paul Virilio). L'idée c'est que travailler sur la précarité amène du progrès pour tous. Face à ces personnes les soins ne sont ni assez efficaces ni assez efficaces : il ya besoin de construire sans cesse pour s'adapter à ce type d'enjeux.

Cela doit prendre la forme de l'**empowerment** : les personnes se rendent responsables de leur santé. Il faut également privilégier une approche globalisée, au sens où l'on prend en compte le cumul des pathologies. Et quand on travaille ensemble, on a besoin de travailler sur les fractures de la coordination et de faire connaître l'existant. Il y a besoin d'améliorer l'information et la lisibilité pour les PASS et les équipes mobiles précarité. On a aussi besoin de soutenir les actions sur le long terme, ce qui nécessite de l'implication, de la cohérence. [^{iv}]

Le PRAPS est le premier programme transversal sans moyen financier spécifique. Tout le monde peut y contribuer. La complémentarité et le rôle des DTARS et des Conférences de Territoire seront essentiels pour la réussite.

Mme Lefèvre (UNAFAM) interroge sur la faisabilité d'un projet avec, comme seul levier d'action, une volonté commune d'agir ? Il faudra toujours des moyens matériels (financiers).

Pour le Dr CHABIN-GIBERT l'idée force est d'abord la mise en commun des ressources, d'un inventaire de ces ressources, sous forme de cahier des charges.

Le Pt Cacot conclue en soulignant que la CTS 75 veillera à soutenir ces actions et cette transversalité.

Ce qui est d'ailleurs déjà en route, au travers de la participation de Mme Belkhacemi au Groupe de travail sur le PRAPS.

Intervention du Dr Delour

Le Dr Marcelle Delour, pédiatre et médecin en santé publique, nous fait part de son expérience (de 20 ans) à la tête de la PMI de Paris et des nombreux enseignements qu'elle a pu en tirer.

Le Dr Delour s'est trouvée, sollicitée comme tout un chacun par ce qu'elle a pu voir. Mais il y a toujours un « point aveugle », un quelque part où aller chercher des personnes cachées, pour voir l'ampleur et le sens des actions à mener. Un peu comme une classe où les enfants les plus turbulents se font remarquer alors qu'on ne voit pas ceux du fond. On sait qu'il y a des écarts dans la réalité de l'accès aux soins et au système de santé. **Ceux qui savent peuvent agir**, ils ont été éduqués (comme pour l'exemple de la mammographie). L'usage de la santé est censé être égalitaire mais par moment, on entre en contact avec des publics qui n'en ont pas la connaissance. Du coup on se demande, par exemple, comment travailler la question de la prévention sur la périnatalité ?

C'est un sujet « commode » car il circonscrit une population. C'est aussi un sujet transversal (il touche le soin, l'ambulatoire...). **Il y a un paradigme de la prévention qui prétend toucher tout le monde mais touche d'abord les personnes qui en ont le moins besoin**. Dans le cas de la périnatalité, il y a la prévention thématique ciblée.

D'autres types de prévention ont une approche globale, et ce n'est pas seulement chercher une pathologie invisible mais inscrire son action dans la santé globale. C'est là qu'on touche à la question d'inégalité

d'accès à la prévention. C'est aussi un ensemble de facteurs sur l'information, la connaissance de soi qui va très au-delà d'un acte de prévention. **Donc quand on va à la rencontre d'un public à qui on propose un acte de prévention, il vaut mieux d'abord l'intégrer dans un acte plus global, avant même d'aborder le dépistage.**

La prévention en périnatalité s'intègre dans une approche institutionnelle, légale et « normale » qui dit qu'on doit assurer un suivi des grossesses et un dépistage. Il existe un dispositif très ancien, la loi PMI, où le suivi de grossesses est toujours inscrit. La périnatalité s'est complexifiée, s'est enrichie et donc on a vu s'améliorer les bons indicateurs de périnatalité (fécondité, pathologie, indicateur non nataux). Ces questions là ont fait l'objet de plans nationaux structurés : les plans de 1990, 2002, 2012.

L'organisation des soins en périnatalité a un objectif : améliorer un indicateur de périnatalité, et un dans la prévention de la pathologie périnatale. C'est donc une démarche de prévention.

La grossesse est un processus physiologique qui dans la majorité des cas se déroule bien. Il y a tout un programme de suivi de la femme enceinte qui s'est complexifié au cours des années. La perspective était d'améliorer l'équité, on a eu une modification des pratiques professionnelles après des études épidémiologiques. On a donc tout un dispositif de prévention qui vise à créer les conditions de naissance plus sécurisées.

C'est en général une rupture dans la continuité de la chaîne de soins qui provoque des problèmes. Du coup c'est la démarche de prévention qui est passée au crible pour comprendre l'erreur. On se retrouve alors dans le même registre que le PRAPS, c'est-à-dire, une sorte de brutalité.

Une femme enceinte c'est un sujet de banalité extrême. C'est un objet de préoccupation publique y compris quand elle va bien et c'est là que commence la démarche préventive. La femme enceinte est une femme qui a des besoins pris en compte par le système de soins ce qui se traduit par une série d'exams précis. Un certain nombre de femmes n'ont accès que tardivement à ces exams (après la 18^{ème} semaine). Il faut réfléchir à l'accès de ces femmes suivies tardivement. Une enquête de 1992 montre qu'un retard de déclaration de grossesse provoque le même risque qu'une hypertension durant la grossesse. Or il est plus difficile d'inscrire en maternité ces femmes que les femmes hypertendues. **Pour un même niveau de risque on ne prend pas les mêmes mesures.** La pensée médicale est en train de repérer ce qui a le plus d'impact dans ces déterminants. Suite à ces enquêtes on a mis en place un nouveau système indépendant du degré de solvabilité des femmes enceintes. Car très souvent, l'obstacle était d'ordre financier. Le fait qu'on s'adresse à un public particulier ne doit pas conduire à sous-estimer les besoins des autres publics. Madame Tout-le-monde a aussi des risques et des besoins liés à sa grossesse. Le contexte d'arrivée dans le circuit médical est important, mais c'est aussi un moment de fragilité et d'instabilité.

Pour certaines femmes la grossesse est un passage où elles vivent une expérience qui les renvoie à ce qu'elles ont déjà connu, c'est-à-dire la façon dont leur propre mère les a élevées. Tout un processus psychique se met en place pour qu'elles puissent dans les tous premiers soins reproduire ce dont elles auront-elles-mêmes bénéficié qui se trouve alors réactivé. Mais si cela n'a pas existé, ces mères auront du mal à mobiliser leurs connaissances. Des professionnelles seront à l'écoute de ce qui est dit ou pas. On va travailler avec le conjoint et le père pour favoriser les étayages. Il faut prendre du temps pour parler avec ces femmes car celles-ci peuvent ne pas vouloir parler à des professionnels de la santé. Mais ce n'est pas forcément un acte disjoint de l'acte médical même si la grossesse est avant tout un passage dans le parcours de vie.

Quand il n'y a pas l'aide de l'antériorité vécue, il va falloir déjouer les dangers de cette situation, grâce à un travail professionnel pro-actif. Quand on refait l'histoire, on trouve un vécu précoce « mal ficelé ». Quand on rencontre une femme enceinte, il faut pouvoir préciser s'il y a un risque dans la période périnatale lié à ces conditions dans l'enfance. Ajoutons que 10% des femmes sont battues et que la grossesse constitue un risque aggravant dans ces cas là.

Pour terminer, faire de la prévention suppose quatre pré-requis :

- **Bien connaître le risque épidémiologique**
- **Bien savoir faire avec des publics qui ne sont pas demandeurs**
- **Bien organiser un travail de liaison et d'articulation**
- **Etre bien inséré dans le paysage au-delà même du système de soins stricto sensu**

Discussion

Le Dr Delour est convaincue que la dimension locale est importante. Les différentes interventions (maternité de Saint-Antoine, Forum Santé du 20^{ème}, Forum également à la Mairie du 15^{ème}) ramènent à ce principe du local.

Le PRAPS s'inspire des dispositifs efficaces. La présentation est bien sûr de l'information mais on parle aussi beaucoup de l'organisation du système. Sur la question des maternités, l'hôpital est responsable sur le fait de diriger ces personnes.

Mme Bernard (DTARS) déclare partager la quasi-totalité de ces points de vue ; les acteurs non sanitaires ont un rôle important dans la création d'un lien. La Mairie d'arrondissement pourrait avoir un rôle essentiel pour l'accueil des femmes enceintes avec un repérage direct des personnes ne répondant pas à une « invitation de bienvenue » et pour lesquels une approche spécifique est nécessaire. Pour le Dr Delour la commission technique de la naissance avait insisté sur le besoin et les publics spécifiques. Cela nécessite de s'occuper de la question de l'enfant.

M André BALIT - SYNERPA (PA) fait remarquer que l'on parle des assistantes sociale mais depuis ces dernières années les actions ont plus été concentrées sur la politique du chiffre que sur des problématiques particulières. Mais on n'a plus le temps pour le faire et c'est moins identifié dans la formation, on ne peut l'aborder que comme une question périphérique. La fonction de tout professionnel est aussi une fonction d'accueil et d'information, ce qui est problématique. On parlait des services de la mairie, mais il y'a une difficulté importante et énorme qui concerne la fonction d'information de ces services.

L'entretien du 4^{ème} mois se fait peu ou pas (Dr Kahn) ; il permet de voir des problèmes existants autres que médicaux. Cet entretien est un acte en train de s'installer. C'est un changement de pratique et d'état d'esprit inscrit dans la nomenclature (Dr Delour). Pour le PMI de Paris, il est demandé que l'entretien ait bien lieu et soit inscrit dans les objectifs de service. Chaque réseau doit s'assurer que les femmes ont pu avoir leur entretien. C'est une démarche proactive.

Pour Catherine EL MGHAZALI (Mouv.français planning fam.) le réseau se construit, il y a beaucoup de violences conjugales et ces situations sont hyper frustrantes pour les professionnels ; il faut savoir les orienter et être très formé. C'est une nouvelle complexité qui nécessite une volonté de changement des acteurs pour que ça avance.

Le Dr Cacot fait remarquer que cette dimension d'une disponibilité à l'accueil et à l'information de tout service, quel qu'il soit, devrait être pris en compte dans les évaluations. Cette disponibilité, pour être efficace, ne doit pas se restreindre à l'accueil et à l'information exclusivement centrés sur le service en question. Or, les mesures d'efficience qui sont l'objet de tant d'attention, portent sur le cœur de cible du service et ne prennent pas en compte « l'effet de halo » que tout service devrait avoir dans sa dimension d'accueil et d'information générale.

La séance est levée.



ⁱ Voir une publication de Mme Delour qui recoupe certains sujets abordés dans le cadre des travaux de la CTS :

L'ÉVALUATION DU COMPORTEMENT DE RETRAIT RELATIONNEL DU JEUNE ENFANT LORS DE L'EXAMEN PÉDIATRIQUE PAR L'ÉCHELLE D'ALARME DÉTRESSE BÉBÉ (ADBB)

<http://www.cairn.info/publications-de-Delour-Marcelle--10641.htm>

ii Voir le texte d'origine et des précisions sur :

<http://www.sante.gouv.fr/deploiement-de-la-telemedecine-tout-se-joue-maintenant.html>

iii <http://www.conseil-national.medecin.fr>

Interview du Dr Jacques Lucas - Vice-président du CNOM

<http://www.revuetesante.com/actualites/item/72-interview-du-dr-jacques-lucas-vice-pr%C3%A9sident-du-cnom>

Interview du Dr Jacques Lucas, à la croisée de la médecine et des TIC

<http://www.denisesilber.com/silberblog/2011/12/jacques-lucas.html>

iv

A) L'empowerment, terme anglais traduit par autonomisation ou capacitation, est la prise en charge de l'individu par lui-même, de sa destinée économique, professionnelle, familiale et sociale. L'empowerment, comme son nom l'indique, est le processus d'acquisition d'un « pouvoir » (power), le pouvoir de travailler, de gagner son pain, de décider de son destin de vie sociale en respectant les besoins et termes de la société. L'autonomie d'une personne lui permet d'exister dans la communauté sans constituer un fardeau pour celle-ci. La personne autonome est une force pour la communauté.

<http://fr.wikipedia.org>

B) La définition de l'empowerment étant quelque peu délicate, je reproduis prudemment l'explication de William BYHAM : "De nombreuses confusions existent à propos de l'empowerment, notamment parce que sa définition et la représentation que s'en font les entreprises ne sont pas claires. En France, par exemple, les entreprises, pour ne pas heurter leurs salariés, ont choisi de le traduire par "responsabilisation" ou "implication". Mais ces traductions ne rendent pas compte en totalité de ce que représente ce concept, qui intègre également les notions d'autonomie, d'autorité et de "pouvoir"

In "L'empowerment, défense et illustration" in L'Expansion Management Review, n°80, Mars 1996, pp 70-78

C) Voir également, <http://www.cairn.info/revue-geographie-economie-societe-2006-1-page-5.htm>

L'empowerment : entre mythe et réalités, entre espoir et désenchantement - Bernard Jouve