

## **Conférence du territoire de santé de Paris**

### **Réunion Plénière du 22 Mars 2012**

La conférence se réunit dans les locaux de l'Hôtel de Ville de Paris, sous la Présidence du Docteur Pascal CACOT.

Quorum non atteint (23 présents sur 47 membres titulaires).

#### **ORDRE DU JOUR**

- 1-Conférence introductive du Pr Antoine Guedeney : « périnatalité et parentalité dans les situations de précarité »**
- 2-Approbation du compte-rendu de la réunion du 16 février**
- 3-Programme de travail de la Conférence pour les mois à venir**
- 4-Bilan de l'activité 2011 de la DTARS 75 et perspectives 2012-2014**
- 5-Questions diverses.**



**M. Cacot** ouvre la séance plénière par des remerciements à nos hôtes de la Mairie de Paris.

Il indique que l'ordre du jour, volontairement peu chargé va permettre de :

- ♦ Poursuivre la prise de connaissance des réalités rencontrées sur le terrain quand la parentalité et plus précisément la maternité se construit dans une situation de précarité (conférence introductive du Pr Antoine Guedeney)
- ♦ Faire le point sur le travail de la Conférence dans les mois à venir (apport de chacun à l'étude des projets de textes du PRS, proposition de thèmes des prochaines conférences introductives...).
- ♦ Prendre connaissance du rapport d'activité 2011 de la DT 75 et des ses projets d'axes de travail à privilégier.

#### **Conférence du Professeur Antoine Guedeney**

*Le Pr Antoine Guedeney est pédopsychiatre, psychanalyste, membre invité de la Société Psychanalytique de Paris (SPP), et de l'Association Internationale de Psychanalyse (APA). Il est Chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, à l'hôpital Bichat-Claude Bernard, à Paris, et Chef de l'inter-secteur de pédopsychiatrie du 18ème arrondissement de Paris.*

**N.B. : Les sigles utilisés sont marqués (\*) et expliqués à la fin du Compte-rendu.**

#### **Périnatalité et parentalité dans les situations de précarité (annexe 1)**

« La question principale est : "Qu'est-ce qu'on peut mettre en place de façon à prévenir, ou à accompagner les troubles psychologiques, les détresses des jeunes femmes et des jeunes familles en situation de vulnérabilité ? Quelle politique peut-être une réponse efficace dans ces situations ?".

« On se base sur notre expérience dans le 18° arrondissement de Paris, depuis 2 ans. Une expérience qui fait suite à un dispositif intégré de prévention précoce et de la petite enfance, dans le 14° arrondissement, qui fonctionne depuis de nombreuses années.

« Je propose l'instauration d'une collaboration sur l'échelle d'un territoire donné (qui peut être l'arrondissement). Il faut aller à la rencontre de ces personnes vulnérables, avant même qu'elles ne se manifestent : une réelle intervention précoce.

« Il faut aller les chercher dans les maternités, pendant la grossesse, pour nouer une « alliance de travail », qui a des chances de se poursuivre ensuite, lorsque l'enfant est né. Si on pratique de cette manière, l'accompagnement va diminuer considérablement l'accroissement des pathologies parentales (maternelles, principalement) et permettre d'en diminuer l'impact sur le développement de l'enfant qui est notre souci premier. Il faut donc un dispositif centré sur les institutions existantes (PMI, psychiatrie adulte, ...).

« C'est, en quelque sorte, ma conclusion !...

« Dans le détail il y a aussi une recherche de prévention, menée dans le 18<sup>e</sup> arrondissement, durant la période 2005-2011. C'est le projet CAPEDP ("cape et d'épée") : *Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance : Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience*. Un vaste projet porté par l'INPES (\*), le Ministère de la Santé et des Solidarités, et en collaboration avec l'AP-HP et l'Hôpital Maison Blanche.

« Il s'agit d'évaluer l'efficacité d'une intervention précoce pour les familles vulnérables.

« Le 18<sup>e</sup> est un arrondissement à la sociologie contrastée avec des quartiers distincts. Il y a des précarités spécifiques : c'est l'arrondissement où viennent en premier les immigrants qui arrivent à Paris, avant de pouvoir se loger ailleurs (principalement la banlieue) :

- Suivi de grossesse tardive
- Taux de chômage extrêmement élevé
- Très nombreuses jeunes femmes isolées
- Logement précaire
- Reconnaissance très fréquente de handicaps.

« Il y a deux juges pour enfants seulement, et un grand nombre d'AEEMO (\*), judiciaires ou non.

« C'est dans ce contexte qu'a été menée la recherche qui a pour nom CAPEDP ("cape et d'épée"). Un service de pédo-psy avec une offre de soins très variés, avec un nombre de Praticiens Hospitaliers (PH) insuffisants, et un nombre important de nouveaux cas (450/an), il fallait trouver une réponse à cette problématique : qu'est-ce qu'une intervention précoce pendant la grossesse ciblé sur des situations générales, qu'est-ce qu'elle prévient, qu'est-ce qu'elle diminue, ou non.

« On s'aperçoit que l'on intervient trop tard, les enfants amenés en consultation ont déjà 4 à 5 ans pour les plus âgés. A cet âge, on peut encore agir, certes, mais ce serait mieux si on pouvait s'y prendre en amont.

« On a pu constater aussi que, en 2005, de nombreuses actions avaient été mises en route pour la prévention, sans jamais être évaluées en termes d'efficacité (Colloque sur l'évaluation de la prévention précoce).

« Cette recherche s'est faite donc dans le cadre d'un PHRC (\*). Ce fut une étude extrêmement contrôlée qui permette de mesurer les effets de cette intervention précoce :

- ◆ Peut-on diminuer la dépression pré et post natale ?
- ◆ Peut-on augmenter la sécurité de l'attachement chez les enfants ?
- ◆ Peut-on diminuer la désorganisation de l'attachement (qui se produit chez l'enfant en face de soins parentaux vraiment inadéquats et imprévisibles) ?
- ◆ Peut-on améliorer chez les populations les plus vulnérables les utilisations des réseaux existants ?
- ◆ Peut-on découvrir les signes de souffrances chez l'enfant de 18 à 30 mois (symptomatologie) ?
- ◆ Peut-on diminuer les stress parental ?

« Cette étude est terminée depuis 2011, et elle est la plus large étude de prévention menée en France (et mondiale) ; c'est la réplique d'études faites aux USA (New-York, Memphis, Denver). Le but était aussi de savoir si la méthodologie américaine était applicable en France. La conclusion est positive.

« A ce stade, il y a détermination des critères de vulnérabilité, permettant de cibler la population recherchée :

- premier enfant à naître (primiparité)

- l'âge (jeunesse)
- et un des trois critères ci-dessous :
  - Se déclarer isolée (ne veut pas dire ne pas être mariée, mais sentiment/situation d'isolement pour élever l'enfant)
  - Être bénéficiaire de la CMU/AME
  - Avoir un niveau d'étude de moins de 12 années (inférieur au Baccalauréat)

« La démarche consistait à poser une question simple et ouverte : "Voulez-vous nous aider à savoir quelle aide serait éventuellement utile pour des jeunes femmes comme vous ? ". Les réponses, non influencées par l'origine ethnique, a été oui à 50 %. 440 femmes étant dans le dernier trimestre de leur grossesse ont été réparties en deux groupes. Le groupe contrôle a été suivi selon les méthodes habituelles de la PMI (maternité, médecin généraliste, services sociaux...). L'autre groupe est celui où il y a eu une intervention renforcée (intervention à domicile par rapports aux soins courants dans cette population). Les résultats ont été contrôlés par une équipe indépendante d'évaluation. Plusieurs outils ont été utilisés pour quantifier la dépression, apprécier l'adéquation des soins à l'enfant.

« Le taux d'abandon a été assez fort : 60%. Parmi les 40% restant, la moyenne d'âge est de 22 ans (alors que l'enquête était ouverte aux femmes jusqu'à 27 ans) ; 42 % sont sans emploi ; 50% sont autour du seuil de pauvreté ; 50% sont des immigrants de 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> génération ; et on constate une prévalence très élevée de dépression périnatale (30 à 40 % en pré, jusqu'à 50% en post natal). Par comparaison, Paris, qui a déjà un taux très important, se situait en 2000, à 20% de dépression post natale. Autres statistiques, 37% vivant sans le père de l'enfant ; 25% prévoyant d'élever l'enfant sans le père ; 16% reconnaissaient des événements familiaux graves, d'où une grossesse non désirée.

« A noter aussi que la grande majorité n'avait pas demandé d'aide, n'avait pas fait part de leurs difficultés et détresse dans les services de la PMI. Et quand ces jeunes femmes fréquentaient ces services, elles n'avaient pas été repérées.

« On peut considérer toutefois qu'un taux de 40% de personnes allant jusqu'au bout, ce n'est pas si mal, en considération des deux premiers facteurs discriminants : déménagement hors de Paris, extrême jeunesse des jeunes femmes.

 Le **Dr Cacot** demande au **Pr Guedeney** de préciser si le fait d'associer les jeunes femmes pressenties à la recherche, via une formulation qui les englobe en tant qu'actrices de cette démarche, n'a pas facilité grandement leur acceptation ? Evidemment, présenter les choses avec une phrase du style "Vous avez un problème..." intensifie le champ de la dépendance. La question "Qu'est-ce qui vous soucie le plus ?" permet de substituer à une relation « verticale », une relation « horizontale » (= égalité, alliance de travail). **M. Guedeney** est entièrement d'accord et fait référence au concept d'« *empowerment* ».

« Quel a été le résultat ? Eh bien, ça marche !

1) les enfants ont un taux de sécurité plus élevé que dans le groupe contrôle ; ce n'est pas une très grande différence statistique, mais elle est clairement dans le bon sens

2) Là où le résultat est le plus significatif, c'est dans la « gestion » de la désorganisation de l'attachement.

« La désorganisation de l'attachement, c'est lorsque l'enfant n'a pas de stratégie de demande d'aide quand il est en stress ; c'est très important pour l'enfant, cette période de 12 à 18 mois ; il y a un facteur prédictif de la psychopathologie ultérieure qui est très fort. Avoir un attachement affectif insécure entraîne un style de défense associé à des conduites d'addiction, des phobies, etc. ... Mais la désorganisation de l'attachement provoque une vulnérabilité beaucoup plus importante et a une incidence réelle sur les troubles ultérieurs chez l'enfant. »

👉 Le **Dr Nau** demande des explications sur ce symptôme de désorganisation de l'attachement.

« L'attachement est un besoin primaire de réconfort ressenti par le petit enfant dans une situation de stress ; il a alors besoin d'une proximité physique (contact physique) :

Stress de l'enfant → Signal d'appel → Réponse adaptée et calmante → L'enfant acquiert une grande confiance en lui-même.

Stress de l'enfant → Signal d'appel → Réponse parentale évitante → L'enfant comprend qu'il doit se débrouiller tout seul, il régule son stress et adoptera lui aussi une stratégie évitante.

« La désorganisation apparaît lorsque les réponses parentales sont changeantes, et sont parfois calmantes, parfois évitantes. L'enfant « va monter le son » et vivre un attachement résistant. Ce n'est pas pathologique, c'est une façon de fonctionner.

« Le problème est lorsque l'enfant est pris dans un vécu qui le désorganise :

- Absence complète de réaction (vis-à-vis d'un bébé de 2 mois)
- Enfant face à une mère en pleine crise de délire

L'exemple du visage immobile qui regarde l'enfant : rire- perplexité – stress.

Actuellement, on peut voir beaucoup de réactions parentales qui sont désorganisantes : le parent semble absent, indifférent, puis brusquement, se met à hurler ; l'enfant a peur, il n'a plus de figure d'attachement ; il s'immobilise, attend que ça se passe, il est dans une situation désorganisante.

C'est un problème dans les familles isolées, stressées en milieu urbain.

Pour en revenir à l'étude, nous avons fait des films et les avons montrés aux parents, qui ont compris ce qui faisait problème pour l'enfant. C'est dans le 6 à 9 premiers mois qu'il faut prévenir la désorganisation.»

👉 Le **Dr Hercot** souligne tout de même que ce phénomène de désorganisation de l'attachement n'est pas automatiquement lié à une situation de vulnérabilité ; il y a des cas où la jeunesse, l'appartenance à une minorité ethnique, une addiction, ou un niveau d'études bas, provoquent cette même réaction parentale. Il y a des situations où la multiplication de facteurs équivaut à un impact qui peut représenter jusqu'à la moitié de celui provoqué par un abus sexuel.

« Donc, une intervention à domicile par un(e) jeune psychologue (même tranche d'âge que les mères), répétée, ajustée, pour chaque famille, a effectivement diminué le taux de désorganisation de l'attachement.

« Ensuite, il y a eu une étude de suivi : celles des jeunes femmes sont revenues, étaient celles qui allaient le plus mal avaient des enfants les plus « désorganisés » ; et les enfants allaient bien, ce qui démontre l'efficacité dans le temps de l'intervention précoce : ces enfants ont presque 5 ans, les comportements parentaux se sont considérablement améliorés, la « désorganisation » chez l'enfant a diminuée. Maintenant, il faut voir la suite...

« Par contre, en termes d'indices globaux, les résultats sont moins visibles. La dépression post natale n'a pas diminué (ce serait possible avec des interventions intensives et sur des petits groupes ciblés). Les idées suicidaires, très présentes au départ, n'ont donné lieu à aucun passage à l'acte. Il n'y a pas eu non plus d'effet global sur la symptomatologie de l'enfant à 2 ans ½, ni sur l'adéquation des soins parentaux aux besoins de l'enfant, ni sur le stress parental. Pourtant, sur de petits items, on note que les interactions mère-enfants sont moins dysfonctionnelles, que les parents, à 12 mois, sont plus compétents, que le support social s'accroît à 12 mois sur plein d'items. Rappelons que beaucoup de ces jeunes femmes sont isolées, et l'intervention leur permet de renouer avec leur groupe familial et leur structure sociale élargie ; à partir de 12 mois, ce phénomène s'amplifie. Les parents sont plus proches de l'enfant et jouent beaucoup plus avec lui à 18 mois. Enfin, on note que ces femmes ont beaucoup plus utilisé la PMI (la différence est marquée),

et ont été capables de faire appel aux services de santé mentale (à la suite d'un premier contact à notre initiative, car l'intervention étant limitée dans le temps, il n'a pas été possible de préparer le passage aux structures adaptées (CMP...)).

« **Conclusion** : si les résultats peuvent sembler limités, l'intervention telle qu'elle a été organisée et réalisée a apporté des améliorations, et c'est un succès.

1) La recherche est importante pour déterminer de bonnes pratiques cliniques.

2) La pérennisation de cette démarche passe par la collaboration des services de PMI et de santé mentale précoce, pédopsychiatrie, ... Cela suppose une modification du fonctionnement actuel de la PMI qui est plutôt généraliste, et doit accepter de prendre en compte les critères de vulnérabilité et des interventions ciblées.

« Quels enseignements pour la périnatalité ? Qu'est-ce qu'il est intéressant de faire ?

« A – Il faut un système d'amont. Les situations de détresse en périnatalité peuvent être repérées, et on peut donc intervenir. Un exemple : un ou deux parents schizophrènes, identifié(s) comme tel(s), cela peut éviter les épisodes aigus post-partum, et on peut mettre en place un suivi après la naissance de l'enfant. Par contre, cela est moins pertinent pour tout ce qui est des pathologies « border line », beaucoup plus difficiles à suivre, à aborder ; mais, quand on y arrive, cela se révèle efficace également.

« On ne peut pas tout prévenir ou empêcher. Les raisons d'une dépression postpartum sont actuelles, mais elles sont liées au passé, et ce passé ressurgit avec la grossesse ; par contre, au moment de la naissance, le destin de ce trouble et ses répercussions sur l'enfant dépendent de la façon dont il va être identifié, reconnu, accompagné. Dans ce contexte, les réseaux sont efficaces pour prévenir une bonne part des drames qui peuvent se produire à l'accouchement, et donner une réponse appropriée à chaque situation forcément spécifique à chaque individu.

« B – Il faut aller au devant de ces populations, en les rencontrant dans les maternités où elles passent et leur proposer un accompagnement, accompagnement qu'elles acceptent fréquemment; et du coup, le vécu traumatique peut être verbalisé. Actuellement, il y a une visite de la PMI une seule fois à domicile (alors qu'il en faudrait trois, au moins). Les urgences mères-bébés : des services existent à Bordeaux et à Strasbourg ; ce sont des services d'une centaine de lits, adossés à un service psy adulte et pédopsychiatrique. C'est cela qu'il faudrait mettre en place sur Paris Nord. Développer aussi les foyers de mères en grande détresse. Des réseaux effectifs et efficaces pour aller sur place, en accord avec la PMI.



 **M. Burnier** réagit sur ce dernier point en indiquant que Maison Blanche (FHP, partenaire à part entière de cette étude) a une offre de suivi, possède 5 lits 5 berceaux, et que l'offre est probablement sous quantifiée par rapport à la demande, ce qui donne ce sentiment d'urgence.

Il est bien confirmé que dans le cadre de cette recherche, les méthodes ont été mises au point par Bichat en lien avec le laboratoire de recherche de Maison Blanche (**Tim Greacen**). Le **Pr Guedeney** indique que les besoins restent importants, que certaines personnes vont directement à Montesson (\*), d'autres ne rentrent pas dans les unités par manque de place, mais il y a aussi les cas « trop chauds » pour être hospitalisés. Il y aurait une place dans le dispositif pour une unité « aigüe » en amont de Maison Blanche.

 **Mme Khan Bensaude** se demande ce qu'est devenu l'entretien du 4<sup>o</sup> mois de grossesse...

**Pr Guedeney** répond qu'il existe toujours, mais n'est pas forcément réalisé par une personne formée, dans un cadre approprié, et avec suffisamment de temps consacré à cet entretien ; il faut surtout que la personne soit mise dans des conditions de confiance et d'ouverture qui lui permettent de parler (désaccord au sein du couple, abus sexuel, tout ce qui remonte à la surface pendant la grossesse). Si l'entretien se résume à remplir un questionnaire sec, cela n'a pas d'effet.

**Dr Harvey**, estime, pour sa part, que l'entretien prénatal précoce est très mal organisé (manque de temps à consacrer, entretien exclusivement « fermé », des informations importantes qui ne figurent pas au dossier – abus sexuels non-dits)

👉 **Mme Polski** (Cons. Gén. Adjointe au Maire du 14<sup>e</sup> pour les Affaires sociales) s'exprime sur le quartier de la Porte de Vanves, où il y a le plus fort taux de famille monoparentale de Paris, et qui connaît une augmentation de ce phénomène de désorganisation.

👉 Sur la question de la qualification du personnel en contact avec ces personnes vulnérables :

**Mme Cordeau** souligne que les mères sortent de la maternité, parfois très rapidement, sans avoir le soutien social. Le besoin de soutien et d'accompagnement ne nécessite pas nécessairement une prise en charge médicale pour des psychologues ou des psychiatres, et une réponse médico-sociale, via des TISF (\*) ou des auxiliaires de vie sociale peut valablement soutenir des mères dans leur vie quotidienne lors d'une période de fragilité. A Paris, des associations médico-sociales sont conventionnées CAF ou ASE afin de financer des interventions auprès de ces mères et de leurs enfants.

**Mme Lefèvre** abonde dans ce sens en se demandant si la démarche d'aller d'abord vers l'autre nécessite l'intervention d'un professionnel ; elle souligne pour sa part qu'en termes de précarité, la maladie mentale l'induit dans la quasi-totalité des cas : le malade mental qui n'est pas épaulé, voire pris en charge, par ses proches, est dans la précarité.

En effet, les TISF peuvent faire remonter les informations, **M. Guedeney** trouve que c'est très lourd à gérer, et qu'il faut continuer à cibler la population visée. Il a testé les volontaires non professionnels et considère que leurs interventions sont moins efficaces (malgré un suivi individuel et une supervision). Il y a nécessité d'une formation spécifique pour arriver à créer cette « alliance de travail », et lors du déroulement de CAPEDP, une « hotline » téléphonique a été mise en place, qui a été fort utile, malgré les résistances initiales.

**Dr Harvey** est Président de SOLIPAM (\*). Les « sorties précoces » des maternités sont arbitrairement décidées par des agents de la CPAM qui sont « en redéploiement », terme hautement négatif... Alors que les sorties doivent être anticipées.

Attention : la précarité se cache, il faut savoir la débusquer !

👉 Sur la question des autres acteurs possibles dans le repérage et l'accompagnement:

Le **Dr Bernard** (DTARS) interpelle la Conférence sur la question des crèches et des modes de garde de l'enfant ; la crèche a une fonction « support », et il faut privilégier le mode de garde qui favorise le plus le développement de l'enfant, et travailler avec la mère.

**Mme Bernard** poursuit avec l'idée qu'il faut un levier d'action sur de petits territoires, ce qu'elle appelle « des acteurs locaux localement », faisant référence à des interventions très territorialisées, comme, par exemple, une intervention dans le 20<sup>e</sup> arrondissement, sur le « Bas Belleville ». Sur ces petits territoires, mettre autour de la table des univers professionnels convergents : le social, le sanitaire, le citoyen, le médicosocial, car les liens entre eux ne sont pas si simples.

Le **Pr Guedeney** insiste sur la question du « repérage », qui reste déterminante, face à des gens qui ne sont ni en demande, ni identifiées comme vulnérables ; il faudrait améliorer les interfaces que la collectivité a à sa disposition, tels les Ateliers Santé Ville, ou des associations de quartier.

**Mme Polski** précise que le traitement des demandes de place en crèches de la part de familles monoparentales sont totalement prioritaires. Ces personnes sont très isolées et en rupture totale de liens (familiaux, sociaux).

Le **Pr Guedeney** indique que l'effet de résilience de la crèche dans les situations les plus difficiles est notable. Mais quand on est sécurisée, quid de la crèche ? pas forcément. Notre intervention a-t-elle pour but de d'augmenter les entrées en crèches ?

Le **Dr Bernard** aborde aussi la question de la Communauté Hospitalière de Territoire ; Sainte-Anne, Maison Blanche, ainsi qu'Esquirol (plus 2 autres Etablissements) gèrent à eux 5 l'ensemble des adultes en secteur psychiatrique. Il faut une collaboration étroite de l'AP-HP pour avoir un interlocuteur référent, unifier le domaine pédopsychiatrique.

Par ailleurs **Mme Bernard** propose une idée originale pour repérer les personnes « hors système » : instaurer une petite cérémonie conviviale à la Mairie d'arrondissement, pour fêter l'accouchement des jeunes mères ; l'invitation se faisant par courrier, celles qui ne répondent pas seraient ensuite systématiquement contactées et visitées. Une idée qui reste à mettre en œuvre...

**M. Florent HUBERT** (représentant **M. Le Guen** dont il est le directeur de cabinet), souhaite informer la Conférence de la position de M. Le Guen, et par-là, de la Mairie de Paris. Son intervention porte sur deux points.

- La santé mentale : il y a une insuffisance de l'engagement des pouvoirs publics. Une Mission Santé Mentale a été créée début 2012 ; elle est prête à fonctionner. Elle aura pour buts de :
  - Mettre en cohérence l'ensemble des interventions dans le secteur psy et pédo-psy de la Ville de Paris
  - Faciliter le travail des partenaires...

- Le Schéma Directeur de la PMI : en élaboration depuis 3 ans, il n'y a pour l'instant que les grandes orientations stratégiques définies sous forme de préconisations :

Le « ciblage » des personnes prioritaires est une des conclusions auxquelles est arrivé la Ville de Paris. La philosophie des PMI étant un « universalisme proportionné », elle concerne l'ensemble des populations parisiennes. Néanmoins, la Mairie souhaite renforcer les visites à domicile (ciblées), les prestations de puériculture dans les Centres, et la continuité des soins vis-à-vis de la femme enceinte, et de la mère.

**M. Cacot** remercie le Pr Guedeney et l'ensemble des contributeurs à ce débat. Le Pr Guedeney a expliqué qu'« avec un bébé, on a 6 à 9 mois pour agir ». Il n'y a donc pas de temps à perdre !

La Conférence s'attachera à promouvoir et à suivre les actions entreprises, en souhaitant ardemment que l'ensemble des acteurs qui sont (ou doivent être) concernés par cette question de santé publique, coordonne dans la durée leurs actions.

**2 - Approbation du compte-rendu** de la séance plénière du 16 février 2012. **Mme Polski** s'abstenant car absente à cette séance, le compte-rendu est approuvé par l'unanimité des présents.

Sur la question du quorum et de l'absence répétée de certains Membres, le **Dr Cacot** informe la Conférence qu'une action a été enclenchée pour inciter ces absents chroniques à expliquer qu'elles étaient leurs éventuelles difficultés qui les empêchaient d'assister aux réunions... Il y a déjà des retours. Dans sa démarche, le Bureau souhaite donner la priorité au dialogue. Si, lors de la Conférence du mois de juin, le quorum n'est toujours pas atteint, il sera procédé comme le Règlement intérieur le prévoit, à une deuxième convocation de la Conférence, qui permettra de valider un certain nombre de décisions toujours en suspens.

### **3 - Programme de travail de la Conférence pour les mois à venir**

Le Bureau s'est réuni le 21 mars pour élaborer des idées de Conférences introductives pour les prochaines séances.

Il a été retenu : une intervention de M. Philippe Aillères sur le sujet de l'organisation des Urgences à Paris (avril), une intervention sur le fonctionnement de la MDPH de Paris (Mme Villedieu) et de la CDAPH (\*) en mai, une conférence sur la Prévention (INPES, organisme national, il nous faudra trouver un interlocuteur régional), et en octobre, une intervention sur le Schéma Gérontologique.

Quand au contenu des Conférences, il est prévu une communication de la DTARS sur le Schéma bucco-dentaire (avril).

La Conférence doit se saisir des différents Schémas déjà publiés pour réagir et faire des propositions dans les prochaines séances (avril-mai-juin). Il a été convenu de former des groupes de travail, incluant un membre du Bureau qui sera « référent ». Il est par ailleurs prévu de produire une synthèse sur le sujet de la périnatalité, la précarité et la grossesse ; le prochain débat organisé par la CRSA sur ce sujet devra lui-aussi répondre à un certain nombre d'interrogations.

Les groupes de travail sont pour l'instant constitués comme suit :

- Prévention Mme Festa, Dr Nau, Mme Lefèvre
- Schéma ambulatoire Mme Gourd, Mme Festa
- Médico-social M. Viaud, Mme Guignard
- Précarité, le Groupe de Travail Coordinateur Dr Théry
- Handicap, le Groupe de Travail Coordinateur M. Sachet

Le Président fait un tour de table pour connaître les *desiderata* des Membres en matière de sujets à aborder, et également susciter des candidatures aux groupes ci-dessus énumérés (Mme Guignard rejoint l'étude du Schéma médico-social)

Michel Leroy souhaite que la Conférence bénéficie d'éclaircissements sur les divers maillages du Territoire de Paris par les différents acteurs du sanitaire, du médico-social, social, éducatif, justice, etc...La sectorisation est multiple se recoupe ou non et provoque parfois des doublons.

**M. Dumoulin, Délégué Territorial**, intervient en spécifiant que Paris fédère trois territoires des ex-ARH (\*); les sectorisations sont en effet nombreuses et rendent difficile leur visibilité ; la DTARS 75 souhaite elle aussi pouvoir s'y retrouver dans ce maquis. Il y a un seul secteur géographique qui fasse l'unanimité, celui du Nord-Est de Paris, comme zone prioritaire pour les actions à venir. L'arrondissement reste une division incontournable, parce que non contestable, et doté d'une organisation administrative et politique qui permet aux associations d'avoir des interlocuteurs identifiés. On a même vu que certains arrondissements pouvaient comporter des quartiers, des zones très spécifiques (le 14<sup>o</sup> arrondissement, entre autres,...).

**Mme Bernard** précise qu'on peut aussi considérer que l'arrondissement est trop étroit et étendre la sectorisation aux territoires des Groupes hospitaliers tels que l'AP-HP les restructure en ce moment : le 9<sup>o</sup>, le 10<sup>o</sup> et le 19<sup>o</sup> ensemble, le 17<sup>o</sup> et le 18<sup>o</sup>. **M. Dumoulin** considère qu'il n'y a pas de réponse univoque, que la carte de l'ARS reste à faire. Le **Dr Cacot** propose alors de faire intervenir un géographe de la santé lors d'une séance de la Conférence.

#### **4 - Bilan de l'activité 2011 de la DTARS 75 et perspectives 2012 (annexe 2)**

**M. Dumoulin, Délégué Territorial**, présente l'activité de la Délégation Territoriale durant 2011, au travers d'une réflexion d'ordre générale sur le contexte créé par la mise en place des ARS et d'une présentation détaillée et statistique des missions et réalisation (présentation Powerpoint).

**M. Dumoulin** rappelle que la création des ARS provient d'une volonté de décloisonnement des différents services de l'Administration en charge des secteurs médicaux, sociaux et médico-sociaux du Territoire concerné. La priorité a été donnée à l'échelon régional (Ile-de-France) pour créer cette nouvelle structure, l'ARS. Celle-ci, après une première phase de montée en puissance, est désormais sur la voie de la maturité. Cette dynamique régionale, nécessaire, a eu pour effet de stopper les dynamiques territoriales, certes éparses, mais qui étaient à l'œuvre. Aussi, les DT sont, elles-mêmes, loin d'être arrivées à maturité !

Les dynamiques territoriales, déstabilisées, fonctionnent toujours avec des outils cloisonnés, quasi étanches. L'objectif est donc de faire exister la Délégation Territoire à son niveau propre, pour atteindre un

décloisonnement efficace. L'organisation est encore « administrative » ; la DT n'a pas encore les outils pour travailler avec la CTS.

Il y a donc deux axes prioritaires :

- ♦ Décliner le PSRS au niveau territorial
- ♦ Changer la posture de travail de la DT :

Il s'agit de passer d'une attitude « régaliennne » en quelque sorte, avec des missions d'inspection, de financement, et de tarification, bref de tutelle, ...

... A la mise en place d'un mécanisme de co-construction, de mobilisation des acteurs, de participation, de mise en réseaux de tous ces acteurs des différents secteurs du champ d'action de la DT.

C'est un vaste chantier, et pour la DTARS, c'est en partie un nouveau métier.

Présentation du diagnostic des actions menées.

La DTARS a une fonction de gendarme sanitaire (sécurité sanitaire, habitat insalubre, contrôle de l'eau – robinet & piscines, maladies infectieuses à déclaration obligatoire).

Volet prévention et promotion de la santé. Le rôle de la DTARS a dû déborder un peu le cadre stricto sensu de Paris, pour inclure dans ses financements (3M€ au global en 2011), certaines zones limitrophes. Cette activité est menée conjointement ou avec délégation de la Préfecture.

Propositions d'axes de travail pour 2012 (cf pp) :

- ♦ Territorialisation du PSRS, avec une priorité la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.
- ♦ Améliorer l'offre de premier recours qui est insuffisante dans un contexte d'offre sanitaire globale très riche. Il s'agit d'une mauvaise allocation des ressources, d'un déficit de régulation, et de service public. Cette action pourrait profiter de la restructuration du secteur hospitalier pour s'insérer dans ce mouvement et en tirer un certain bénéfice.



L'ordre du jour n'appelant pas d'autres questions, la séance est levée. La prochaine séance plénière de la Conférence se tiendra le 12 avril 2012, en un lieu qui sera communiqué ultérieurement.

---

**AEEMO** : Aide Educative en Milieu Ouvert

**ARH** : Agences Régionales de l'Hospitalisation

**CADEDP** : Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance : Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience

**CDAPH** : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. Elles résultent de la fusion des Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et des Commissions départementales d'éducation spéciale (CDES).

**INPES** : Institut National de Protection et d'Education à la Santé

**MAIA** (Maison pour l'Autonomie et l'intégration des malades Alzheimer)

**Montesson (78)** : Centre Hospitalier Théophile Roussel (Montesson) Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie générale recouvrant les secteurs : 78 I 03, 92 I 02, 92 I 03, 92 I 04 ; 78 G 07, 78 G 08, 78 G 09 9 lits au Centre d'Accueil et de Traitement à Durée Brève (CATDB) implantés au Centre Hospitalier de Saint-Germain-en-Laye

**PHRC** : Projet Hospitalier de Recherches Cliniques

**SOLIPAM** : Fondé en 2006 par le Professeur Dominique Mahieu Caputo, SOLIPAM (Solidarité Paris Maman) est un réseau de santé en périnatalité pour les femmes enceintes et leurs enfants en situation de grande précarité sur le territoire de santé d'Ile de France. Les membres fondateurs du réseau sont le Centre d'action Sociale Protestant, le

Groupement d'Intérêt Public SamuSocial de Paris, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et la Direction de la Famille et de la Petite Enfance de la Ville de Paris.

<http://solipam.fr>

**TISF** : technicien(ne) de l'intervention sociale et familiale