

ET LE PETIT, IL VA COMMENT ?

Hôpital Maison Blanche, 29 novembre 2016

Le DAPSA propose un appui aux professionnels intervenant auprès de familles en situation complexe, de la grossesse aux trois ans de l'enfant, que l'enfant soit ou non au domicile de ses parents. Les professionnels médicaux et non médicaux peuvent faire appel au DAPSA pour un appui à la coordination entre professionnels et entre établissements impliqués (concertation pluridisciplinaire et pluri institutionnelle) et si besoin pour solliciter la mise en place d'une équipe mobile auprès des parents et / ou de l'enfant.

L'appui proposé par le Dapsa s'adresse à tous professionnels, établissements et services intervenant auprès de familles, ou de certains de leurs membres, de la période périnatale à la petite enfance. Les professionnels peuvent solliciter le Dapsa quand ils sont confrontés à des situations complexes générant des questionnements concernant des difficultés d'accès aux soins liées à des troubles psychiques (dont des addictions), des situations de non-demande de soins ou de refus des propositions des professionnels, une superposition de problématiques somatiques, psychiques, éducatives, concernant les adultes et de problématiques concernant les enfants (y compris protection de l'enfance). Cette complexité peut être d'autant plus importante pour favoriser la continuité des suivis quand il y a des besoins de relais ou d'orientation vers des champs professionnels très variés.

En appui de la concertation et du travail partenarial, le Dapsa peut intervenir directement auprès des familles pour évaluer les besoins et les capacités des parents ou futurs parents à s'inscrire dans un suivi adapté pour eux-mêmes ou pour leurs enfants, pour soutenir les liens des parents avec les professionnels et pour accompagner vers la mise en place d'un projet de soin, d'accompagnement. Cette équipe mobile a également une vocation préventive et peut intervenir pour prévenir ou contenir l'émergence de troubles dans des contextes de crise ou de rupture pour les familles, pour soutenir l'enfant dans son développement et pour soutenir l'établissement des liens parents-enfants.

Depuis 2014, l'Agence Régionale de Santé soutien un projet d'accès aux soins des nouveau-nés exposés à l'alcool pendant la grossesse. Ce projet conduit l'équipe du Dapsa à travailler à différents niveaux. Des travaux centrés sur l'accès et la continuité des soins pour des familles incluses dans la file active du Dapsa, familles pour lesquelles l'alcoolisation fœtale d'un nouveau-né a pu être repérée. Des travaux de réseau, non centrés sur les situations particulières de familles, qui prennent la forme d'ateliers, de groupes de travail locaux, de conférence.


La conférence du jour s'inscrit donc dans ce cadre-là : l'intervention du Dr David Germanaud (Neuropédiatre, Service de Neurologie Pédiatrique et Pathologie Métabolique, Hôpital Robert Debré) doit permettre aux participants de mieux comprendre le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale, l'intervention du Dapsa vise à présenter le dispositif de soutien aux professionnels dans l'accès et la continuité des soins aux enfants exposés à l'alcool pendant la grossesse.

La présentation du Dr David Germanaud n'a pas fait l'objet d'un écrit face à la difficulté de reprendre en note une présentation articulée autour d'un support visuel PowerPoint. Néanmoins un support visuel similaire est disponible via le lien suivant :

[http://www.asso-gega.org/IMG/pdf/germanaud_gega_sfmp_brest2015_aplat_lr_1 .pdf](http://www.asso-gega.org/IMG/pdf/germanaud_gega_sfmp_brest2015_aplat_lr_1.pdf)

Présentation du dispositif de soutien aux professionnels dans l'accès et la continuité des soins aux enfants exposés à l'alcool pendant la grossesse, Tommy Caroff – directeur de l'association DAPSA

Le projet que le Dapsa présente aujourd'hui consiste à permettre le maintien d'une vigilance autour de la situation des nouveau-nés ayant été exposés à l'alcool pendant la grossesse. Certains enfants peuvent être diagnostiqués dès la



RESEAU DE SANTE DAPSA - Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires

naissance, d'autres s'ils n'ont pas de SAF complet diagnostiqué à la naissance, peuvent (mais pas forcément) présenter par la suite des difficultés, qui seront alors repérées tardivement, une fois confrontés à certaines acquisitions, par exemple en âge scolaire (difficultés de mémorisation, difficultés d'apprentissage, troubles psychiques, troubles de l'attention, troubles du comportement).

Ce que propose le Dapsa est de permettre, autant que faire se peut, l'inclusion de ces enfants dans les réseaux pédiatriques de leur territoire, ou quand ça n'est pas possible, de construire d'autres projets de soins, de suivis. L'idée est de faire en sorte que des bilans réguliers puissent permettre soit de rassurer la famille, soit de repérer le plus précocement possible l'émergence d'un trouble et de faire les propositions de soutien et de prises en charge, de l'enfant. Pour les enfants inclus dans un réseau pédiatrique le Dapsa peut rester présent en appui des partenaires sur toute la durée de l'inclusion (sept ans).

Le projet est ambitieux et soulève forcément des difficultés. Pour que l'inclusion puisse se faire:

- il faudrait que les alcoolisations soient repérées pendant la grossesse par les professionnels de terrain;
- il faudrait que le Dapsa soit sollicité pendant la grossesse ou dès la naissance par ces professionnels afin de travailler les inclusions, en concertation avec les pédiatres de maternité et de néonatalogie, le réseau pédiatrique concerné et parfois directement avec la famille si nous sommes déjà informé de la situation. Tout ce travail n'est pas toujours possible, le Dapsa étant souvent sollicité pour des situations familiales dont les enfants ont plus d'un an;
- il faudrait que les professionnels de maternité et de néonatalogie adhèrent au projet d'inclusion dans un réseau pédiatrique, en fonction des éléments connus ou observables pour eux à la naissance ;
- il faudrait que les professionnels de terrain aient eu le temps de solliciter et de recueillir l'adhésion de la famille, dans des contextes où, bien souvent, il y a de nombreuses autres problématiques cliniques, sociales, psycho-éducatives à prendre en compte et à travailler entre partenaires et avec la famille (ces autres difficultés ayant souvent un caractère d'urgence pour les équipes).

Cela pose un certain nombre de questions :


Comment favoriser un repérage précoce des consommations d'alcool pendant la grossesse ?

Comment permettre une continuité de la vigilance suite à ce qui a pu être repéré, dans une période où différents intervenants, différentes équipes interviennent successivement ?

Quelle place pouvons-nous consacrer à l'alcoolisation fœtale, dont les conséquences ne sont pas toujours immédiatement observables, quand celle-ci cohabite avec d'autres problématiques auxquels il convient de répondre prioritairement (préparer le retour au domicile, prendre en compte les questions de protection de l'enfance, les questions d'hébergement, faire lien avec les équipes de néonatalogie, d'HAD pédiatrique, de PMI, favoriser l'établissement de liens parent-enfant satisfaisants, rencontrer et intégrer le père dans les projets, faire des propositions de soins à la mère concernant les addictions, la souffrance psychique,...) ?

Tout ceci n'a rien d'évident... Nous travaillons donc sur plusieurs axes :

- Le Dapsa organise des groupes de travail locaux afin de permettre aux professionnels de se rencontrer et d'échanger ensemble sur les moyens de favoriser un repérage précoce des situations d'alcoolisation pendant la grossesse. Ces groupes intègrent des professionnels du champ des addictions, de la psychiatrie, du suivi de grossesse, de l'accompagnement socio-éducatif, de la pédiatrie, de la petite enfance). Il s'agit autant de réfléchir aux pratiques de repérage (notamment en s'appuyant sur l'auto-questionnaire de repérage des vulnérabilités



RESEAU DE SANTE DAPSA - Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires

maternelles développé par le Groupe d'Etude Grossesse et Addictions) que de réfléchir aux possibilités, pour ces professionnels, de prendre appui les uns sur les autres quand les problèmes des patients impliquent différents champs de compétence (champ des addictions, de la santé mentale, du suivi social, de l'hébergement, du suivi de grossesse, de la pédiatrie quand il y a des aînés).

Les questions abordées sont les suivantes :

- Quel repérage en maternité et pendant la grossesse?
- Comment mener un travail entre partenaires auprès des parents ou futurs parents, et partenaires auprès des bébés quand il y a contexte d'exposition à l'alcool in utero?
- Quelle continuité entre ante et post natal ?
- Quelles possibilités d'appui ?
- Comment mettre en place et maintenir une vigilance autour du développement des enfants concernés ?

Les groupes de travail sur la question du repérage, accès aux soins des nouveau-nés et accompagnement des parents au soutien et aux soins de leur enfant dans la durée, Brigitte Dalet – cadre socio-éducative du Dapsa, référente des groupes de travail

La construction de ces groupes est différente à chaque fois. En effet elle tient compte des réalités de chaque département, chaque territoire : réalités en termes de ressources locales, des dispositifs en place, des besoins perçus du côté des équipes mais aussi des contraintes de travail, des pratiques professionnelles liées à l'histoire, aux partenariats habituels, au public et aux attentes de chacun... cela exige bien sûr que les professionnels de terrain soient soutenus par leur institution pour participer à ce groupe de travail. Cela exige aussi que nous puissions connaître leur réalité de travail, et être attentifs à leurs questionnements et aux difficultés (freins) repérés par eux.

Les propositions seront donc différentes pour chaque groupe. L'objectif est de soutenir la continuité de l'attention, des soins ou accès aux soins éventuels, entrepris par les professionnels d'une équipe à l'autre ou d'une étape à l'autre, en essayant de n'oublier personne : la femme enceinte, le bébé puis chacun des parents.

Constitution du groupe avec des professionnels différemment engagés auprès des familles : périnatalité, suivi grossesse, maternité, pédiatrie, suivi social, champs des addictions... mais aussi du champ de la pédopsychiatrie, des CAMSP, chaque professionnel pouvant être une ressource pour un autre professionnel : enfin, c'est l'idéal !! Dans la réalité nous faisons avec les professionnels qui seront de fait mobilisables (au vu de toutes leurs contraintes et charge de travail) et la composition du groupe différera d'un territoire à l'autre et chaque groupe organisera sa réflexion à partir là.


Les propositions partent des questionnements énoncés avec des supports concrets. Les équipes sont traversées par un souci commun : quand et comment aborder la question de l'alcoolisation fœtale ?

Les professionnels interviennent dans des temporalités différentes : suivis longs en addicto, suivis courts en maternité par exemple.

Quel professionnel serait le mieux placé, quel professionnel serait légitime, lequel est choisi par la femme enceinte par exemple ?

Quelques mots clefs de la part des professionnels de terrain engagés dans ces groupes :

- Parler de repérage conduit à repenser à des situations vécues comme difficiles par des équipes
- Lorsque la consommation d'alcool est repérée, il s'agirait d'essayer de comprendre avant d'agir c'est à dire favoriser un lien avec la patiente et tenir compte de ce qu'elle est en capacité de supporter
- Que faire de l'espoir parfois illusion que les consommations cessent ?
- Tenter de passer du repérage des consommations à une réflexion plus large des autres facteurs de vulnérabilité (violence, angoisse, insécurité...) pourrait être une idée ?
- Chercher les besoins et appuis de l'entourage...
- S'informer de ce que la femme enceinte sait des effets de l'alcool sur le fœtus



RESEAU DE SANTE DAPSA - Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires

- Quelques fois il y a des signes « bruyants » de l'alcoolisation et quelques fois non
- Que faire de ce qui est repéré, que se passera-t-il pour l'enfant ?
- Lorsqu'il n'y a aucun signe à la naissance comment soutenir l'importance d'une vigilance auprès de l'enfant ?
- Les appuis des professionnels entre eux peuvent-ils favoriser les appuis auprès de la famille ?

Autant de questions, autant de réponses et de stratégies différentes élaborées par les groupes...

- Au cas par cas nous pouvons étudier avec les services de maternité, de néonatalogie et les réseaux pédiatriques les possibilités d'inclusion ou d'inclusion de rattrapage, par exemple en, s'appuyant sur les services de PMI.
- Au cas par cas, nous tentons de favoriser l'accès aux soins des enfants exposés à l'alcool pendant la grossesse en recherchant parfois d'autres solutions que l'inclusion dans le réseau pédiatrique si celle-ci n'est pas possible (faute d'adhésion des familles ou faute d'adhésion des professionnels de terrain ou parce que l'enfant a déjà plus d'un an). Il peut par exemple s'agir de consultations hospitalières (je pense à la consultation neuropédiatrique du Dr Germanaud à l'hôpital Robert Debré), il peut s'agir de vigilance particulière mise en place au CAMSP ou de consultations de bilans en PMI auprès de médecins pilotes mais hors inclusion.

Comment travaillons-nous avec les partenaires, avec les parents, pour qu'ils puissent être en position de support et que le bébé ait accès à des soins ?

L'idée est de recueillir ou de repérer une inquiétude, un besoin de vigilance, afin de tenir cette préoccupation dans la durée et de la faire exister auprès des parents et auprès des professionnels. Il ne s'agit pas de faire en sorte que la vigilance relative à l'alcoolisation fœtale soit priorisée par rapport à d'autres préoccupations plus immédiates. Il s'agit de garantir la continuité d'une attention, de façon à ce que les autres problématiques plus immédiates ne fassent pas oublier la vigilance à mettre en œuvre auprès des enfants exposés à l'alcool pendant la grossesse.

Nous essayons de prendre appui sur les professionnels compétents pour prendre en charge les questions de diagnostic, de programmation des soins à mettre en œuvre, mettre en place les prises en charge nécessaires.

Nous essayons de permettre aux autres professionnels (ceux présents à d'autres titres auprès de la famille) de bénéficier d'une compréhension globale de la situation de l'enfant et de sa famille :


- Savoir qu'un professionnel ou un établissement est positionné (ou pas) face à ce qui fait inquiétude (alcoolisation fœtale comme tout autre inquiétude possible),
- Soutenir ce positionnement auprès des parents, redire l'intérêt du suivi pour le bébé (soutien à son développement), pour les parents (être rassuré ou pouvoir réagir vite à l'émergence de difficultés, réparer une culpabilité liée à l'alcoolisation fœtale), rappeler les échéances à venir, les rendez-vous à honorer,...
- Aider à identifier les risques de rupture ou les besoins d'appuis complémentaires pour prévenir les décrochages,
- Relier l'histoire des prises en charge en cas de changements d'intervenants, en cas de déménagement, en cas de placement, en cas de retour de l'enfant au domicile,...

Comment intégrons-nous les temporalités différentes des parents, des bébés et des professionnels ?

Côté professionnels :

Nous essayons de repérer les prises en charges passées, les suivis actuels, ceux qui vont s'interrompre, ceux qui vont se poursuivre, ceux qu'il va falloir mettre en place.

Nous essayons de repérer la durée des suivis, la régularité des rencontres, pour identifier quels appuis pourraient représenter chacun des professionnels positionnés auprès d'une même famille. On intègre également les compétences et les relations des professionnels avec la famille dans la réflexion (proximité ou distance entre le professionnel et la



RESEAU DE SANTE DAPSA - Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires

famille, évitement ou pas, confiance, indifférence, crainte). La mission, la temporalité et la nature de la relation avec la famille sont liés.

Côté parents / famille :

Les adultes ont des besoins urgents, des difficultés mises au travail et d'autres qu'il n'est pas encore possible d'aborder, des projets concrets et des rêves lointains. Il y a des améliorations en cours ou pas, des perspectives d'évolution plus ou moins incertaines. Quelle place dans l'ici et maintenant des parents pour une préoccupation relative à d'éventuelles difficultés à venir pour l'enfant ?

Comment ne pas attendre une amélioration de la situation des parents pour qu'ils puissent être soutenant pour leur enfant ?

L'enfant grandi plus vite que la situation des adultes n'évolue.

Entendre les préoccupations immédiates des parents, des adultes, prendre en compte les réponses que peuvent y apporter les professionnels déjà présents auprès de la famille, rechercher des prises en charges ou aides complémentaires si besoin,... entendre et répondre aux inquiétudes du moment pour faire de la place à ce soucis pour l'enfant, pour aider la famille à se projeter dans un avenir pas si lointain.

Illustration du travail de concertation pluridisciplinaire, Catherine Machi, cadre socio-éducative du Dapsa

L'appel d'une professionnelle de Protection Maternelle et Infantile (PMI) vers le DAPSA concernait une mère. La présentation qui en était faite par la professionnelle était que : Cette femme était très régulièrement aux prises avec ses propres difficultés, dont il était difficile de mesurer les répercussions pour elle-même et pour l'enfant.

Le premier temps de travail de concertation avec les professionnelles est orienté vers les priorités de la mère.

- L'attention portée à Madame quant aux manifestations d'angoisse qu'elle vit et subit, assortie de périodes où elle s'alcoolise de façon massive.

Les professionnelles qui la rencontrent entrevoient une ouverture possible vers les soins, depuis qu'elle a pu parler de ses consommations d'alcool, et construisent avec elle un projet de soins dont elle peut se saisir.


Au final, quelques temps plus tard, la dame choisira d'investir comme lieu de soins un Centre Médico-Psychologique (CMP), (suivi avec médecin psychiatre, psychomotricité et activités récréatives).

Dans un deuxième temps, émerge alors une préoccupation pour l'enfant de Mme et pour ce qu'il vit. Une attention lui est portée par les professionnelles: PMI, Halte-garderie, puis service de l'Aide Educative à Domicile (AED). Cette préoccupation nouvelle ne faisait pas partie de la demande initiale au moment de l'appel vers le DAPSA. De fait la mère de cet enfant occupait beaucoup de place dans les lieux dédiés à son enfant.

Au fur et à mesure des réunions de concertation, l'attention pour l'enfant augmente mais des observations contradictoires concernant le développement de ce petit garçon apparaissent :

De manière générale, il est décrit comme petit, chétif, peu tonique.

- L'équipe de la halte-garderie n'est pas inquiète, c'est un enfant plutôt discret, il parle peu mais est dans l'échange et l'interaction. L'équipe est attentive à ses progrès, son développement et à ses demandes.
- La psychologue de la halte-garderie quant à elle note qu'il évolue peu et a peu d'échanges avec elle.
- Du côté de la Pmi, lieu de consultation, le médecin reste vigilant car le petit garçon présente un retard de croissance conséquent.



RESEAU DE SANTE DAPSA - Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires

- L'éducatrice en charge de l'Aide à domicile, lors des visites note qu'il a un langage adapté pour son âge.

En réunion de concertation, les différents avis sur l'évolution du petit garçon sont exposés par les professionnels. Ces échanges amènent le groupe soignant à constater les contradictions faites dans les observations. C'est à partir de là que se construit un accès aux soins pour l'enfant.

Une des propositions retenue par le groupe est la mise à disposition de la psychomotricienne du DAPSA, (côté équipe mobile), pour un bilan du développement de l'enfant en présence de ses parents. Cette mise à disposition permet alors qu'il n'y ait pas (trop ?) de perte de temps pour l'enfant et l'introduction d'une fonction tierce en objectivant les capacités et difficultés de l'enfant dans un contexte de bilan.

L'éducatrice de l'AED fait la proposition aux parents qui donnent leur accord. Cette proposition permettra aussi de soutenir les parents pour la mise en place d'une orientation vers un soin adapté aux besoins de leur enfant.

Comment les différents niveaux de discours professionnels (en fonction des compétences des pros) peuvent permettre de soutenir le projet ?

Les professionnels soignants sont là pour dire les besoins médicaux, les risques, les prises en charge indiquées, et pour mettre en œuvre les soins. Les autres intervenants autour de la famille ont-ils une place à prendre (et laquelle) dans le parcours de soins ?

- Soutenir le discours des soignants, le questionner peut-être aussi, parfois ;
- Chercher à soutenir la faisabilité des démarches de soins auprès de l'enfant malgré des éléments de réalité qui peuvent mettre à mal le bon déroulement des prises en charge de l'enfant (difficultés du jour ou du moment, accès aux transports, problèmes d'agenda, de communication,...)
- Entendre ce que les difficultés de l'enfant font vivre aux parents, ce que les consultations font redouter, ce qu'elles amènent de rassurant peut-être,
- Soutenir et valoriser les efforts des adultes, réfléchir à des alternatives ou à des aménagements si les parents sont dans l'évitement
- Servir de rappel à l'approche des rendez-vous,...

Si besoin l'intervention de l'équipe mobile du Dapsa peut faciliter ce travail et soutenir les liens des parents avec les différents intervenants.

Illustration du travail de l'équipe mobile, Cécile Peltier, cadre socio-éducative du Dapsa

Soutien aux parents dans l'accès aux soins des enfants Exemple dans l'accompagnement d'une mère dans le cadre d'une équipe mobile

Demande de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) : soutenir Madame afin de résoudre son problème avec l'alcool. Son enfant dernier-né a trois mois et est accueilli en pouponnière dans le cadre d'un accueil provisoire et présente des malformations attribuées à un Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF).

Ma collègue qui s'occupe de la concertation avec les professionnels concernés par la situation familiale recueille la demande de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) : il faudrait que la maman aille au Centre d'Accompagnement Médico-Social Précoce (CAMSP).

Lorsque je rencontre Madame, elle définit sa priorité : résoudre ses problèmes financiers et éviter l'expulsion dont elle est menacée.

Au début du suivi, Madame précise qu'elle choisit les rendez-vous avec moi en fonction et en dehors des jours prévus pour ses visites à la pouponnière et des moments de soins de son bébé au CAMSP. Après quelques mois, Madame laisse entendre qu'elle a loupé des rendez-vous... nous regardons ensemble le temps qui s'est écoulé... et réfléchissons ensemble :

A-t-elle envie ou pas de revoir l'enfant,

A-t-elle envie ou pas d'avoir des nouvelles du bébé ?

Peu à peu, l'envie et la peur, l'ambivalence peuvent se parler.

Le pas en avant pour rencontrer l'enfant, pour rencontrer les professionnels qui s'occupe de lui, pour s'engager.

Le pas en arrière qui dit la peur de cet engagement « j'ai peur de m'y attacher, disait-elle », peur associée à l'idée du handicap non nommé. Elle ajoutait : « mais s'il n'est pas normal, je ne pourrai pas ». Nous avons plusieurs fois échangé sur la possibilité pour elle de confier son enfant à l'adoption.

Au début de mon accompagnement, seul un problème de santé est évoqué, pour lequel madame fait le lien avec sa consommation d'alcool pendant la grossesse : une malformation visible sur le visage de l'enfant, et qui doit être opérée.

Face aux absences de Madame aux différents rendez-vous à l'ASE et à sa discontinuité auprès de l'enfant, la situation est judiciairisée et l'accueil de l'enfant maintenue à l'ASE par le Juge des enfants.

C'est autour, à propos et au décours de l'intervention chirurgicale du bébé que Madame manifeste son intérêt. Auprès des professionnels médicaux dont elle honore les rendez-vous. Auprès de l'enfant pour lequel elle a de l'empathie. Elle profite de l'hospitalisation pour aller à sa rencontre, à son chevet, en dehors du regard des professionnels de la protection de l'enfance. Elle sait, me dit-elle, que le personnel de la pouponnière ne pourra pas rester avec le bébé et elle ne veut pas le laisser tout seul à l'hôpital.


Après cet épisode, Madame gardera le contact avec son enfant en allant le voir à la pouponnière. Elle repère des soins d'hygiène défailants et manifeste son intérêt pour son enfant aux référents de l'ASE. Elle s'interroge sur la possibilité pour elle de reprendre son bébé avec elle.

Peu à peu, elle sort de la pouponnière avec l'enfant et se trouve confrontée aux réactions des passants. La mise en place de droits d'hébergement lui permettent de découvrir certains comportements impressionnants de son enfant, dont elle avait entendu parler par les professionnels mais que l'enfant n'avait jamais eu en sa présence. Elle se trouve très démunie, s'inquiète pour l'enfant et s'interroge ouvertement sur l'avenir : l'enfant va-t-il être handicapé ? Elle exprime sa tristesse face à la situation.

Pour répondre à ses questions, Madame finit par demander rendez-vous au CAMSP, elle y revient plusieurs fois... et prend conscience d'une différence de points de vue entre elle et l'assistante familiale qui a pris le relais de la pouponnière pour accueillir son enfant. Madame s'inquiète du fait que son enfant manque des séances de rééducation, et s'agace du discours de l'assistante familiale qui se plaint d'être un taxi et argue que « les rendez-vous avec les psychologues, ça ne sert à rien ».

Madame se propose finalement pour accompagner son enfant à ses séances chaque semaine... et accepte quelques semaines plus tard un soin conjoint avec son enfant (psychothérapie mère/enfant).

Madame se sent de plus en plus à l'aise avec son enfant, réclame de le garder près d'elle pendant tous les week-ends et les vacances scolaires. Elle forge le projet de s'occuper entièrement de son enfant et de demander au juge l'arrêt du placement. Elle différera ce projet d'un an pour permettre la mise en place pour son enfant du projet de scolarisation avec l'aide d'une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS), projet qui a été construit avec l'école située à proximité de l'habitation de l'assistante familiale.



RESEAU DE SANTE DAPSA - Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires

Petite précision : cet accompagnement a été possible sans que je rencontre l'enfant. Sa maman m'a montré une photo à l'âge de 9 mois, me demandant si « ça se voyait »... et elle m'a présenté fièrement sa fille quand elle avait 16 mois.

Quelle que soient les stratégies cliniques déployées en vue de l'accès et de la continuité des soins de la famille, l'objectif du Dapsa est de permettre le maintien d'une vigilance quant aux facteurs de vulnérabilités qui ont été repérés. Il s'agit donc pour nous de servir de support aux partenaires en place auprès de la famille, de façon à favoriser une continuité dans les soins et également une continuité dans la vigilance, de façon à ce que les changements d'équipes, les relais, ne fassent pas rupture dans l'attention spécifique dont doivent bénéficier les enfants exposés à l'alcool pendant la grossesse.

Nous devons rechercher les informations sur les professionnels en place, sur la régularité des rencontres, sur les liens qui tiennent et sur ceux qui lâchent, de façon à ce que l'ensemble des partenaires puissent appuyer leurs décisions et propositions cliniques sur une meilleure compréhension de la situation. Il arrive que des enfants supposés bénéficier de prise en charge soient en fait trop peu rencontrés mais, inversement, de nombreux enfants ont des appuis non connus des autres intervenants à leur contact. Les familles incluses dans la file active du Dapsa sont souvent en grande mobilité d'un établissement à l'autre et il faut les suivre, cependant nous ne courons pas toujours assez vite. Parfois la mise en place d'une équipe mobile auprès des familles est nécessaire pour faciliter ce travail et soutenir les liens des parents avec les différents intervenants.

Il est important de vous signaler que le Dapsa peut travailler avec les cellules santé de l'ASE pour les enfants faisant l'objet de mesure de protection.


Ce projet d'accès aux soins des enfants exposés à l'alcool pendant la grossesse est un projet de santé publique qui nécessite l'information et la participation des professionnels de terrain. C'est pourquoi nous continuons de communiquer à la fois pour attirer l'attention sur la situation des enfants concernés et pour que les professionnels de terrain puissent avoir recours à ce projet.

Salle :
Je voudrais intervenir, je suis responsable administrative d'un CAMSP en Seine et Marne. Je vois bien l'intérêt de réagir à ces vignettes fortes intéressantes. Effectivement le CAMSP va vite trouver sa limite là où la famille n'adhère pas, ne vient pas et où l'information circule mal. Il y a une plus value d'avoir cet accompagnement rapproché et de faire le lien entre les différents partenaires parce que justement dans les situations de placement, le CAMSP est parfois en peine aussi avec l'assistante familiale qui ne vient éventuellement pas (ou pas avec régularité) parce qu'elle ne sent pas non plus une motivation d'une famille derrière, qui est dans l'attente de ça...

Maintenant la question que je me pose, est celle de savoir combien de situations de ce type vous êtes en capacité d'accompagner et puis comment y accéder ? Parce que dans les situations rencontrées au CAMSP, le sujet de la consommation d'alcool suspectée ou pas, n'est pas forcément abordé parce que nous accueillons tous les enfants pour lesquels il y a un retard de développement. Compte tenu de la prévalence, on peut imaginer que cela concerne une grosse population d'enfants mais on ne le sait pas forcément, ce n'est pas forcément dit et donc on ne va pas forcément le dire si les parents ne souhaitent pas que ce soit communiqué, donc comment faire appel à vous ? Je pense à des situations de vulnérabilité pour lesquelles on rencontre des partenaires multiples, des familles qui accrochent plus ou moins.

Tommy CAROFF (directeur du DAPSA):

Il n'y a pas de mauvaises sollicitations du DAPSA. C'est-à-dire que vous nous appelez avec la situation qui vous pose problème et vous aurez quelqu'un de l'équipe qui va vous poser quelques questions sur ce qui fait problème pour vous.



RESEAU DE SANTE DAPSA - Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires

Cet entretien peut durer trois quarts d'heure, c'est un vrai entretien qui permet de repérer pourquoi vous appelez, il faut prévoir du temps.

Ça ne dit rien du travail qui se mettra en place, c'est un travail clinique c'est donc toujours un traitement au cas par cas. On essaye en fonction de votre demande, en fonction du problème qui est le vôtre, en fonction de qui est positionné auprès des patientes que vous accompagnez, on va essayer de construire quelque chose. Ça peut aller du simple conseil, un travail de recherches d'informations, de recherche de lieux adaptés pour des orientations complémentaires, jusqu'à un travail de concertation pluridisciplinaire, pluri institutionnelle, en temps de réunion ou par échanges téléphoniques bilatéraux. C'est un travail qui n'est pas souvent supportable pour tout le monde étant donné l'ampleur des travaux que chacun a à mettre en œuvre. Le DAPSA est dédié à ça, à cette question de la mise en lien des équipes. Ça peut aller jusqu'à ce travail de concertation qui pourrait s'accompagner d'une intervention d'une équipe mobile auprès de la famille. On a des niveaux de réponses qui sont très différents en fonction du problème qui nous est soumis. Il n'y a jamais de mauvaises questions, et si on ne peut pas prendre, on fera toujours un travail de recherche pour vous aider à poser votre question à un autre endroit qui sera peut-être plus indiqué.

Maintenant sur la question du nombre de situations que l'on serait capable d'accompagner, on s'adaptera. Si on croule sous les demandes, nous travaillerons avec nos tutelles pour créer des postes et continuer à répondre. Pour l'instant nous ne sommes pas saturés... Je peux vous donner quelques chiffres, vous en demandiez. Actuellement sur l'année 2016, nous avons 18 accompagnements de femmes enceintes en difficulté pour interrompre leurs consommations d'alcool, 24 accompagnements de mères qui ont consommé de l'alcool pendant la grossesse, concernant ces 24 familles, il y a 22 enfants qui ont été exposés à l'alcool pendant la grossesse pour lesquels nous souhaitons mettre en place des bilans, ce n'est pas toujours faisable. Et il y a 7 enfants pour lesquels un SAF a été diagnostiqué. Là je vous parle du système d'informations, les équipes souvent remplissent cela en fin d'année, les chiffres seront sûrement différents dans un mois...J'ai regardé dans le système d'informations les enfants dont la situation est suivie par le DAPSA et qui sont inclus dans un réseau de suivi des enfants vulnérables. En fait ce ne sont que des prématurés et il n'y en a aucun pour lequel il y a eu alcoolisation repérée pendant la grossesse au jour d'aujourd'hui.

Salle :

C'était pour avoir un ordre de grandeur....


Tommy CAROFF (directeur du DAPSA):

Ce n'est qu'une partie de notre activité, il y a quand même 140 familles ; les chiffres que je donne concernent 45 familles sur les 140.

Dr David GERMANAUD (Neuropédiatre à l'Hôpital Robert Debré):

Je me permets un commentaire sur ce que vous avez dit, deux commentaires...On a bien senti dans ce que vous disiez que finalement cette question restait de toute manière floue, et ça je pense que c'est un problème, il faut lutter contre le flou. Ce n'est absolument pas une critique mais je pense que votre discours est symptomatique du problème. Au sein d'une structure comme le CAMSP, qui est quand même en France le lieu de l'interface médico-social où vont ces enfants, c'est la cheville ouvrière, c'est débordé...

Moi je travaille avec les CAMSP, les CMP, je travaille avec tout. Ce n'est pas le CAMSP qui est le plus dysfonctionnel, mais cette question-là, ce n'est pas possible qu'elle reste floue. Je pense que c'est quelque chose qu'il faut que l'on acte en se regardant droit dans les yeux. Il y a pleins d'autres choses où on n'accepterait pas de dire, « on ne sait pas trop ». Vous direz « ce n'est pas possible, il faut que l'on fasse le ménage ». Donc cette question, il faut y faire le ménage, alors y faire le ménage comment ? Vous devez avoir une idée et arriver à une conclusion en équipe à la fois médicale et paramédicale, qu'est ce que l'on pense de cette situation ? Le CAMSP doit avoir un avis sur la situation. Et quand vous appelez le DAPSA pour en discuter, il faut que vous leur donniez votre avis, peut-être vous ne savez pas et vous leur dites, « on ne sait pas, on a un problème avec cette famille, l'enfant a un trouble du neuro développement sur le diagnostic étiologique, c'est une famille précarisée, la mère a un problème peut être psychiatrique peut être addictif, on ne sait pas ». Mais le « on ne sait pas », ça ne peut pas accéder aux soins, ils vont vous aider ! C'est une question pertinente à poser au DAPSA.



RESEAU DE SANTE DAPSA - Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires

La deuxième chose c'est si vous avez un enfant pour lequel vous vous posez la question, « c'est quoi les situations à risque ? » C'est évidemment la maman qui a déjà bu qui dit qu'elle ne boit plus, c'est la récurrence intrafamiliale d'enfants qui pose la même question, par exemple un peu petit... Le CAMSP c'est une structure médicalisée avec des pédiatres. Si on a une récurrence d'enfants dans la famille avec un petit retard de croissance et des troubles du comportement, et que la question survient, on finit par être dans une situation où la prévalence, l'enrichissement entre autre causés par l'alcoolisation fœtale devient majeur, sauf si vous me dites « ils sont tous nés à 26 semaines ». Après il y a des éléments statistiques qui font que l'argument de fréquence devient tellement important que si vous ensuite vous n'êtes pas en mesure... je veux dire il y a des gens qui ont des pédiatres, qui font de la pédiatrie du développement il y a des CAMSP qui ont des neuropédiatres, après ça dépend de la ressource et du parcours du corps de métier d'origine, de la spécialité d'origine du médecin du CAMSP. Il y a les moyens d'aborder cette question parfois localement. Et puis si il n'y a pas, vous appelez ma secrétaire, moi je verrais vos enfants pour lesquels vous vous posez la question et si vous n'avez pas réussi à converger vers une conclusion, vous me livrez votre conclusion, « je ne sais pas, c'est probable, je suis certain », et moi je ferais avec. Mais ça ne peut pas rester une situation floue. Un diagnostic étiologique aussi fréquent avec autant d'implications comme ce que l'on a vu aussi bien pour la prévention, pour la compréhension de la situation de l'enfant, la façon dont on va regarder une dysfonction parentale ou pas, le message que l'on va rendre aux collègues de la protection de l'enfance, ce n'est pas la même chose. Le rôle de l'aide sociale à l'enfance dans les 10 ans qui viennent pour ces enfants, c'est une mutation copernicienne, c'est changer la vision que l'on a d'une situation parce qu'on aurait compris la part qui vient avec l'enfant. C'est fondamental, il faut entendre ce que disent les familles qui sont passées par dix ans de questionnements pour un enfant avant d'arriver à la réponse, il faut l'entendre, c'est une souffrance que l'on ne peut pas ne pas entendre en se disant « j'ai protégé l'enfant, j'ai protégé l'enfant », non ! Il faut entendre qu'il y a des choses qui pour l'instant ne vont pas parce que l'on n'a pas pris en compte la globalité des situations et entre autre le trouble du neuro développement derrière, ça va au-delà de la question de l'alcoolisation fœtale, bien au-delà. C'est très important. Vous, vous devez arriver à votre conclusion qui peut être « je ne sais pas », « c'est probable », « j'ai des doutes », « je suis certain » ou alors « je n'ai pas réussi à cerner le dysfonctionnement de cette famille, pourquoi est ce qu'ils ne viennent pas ? Pourquoi on n'y arrive pas alors qu'avec un enfant qui a des troubles assez similaires d'une même situation on y arrive ? ». Je pense que « on y arrive pas, elle ne vient pas, on n'arrive pas à la saisir », à l'évidence elle a une fragilité même si au final ce n'est pas l'alcool.

Salle :

Je suis pédiatre en CAMSP dans le 77, et je suis tout à fait d'accord avec l'importance de creuser et d'arriver à un diagnostic tout à fait précis et je vous remercie de votre collaboration possible dans certains cas. Ma question est pour le DAPSA, quand on a repéré une situation à risque avec une maman avec consommation d'alcool, et qu'on a l'impression que l'on ne va pas arriver à l'adhésion de la famille, comment faire pour arriver à mettre en place un accompagnement global y compris de la maman ou des parents ?

Marijo TABOADA (Médecin psychiatre au DAPSA) :

C'est toute la question que l'on constate.


Ça peut passer par une équipe mobile et par exemple une psychomotricienne qui va pouvoir expliquer et montrer à la maman ce que l'on fait et à quoi ça sert, pourquoi le CAMSP ce ne serait pas si mal pour votre enfant. Ça peut être parce que l'on repère que la famille a tel ou tel interlocuteur qu'elle estime bon pour elle, bienveillant, « eux ils sont gentils, ils comprennent » et donc ce sera à ceux qui sont gentils, ceux qui la comprennent, de l'aider à adhérer. Ce travail permet ça, de repérer l'interlocuteur le plus à même d'aider la famille à adhérer.

Salle :

Ma question portait plus précisément, sur comment vous introduire auprès des parents qui n'ont pas encore tout à fait cheminé autant que les professionnels?

Marijo TABOADA (Médecin psychiatre au DAPSA) :

Il y a deux façons, la concertation on ne va jamais la faire avec la famille, nous sommes à ce moment-là les intervenants et le patient c'est vous et non pas la famille. Mais les familles peuvent quand même entendre que la situation est



RESEAU DE SANTE DAPSA - Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires

compliquée et que nous avons besoin d'un lieu pour réfléchir et il y a des gens qui nous aident à réfléchir. On doit leur dire que nous avons besoin de penser ensemble et ce n'est pas si compliqué que ça. C'est-à-dire, on a besoin de penser pour vous, pour votre bien, pour le bien de votre enfant, c'est pour cela que l'on a besoin de travailler ensemble et il y a un réseau qui s'occupe de faire ça. On avait même à un moment donné, fait pour ce projet une plaquette pour les parents parce qu'évidemment ils ont le droit d'être informé de la question et de comprendre pourquoi ce travail se met en place. Mais le Dapsa ça n'est pas forcément un intervenant de plus qui vient enrichir le mille-feuille d'intervenants, c'est celui qui permet de passer de la bouillie au rangement.

Tommy CAROFF (directeur du DAPSA):

Après pour la question de l'introduction de l'équipe mobile, c'était ça aussi la 2^{ème} partie, l'avantage c'est qu'on a une équipe pluridisciplinaire, on a une assistante sociale, des éducatrices spécialisées, des psychologues, une psychomotricienne, une sage femme. C'est une équipe mobile qui a des moyens d'intervention un petit peu limités, plutôt petite couronne, après si un accompagnement est entamé à Paris ou en proche banlieue et que pour des raisons de changement d'hôtel ou autre, la famille est déplacée, on va la suivre en Ile de France. Mais c'est un peu trop couteux pour nous d'entamer des équipes mobiles à Melun, à Montereau, à Provins. De fait, il y en a, on essaye toujours de prendre l'entrée supportable pour la famille, s'il n'y a que le suivi de grossesse et que la dame ne veut rien entendre d'autre, on commencera par cette dimension, si on peut travailler plutôt sur la question des liens avec l'aide sociale à l'enfance, on introduira quelque'un sur ce sujet-là, en fonction de ce que peut supporter la famille.

Brigitte DALET (cadre socio-éducative au DAPSA) :

Moi je voulais juste renchérir en fait sur ce que l'on vient de dire et répondre aussi à David Germanaud, qui nous a lancé une petite pique sur les réunions qui ne débouchent pas immédiatement sur un accès à des soins. Oui il est important d'agir mais en même temps dans l'expérience des groupes, ça montre bien que les professionnels s'interrogent de quand et comment aborder cette question-là avec la femme enceinte, en disant « on a besoin de comprendre avant d'agir ». Il est urgent d'agir, mais il est aussi urgent de penser au cas par cas, chaque situation différemment.

Salle :


Je voulais savoir si vous aviez été amené à travailler avec les équipes de maternité, notamment sur la question du repérage des alcoolisations, parce que vous nous parlez d'un dispositif mais l'enfant est déjà identifié, la consommation est déjà fortement suspectée ou vraiment mesurée. Cette question de la difficulté que l'on entend des médecins, les généralistes par exemple, d'interroger leurs patients sur leurs consommations d'alcool, on peut l'entendre aussi des équipes soignantes des maternités, or c'est là si l'on veut intervenir précocement qu'ils vont repérer les femmes. Je voulais savoir si vous aviez des ateliers demandés par les maternités, ou si vous en proposiez ?

Marijo TABOADA (Médecin psychiatre au DAPSA) :

Les groupes territoriaux sont basés à partir des maternités. Effectivement l'importance ce n'est pas seulement le repérage des consommations, mais le repérage des partenaires auxquels les sages femmes vont pouvoir faire appel. C'est bien gentil d'avoir une réponse, mais si on ne sait pas quoi en faire,... donc ces groupes sont basés là-dessus, sur « comment on peut aider à partir des maternités, éventuellement au repérage de cette question là et comment les équipes de maternité peuvent s'adosser aux partenaires qu'ils ont rencontrés lors de ces groupes ? ». C'est toujours pluridisciplinaire et pluri institutionnel.

Dr David GERMANAUD (Neuropédiatre à l'Hôpital Robert Debré):

Une remarque sur ce que vous dites, j'aime bien faire la différence entre le repérage en population générale et la question des situations qui sont identifiées, et en particulier celles qui posent problème à cause d'une addiction parce que la maman il ne va pas falloir non seulement qu'elle prenne conscience qu'elle est enceinte et que la consommation est nocive pour qu'elle s'arrête. C'est tout ce qui nous amène aujourd'hui. Si dès qu'une maman était enceinte, et qu'elle avait l'information, elle arrêterait de consommer, le niveau de risque serait bien moindre évidemment.



RESEAU DE SANTE DAPSA - Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires


Néanmoins, elles se rejoignent ces deux questions parce que toutes les mamans qui ont un problème chronique avec l'alcool et une addiction, ne sont pas identifiées et ne sont pas soignées. Si je fais ce distinguo, c'est juste qu'il ne faut pas donner l'impression qu'en maternité si on dépiste l'alcool on va tomber que sur des mamans qui ont des consommations massives et que l'on va tomber dans ce problème là. Il y a beaucoup de situations, où on est en fait dans un problème qui est très différent de celui qui nous occupe ce matin, qui justifie un dépistage pour des questions de santé publique, de limitation du risque.

Maintenant, si je reviens vraiment à votre question sur le dépistage, il y a quand même beaucoup de gens qui ont réfléchi cette question. Je voudrais attirer votre attention sur le fait que le Groupe d'Etude Grossesse et Addiction, qui est un groupe que certains d'entre vous ici doivent connaître, un groupe de professionnels qui a été créé autour des questions de périnatalité, parentalité et conception dans le contexte des consommations d'opiacés, poly toxicomanies, etc... mais qui évidemment s'est saisi de longue date de la question de l'alcool et de plus en plus aujourd'hui qu'elle refait surface à plusieurs niveaux de la discussion sanitaire en France. Il y a eu un travail sur un petit questionnaire de dépistage des consommations qui comprend une vingtaine de questions où on répond par oui/non, ou en entourant une catégorie de boissons ou de problèmes. Ça se remplit extrêmement vite, ça tient sur un recto de feuille, ça a été pensé mille fois, édulcoré, rediscuté pleins de fois précisément pour être le moins rebutant possible et que les gens le remplissent très naturellement. Ça vous pose la question de savoir si vous avez eu des problèmes d'alimentation, des problèmes dans votre vie professionnelle, précarisation, des violences au domicile, quelle est la boisson que vous consommez habituellement ? Est-ce que vous avez changé vos pratiques de boissons pendant la grossesse ? Est-ce que vous avez fumé ? Tout ça est englobé dans un questionnaire de vingt questions. Je vous invite à aller regarder sur le site du GEGA, à lire ce questionnaire, il y a un petit texte d'accompagnement en fonction de si vous êtes un professionnel libéral ou si vous travaillez dans une grosse structure de consultation. C'est vrai comme le disait Marijo, que si on met en place ça, il faut mettre en place l'aval, si le questionnaire est rempli et qu'on n'en fait rien ou pire qu'on le regarde et qu'on ne prend pas en compte ce qu'on a lu... Il y a beaucoup de gens qui s'en servent simplement comme un moyen d'introduire la question. Souvent en consultation, ça va très vite, vingt minutes de consultation pour une consultation de début de grossesse avec une sage femme. Je raconte souvent l'anecdote, mais il y a des maternités, entre autre une grosse maternité parisienne qui a mis en place une grille de dépistage des situations à très bas risque, où l'on coche. C'est très bas risque, et du coup on va pouvoir faire un suivi en dehors du suivi hospitalier. Mais pour être sûr qu'ils font bien, après ce dépistage sur grille, les familles, les mamans sont revues avec une sage femme, et une psychologue du service en consultation longue. Ils se sont rendus compte que la population qu'ils avaient sélectionnée avec leur grille de bas risque était en fait la consultation de la population où ils avaient le plus de violences intrafamiliales, de consommations de toxique, de troubles du comportement alimentaire... Pourquoi ? Tout simplement parce que derrière il y avait une consultation de 45 minutes avec deux intervenants différents et que dans ces conditions les mères racontaient tous leurs problèmes. Et donc quand on donne du temps aux gens pour raconter leurs problèmes, on voit apparaître les facteurs de risque. Le but n'était pas de vous dire que les grilles ce n'étaient pas bien, car par ailleurs je voulais vous parler de la grille du GEGA. Mais souvent les gens l'utilisent plus comme façon de faire en sorte que la mère, la femme ait réfléchi un peu à certaines questions qui ne lui étaient pas venues à l'idée avant la consultation.

Dans un temps de consultation qui est court, on peut s'appuyer sur ce qu'elle a rempli à tête reposée dans son petit coin de la salle d'attente avec aucune question directive, on regarde et on voit qu'elle a quand même coché une ou deux fois « oui » sur des choses qui sont des facteurs de vulnérabilité, et là on peut engager la conversation. Alors que sur un temps de consultation court de vingt minutes avec une maman qui va prendre la question de plein fouet, en disant qu'est ce qu'il y a comme sous entendus derrière cette question, et par conséquent elle va répondre « non » parce que c'est protection. Donc essayez d'aller voir ça, peut être que dans cinq ans on dira finalement ce n'était pas une bonne idée, mais ça été très réfléchi et je pense que beaucoup peuvent s'en saisir, même je dirais dans la consultation libérale, la maman le coche, on jette un coup d'œil et puis si elle a coché « oui » quelque part, c'est une porte d'entrée pour la discussion.

Tommy CAROFF (directeur du DAPSA):

Les groupes de travail dont on vous a parlé tout à l'heure, s'appuient très largement sur ce questionnaire.



RESEAU DE SANTE DAPSA - Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires

Salle :

Je suis sage femme en PMI à Paris, je voulais aussi parler de la place de l'entretien prénatal précoce, hors des circuits de repérage, qui devrait être proposé à toutes femmes enceintes, qui peut être fait par les libéraux, les généralistes, les sages femmes libérales mais aussi par les sages femmes de PMI, et je me posais la question par rapport au repérage dans ces cas de grossesse, quelle est la place du repérage en post-partum ? Après la naissance, est ce que vous avez des repérages d'alcoolisation ? C'est vrai que des fois on n'a pas accès à ces femmes enceintes pendant la grossesse.

Dr David GERMANAUD (Neuropédiatre à l'Hôpital Robert Debré):

Il n'y a pas de mauvais moment pour repérer les choses, et il n'est jamais trop tard pour bien faire. Et après on se pose la question de la fratrie, comme le dit souvent Marijo, comment est ce qu'il va l'autre ? Vous avez raison c'est aussi un moment pour améliorer la santé de la maman que d'accéder via les questions pour cet enfant, à des choses qu'elle n'aurait pas pu dire autrement.

Salle :

J'avais une autre question car du coup vous aviez dit que c'est la maternité qui fait la demande d'entrée dans le réseau. Si par exemple, c'est après dans les six mois qui suivent la naissance ?

Tommy CAROFF (directeur du DAPSA):

Le réseau Dapsa peut être sollicité par n'importe quel professionnel confronté à une situation familiale complexe en périnatalité. Cette sollicitation peut nous être adressée de la grossesse aux trois ans de l'enfant. En revanche pour qu'un enfant soit inclus dans un réseau pédiatrique, c'est normalement aux professionnels de maternité et de néonatalogie de solliciter l'inclusion dans ces dispositifs après avoir recueilli l'adhésion écrite de la famille, afin que l'enfant bénéficie des bilans réguliers proposés dans le cadre du suivi des nouveau-nés vulnérables. Le réseau Dapsa n'est pas un réseau pédiatrique, nous sommes un réseau d'accès aux soins en période périnatale, nous incluons des familles.

Dr David GERMANAUD (Neuropédiatre à l'Hôpital Robert Debré):

Moi je rappelle volontiers la directive sur les réseaux parce que j'essaie de dire : « un problème aussi gros, on ne peut pas le laisser de côté », ce d'autant que c'est prévu dans les textes. Vous savez très bien, les professionnels que vous êtes de différents domaines qui interviennent dans le périnatal ou dans l'enfance que malheureusement les structures sont vite saturées. En Ile de France, les réseaux ont été refondus à nouveau, il y a eu des regroupements, rien qu'absorber la population extrêmement ciblée, extrêmement médicalisée des prématurés c'est déjà difficile. Cela dit ce n'est pas parce que c'est difficile qu'il ne faut pas le faire. On a des obligations sanitaires vis-à-vis de ces enfants. C'est vrai qu'ils mettent une limite, on en a discuté à plusieurs reprises. Dans les mois qui suivent en règle générale on peut faire l'inclusion dans le réseau et c'est vrai pour les prématurés, c'est vrai pour ces enfants, c'est vrai pour les syndromes malformatifs dépistés en période périnatale. Après au-delà, il faut tomber dans ce que Marijo appelle le réseau ad hoc. Je peux vous dire ce que l'on fait à Robert Debré, les consommations lourdes à l'heure actuelle, celles du site ou celles de quelques collègues de maternité qui ont décidé d'essayer de donner suite, Louis Mourier, la Pitié Salpêtrière... Les expositions lourdes de mamans alcooliques, je les suis en consultation, ce n'est pas bien parce que j'ai 14 mois de délai à ma consultation donc c'est déraisonnable de faire du suivi d'enfant vulnérable.

Le neuropédiatre hospitalier universitaire que je suis ne devrait pas faire de suivi d'enfant vulnérable. C'est une façon d'envisager la répartition du travail qui est idiote, mais à l'heure actuelle compte tenu des efforts que l'on fait maintenant depuis 3-4 ans, je ne veux pas laisser dans le néant une mère qui est alcoolique avec un enfant qui a donc un risque du trouble de neuro développement aussi important. Normalement on devrait revenir vers moi secondairement en faisant fonctionner un suivi, le CAMSP, la PMI, parfois c'est possible parfois ça ne l'est pas. Donc les expositions très lourdes, je les garde. Les enfants qui sont en situation intermédiaire quand je les rencontre à la demande de mes collègues en périnatal que ce soit le Dr Emmanuelle PEYRET et l'équipe de liaison en addictologie, mais aussi les quelques hôpitaux qui me sollicitent, les expositions modérées préoccupantes, on fait un courrier à la PMI, je vois la maman, je discute avec elle, elle discute avec sa sage femme, la personne qui a pris en charge cette question de « il y a eu une consommation significative, elle n'est pas massive, c'est une maman qui a un problème avec ce genre de choses, mais ce n'est pas une maman qui a un alcoolisme difficile à prendre en charge ». Généralement elles acceptent.



RESEAU DE SANTE DAPSA - Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires

J'ai une quinzaine de cas en tête pour lesquels on a fait un petit courrier, dans lequel je dis « cette maman nous a fait part d'une consommation d'alcool pendant sa grossesse qui est modérée mais préoccupante, le risque est faible mais réel de trouble du neuro développement, nous l'avons encouragée à s'ouvrir de cette question aux professionnels de la petite enfance qui vont suivre son enfant et en particulier nous recommandons un suivi en PMI jusqu'à l'âge de 6 ans ». S'il y a un généraliste il faut être vigilant, parce que la maman n'en reparlera peut être pas à ce moment là puis on remet ce courrier. Généralement l'équipe de liaison rappelle la maman pour savoir si le courrier a bien été donné à la PMI et s'ils peuvent appeler la PMI pour être sur que le message est passé. Après on estime que dans cette situation à risque plutôt faible, mais réel on a fait ce que l'on avait à faire.

Tommy CAROFF (directeur du DAPSA):

Pour revenir à votre question qui était « que pouvons-nous faire quand la préoccupation des professionnels, concernant une alcoolisation fœtale d'un nouveau-né, émerge six mois après la naissance ? ». Il y a plusieurs possibilités à travailler et il n'est pas trop tard pour solliciter le Dapsa (l'enfant a moins de trois ans). Ces situations ne sont pas rares, soit parce que la mère s'est ouverte de ses alcoolisations après la grossesse, soit parce qu'il n'a pas été possible de recueillir l'adhésion de la famille au projet d'inclusion dans un réseau pédiatrique dès la maternité, soit parce que les professionnels n'étaient pas informés de cette possibilité, ou encore parce que les éléments connus et observables en maternité ne correspondaient pas aux critères d'inclusion dans un réseau pédiatrique. Il est néanmoins possible de réfléchir, avec le réseau pédiatrique concerné, aux possibilités d'inclusion de rattrapage, par exemple en s'appuyant sur les pédiatres de PMI qui peuvent être « médecins pilotes » dans le cadre du suivi des nouveau-nés vulnérables et peuvent solliciter l'inclusion d'un enfant dans le dispositif.

Sinon, il n'est jamais trop tard pour travailler un accès aux soins quel qu'il soit, même en dehors de toute inclusion dans un réseau pédiatrique, ça fait partie du travail du Dapsa.