



RESEAU DAPSA

Dispositif d'Appui
à la
Périnatalité
et aux
Soins Ambulatoires

Rapport d'activité 2009

Rapport d'activité 2009

Introduction

Sa mission se poursuit, telle qu'elle a été définie dans le dossier promoteur, autour de deux grands axes :

- une action dite « non centrée sur les patients », en direction des professionnels des différents champs concernés par cette double problématique –parentalité et addiction-.
- Une action dite « centrée sur les patients » destinée aux professionnels travaillant auprès des groupes familiaux concernés : analyse de situation, aide à la décision, recherche de partenaires, etc.

Cette action peut exiger l'intervention du réseau DAPSA auprès du groupe familial, à la demande et avec l'accord des professionnels demandeurs, intervention permettant une évaluation de la situation lorsqu'elle est nécessaire, et une élaboration avec le patient d'un projet de soins, projet pouvant concerner tout aussi bien l'adulte que l'enfant.

De même, les objectifs poursuivis sont en accord avec le dossier promoteur 2006-2009

Développement organisationnel du réseau et des partenariats

- o concertation avec les autres réseaux
- o développement des liens avec les secteurs de psychiatrie et de pédopsychiatrie

Développement des outils et des actions en directions des partenaires

- o poursuite des stratégies de collaboration avec les institutions et professionnels susceptibles d'être intéressés par le DAPSA
- o mise en ligne du site WEB
- o réalisation des bulletins « risques et naissances » et mise en ligne
- o poursuite des ateliers débutés en 2007 et mise en place des ateliers 2008/2009
- o tenue des chantiers

Développement des actions en direction des patients

- o mise en place d'équipes mobiles d'évaluation et orientation (financement expérimental grâce au concours de l'innovation de l'URIOPSS puis suite à une convention de financement avec la Direction des Familles et de la Petite Enfance –DFPE- de Paris)
- o élargissement du cercle des professionnels concernés
- o mise en place d'un groupe de travail sur la prévention in situ
- o travail conjoint avec ASUD (Auto-Support des Usagers de Drogues)

Cependant, la Commission d'Instruction des Réseaux du 17 novembre 2009 a émis des réserves quant au fonctionnement du réseau et a plus particulièrement souligné la nécessité de lisibilité des actions menées.

De fait, on ne peut qu'être d'accord avec cette remarque ; le goût des documents synthétiques nous a conduits parfois à des ellipses dommageables.

Le rapport d'activité 2009 prend en compte cette nécessité ; sa présentation sera donc en rupture avec les rapports précédents.

D'une part il sera présenté par grands thèmes – suivant la grille des activités telles que définies dans le Manuel des Réseaux d'accès aux soins d'Ile-de-France - :

- actions en direction des institutions
- actions en direction des acteurs
- actions en direction des usagers
- actions de management et gestion du réseau

D'autre part, il tentera d'intégrer, du moins pour les trois premières parties, une description territoriale de l'action.

I. La structure

Rappel des informations concernant le statut du réseau

1.1. La fiche d'identité de la structure

1.1.1 Les coordonnées de la structure

Association DAPSA - Dispositif d'appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires

59, rue Meslay
75003 PARIS

Téléphone : 01 42 09 07 17

Télécopie : 01 40 27 00 06

Adresse électronique : reseau@dapsa.org

Site web : www.dapsa.asso.fr

N° SIRET : 49442175300018

Code APE : 853K

1.1.2. Le type de structure : réseau de santé (Art. L.162-43 du Code de la Sécurité Sociale)

1.1.3. La forme juridique : association régie par la loi du 31 juillet 1901.

1.1.4. Le statut du personnel : le personnel est régi par la convention collective nationale du 31 octobre 1951.

1.1.5. La date de création de l'établissement : le 6 juin 2005.

1.1.6. Les jours et horaires d'ouverture : du lundi au vendredi, de 9 heures 30 à 17 heures.

1.1.7. Les locaux : le réseau DAPSA est situé au premier étage d'un immeuble situé au 59 rue Meslay 75003 PARIS. Ce local comprend 3 pièces, une cuisine et des toilettes, donnant sur rue et sur cour.

Compte tenu du nombre de personnels et des temps partiels qu'ils effectuent, l'utilisation des pièces est la suivante :

- une grande pièce, servant d'accueil et comportant deux bureaux non fermés,
- une grande pièce, servant de salle de réunion et de formation, et offrant 3 postes de travail,
- un bureau, plus petit, dévolu au médecin psychiatre coordinateur et offrant également un poste de travail et une possibilité de réunion en groupe restreint.

1.2. L'organisation du dispositif

1.2.1 L'association

L'association est dotée d'un bureau présidé par le Dr Jean-Claude Genest, psychiatre et composé de :

Mme Thorat-Janod, Trésorière, directrice administration d'un CSAPA, représentante de l'association Horizons, membre fondateur de l'association DAPSA

Mme Eveline Le Sauce, Secrétaire générale, retraitée,

Mme Sylvia Maddonni, Trésorière adjointe, dessinatrice

Mme Fabienne Baker, Secrétaire générale adjointe, assistante sociale

Le Conseil d'Administration est composé, en plus des membres du bureau, de :

L'association Ambroise Croizat, membre fondateur de l'association DAPSA représentée par la maternité Pierre Rouquès

L'association Charonne, membre fondateur de l'association DAPSA, représentée par Mme Perlette Petit

Pr. François Pommier, psychiatre, professeur de psychopathologie à Paris X Nanterre

M. Claude Thiaudière, sociologue, maître de conférences à la Faculté Jules Verne II

Mme Monique Brioudes, avocate au barreau de Paris

1.2.2 Le Comité de pilotage

Le comité de pilotage est composé de membres des différents champs concernés par les addictions, la périnatalité et la petite enfance. Il est en place depuis 2005, date du premier dépôt de dossier à la Dotation Régionale de Développement des Réseaux.

A l'époque, le réseau DAPSA était géré par l'association Horizons, mais depuis novembre 2006, et à la demande des financeurs, le réseau s'est autonomisé et est géré par l'association DAPSA.

Depuis ce moment, le comité de pilotage a plus de difficulté à trouver sa place, car la direction politique du réseau est assurée par l'association et certains membres du comité de pilotage ont décidé d'y adhérer afin de manifester leur intérêt et leur soutien.

Le conseil d'administration de l'association a mis à l'ordre du jour cette question, s'orientant vers la création d'un comité scientifique.

1.2.3 L'équipe d'animation

L'équipe d'animation du réseau DAPSA se compose de plusieurs professionnels, à temps partiel, de formations différentes :

- o Composition
 - o Dr Marijo Taboada, médecin psychiatre et directrice du réseau
 - o Cécile Peltier, éducatrice spécialisée
 - o Rosine Réat, psychologue clinicienne,
 - o Nathalie Le Bot, sage-femme,
 - o Denise Montier, coordinatrice administrative,
 - o Catherine Patris, chargée de mission, affaires administratives et générales.

- o Missions

La médecin coordinatrice psychiatre assure la direction de l'équipe salariée du DAPSA. Elle impulse la politique de développement du réseau et est garante de la cohérence de ses actions. Elle est référente en termes de coordination des soins, notamment auprès des professionnels de santé libéraux et hospitaliers. Elle veille à l'élaboration d'une clinique du partenariat. Elle est enfin le garant de la confidentialité pour les patients et pour les professionnels.

L'éducatrice spécialisée participe à la coordination des soins et à la création de liens privilégiés avec le secteur social et le secteur « protection de l'enfance ». Elle participe également au développement et à l'animation du réseau (recherche de partenaires, animation des ateliers de travail...) Elle est chargée d'analyser les besoins émergents et de rechercher des actions nouvelles adaptées. Elle impulse et participe aux actions de prévention et d'éducation pour la santé liées à l'exercice de la parentalité. Enfin, elle évalue et oriente des patients, notamment des enfants.

La psychologue clinicienne est plus particulièrement chargée du développement du réseau en direction des femmes en situation d'exclusion et de grande précarité afin d'analyser les besoins et de proposer des actions de prévention précoce ainsi que du lien avec le secteur « addictions » (CAARUD, CSST, etc.).

La sage-femme est chargée du lien et du développement du réseau en direction du secteur obstétrical (liens avec les sages-femmes libérales, les réseaux périnatalité, les maternités). Elle est chargée de la mise en place d'actions de formation et de prévention.

Ces professionnelles peuvent assurer également soit une mission de coordination de soins (animation des groupes de soignants autour des situations familiales), soit intégrer une équipe mobile auprès d'un groupe familial (cf. p. 26).

La coordinatrice administrative assure la permanence du réseau. Elle assure le suivi des outils de communication et de permanence du lien entre les acteurs du réseau. Elle assure également le suivi administratif et financier en lien avec la chargée de mission et le trésorier de l'association.

La chargée de mission des affaires générales et financières assure le suivi des dossiers budgétaires et financiers et prépare les tableaux de suivi des actions. Elle représente le réseau dans les instances administratives, notamment sur les questions portant sur l'évaluation.

II. Les Actions en direction des Institutions

En 2009, le réseau DAPSA a participé à un nombre important de rencontres institutionnelles :

- *travail sur le cahier des charges « évaluation externe » mené au sein de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance-maladie d'Ile-de-France en vue de la construction d'un cahier des charges commun à l'ensemble des réseaux d'accès aux soins franciliens ;*
- *participation à la rédaction du « Manuel des réseaux d'accès aux soins franciliens » ;*
- *participation aux travaux des réseaux périnatalité d'Ile-de-France, sous l'égide de l'Agence régionale de l'Hospitalisation ;*
- *membre fondateur de la Fédérasif : fédération des réseaux d'accès aux soins d'Ile-de-France ;*
- *membre du Conseil d'Administration du GEGA (Groupement d'Etudes sur la Grossesse et les Addictions) ;*
- *membre de l'association SAF-France ;*
- *participation à l'élaboration du cahier des charges des actions « femmes et addictions » du Plan Gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, à la demande de la MILDT.*

Lors de la réunion du conseil d'administration du 24 novembre 2009, la FEDERASIF a élu le représentant du DAPSA au poste de Président

	27 réunions	64 heures
DFPE	3	5
MILDT	2	4,5
URCAM	9	22,5
FEDERASIF	8	26
Université Paris V	1	2
GEGA	4	24

Le travail avec la Direction des Familles et de la Petite Enfance de Paris a permis la signature d'une convention de financement pour la mise à disposition de la PMI de Paris du DAPSA pour toute intervention souhaitée, dont l'accompagnement des familles par les équipes mobiles.

La Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies a monté un groupe de travail en vue d'élaborer un cahier des charges pour des projets spécifiques « accueils des femmes » et des projets « accueils de femmes avec enfants dans les structures spécialisées ».

III Les actions en direction des acteurs

III.1 Les actions sur site

Les actions sur site se déroulent auprès d'une institution et à sa demande.

Ce peut être une intervention régulièrement programmée (mensuelle ou trimestrielle) auprès d'institutions accueillant des futurs parents, parents et des jeunes enfants et souhaitant élaborer des stratégies d'accompagnement, développer de nouvelles actions, approfondir les aspects psychopathologiques.

Il peut s'agir également d'une intervention ponctuelle auprès d'un groupe professionnel confronté à ces questions de façon plus exceptionnelle (professionnels de la petite enfance souhaitant mieux accueillir les parents sujets d'une addiction, équipe d'addictologie confrontée à des grossesses ou à la présence de jeunes enfants dans l'institution, etc.)

Ces réunions de travail intègrent tous les salariés de l'institution demandeuse, quelque que soit leur formation, et dans certaines d'entre elles, le personnel administratif est convié à participer à ce travail institutionnel, considérant que tout intervenant est à même d'avoir une posture « soignante » (qualité de l'accueil téléphonique, attitude face aux enfants des patients présents de la salle d'attente, etc.)

Selon ces configurations institutionnelles diverses et laissées au libre choix du demandeur, ce travail sur site peut être assimilé à de la supervision, de l'analyse de situation ou de l'analyse de pratiques.

Pendant l'année 2009, 35 interventions ont été menées par le DAPSA auprès de 6 institutions, représentant 71 heures d'action et 89 personnes ont assisté à ces séances (soit 312 présences).

III.2 Les colloques

Le DAPSA a été invité à présenter une communication dans 5 colloques pendant l'année 2009 et a organisé lui-même un chantier sur le thème « holding des mères, nursing des enfants »

Ces 6 colloques ont représenté 36 heures de présence et ont réuni 1299 personnes réparties ainsi :

186 médecins salariés (CSST, PMI, hôpital), 130 médecins libéraux, 73 psychiatres ou pédopsychiatres, 16 sages-femmes ou obstétriciens, 71 infirmiers/puériculteurs, 425 psychologues, 210 travailleurs sociaux, 83 personnels d'encadrement, 22 usagers, et 10 autres.

III.2.A le chantier « holding des mères, nursing des enfants »

Il s'agit de la deuxième matinée de travail organisée sur ce thème par le DAPSA. Etaient conviées à présenter leurs travaux Mme Martin-Chabot, psychologue clinicienne, et Mme Gazeau, infirmière puéricultrice, travaillant toutes deux à « Dessine-moi un mouton ». Elles ont fait part de l'activité d'accompagnement de mamans de jeunes enfants et de futures mamans vivant avec le VIH.

Elle s'est tenu le 15 mai 2009, à l'amphithéâtre de Maison Blanche et a réuni 67 professionnels de santé : 10 médecins salariés (CASPA, PMI, hôpital), 2 psychiatres, 6 obstétriciens ou sages-femmes, 21 infirmiers et/ou puériculteurs, 18 psychologues, 20 travailleurs sociaux. Le compte-rendu de ce travail est consultable sur le site du Dapsa.

III.2.B la journée de rencontre avec les réseaux de Paris organisée par l'AP-HP et le Coresif.

Cette journée s'est tenue le 4 février 2009 à l'Hôtel de Ville et a réuni environ 250 participants, majoritairement des professionnels de santé autour de trois thèmes :

- le réseau de santé porteur de qualité ;
- accès aux soins, offres de soins et réseaux de santé ;
- impact des réseaux sur le fonctionnement de l'hôpital et de la médecine de ville.

III.2.C Les journées de Nîmes de la F3A

La Fédération des Acteurs de l'Alcoologie et de l'Addictologie (F3A), avec l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) et l'Association Française des Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) a organisé le 8^{ème} carrefour de l'addictologie de terrain en juin 2009, manifestation qui réunit environ 400 participants de toutes professions (médecins addictologues, psychiatres, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux, bénévoles, ...). Le DAPSA a présenté en plénière une communication sur le thème de l'entourage et la parentalité. Ce texte doit être publié dans les actes et consultable sur le site du DAPSA.

III.2 D Les journées Nationales de l'Association des Structures Publiques de Soins en Addictologie se sont tenues à Perpignan les 1^{er} et 2 octobre 2009

Le DAPSA a présenté une communication sur le thème de l'enfant du patient addicté : « Etre et avoir été : de la reconstruction d'une enfance à l'être parent »

Ce colloque réunit majoritairement des intervenants des CSAPA hospitaliers – environ 250 participants- (médecins addictologues, psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux) et une vingtaine de médecins libéraux.

Le texte de la communication est consultable sur le site du Dapsa.

III.2.E Les rencontres organisées par la Mutualité Française Limousin, ANPAA 87 et le Codes sur « grossesse et addictions » en novembre 2009.

Communication du DAPSA en plénière sur « addictions et femmes enceintes ». Environ 120 participants (travailleurs sociaux, psychologues, infirmières puéricultrices, sages-femmes, bénévoles). Le texte est consultable sur le site du DAPSA

III.2.F Enfin, le DAPSA a été sollicité comme discutant au colloque organisé le 31 janvier 2009 par Paris X Nanterre – UFR de psychopathologie clinique : « addictions ; entre corps et psyché »

III.3 Les ateliers

Le Dapsa organise des séminaires sur des thèmes transversaux : 9 à 10 séances de septembre à juin avec rédaction d'une synthèse publiée dans le bulletin.

De septembre 2009 à juillet 2009 ont fonctionné :

- un atelier sur les aspects transgénérationnels
- un atelier sur les questions interculturelles

Comme il est prévu dans l'organisation des ateliers, une synthèse écrite des travaux des groupes sera publiée dans le bulletin n°11 (sortie prévue en mars 2010) et sur le site du Dapsa.

Depuis septembre 2009, ont été mis en place :

- un atelier sur les représentations de la grossesse en situation d'addiction
- un atelier sur l'individuation de l'enfant
- et enfin un troisième atelier sur les questions de genre dans le champ de la périnatalité

Toutefois, l'organisation de ces ateliers n'est pas tout à fait satisfaisante et un travail d'évaluation sera mené au cours de l'année 2010 afin de proposer des actions de formations plus adaptées aux demandes.

Par ailleurs, a été mis en place de puis 2008, un groupe de travail sur « crack et grossesse ». Au-delà d'un travail sur l'analyse des pratiques et la réflexion clinique, un rapprochement a été fait ce qui a permis une rencontre fructueuse entre le réseau périnatal Paris Nord, les équipes de l'hôpital Bichat (maternité, pédiatrie, ECIMUD) et les CAARUD du nord-est parisien.

La participation à ces ateliers est gratuite et prise en charge par le DAPSA.

III .4 les formations

Le Dapsa ne s'est pas constitué en organisme de formation.

Toutefois, il peut organiser des séminaires de formation (cf. supra les «ateliers») et répondre à une demande spécifique de tel ou tel organisme (comme les journées de travail organisées à la demande du centre maternel Les Acacias ou du DATIS).

Mais le plus souvent il peut être intégré à un programme de formation plus large (DU d'addictologie, formation ANPAA-EMMAUS, formations proposées par l'UFANIT ou par d'autres réseaux de santé entre autres).

Ce choix a été fait à l'origine pour ne pas accroître le travail administratif d'autant que les propositions de formation ne manquent pas et qu'elles sont souvent redondantes.

III.4. A les formations en milieu universitaire

- D.U. d'addictologie à l'Université de Rouen (3 séances)
- D.U. d'addictologie pratique Université Pierre et Marie Curie Paris VI (1 séance)
- Mastère II « Savoirs et Société à l'Université Jules Verne, Amiens (2 séances)

III.4 B les formations de l'UFANIT

- femmes usagères de drogues
- les psychotropes

III.4.C formation continue auprès de l'équipe de l'A.G.E.-M.O.I.S.E. (4 séances)

III.4.D formation sur addictions et parentalité auprès des écoutants du DATIS (2 séances)

III.4.E module de formation à la demande du centre maternel Les Acacias (3 séances)

III.4.F intervention auprès du réseau Paris Diabète (1 séance)

III.4.G intervention auprès du SREPS sur les grossesses adolescentes (1 séance)

III.4.H participation aux formations organisées par l'ANPAA

- ANPAA 14 : (1 séance)
- ANPAA et EMMAUS (2 séances)

III.4.I formation auprès de l'IFSI Tenon

III.4.J participation à une formation organisée par l'IREMA

En 2009, le DAPSA a participé à 24 séances de formation, pour un total de 74,5 heures. On a comptabilisé 331 présences soit 290 personnes différentes.

Ont assisté à ces formations : 5 médecins salariés (PMI, CSST), 26 médecins libéraux, 113 travailleurs sociaux, 2 psychiatres, 38 psychologues, 22 infirmiers/puériculteurs, 1 sage-femme, 85 étudiants, 7 administratifs et 8 « autres ».

III.5 les réunions de travail

Ce vocable un peu flou intègre le travail de préparation d'une action commune avec un autre organisme, d'un accord, d'une signature de convention, d'écriture d'un document, etc.

C'est un temps fondamental du travail de réseau : en effet, le réseau travaille à la préparation d'une action, et plus rarement à sa mise en œuvre, l'idéal étant qu'elle soit reprise par les professionnels et les partenaires existants.

La question ici posée est celle de la « compétence » du réseau : compétence d'une clinique concernant le thème du DAPSA, ici les questions liées à la prise en charge des addictions et de la parentalité et la prévention précoce des dysfonctionnements familiaux, mais aussi compétence d'une « clinique de l'articulation » et qui concerne les modalités de travailler et de faire travailler des professionnels provenant de champs aussi divers, voire parfois divergents.

Le DAPSA a participé à 105 réunions de travail, représentant 259 heures.

III.5.A le secteur institutionnel (cf. chap. II p.7)

	27 réunions	64 heures
DFPE	3	5
MILDT	2	4,5
URCAM	9	22,5
FEDERASIF	8	26
Université Paris V	1	2
GEGA	4	24

Le travail avec la Direction des Familles et de la Petite Enfance de Paris a permis la signature d'une convention de financement pour la mise à disposition de la PMI de Paris du DAPSA pour toute intervention souhaitée ainsi, que pour l'accompagnement par les équipes mobiles auprès des familles.

La Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies a monté un groupe de travail en vue d'élaborer un cahier des charges pour des projets spécifiques accueils des femmes et des projets accueils de femmes avec enfants dans les structures spécialisées.

III.5.B le secteur psy et/ou addictions

	32 réunions	69 heures
Réduction des risques (ASUD, CAARUD,...)	13	36,5
prévention, information, ...	4	5,5
addictologie/psychiatrie adulte	12	18,5
psychiatrie infanto juvénile	3	8,5

Le secteur de la réduction des risques, de la prévention précoce, est pour le DAPSA un chantier important. La précarité accentue les différences et les inégalités entre les hommes et les femmes. L'accès aux soins est plus difficile, y compris pour les femmes enceintes. L'accueil d'un enfant dans conditions

matérielles de vie précaires inquiète les professionnels et les parents. C'est déjà le sens de la mise en place du « groupe crack » sur le nord-est parisien.

Un important travail de collaboration a été mené avec l'association ASUD (association d'Auto Support des Usagers de Drogues) qui a abouti à la publication d'un article sur les activités menées par le DAPSA ainsi que les questions posées par l'usage et le traitement par des médicaments substitutifs aux opiacés pendant la grossesse dans la revue d'ASUD n° 41, de l'automne 2009. Dans la suite de ce travail, il est prévu l'ouverture d'une page commune sur le site d'ASUD.

III.5.C le secteur « enfance et jeunesse »

Sont répertoriés ici les séances inaugurales de travail avec un secteur partenaire depuis les origines du DAPSA représenté notamment par la Protection Maternelle et Infantile. Rappelons ici, que ce travail a abouti à la signature d'une convention de financement avec la Direction des Familles et de la Petite Enfance de Paris pour la mise en place d'un dispositif d'appui et l'accompagnement des familles à Paris.

Par ailleurs, le DAPSA a mené un travail exploratoire sur le thème : « grossesses adolescentes et usage de psychotropes » auprès d'organismes en contact avec ces jeunes. Le bilan de cette mission exploratoire sera mis sur le site du Dapsa courant 2010

	10 réunions	16 heures
grossesses adolescentes	5	8,5
PMI et partenaires locaux	4	6,5
centres maternels	1	1

III.5.D secteur de l'obstétrique et de la périnatalité

L'équipe du DAPSA continue d'élargir son périmètre d'action en direction des maternités et/ou des réseaux périnatalité, notamment dans les départements limitrophes de Paris.

En dehors, ou le plus souvent suite à des rencontres de travail autour de situation de patientes enceintes, s'entame un travail plus institutionnel avec les maternités. Ces rencontres réunissent les personnels de maternité (assistantes sociales, sages-femmes, plus rarement obstétriciens), des équipes de liaison addictologie ou psychiatrie, voire des partenaires extérieurs (CSAPA) et devraient aboutir à la signature de conventions de partenariat.

	nbre de réunions de travail	heures
réseaux périnatalité	6	11h30
maternités	9	18h30
PMI (sages-femmes)	1	2h

Nous pouvons intégrer dans ce chapitre « réunions de travail », l'item dénommé « mondanités ». Il s'agit de ces rencontres protocolaires : inaugurations de nouveaux locaux, anniversaires, vœux, ... dont la finalité explicite est festive mais qui sont autant d'occasions de maintenir les liens avec les partenaires réguliers et de revoir ceux plus éloignés.

L'équipe du DAPSA s'est rendue à 15 festivités organisées par ses partenaires.

IV Les activités centrées sur le patient

Nous rappelons ici que le réseau de santé DAPSA n'est pas une structure de soins. Les professionnels de terrain, voire les personnes concernées ou leur entourage, font appel à lui dans le cadre d'un accès aux soins, de la volonté de sortir d'une impasse ou de traverser une crise, quelle qu'en soit la cause, lorsque cette situation concerne un groupe familial avec une femme enceinte, un ou des adultes accompagnés d'enfant de moins de trois ans, que celui-ci soit ou non au domicile parental, situation dans laquelle on repère le facteur aggravant ou limitant de l'addiction.

Ce principe impose la modalité de fonctionnement suivant :

Signalement de la situation au DAPSA (PMI, maternité, CSAPA, CAARUD, entourage, patient, etc....)

↓
Validation de la demande (critères d'inclusion) non inclusion (mais traitement de la demande pour adresse au lieu adapté)

↓
Evaluation de la situation (avec le demandeur et les partenaires déjà présents)

Typologie des demandes et problèmes repérés

Elaboration d'une stratégie d'intervention (sorte de plan d'intervention personnalisé PIP)

Propositions d'intervention

- concertation pluridisciplinaire
- recherches cliniques bibliographiques
- orientations lieux de soins
- recherche intervenants ou lieux de soins adéquats
- évaluation directe
- mise en place d'une équipe mobile d'évaluation et d'orientation

Typologie des propositions d'interventions

↓
Mise en place du PIP

- réunions de concertation plurinstitutionnelles et pluriprofessionnelles régulières (avec comptes-rendus)
- réunions cliniques (aspects psychopathologiques et médico-légaux)
- revue de dossiers interne (mensuelle)

↓
Analyse de la situation (trimestrielle)

- inscription dans un soin pérenne d'intervention
- résolution de la crise
- refus d'intervention
- déménagement

- demande de permanence
- intégration de nouveaux soignants
- nouvelle grossesse
- nouvelle situation des enfants
- déménagement

↓
ARRET de L'INTERVENTION

↓
POURSUITE DE L'INTERVENTION

En fonction des demandes et des questions posées, l'action du réseau peut être brève et portée par l'équipe d'animation du réseau (type questions sur les dernières publications sur allaitement et traitements de substitution aux opiacés), exiger une certaine recherche bibliographique (études longitudinales sur effets à long terme des consommations maternelles et troubles du développement chez l'enfant), voire adresser à des spécialistes pour des questions plus pointues (effets tératogènes de molécules par le biais du CRAT, aspects médico-légaux, etc.).

IV. 1 caractéristiques des populations accueillies

Ces calculs ont été faits à partir des nouvelles situations incluses en 2009 (et non sur la « file active » qui inclut des groupes familiaux inclus les années précédentes et encore en cours).

56 demandes nouvelles ont été adressées au DAPSA en 2009 et 54 ont été incluses (une situation concernait un couple sans enfant, l'autre une femme seule, sans enfant également).

IV.1.1 les adultes

IV.1.1.1 Les compositions familiales sont très diverses d'autant que la notion de « couple » est assez fluctuante, que le compagnon n'est pas toujours le père désigné, ou plutôt que le père désigné n'est pas toujours le compagnon, que la cohabitation n'est pas forcément la règle, que la domiciliation et le domicile ne sont pas automatiquement liés, que ...

femmes enceintes seules	femmes enceintes seules avec enfants	mères seules (enfants élevés hors du domicile)	père seul avec enfant	mères avec enfants	couples avec femme enceinte	couples avec femmes enceintes avec enfants	couples avec enfants
6	3	4	1	9	13	9	9

Autrement dit :

femmes enceintes	mères	futurs pères	pères
31	22	22	10

Ce décompte classique des couples parentaux ne rend qu'imparfaitement compte des organisations des différents groupes familiaux. D'autres adultes sont très présents dans les problématiques exposées (grands-parents maternels et paternels, en couples ou séparés, voire remariés, des tantes ou des cousines,...).

N'oublions pas la présence non rare d'animaux de compagnie surinvestis mais dont la cohabitation avec un bébé dans des espaces exigus peut inquiéter certains professionnels. La future mère et le futur père peuvent vivre chacun dans leur famille respective et l'arrivée de l'enfant va poser le problème du choix du domicile (sachant que les accueils en CHRS pour couples avec enfant et problèmes d'addiction restent difficiles voire impossibles en Ile-de-France). Que, parfois, la sortie de maternité de la mère et du bébé ne sera acceptée que si celle-ci est admise dans un lieu de soin « mère-enfant » d'où le père est exclu et donc, d'une certaine façon, privé de paternité-.

IV.1.1.2 les troubles repérés

Rappelons qu'il s'agit du trouble repéré par le professionnel demandeur (ou l'entourage) justifiant de l'appel au DAPSA. Cela ne préjuge pas de l'importance réelle de ce facteur dans la difficulté de prise en charge. D'ailleurs, c'est à ce propos que l'évaluation permet parfois un réajustement des orientations grâce à une analyse approfondie de la situation.

Dans la plupart des situations, seule la mère est évoquée, soit que le père soit absent du foyer, soit qu'il ne soit pas connu ou pas pris en compte lors de la demande. Ainsi, lors de la grossesse, les consommations de la future mère seront considérées et notées, pas celles du futur père, sauf l'usage de tabac - eu égard au tabagisme passif -. En revanche il est fait référence à des violences intra familiales avérées ou soupçonnées.

Nous avons retenu les deux principaux items par sujet adulte

	alcool	cannabis	opiacés	TSO	polytoxicomanie	psychotropes	troubles psy	violences
femmes 1 ^{er} item	12	5	3	7	4	2	11	1
femmes 2 ^{ème} item	1				1		12	3
hommes 1 ^{er} item	3	1	1	2	5		3	7
hommes 2 ^{ème} item	2				2		2	1

Nous noterons l'importance considérable de l'item « troubles psy » cité 23 fois pour les femmes soit pour + de 40% d'entre elles et 5 fois pour les hommes (15%). La violence (exercé par les hommes) est relevée 8 fois (25%).

L'item « troubles psy » est volontairement imprécis : il indique le souci des professionnels qui « sentent » bien que les difficultés auxquelles ils vont devoir faire face pour une prise en charge coordonnée. Ils anticipent la complexité des dispositifs qu'il faut prévoir pour préparer l'arrivée de l'enfant ou les mesures qu'il va falloir, prendre pour préserver les conditions de son épanouissement.

IV.1.1.3 Le mode d'habitat

Nous ne serons pas étonnés d'apprendre que la plupart des personnes concernées ont de logements précaires.

autonome	chez un tiers	centre maternel/appartement thérapeutique	hôtel/CHRS	SDF/CHU/squat	non renseigné
19	7	2	11	9	9

Sur les 22 femmes se déclarant vivre sans autre adulte qu'elles au foyer, seules 3 ont un logement autonome (dont 1 en cours d'expulsion...).

IV.1.1.4 les ressources et couverture sociale

Ces items ne sont pas toujours renseignés dans les dossiers du DAPSA car le plus souvent les adultes font l'objet d'un suivi social de droit commun.

salaires/IJ/AAH d'au moins 1 conjoint	RSA/API	aucune ressource	autres origines des revenus	non renseigné
13	22	9	6	6

régime général	CMU	AME	aucune couverture	non renseigné
19	22	2	8	12

Les chiffres sont une coïncidence : les 19 personnes couvertes par le régime général ne sont pas les 19 personnes ou couples bénéficiant d'un logement autonome. Néanmoins évidemment les deux groupes se recoupent partiellement : 13 groupes ayant un logement autonomes bénéficient d'une couverture sociale relevant du régime général mais parmi les salariés, seuls 9 groupes disposent d'un logement autonome.

Les suivis antérieurs connus

Il faut noter la conception restrictive du terme « traitement ». Cet item serait à reformuler, les prises en charge non médicamenteuses ou non strictement médicales se semblent ne pas relever de ce vocable.

Pour les adultes, l'existence d'un traitement antérieur à la demande est un item renseigné la plupart du temps. Toutefois, lorsque le professionnel délégué au lien avec les professionnels extérieur est un travailleur social, il est fréquent que la mention n'en soit pas faite d'emblée : soit qu'il ne dispose pas de cette information, soit qu'il ne s'estime pas légitime pour la donner (le traitement relève des professions médicales), soit que le traitement constitue par son essence même une indication sur les pathologies qu'on ne souhaite par forcément dévoiler d'emblée et avant inclusion du patient dans le réseau (trithérapies).

Les traitements de la mère sont mieux connus que les traitements du père. D'une part, le nombre de femmes seules est important (22), et la santé de la mère, notamment pendant la grossesse, est mieux prise en compte d'autant que la santé de l'enfant à naître fait l'objet d'une grande attention. D'autre part, même après la naissance, l'état de la mère inquiète plus, sauf lorsque l'influence du père est perçue comme négative, la femme apparaissant alors comme une victime à protéger.

femmes TSO	femmes traitement psy	femmes autres traitement	hommes TSO	hommes traitement psy
9	6	3	5	2

A noter qu'il n'y a pas de lien entre les troubles repérés et les traitements suivis et que notamment pour l'item « violences », seul un groupe fait l'objet d'un suivi antérieur.

IV.1.2 les fratries

L'âge des enfants désignés au moment de la demande initiale

âge des enfants	<0	0-3 mois	4-6 mois	7-12 mois	13-18 mois	19-24 mois	25-36 mois	> 3 ans
	31	4	4	3	3	4	2	3

Mais ces enfants ont des frères et des sœurs, demi-frères et demi-sœurs, habitant sous le même toit, ou chez l'autre parent, chez les grands-parents paternels ou maternels, voire en famille d'accueil, ou en foyer.

La taille des fratries

1 enfant	2 enfants	3 enfants	4 enfants	+ de 5 enfants
29	12	8	1	4

Dans 30 groupes, il s'agit du premier enfant, en tout cas déclaré, ... on peut en effet apprendre ultérieurement que l'un ou l'autre membre du couple a déjà des enfants qui ne vivent plus au domicile et souvent perdus de vue depuis quelques années.

L'âge des fratries

	< 3ans	3-5 ans	6-10 ans	11-14 ans	15-18 ans	majeurs
âges des aînés	11	12	8	7	4	3

Dans ces fratries, 11 aînés ont eux-mêmes moins de 3 ans (dont 6 entre 19 et 24 mois...). Il peut arriver exceptionnellement que le DAPSA soit sollicité non pour le nouveau-né, mais pour l'aîné.

Comme nous le verrons dans le point suivant, les fratries comportent d'autres enfants, mais absents du foyer depuis longtemps, voire absents du discours parental.

La résidence des enfants

L'information est collectée au moment de la demande.

Nous avons pris en compte la situation de l'enfant concerné (sauf pour les enfants à naître...) ainsi que pour l'ensemble de la fratrie, quand l'information nous est donnée spontanément. Au cours de la prise en charge la situation des enfants peut évidemment changer (dans le sens d'un retour au domicile comme dans celui d'un placement).

au domicile parental ou du parent objet de la demande	au domicile d'un membre de la famille (grands-parents, père)	placé (pouponnière, placement familial, foyer)
35	16	26

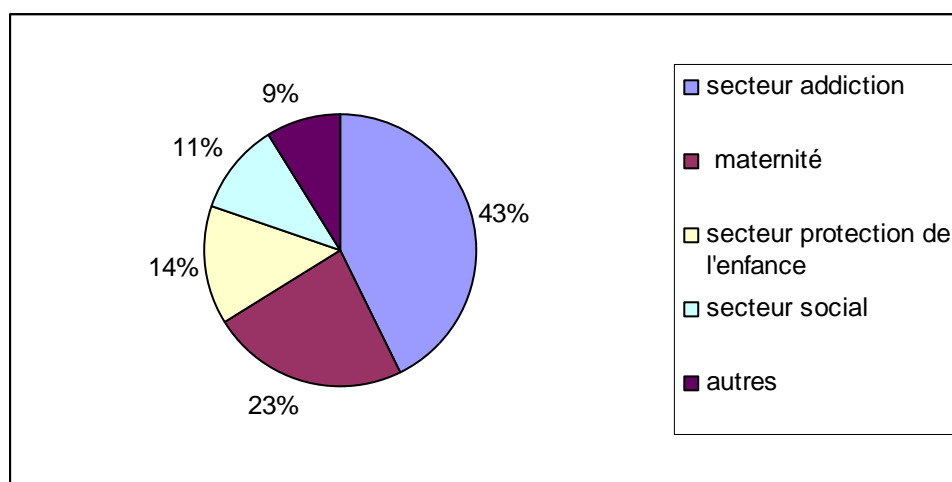
IV.2 les caractéristiques des demandes

IV.2.1 L'origine de la demande

La répartition par institution

caarud	CSAPA	ECIMUD	maternités	PMI	ASE	hébergement	CAS	autres
1	15	8	13	6	2	3	3	5

Autrement dit :



IV.2.2 La profession des demandeurs

Assistant social/ Educateur spécialisé	médecins	infirmiers/puériculteurs	obstétriciens/sages- femmes	psychologues	autres
26	13	6	2	3	7

La catégorie « travailleurs sociaux », et plus particulièrement les assistants sociaux, est surreprésentée : en effet, il est de tradition que ces professionnels soient chargés du lien avec l'extérieur. C'est particulièrement vrai en milieu hospitalier ; c'est l'assistante sociale qui est chargée de préparer la sortie et c'est à elle qu'incombera, le cas échéant et le plus souvent, de rédiger une information préoccupante si l'équipe estime que l'enfant court un risque. De plus, les AS peuvent plus facilement sortir des murs de l'hôpital et participer à ce titre, aux rencontres de concertation pluridisciplinaires en ante et en post natal.

IV.2.3 l'implantation géographique

Il s'agit de l'implantation géographique du demandeur, ce qui ne préjuge pas du domicile légal du patient concerné ni de son lieu d'habitation. En effet, le DAPSA est sollicité en période de crise, et la situation du logement en Ile-de-France participe à cette crise (expulsion prévue, sortie problématique d'un centre maternel, hôtels plus ou moins adaptés à la présence d'un enfant, modes de financement des hôtels par l'ASE, etc...) ; Il peut donc arriver que le lieu d'habitation du patient ne soit pas dans le même département mais qu'il reste attaché au professionnel malgré l'éloignement géographique.

Pour les femmes enceintes, la proximité n'est qu'un des éléments, parmi d'autres, du choix de la maternité.

75	77	91	92	93	94
33	3	1	8	3	8

Pour Paris notamment, le chiffre, élevé, est lié à l'existence de certaines maternités connues pour l'accueil spécifique proposé à ces femmes qui favorise cette orientation.

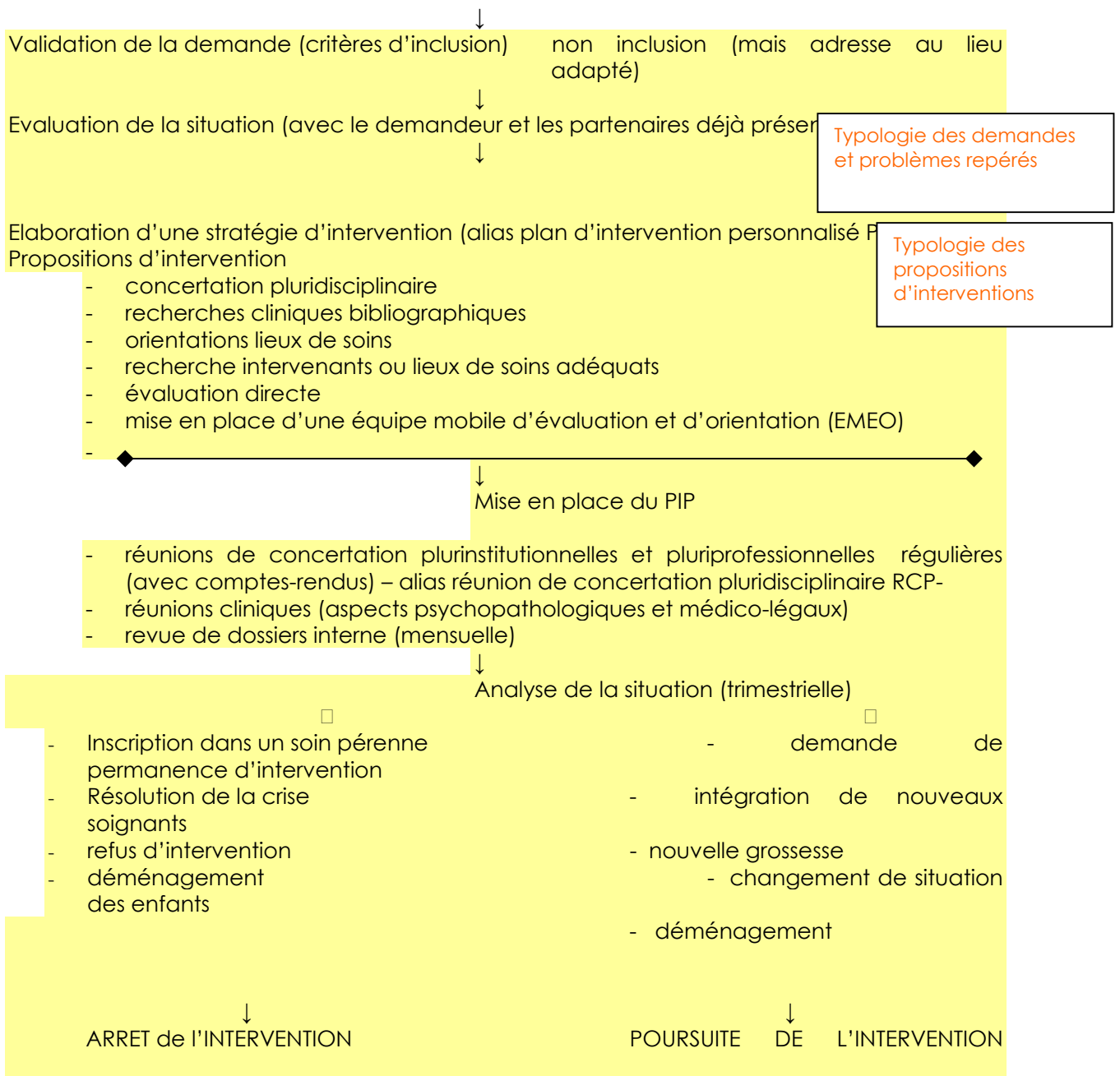
IV.3 Le traitement des demandes

Cette partie va prendre en compte l'ensemble des dossiers actifs en 2009, soit 76 situations cliniques (76 groupes familiaux ce qui représente 38 femmes enceintes, 35 mères, 41 pères ou futurs pères, 49 enfants et 38 enfants à naître.

Pour éviter l'aridité de la lecture, les chiffres sont calculés par groupe familial.

Rappelons ici le schéma d'intervention du DAPSA

Signalement de la situation au DAPSA (PMI, maternité, CSAPA, Caarud, entourage, patient, etc....°



Donc sont notées les demandes telles que formulées initialement, sans jugement. C'est le début du travail que de procéder avec le demandeur, et éventuellement ses partenaires déjà présents, à l'analyse de cette demande, à ce qui l'a motivée et les propositions qui peuvent alors être faites.

IV. 3.1 Les demandes initiales

accès aux soins	12 (dont 7 pour éthyliste maternel et 5 pour des femmes enceintes)
demande d'intervention de l'équipe mobile (EMEO) auprès de la famille	9 (dont 4 liés à des problèmes d'éthyliste maternel)
hébergement	8 (dont 2 pour un hébergement thérapeutique)
médiation (conflit entre professionnels)	3
orientation du couple	2
orientation de la mère	16 (dont 5 pour l'alcool et 7 pour des femmes enceintes)
orientation du père	2 (pour drogues illicites)
orientation interaction mère/bébé	1
que faire ? (impasse)	8
réfléchir ensemble	10
questions toxicologiques	2
autres (place du père, divorce,)	3

IV. 3.2 Les professionnels présents auprès des groupes familiaux

Au cours d'un suivi dans le cadre du DAPSA le nombre et la qualité des professionnels présents va varier : si la demande parvient au cours de la grossesse, nous allons avoir les professionnels de l'obstétrique (sages-femmes, obstétriciens) qui vont ensuite laisser leur place aux professionnels de la petite enfance (pédiatres de PMI ou libéraux, infirmiers/puériculteurs, EJE) qui laisseront peu à peu leur place au personnel de crèche.

En fonction du projet de soin ou des événements qui vont émailler ce parcours, on va trouver les personnels sociaux, ceux de la protection de l'enfance, voire du judiciaire. Les professionnels de santé qui peuvent provenir du secteur de l'addiction, de la psychiatrie (adulte ou infanto-juvénile) ou des pathologies somatiques.

Les groupes soignants, à l'instar des groupes familiaux concernés, sont assez hétérogènes et changeants : la question de la continuité et de la mémoire de l'accompagnement est d'autant plus importante.

Certains groupes ont un nombre impressionnant d'intervenants, mais n'oublions pas que ces groupes peuvent être composés de plusieurs personnes, adultes et enfants, ayant chacun ses interlocuteurs. D'ailleurs, lorsque les situations familiales sont très complexes, avec des filiations diverses, des enfants placés de longue date et pas forcément ensemble – ni même dans le même département -, il devient impossible de noter tous les intervenants, d'autant que ces intervenants ne participent pas tous au travail de coordination du DAPSA.

C'est la raison pour laquelle n'ont été répertoriés que les professionnels présents auprès du groupe familial concerné. Certains professionnels ne sont pas « repérés », soit que la famille ne souhaite pas y faire référence, soit qu'elle ait oublié leur existence.

Ainsi, lorsque les aînés ont fait l'objet d'une mesure de placement déjà ancienne, le souvenir du juge des enfants ou des éducateurs se perd souvent dans une nébuleuse mémorielle. De plus, par le jeu des changements de fonction, on se trouve assez fréquemment confrontés à des « trous » que les parents ne peuvent remplir.

Il faut préciser également que certaines institutions privilégient l'appartenance institutionnelle (c'est « L'ASE » par exemple) sans forcément faire le distinguo des professions, alors que d'autres prennent garde à bien les distinguer (c'est le médecin du CSST ou l'infirmière puéricultrice de la PMI).

Certaines professions ne sont pas « soignantes » au sens classique du terme et sont donc peu ou mal répertoriées, d'autant que l'organisation du travail ne permet pas toujours leur participation aux réunions de concertation (les techniciennes de l'intervention sociale et familiale notamment) alors même que leur présence et leur fonction est essentielle, notamment en sortie de maternité.

Enfin, rappelons que l'exercice en cabinet libéral ne permet pas de dégager facilement du temps de coordination, même si une indemnisation est prévue. Avec certains de ces professionnels, toutefois, la coordination téléphonique permet cette concertation indispensable.

D'autres, au contraire, paraissent très isolés, avec un seul intervenant portant à bout de bras cette famille qui semble n'adhérer à aucune proposition ...ou n'intéresser personne.

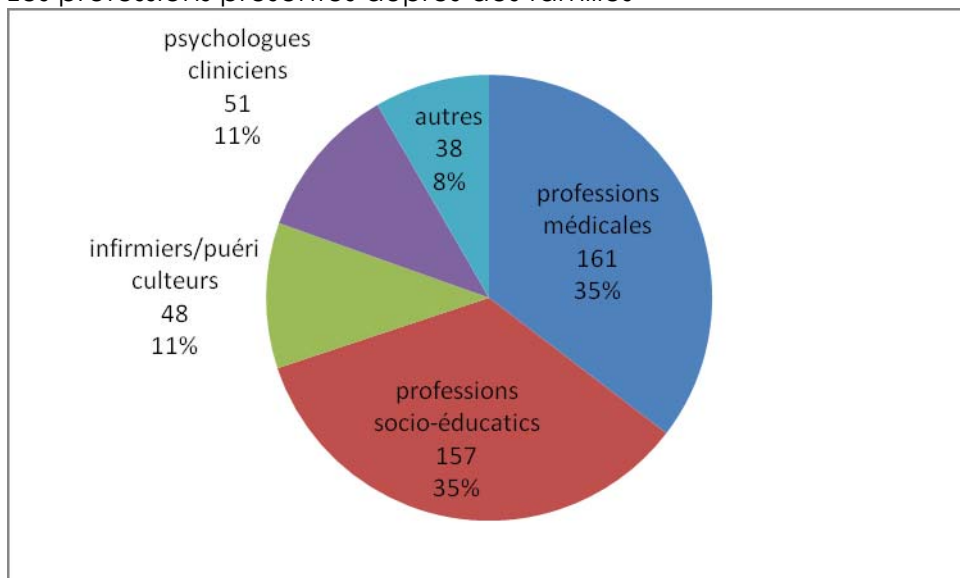
nombre de professionnels	1	2 à 3	4 à 7	8 à 10	+ de 10
	9	18	28	8	13

Toutes les professions sanitaires et sociales sont représentées de façon assez homogène, même si, comme nous l'avons vu précédemment, leur participation au travail de réseau auprès du groupe familial prend des formes diverses liées aux différentes modalités d'exercice.

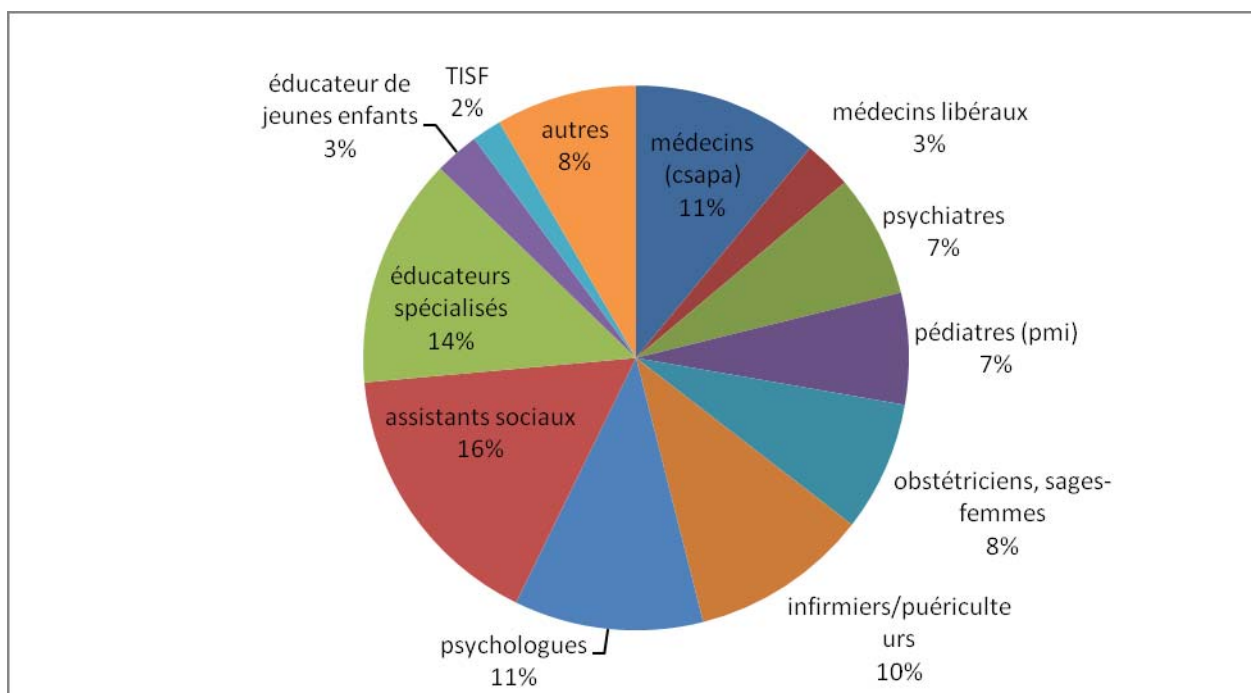
Par exemple, si pour un médecin libéral, mobiliser du temps pour une réunion est difficile, il est non moins complexe pour un infirmier hospitalier de sortir des murs de son institution et certains psychologues souhaitent pouvoir garder un espace privé autour de leurs patients. Toutes ces contraintes sont acceptées comme inhérentes à l'exercice et intégrées dans les modalités de partenariat proposées par le DAPSA.

professions médicales	professions socio-éducatives	infirmiers/puériculteurs	psychologues cliniciens	autres
161	157	48	51	38

Les professions présentes auprès des familles



Les professionnels présents auprès des familles



IV.3.3. Les propositions de travail et le projet personnalisé d'intervention

A partir du recueil de la première demande, le DAPSA va élaborer avec le demandeur, et éventuellement les professionnels déjà présents, des propositions de travail et des objectifs qui pourront alors être proposés au groupe familial concerné.

Ces objectifs peuvent être multiples pour une même situation : on peut se trouver confronté à la nécessité de faire un projet spécifique avec et pour chaque membre de la famille. Par exemple, soutenir la mère dans la prise en charge d'une maladie somatique, accompagner le père vers le soin d'une addiction, veiller à ce que l'enfant soit soutenu pendant que les parents tentent de mettre en place ces suivis. On peut également être amené à proposer de travailler deux questions : soutenir une femme dans son suivi de grossesse en tentant de l'articuler avec un accompagnement pour son addiction.

clinique réseau	EMEO	hébergement	suivi addicto	suivi psy	suivi soma	suivi grossesse	Soutien enfant	parentalité	attente active
27	9	10	14	13	5	6	5	6	5

Néanmoins, certains items exigent quelques explications :

On entend par « *clinique réseau* », la mise en travail effective de professionnels de santé ou du champ socio-éducatif travaillant auprès d'un groupe familial. Comme, notamment dans les périodes de crise, celles où le DAPSA est convié, les intérêts des différents membres de la famille sont rarement convergents, les prises de position de tel ou tel acteur sont rarement harmonieuses. Ce travail collectif vise à permettre d'organiser les prises en charge en hiérarchisant les priorités. Elles sont toutes importantes, mais ne peuvent être traitées simultanément sous peine de faire exploser le cadre et d'amener les uns et les autres, aussi bien les patients que les intervenants, au passage à l'acte. Ce travail est à distinguer de la classique, et nécessaire « synthèse », en ce qu'elle oblige à penser ensemble ce que la famille va être en mesure de supporter ou de créer à partir des offres qui lui sont faites, c'est-à-dire à exposer ce que chaque soignant va s'engager à offrir.

Ce travail est pour l'instant toujours mené par un membre de l'équipe d'animation du DAPSA.

Les *EMEO* (*Equipes mobiles d'évaluation et d'orientation*) consiste en la mise à disposition de la famille d'une équipe de soignants se rendant au domicile ou dans tout autre lieu accepté par la famille pour évaluer avec elle le problème actuel et l'aider à élaborer un projet de soins. Cette équipe est créée *ad hoc*, à savoir que sa composition, autant que faire se peut, correspond aux besoins de cette famille en tenant compte des professionnels déjà présents (si c'est un CSAPA qui nous sollicite parce qu'il y a inquiétude par rapport à un enfant, les professionnels sollicités auront une compétence en pédiatrie ou en psychologie infantile, si c'est une PMI qui s'inquiète pour un parent présentant des « bizarreries », on choisira des professionnels ayant une compétence en addictions et/ou en santé mentale). Pour cette action, peuvent être sollicités des professionnels partenaires du réseau, salariés ou libéraux. Pour Paris, cette action est financée par la DFPE depuis juillet 2009.

Le « *soutien enfant* » consiste à faire émerger l'enfant comme acteur actif. En effet, les enfants, notamment avant trois ans et en situation de crise préoccupante pour tout le monde, sont plus souvent « parlés » - par les parents comme par les intervenants – que « causeurs ». Il s'agit là de tenter de faire entendre leur voix et de leur trouver des « interlocuteurs naturels ». Ce travail est mené avec les parents, qui ont parfois du mal à entendre que leur enfant peut avoir besoin d'autres personnes qu'eux. Il faut préciser que cette orientation est la plus ouverte possible : il ne s'agit pas seulement de désigner l'enfant comme « souffrant » et de l'adresser au CMP ou au CAMPS. Il s'agit de le désigner également comme « être social » qui doit pouvoir converser avec d'autres enfants, voire d'autres adultes dans un milieu simplement ludique.

Le « *soutien parentalité* » peut consister à mettre en place un travail autour de la relation mère-bébé ou père-bébé (sachant que les places en unité mères-enfants sont limitées et que nos patientes sont rarement admises) ou à travailler autour de la reconnaissance (un enfant a deux parents et parfois l'un d'entre eux se trouve de fait exclu).

Enfin « *l'attente active* » pourrait faire sourire si ce n'était un réel travail. En effet, certains partenaires réguliers nous avertissent longtemps à l'avance d'être sur nos gardes car lorsque la situation se précisera, il faudra intervenir rapidement. Pour d'autres situations, c'est beaucoup plus complexes : certaines demandes insistantes nous inciteraient à intervenir, y compris auprès des patients, si n'était en jeu un conflit latent, ou non, entre professionnels. La clinique de réseau, c'est-à-dire le travail en commun, ne peut pas toujours se mettre en place. Il est important de tenir la position du respect envers chacun d'entre eux : ne pas intervenir sous forme de passage à l'acte et ne disqualifier aucun des professionnels déjà présent.

IV .3.4. Les modalités d'intervention

Comme nous l'avons déjà signalé, le réseau de santé DAPSA se définit clairement

- d'une part comme un réseau de santé, et non de soins, destiné à faciliter la prise en charge par les structures et les professionnels existants et non à se substituer à eux
- -d'autre part comme un réseau d'accès aux soins dans une période particulière et particulièrement importante : l'annonce et l'arrivée d'un enfant sont un moment pendant lequel tout parent et futur parent se pose la question des conditions de vie qu'il va offrir à cet enfant. C'est tout aussi vrai pour les personnes présentant des troubles liés à une addiction : à nous, corps soignant et corps social dans son ensemble, de permettre à ces parents de mettre en œuvre ce désir de changement.

Donc le réseau DAPSA mène toujours une action de concertation avec les professionnels autour des groupes familiaux. Précisons toutefois, et en respectant en cela la définition donnée dans le glossaire des réseaux des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), que chaque professionnel garde la responsabilité de sa conduite thérapeutique, le travail en réseau n'ayant pour but que de lui faciliter la prise de décision.

De même, le réseau est là pour faciliter la tâche du professionnel présent : le DAPSA n'exige donc pas de ses partenaires le recueil des actes posés afin d'éviter d'alourdir de façon inconsidérée et inutile le travail dit d'évaluation de l'activité.

Nous trouverons donc dans ce rapport d'activité les actes collectifs (de concertation pluridisciplinaire) menés au sein du DAPSA.

Par ailleurs, les professionnels adhérents du réseau peuvent faire appel au réseau DAPSA pour une intervention directe auprès d'un groupe familial afin de faciliter ce travail d'accès aux soins grâce à une évaluation et une orientation. Ce travail est mené par les Equipes Mobiles d'Evaluation et d'Orientation –EMEO- (cf. p 26), sous la responsabilité du DAPSA. Ces équipes peuvent être composées de professionnels adhérents au réseau, libéraux ou non, ou faisant partie de l'équipe d'animation du réseau. L'activité des EMEO sera donc ici présentée également.

Le travail partenarial

En tant que réseau de santé, le DAPSA intervient essentiellement pour répondre aux besoins des professionnels déjà présents auprès d'un groupe familial. Cependant, il répond également à la demande des patients eux-mêmes ou de leur entourage familial ou amical, même si cette demande est actuellement exceptionnelle.

Nous proposons systématiquement une rencontre à nos partenaires afin de repérer le besoin qui se cache derrière la demande d'intervention, de pouvoir analyser ce qui fait crise, de repérer les forces déjà en présence pour pouvoir adapter nos modalités de réponses. Toutefois, pour certaines professions, ce temps de rencontre est difficile à dégager, même si une indemnité est prévue pour les professions libérales. Plus généralement les professionnels du champ sanitaire et du champ social ont plus de mal à dégager du « temps pour penser ». Le téléphone est devenu un outil indispensable. Il ne peut toutefois remplacer les réunions de concertation pluridisciplinaire qui, seules, permettent un véritable ajustement du dispositif soignant autour du groupe familial en difficulté. Ces réunions font l'objet d'un compte-rendu, rédigé par nos soins, dont sont destinataires l'ensemble des participants. Ils comportent des éléments concernant le suivi du groupe familial mais pas d'éléments biographiques. Ils peuvent être communiqués à la famille le cas échéant.

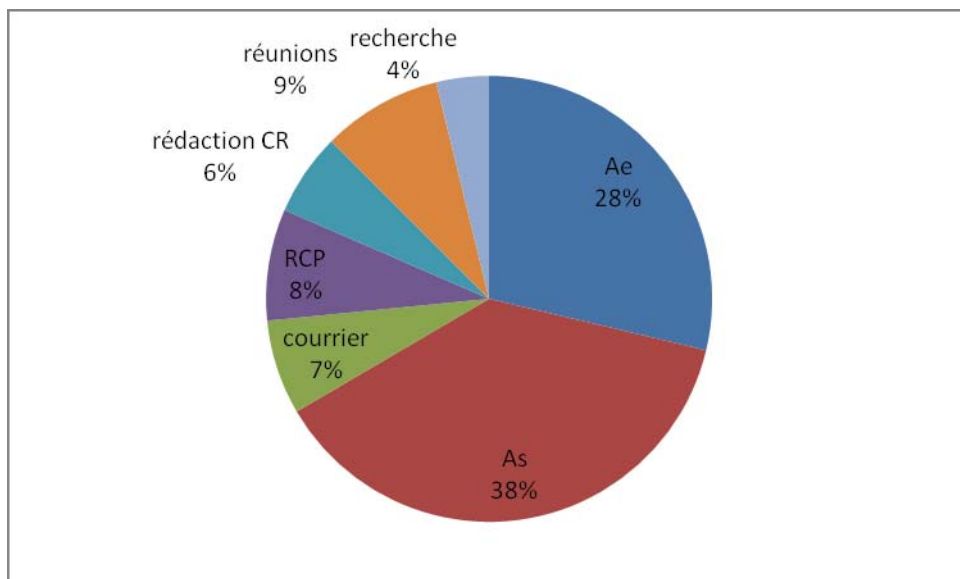
D'autres rencontres sont plus informelles dans la mesure où l'ensemble des acteurs peuvent ne pas être présents pour des raisons diverses.

Enfin, depuis cette année, nous avons tenté de relever le temps dit de « recherche », c'est-à-dire le temps mis à chercher et trouver les orientations souhaitables pour les patients concernés. Mais ce recueil est pour l'instant imparfait.

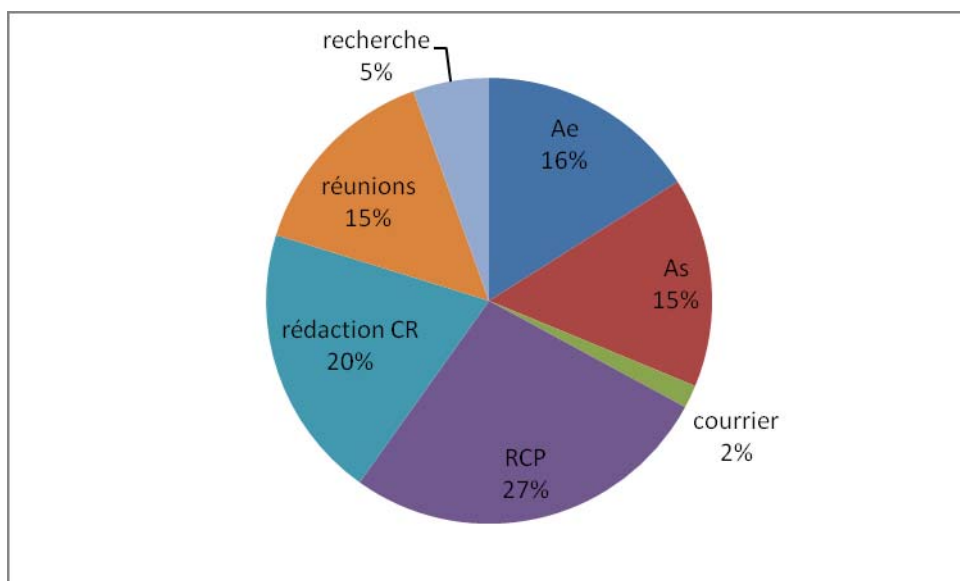
	Appel entrant	Appel sortant	courrier	RCP	rédaction compte-rendu	réunions hors RCP	recherche	
1	4	9	1	4	3		3	24
2		3	1					4
3	14	13	1	5	5	5	8	51
4	3	3		3				9
5	1							1
6	2	11		1	1	2		17
7	2	1			1			4
8	9	20	2	3	3	4	4	45
9	2	1	2					5
10	1							1
11	1	1					1	3
12	2			1	1			4
13	2	1				1		4
14				6	6			12
15		3				3		6
16	1	1		1				3
17	1	3						4
18		3						3
19				1	1			2
20	11	37	3	2	2	2	3	60
21								
22	1	2						3
23	2	2	1			1		6
24	2	1				1		4
25	1	2						3
26	1		1					2
27	6	6	5	3	3			23
28	1							1
29	1							1
30						1		1
31						1		1
32						1		1
33						1		1
34	1							1
35	6	4				2		12
36	1	2	2			1		6
37	10	4	4	2	2	1	3	26
38	1							1
39	2							2
40	3							3
41						1		1
42	1		2	1	1			5
43	13	20	12	3	3	3	1	55

44	11	35	4	2	2			54
45						1		1
46	3	3		1		4		11
47						1		1
48						1		1
49	12	12	1	2	2	3		32
50	4	1				1		6
51	6	8		6		1		21
52	2	1						3
53	1	2				1		4
54	1			2		1		4
55	2							2
56	1	1						2
57	1							1
58	1	1		1				3
59	1							1
60	2	1						3
61	1							1
62	1	2						3
63	8	9				2		19
64	3					2		5
65	4	4	1	1	1	1		12
66						1		1
67						1		1
68						1		1
69	1	1						2
70	2					2	2	6
71	2			1	1			4
72	3	8						11
73	3	2	1	1	1	1		9
74						1		1
75	2	4	1					7
76	1							1
	188	248	45	53	39	57	25	655

Type d'intervention auprès des professionnels partenaires



Le temps relatif des différentes interventions



Le travail auprès des groupes familiaux

La mise en place du « plan personnalisé d'intervention » peut comporter la proposition de rencontres directes avec les membres du groupe familial, ensemble ou séparément, au domicile ou dans tout autre lieu accepté par eux ; le DAPSA ne propose pas de consultation dans ses locaux afin de ne pas induire de malentendu : c'est un réseau d'accès aux soins et il n'est pas destiné à s'inscrire dans le soin pérenne.

Le choix des professionnels composant l'équipe mobile va dépendre des besoins ressentis pour une famille donnée, des professionnels déjà présents et auxquels il ne faut pas se substituer, ...mais aussi des disponibilités, la règle étant de ne pas faire attendre les patients trop longtemps. Ce d'autant que le DAPSA intervient en période de crise, de changement, et qu'il ne paraît pas opportun de laisser pourrir la situation ou d'impatisser des patients déjà inquiets.

Dans l'idéal, cette équipe est composée « ad hoc » et peut comporter des professionnels issus d'organismes partenaires ou du secteur libéral (notamment pour les consultations menées par des psychologues). Pour Paris, cette action est financée grâce à une subvention de la Direction des Familles et de la Petite Enfance depuis juillet 2009.

Lorsque le groupe soignant s'accorde sur la nécessité de proposer une intervention directe « DAPSA », celle-ci est proposée au(x) patient(s) par le professionnel déjà présent. Le patient dispose déjà d'un document expliquant le DAPSA et ses modalités de fonctionnement. Selon les situations, soit le patient prend contact directement avec le DAPSA, soit le DAPSA le contacte ce qui sous-entend que le patient est d'accord pour donner ses coordonnées téléphoniques (l'information et l'accord sont des impératifs), soit lors d'un rendez-vous, le professionnel présent introduit le professionnel délégué par le DAPSA.

Notons, qu'en 2009, seuls deux patients (sur 56 familles) ont manifesté leur souhait de ne pas être en lien avec le DAPSA (et n'ont donc pas été inclus dans la file active).

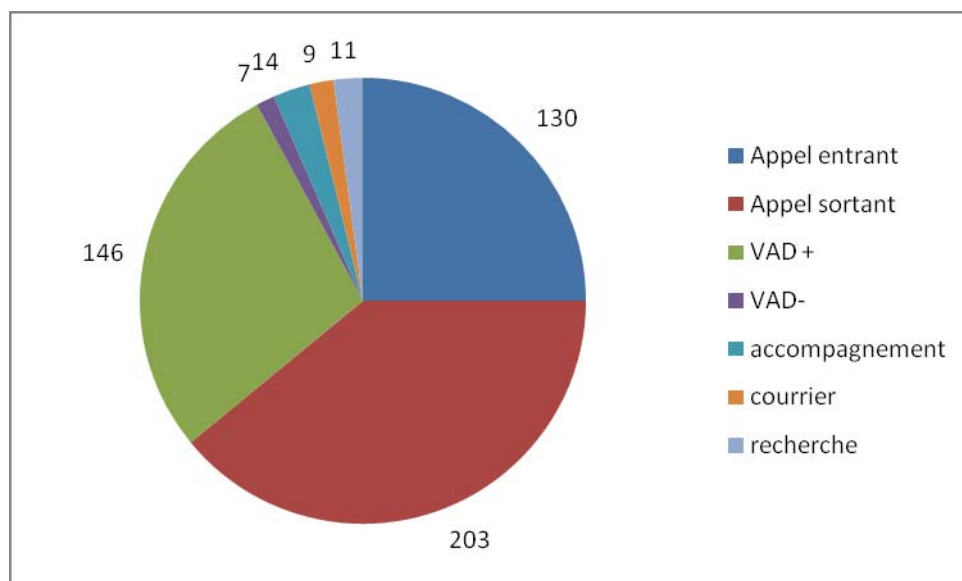
La plupart du temps, la proposition de rencontre au domicile est acceptée avec soulagement. Des propositions alternatives peuvent être faites lorsque le domicile familial ne présente pas les garanties de confidentialité souhaitées par le ou la patiente (conjoint opposant ou violent, parents intrusifs, etc.). On peut également proposer des rencontres dans des lieux « tiers » évitant un surcroît de déplacements toujours fatigants pour des femmes en fin de grossesse ou en charge de très jeunes enfants (box en pédiatrie ou à la maternité, bureau au centre d'action sociale ou à la PMI,...) Le lieu importe peu pourvu que l'adulte et l'enfant se sentent en sécurité suffisante.

Toutefois, il ne faut oublier que ces patients sont, comme nous, dans « l'air du temps ». Nous avons déjà intégré l'importance du téléphone dans les modalités de suivi ; nous avons découvert l'intérêt des « SMS » pour des échanges qui ne sont pas que futiles. En revanche, le courriel est peu utilisé, la majorité des personnes suivies ne disposant pas de ligne fixe pour l'accès à Internet, ni d'ailleurs de domicile fixe non plus.

Pour 2009, 26 groupes familiaux ont bénéficié d'une intervention directe par une EMEO et 471 actes ont été répertoriés (soit environ 18 actes par groupe familial). Mais évidemment, les moyennes ne rendent pas compte de la réalité de ces interventions. Pour onze groupes familiaux, le nombre d'actes est inférieur à 10 (mais pour 4 d'entre eux, il s'agissait de fin de suivis de l'année 2008 avec fermeture du dossier en cours d'année et pour 2 d'un tout début de prise en charge en décembre 2009).

Pour les quinze groupes restants, la moyenne des actes est de 28 au cours d'année (de 10 à 59)

La répartition des types d'actes



Les actes les plus nombreux sont les appels entrants, les appels sortant et les visites à domicile (VAD+)¹.

S'il est important de rencontrer les parents et leur(s) enfant(s) chez eux, ou dans tout autre lieu accepté par eux, le téléphone permet néanmoins de garder le lien, de signifier l'intérêt que nous leur portons dans les périodes difficiles qu'ils peuvent traverser et pendant lesquelles ils ne souhaitent pas être « bousculés » (audience chez le juge, attente d'un lit de sevrage, ..). De plus, ces déplacements, et plus encore les accompagnements, sont chronophages, ce qui nous a, en début d'année, obligés à mesurer nos propositions.

Le temps moyen de visite (trajet non compris) est de 66 minutes (de 30 minutes pour les plus courtes à 2 heures exceptionnellement).

¹ Les VAD¹ sont des visites à domicile non annulées et non honorées (patient absent ou ne répondant pas). Les VAD annulées (donc sans déplacement de l'intervenant) ne sont pas comptabilisées ici)

	Ae	As	VAD+	VAD-	Acc	Courrier	recherche	
1	14	11	5	1	0	1	0	32
2	0	0	0	0	0	3	0	3
3	21	24	5		7	2		59
4	1	0	6	0	0	0	0	7
5	1	7	1	3	1	0	0	13
6	2	3	16	0	0	0	0	21
7	6	34	11	1	3		1	56
8	12	7	5	2	0	1	0	27
9	1	0	0	0	0	0	0	1
10	5	0	2	0	0	0	0	7
11	24	0	13	0	1	0	0	38
12	2	1	2	0	0	0	0	5
13	1	1	0	0	0	0	0	2
14	1	1	0	0	0	0	0	2
15	2	10	14	0	0	0	1	27
16	5	0	3	0	0	0	0	8
17	2	4	3	0	1	0	0	10
18	3	13	13	0	0	0	0	29
19	3	31	13	0	0	1	1	49
20	4	4	0	0	0	0	0	8
21	1	6	4	0	1	0	4	16
22	3	2	5	0	0	0	0	10
23	9	6	10				1	26
24	2	6	0	0	0	0	2	10
25	1	0	0	0	0	0	0	1
26	1	1	2					4
	130	203	146	7	14	9	11	520

Les résultats

Au 31 mars 2009, le DAPSA a clôturé 9 dossiers, dont un de 2007 et 3 de 2008. Sur ces 9 dossiers, 5 l'ont été car le groupe familial s'est saisi des propositions faites par le dispositif soignant, que la crise avait été dépassé, le DAPSA n'avait plus lieu d'être. Pour 3 d'entre eux, les propositions n'ont pas été suivies d'effet, pour le dernier, nous n'avons pas eu de nouvelles.

Au 30 juin 2009, 14 dossiers ont été clos, dont 5 ouverts en 2008. Pour 8 situations, l'arrêt de l'intervention correspond à une évolution positive, pour 4 situations, nous sommes sans nouvelles, pour les 2 dernières, la famille est partie en province.

Au cours du 3^{ème} trimestre, à la date du 30 septembre, 19 dossiers ont été clôturés, dont 4 de 2008. Pour 4 d'entre eux, nous n'avons pas de nouvelles et pour 3, les propositions n'ont pas été suivies.

Pour les 12 autres situations, l'orientation a été considérée comme convenable et adaptée.

Enfin, 2 situations ont été closes en 2009 (un départ en province et une IVG)

Situation 1

Mars 2009

Appel de la maternité de S. au sujet de Mme Z., enceinte de 6 mois, qui veut arrêter le Subutex® avant la naissance de son enfant. Les pédiatres lui ont expliqué les risques du sevrage mais elle s'obstine. Par ailleurs, elle se procure le Subutex® au marché noir. La maternité de S. a rencontré peu de femmes souffrant d'addictions et souhaite un conseil.

Après un échange avec l'assistante sociale, il est convenu :

- de rencontrer Mme Z. pour un avis « technique »
- de participer à la synthèse qui doit avoir lieu prochainement.

Un membre du DAPSA rencontrera Mme à la maternité. Cet entretien permet de recueillir des éléments biographiques, à la fois sur les naissances antérieures et sur l'histoire, ancienne, de l'addiction.

Mme a diminué par elle-même le Subutex® mais après 2 jours, accepte une posologie plus adaptée pour elle et le bébé grâce à une prise en charge par un médecin libéral proche de son domicile et contacté par le réseau DAPSA.

La synthèse conclut que l'enfant sortira avec la mère si elle est admise dans une structure de soins spécialisée et qu'une information sera adressée au juge des enfants. Charge au DAPSA de trouver cette structure et de préparer l'admission. Mme Z. sera rencontrée au domicile d'une parente afin de discuter avec elle de ses réticences quant à cette proposition. Alliance sera faite avec la parente de la future mère quant à l'utilité de cette proposition et la nécessité de passer un compromis avec l'équipe de la maternité.

L'accouchement a lieu à la date prévue. Enfant menu, avec un syndrome de sevrage a minima mais que la maman perçoit très bien. L'enfant sera hospitalisé 15 jours et la maman gardée avec lui pendant 8 jours. Ensuite elle viendra le voir tous les jours.

Le DAPSA recherche un hébergement possible pour cette mère et son bébé et réfléchit entre une structure non spécialisée (type centre maternel) et une structure spécialisée, mais en fait peut-on parler réellement de choix compte tenu des possibilités en région parisienne... ?

Mme Z. accepte la proposition qui lui est faite : hébergement en structure spécialisée collective (exactement ce qui était refusé en début d'accompagnement..). Elle demande à être accompagnée à l'audience chez le juge des enfants et Mme est admise avec son bébé à sa sortie de la maternité.

Décembre 2009

Suite à ce séjour, Mme a été admise en appartement thérapeutique spécialisé avec son enfant.

Situation 2

Novembre 2006

Mme Z. 35 ans, est suivie pour sa grossesse dans la maternité publique parisienne de son choix. Elle est vue par l'ECIMUD de cet hôpital pour consommations mal contrôlées d'alcool. Le DAPSA est contacté par l'ECIMUD afin de préparer la sortie de maternité de Mme et de son bébé.

Une première rencontre permet de comprendre :

- que la maternité n'est pas informée des difficultés de Mme
- que Mme a déjà été suivie par un psychiatre dans le cadre d'un CSAPSA
- qu'elle est connue dans un service de suivi « RMI »

Le DAPSA propose une réunion de travail comprenant les intervenants actuels (maternité, ECIMUD et CSAPA), passés (le service social) et futurs (la PMI du lieu de résidence et dont la sage-femme connaît Mme).

Très vite, on repère qu'au delà, ou plutôt que derrière, la consommation d'alcool on peut observer des traits psychopathologiques inquiétants faisant très vite douter de la possibilité d'une sortie à domicile de la mère et de l'enfant.

Toutefois, la mise sur pied de visites à domicile permet de mieux connaître Mme et de s'en faire connaître, ainsi que de rencontrer M.

Ce travail permet d'introduire, dès avant la naissance, une équipe de l'intersecteur infanto-juvénile. Cependant une tentative d'admission en unité mère-bébé sera mise en échec assez rapidement : Madame s'est présentée au rendez-vous d'admission de telle façon que l'équipe a pensé qu'elle n'était pas en mesure de soutenir cette mère et son enfant de façon convenable.

Le groupe soignant est prêt à accueillir ce bébé, cette nouvelle mère et ce nouveau père....

Mars 2007

La naissance se produit évidemment la nuit, pendant un long week-end, ... et les choses ne se passent pas tout à fait comme prévues.

L'enfant est transféré dans un service de néonatalogie, dans un hôpital pédiatrique, pendant que la maman reste en maternité.

Assez rapidement, l'équipe de la néonatalogie exprime son inquiétude : l'enfant ne va pas bien. Et les visites de la maman sont éprouvantes.

Une réunion de concertation avec tous les intervenants permet de travailler à la fois de faire un signalement pour enfant en danger (« les méchants ») et de préserver les relations avec la maman pour ne pas obérer les relations futures entre la maman et les services sociaux (« les gentils »). La distribution concertée des rôles permet que les intervenants ne s'identifient pas eux-mêmes à ces représentations.

Mais de même que ces réunions de concertation avaient permis de penser à haute voix ce qui allait obliger à placer l'enfant, elles vont permettre aussi que les professionnels travaillant auprès de l'enfant formulent leurs difficultés : l'enfant

manifeste une grande souffrance, voire une tentation de non-vie après chaque visite de sa maman. Le groupe peut penser ensemble cette situation, et à la nécessité de demander au juge une suspension des visites maternelles. Malgré la distribution de « gentils » et de « méchants », une sorte de « solidarité du groupe soignant » se dessine, afin d'éviter autant que faire se peut l'amertume et les rancoeurs.

Ces réunions de concertation permettent également de ne pas oublier le père qui semble manifester le désir de prendre sa place malgré les difficultés matérielles qu'il traverse et alors même que ses relations avec la mère se sont dégradées.

En même temps que l'intersecteur propose de continuer le travail sur les interactions mère-bébé, il est proposé un accompagnement pour des soins spécifiques en psychiatrie adulte à la mère et l'équipe éducative accompagne monsieur dans son travail de paternalité.

Le placement en pouponnière puis en famille d'accueil est ordonné par le Juge.

Novembre 2009

La PMI rappelle le DAPSA : Mme Z., mariée depuis avec son nouveau compagnon, est de nouveau enceinte et doit accoucher prochainement. Est-ce que ça va être pareil ? que faut-il prévoir pour cette nouvelle naissance ?

Mme Z. a choisi une autre maternité et la question de l'alcool semble lointaine. En effet, malgré quelques aléas, le service de psychiatre adulte a pu traverser avec elle ces années et maintenir un soin psychiatrique, y compris médicamenteux.

Le décentrage de la prise d'alcool à la structure psychique de Mme Z a permis :

- de lui offrir un soin plus adapté
- de lui offrir un espace de soin mieux accepté
- d'envisager le soin sur une longue durée
- de penser sa maternité dans ce contexte.

Mme Z. n'est plus bonne ou mauvaise mère en fonction de son abstinence ou de sa consommation. Mme Z est considérée comme une mère habitée par des pensées qui parfois la persécutent.

Familiarisée avec le monde de la psychiatrie qui lui fait moins peur, son admission en unité mère bébé en compagnie de son deuxième enfant a pu se faire au décours de son accouchement.