



RESEAU DAPSA

Dispositif d'Appui à la Périnatalité **et aux** **Soins Ambulatoires**

Rapport d'activité 2010

Rapport d'activité 2010

Introduction

Décidemment, les années de transition se suivent, sans se ressembler toutefois. 2010 ne manque pas à la règle, à ceci près que cette période de transition a concerné également l'organisation du système de soins français, par la création des Agences Régionales de Santé en avril 2010.

Cette création impacte et impactera les agents du système de soins. Sans préjuger des bénéfices escomptés pour les résidents du territoire francilien, tout changement engendre dans un premier temps des perturbations, mais c'est aussi une magnifique période pour introduire des innovations.

Le réseau DAPSA n'a pas manqué à cette règle et certaines actions peuvent apparaître ralenties, d'autres en revanche ont vu le jour pendant cette année 2010.

De plus, suite à la décision de la Commission d'Instruction des Réseaux, un nouveau dossier promoteur devait être présenté en septembre 2010. Ce fut l'occasion de recentrer l'action de Dapsa de façon plus organisationnelle : départementalisation, mise en place d'une démarche partenariale de programmation stratégique en vue de la signature du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

Dans le même temps, la FEDERASIF (Fédération des réseaux d'accès des soins d'Ile-de-France) a développé, dans le cadre d'un cahier des charges pour une évaluation externe, des outils que le DAPSA a expérimenté, pour partie, en 2010.

Sa mission habituelle, dans le même temps, s'est poursuivie, 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. Pour Paris, cette action est soutenue par la Direction des Familles et de la Petite Enfance (*cf. infra*).

Les objectifs poursuivis sont :

Développement organisationnel du réseau et des partenariats

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

Développement des outils et des actions en directions des partenaires

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

Développement des actions en direction des patients

- 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)
- élargissement du cercle des professionnels concernés
- mise en place d'un groupe de travail sur la prévention in situ
- 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 ce qui a conduit à la rédaction d'un nouveau dossier promoteur déposé en septembre 2010.

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.

Remercions ici Madame Denise Montier qui a su donner une allure pimpante à d'arides tableaux de suivis.

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 Thoral-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 Brioude, avocate au barreau de Paris

1.2.2 Le Comité de pilotage

Le comité de pilotage, à la création du DAPSA, était 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.

La mise en place au dernier trimestre 2010 d'une démarche de programmation stratégique en vue de mettre en place un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de moyens (CPOM) a permis de constituer un comité de pilotage comprenant des partenaires habituels représenta les différents champs concernés par l'action du DAPSA ainsi que différents départements franciliens :

- Marie ALEXANDRE, Pédiatre – Hôpital Trousseau
- Julie CASTANEDA, Sage-femme – Hôpital Lariboisière
- Martine CHOCHON, Médecin d'encadrement – PMI Paris
- Françoise CORNEAU, Assistante sociale – Hôpital Cochin
- Sophie FRANCEZON, Médecin, chargée de mission – PMI Seine-et-Marne
- François GORSES, Chargé de mission – EDS
- Virginie HARAULT, Sage-femme cadre – Hôpital Mère Enfant Est Parisien
- Tamaha IMA, Coordinatrice santé – Sida Paroles Colombes
- Bertrand KOHLER, Educateur spécialisé – CSAPA Dune (95)
- Emmanuelle PEYRET, Psychiatre addictologue – Hôpital Robert Debré
- Pierre POLOMENI, Psychiatre - Service addictologie – Hôpital Jean Verdier

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 :

- Composition
 - Dr Marijo Taboada, médecin psychiatre et directrice du réseau
 - Cécile Peltier, cadre socio-éducatif
 - Rosine Réat, psychologue clinicienne,
 - Nathalie Le Bot, sage-femme,
 - Catherine Machi éducatrice spécialisée (depuis juin 2010)
 - Denise Montier, coordinatrice administrative,
 - Catherine Patris, chargée de mission, affaires administratives et générales. (en retraite depuis août 2010)

- 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.

La cadre socio-éducative 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.

L'éducatrice spécialisée effectue les mêmes tâches, mais son action est plus orientée vers l'accompagnement aux soins. Elle participe à la coordination des soins et à l'élaboration avec les groupes familiaux des projets de soins. Elle a rejoint l'équipe d'animation en juin 2010.

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.). Elle développe par ailleurs un important travail sur les questions de genre.

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 secrétaire 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 assurait le suivi des dossiers budgétaires. Elle représente le réseau dans les instances administratives, notamment sur les questions portant sur l'évaluation. Elle a fait valoir ses droits à la retraite en août 2010

Des actions spécifiques sont effectuées par des chargés de mission financés sur honoraires (départementalisation, communication et bulletin, mise en place d'une démarche de programmation). Comme indiqué dans le dossier promoteur, nous avons intégré des outils communs des réseaux d'accès aux soins, outils élaborés dans le cadre du cahier des charges de l'évaluation externe des réseaux d'accès aux soins d'Île-de-France. En 2010, ces outils sont en expérimentations et nous ne sommes en pas encore en mesure d'en exploiter toutes les richesses.

Ainsi, des tableaux de comptabilité analytique permettent de mieux évaluer le poids respectifs des différents axes de travail menés par l'équipe d'animation du DAPSA. :

Répartition activité par poste	Médecin coordinateur	Chargée de mission (jusqu'en août 2010)	Cadre socio éducatif	Psychologue	Educatrice spécialisée (depuis juin 2010)	Sage femme	coordinatrice administrative
centrées patients	20%	0%	47%	27%	64%	10%	0%
non centrées sur patients	28%	4%	18%	17%	20%	16%	0%
Institutions	6%	6%	1%	42%	1%	25%	0%
Management & Gestion	24%	66%	21%	2%	4%	35%	80%
FEDERASIF	11%	0%	1%	1%	0%	1%	0%
Total Autres	11%	24%	12%	11%	11%	13%	20%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

II. Les Actions en direction des Institutions

En 2010, 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 » ;
- membre fondateur de la Fédérasif : fédération des réseaux d'accès aux soins d'Ile-de-France ; en assure actuellement la présidence
- 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.
- Participation au groupe de travail « santé mentale » de l'URIOPSS
- Participation au groupe de travail « femmes et addictions » de la Fédération Addictions (ex ANITEA)

	21 réunions	71 heures
DFPE	1	2h
MILDT	1	1h30
URCAM	1	1h
URIOPSS	3	9h
FEDERASIF	10	30h
Secteur universitaire	1	18h
ARS	2	4h
Ministère sante Québec	2	5h30

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 ». Ce travail initié en 2009, s'est poursuivi en 2010. Le DAPSA a été contacté par certaines structures en vue de préparer la mise en œuvre des projets acceptés

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 2010, 28 séances ont été animées par le DAPSA auprès de 6 institutions, représentant 54 heures d'action et 70 personnes ont assisté à ces séances (soit 229 présences). 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, 3 séances de formation ont été mises en place pour ce groupe : les nouvelles dispositions de la protection de l'enfance et les questions concernant l'adoption.

III.2 Les colloques

Le DAPSA a été invité à présenter une communication dans 7 colloques pendant l'année 2010. Il organisé lui-même un chantier sur le thème « la question de la demande de sevrage pendant la grossesse » et co-organisé un colloque avec l'intersecteur infanto-juvénile du 9^{ème}-10^{ème} arrondissement : hommage à Maurice Titran :

Ces 9 colloques ont représenté 48 heures de présence et ont réuni 827 personnes réparties ainsi :

113 médecins salariés (CSST, PMI, hôpital,), 49 médecins libéraux, 31 psychiatres ou pédopsychiatres, 38 sages-femmes ou obstétriciens, 103 infirmiers/puériculteurs, 127 psychologues, 203 travailleurs sociaux, 44 personnels d'encadrement, 96 étudiants, et 23 autres.

Enfin, il a participé activement à la journée des réseaux d'accès aux soins d'Ile-de-France tenue le 8 avril 2010.

III.2.A le chantier : «Docteur, je voudrais arrêter... » 25 juin 2010

Elle est enceinte, elle le sait depuis quelques jours, quelques semaines, quelques mois... Elle suit un traitement de substitution aux opiacés, méthadone ou subutex®, en ville ou en centre spécialisé. Ce traitement lui a permis de stabiliser, peu ou prou, la prise de substances psycho actives, sa vie est moins chaotique, ... et la grossesse survient.

Elle sait que les opiacés traversent la barrière placentaire, elle sait que son bébé baigne dedans. Elle s'interroge sur cette question, sur « le mal » que ça pourrait lui faire. Elle sait, peut-être même que son enfant précédent en a souffert, que son futur bébé risque un syndrome de sevrage à la naissance.

Alors, elle s'interroge, ou ne s'interroge plus : il faut que cela cesse, que son bébé naisse indemne et ne risque pas de souffrir de ce syndrome de sevrage.

Alors, elle vient voir son médecin et dit : « Docteur, je voudrais arrêter le traitement avant... »

Nous proposons de réfléchir ensemble à l'accompagnement et au traitement de cette demande, à ce qui la sous-tend et à ce qui sous-tend nos réponses en compagnie des :

- Docteur Anne-Marie Simonpoli, Responsable de l'ECIMUD de l'Hôpital Louis Mourier ;
- Docteur Gilles Grangé, Obstétricien à Cochin-Port Royal-Saint Vincent de Paul ;
- Dr Jean Ebert, Psychiatre, Médecin Directeur de l'association Horizons.

Elle s'est tenue le 25 juin 2010, à l'amphithéâtre de Maison Blanche et a réuni 63 professionnels de santé :

professions		institutions	
assistantes sociales	7	hébergement	9
infirmiers/puéricultrices/ auxiliaires de puériculture	14	csapa/caarud	19
cadres santé	5	hôpital (maternités	10
éducateurs spécialisés	5	PMI	15
médecins	9	autres	12
obstétriciens/sages-femmes	3		
psychiatres	3		
psychologues	17		
total	63		58

III.2.A le chantier : " Souci de l'humain et bienveillance des familles : hommage à Maurice TITRAN"

- Dre Dominique BRENGARD, pédopsychiatre responsable du 3^{ème} secteur de psychiatrie infanto-juvénile et Présidente de l'ARPE
- Mme Mélanie COUSIN, psychologue au CAMSP Roubaix
- Dr Roger SALBREUX, pédopsychiatre
- Mme Annick-Camille DUMARET, psychologue, chercheur à l'INSERM-CERMES 3
- Mme Agnès DEMAN, éducatrice spécialisée au CAMSP de Roubaix et des adhérentes de l'association Esper
- Dr Michel DUGNAT, pédopsychiatre, Marseille
- Dr Jean EBERT, pédopsychiatre, Directeur de l'Association Horizons, Paris
- Mme Nicole GILLES, Présidente de la Maison de l'Enfant d'Épernay
- Dre Marijo TABOADA, psychiatre, DAPSA

Elle s'est tenue le 21 octobre 2010, à l'amphithéâtre de Maison Blanche et a réuni 115 professionnels de santé :

NB Profession	
Professions représentées	Somme
Autres	2
Avocate	1
Cadre petite enfance	9
Infirmière Puéricultrice	31
Médecin	15
Orthophoniste	2
Pédiatre	1
Psychiatre	2
Psychomotricienne	2
TISF	2
Travailleurs sociaux	23
Psychologue	23
Pédopsychiatre	2
Total	115

III.2.C la journée du réseau ville hôpital 77

Dans le cadre de l'accès aux soins le réseau ville-hôpital 77 et l'association Epsylone ont organisé une journée de travail. Le Dapsa a participé à une table ronde sur l'accès aux soins et l'accompagnement au suivi de grossesse des femmes en difficulté psychosociale.

III.2 D Colloque de la Société Française d'Alcoologie

Invité à participer aux travaux de la Société Française d'Alcoologie, le Le DAPSA a présenté une communication sur le thème de l'enfant du patient addicté : « Le regard flou »
Ce colloque, tenu le 19 mars 2010 réunit des alcoologues provenant de l'ensemble du territoire français.

III.2.E Les rencontres de Nîmes organisées par l'association F3A

Lors des 8^{ème} journées de Nîmes, le Dapsa a été convié à animer deux demi-journées de travail en atelier : le travail en réseau dans le cadre de la parentalité et des addictions. (2 ateliers d'environ 25 personnes chacun)

III.2.F les journées du RESPAD à Toulouse

Pour ses 15^{ème} rencontres professionnelles, le RESPADD, sur le thème des "consommations cachées et addictions : la situation des femmes et des adolescentes, a invité le DAPSA à présenter une communication sur " Mère archaïque ? Père sévère ? qu'en est-il de la fonction parentale des institutions ?" en présence d'environ 150 participants.

III.2.G L'inauguration du Fil Rouge à Marseille

Communication du DAPSA sur « addictions et femmes enceintes : le travail en réseau». Environ 90 participants (travailleurs sociaux, psychologues, infirmières puéricultrices, sages-femmes, bénévoles). Le texte est consultable sur le site de l'Association Marseillaise de Prévention et de Traitement des Addictions

III.2.H Les journées de l'ANPAA Corse

Communication du DAPSA en plénière sur « addictions et femmes enceintes ». Environ 120 participants (travailleurs sociaux, psychologues, infirmières puéricultrices, sages-femmes, élèves infirmiers).

III.2.I : Fête de la Science ; Université Denis Diderot

Dans le cadre de la Fête de la Science, l'université Denis Diderot a organisé une conférence sur le thème "parentalité et addictions", le DAPSA étant convié à faire part de son expérience de réseau. (environ 120 participants)

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 juin 2010 le Dapsa a proposé et mis en place **3** ateliers :

Les ateliers ont été suivis dans les locaux du DAPSA et à réunis 21 professionnels de santé : (9 Educateurs spécialisés, 2 assistants sociaux, 5 Infirmiers/puériculteurs, 1 sage-femme, 1 orthophoniste, et 3 psychologues)

1. atelier intitulé : « **Dis-moi ton genre et je te dirai quelle est ta place** » animé par le Dr Franck SCHMIDT – Pédopsychiatre.

Le réseau de santé DAPSA a proposé aux professionnels de réfléchir aux enjeux de l'identité masculine dans l'exercice de leur profession dans un contexte de périnatalité. La réflexion s'est appuyée sur les situations cliniques apportées par les participants.

2. atelier intitulé : « **Représentation de la grossesse et désir d'enfant en situation d'addiction** » animé par Caroline Lambert – Psychologue clinicienne-psychanalyste

Le réseau de santé DAPSA à tenter d'interroger les équipes éducatives sur leur positionnement dans leur rôle de protection de l'enfant, comment accompagner au mieux les familles rencontrant des problématiques addictives ?

3. atelier intitulé : « **Il était si mignon quand il était petit !** » animé par Caroline Lambert – Psychologue clinicienne-psychanalyste

Comment détecter les souffrances silencieuses et déclencher un soutien et un travail avec la mère ?, comment dialoguer avec les partenaires et les collègues sur ces situations ?, comment permettre à la mère de penser son enfant ? comment aider l'enfant à prendre conscience de sa propre existence ?

Des écrits relatant le contenu des ateliers ont fait l'objet d'une publication dans le bulletin "Risques et Naissance, n° 12, édité au 4^{ème} trimestre 2010

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 (1 séance)
- 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 (4 séances)

III.4 B les formations de l'UFANIT

- femmes usagères de drogues et les questions de genre (1 séance)

III.4.C formation continue auprès de l'équipe de l'A.G.E.-M.O.I.S.E. (1 séance)

III.4.D CSAPA 110 Les Halles : nouvelles dispositions de la protection de l'enfance (2 séances)

III.4.E CSAPA et CHRS d'Elbeuf : formation dans le cadre des appels à projet de la MILDT (1séance)

III.4.F formation des équipes de l'HAD pédiatrique (2 séances)

III.4.G formation dans le cadre du réseau périnatal 92 sud (3 séances)

III.4.H formation dans le cadre du réseau ressources (92) 1 séance)

III.4.I formation auprès de l'institut supérieur de rééducation (1 séance)

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

- L'enfant dans le contexte d'addiction
- Aspects psychopathologiques de l'addiction

III.4.K formation auprès du CSAPA Le Carrousel 77 (2 séances)

III.4.L formation/sensibilisation PMI Paris

En 2010, le DAPSA a participé à 25 séances de formation, pour un total de 68,5 heures. On a comptabilisé 424 présences soit 360 personnes différentes.

Ont assisté à ces formations : 30 médecins salariés (PMI, CSST), 4 médecins libéraux, 77 travailleurs sociaux, 8 psychiatres, 52 psychologues, 95 infirmiers/puériculteurs, 47 sages-femmes, 77 étudiants, 9 administratifs et 23 « 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 113 réunions de travail, représentant 224 heures.

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

	21 réunions	71 heures
DFPE	1	2h
MILDT	1	1h30
URCAM	1	1h
URIOPSS	3	9h
FEDERASIF	10	30h
Secteur universitaire	1	18h
ARS	2	4h
Ministère sante Québec	2	5h30

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

	37 réunions	70 heures
Réduction des risques (ASUD, CAARUD,..)	5	10
Accès aux soins, accueil "femmes"	14	25
addictologie/psychiatrie adulte	13	25
psychiatrie infanto juvénile	5	10

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 des conditions matérielles de vie précaires inquiète les professionnels et les parents. C'était déjà le sens de la mise en place du « groupe crack » sur le nord-est parisien et de la collaboration avec l'association ASUD (Association d'Auto Support des Usagers de Drogues).

Il nous semble que dans le contexte de précarité, la vulnérabilité féminine est accrue. Le Dapsa est associé aux travaux de la MILDT ainsi qu'au groupe de travail "accueil des femmes" au sein de la délégation régionale Ile-de-France de la Fédération Addictions.

III.5.C le secteur social et d'accès aux soins

Dans le cadre de son activité d'accès aux soins, le DAPSA participe à un certain nombre de travaux avec le secteur social, et notamment avec les organismes s'occupant de grande précarité. Cela représente 15 rencontres annuelles, pour environ 30 heures

Assurant la présidence de la Fédérasif, il anime les réunions de cette fédération et assure les rencontres avec les tutelles.

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. Cette action s'inscrit dans le travail de la mission exploratoire sur les départements franciliens cofinancée par le Conseil régional d'Ile-de-France.

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.

Ce travail a donné lieu à 15 rencontres, pour une durée de 25 heures.

On peut adjoindre à ce chapitre le travail engagé auprès d'équipes travaillant dans le champ de la petite enfance -CMP, HAD pédiatrique, pouponnières -, pour 15 rencontres et 50 heures de présence.

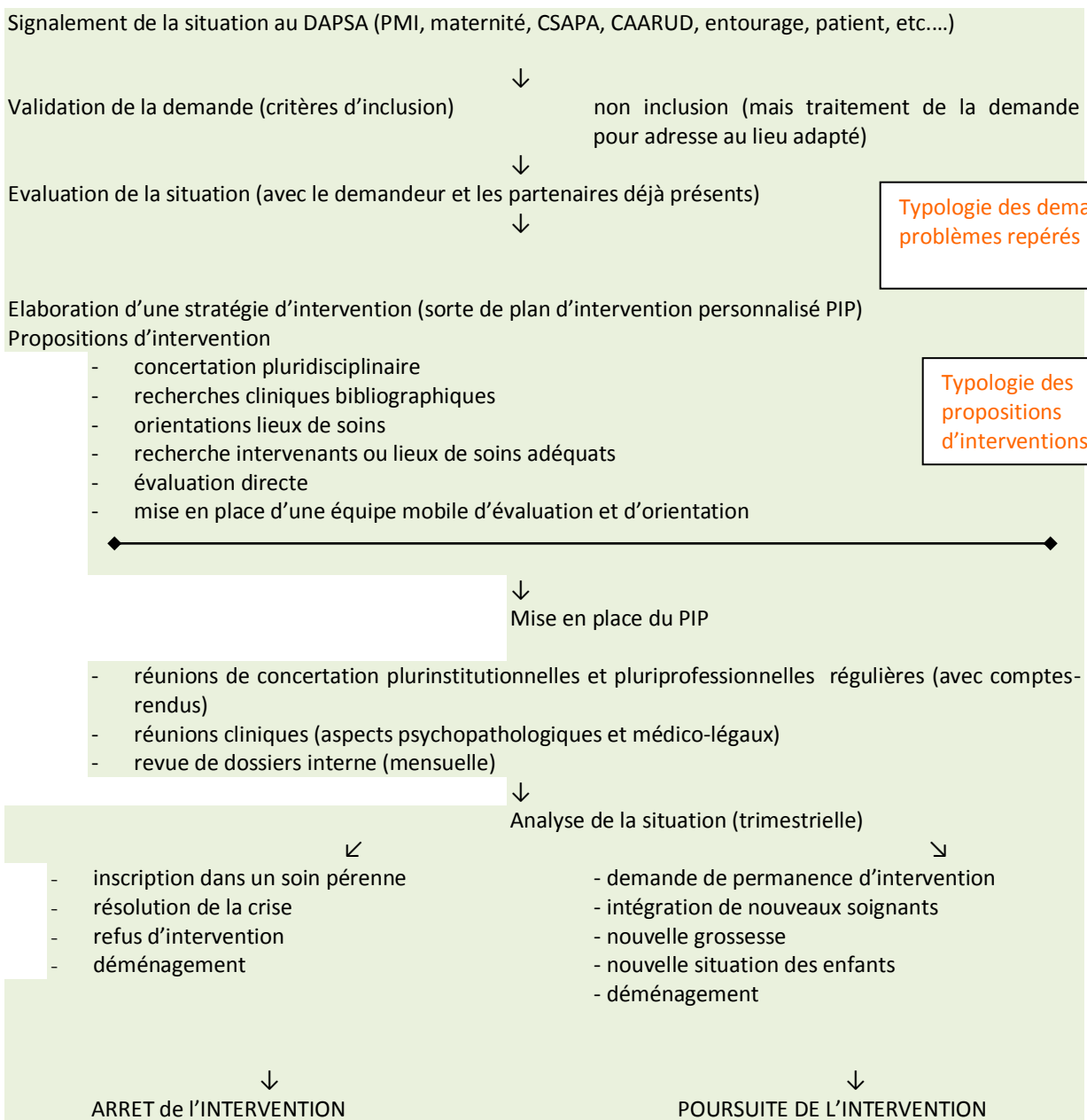
Nous pouvons intégrer dans ce chapitre « réunions de travail », l'item dénommé « mondanités ». Il s'agit de ces rencontres protocolaires : inaugurations de nouveaux locaux, anniversaires, vœux, ... dont la finalité explicite est festive mais qui sont autant d'occasions de maintenir les liens avec les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

L'équipe du DAPSA s'est rendue à 9 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 :



En fonction des demandes et des questions posées, l'action du réseau peut être brève et portée par l'équipe d'animation du réseau (comme des 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 2010 (et non sur la « file active » qui inclut des groupes familiaux inclus les années précédentes et encore en cours).

53 demandes nouvelles ont été adressées au DAPSA en 2009 et 45 ont été incluses (même si les situations dites "hors critères" ont néanmoins été traitées).

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
8	1	5	0	6	4	5	16

Autrement dit :

femmes enceintes	Mères(non comprises les femmes enceintes)	futurs pères	pères
18	32	9	21

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 souvent 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(dont crack)	psychotropes	troubles psy	violences
femmes 1 ^{er} item	18	2	5	1	7	1	11	1
femmes 2 ^{ème} item	2			1	2	1	6	4
Femmes enceintes 1 ^{er} item	7		2		2	1	6	
Femmes enceintes 2 ^{ème} item					3		2	2
hommes 1 ^{er} item	6	1	2		3		1	2
hommes 2 ^{ème} item	2				1		2	3

Nous noterons l'importance considérable de l'item « troubles psy » cité 17 fois pour les femmes et 3 fois pour les hommes (15%). La violence (exercé par les hommes) est relevée 12 fois.

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. Enfin notons l'importance prise dans les appels faits au DAPSA par l'item "alcool" : signe d'un meilleur dépistage, de la conscience plus aigüe du risque lié à la consommation d'alcool pendant la grossesse, et après aussi d'ailleurs, d'un souci de bien faire et d'une difficulté à faire....

IV.1.1.3 Les conditions sociales

autonome	chez un tiers	centre maternel/ appartement thérapeutique	hôtel/CHRS	SDF/CHU/squat	non renseigné
27	7	1	5	7	1

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	AAH	aucune ressource	autres origines des revenus	non renseigné
17	12	3	8	4	9

régime général	CMU	aucune couverture	non renseigné
18	16	5	9

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 ne 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 extérieurs 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 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.

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
	18	13	3	2	2	3	1	4

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
22	13	7	2	2

Dans 22 groupes, il s'agit du premier enfant, né ou attendu, 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

âges des aînés	< 3ans	3-5 ans	6-10 ans	11-14 ans	15-18 ans	majeurs
	5	5	9	3	4	2

Dans ces fratries, 5 aînés ont eux-mêmes moins de 3 ans. Dans 2 situations, le DAPSA a été 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)
32	7	17

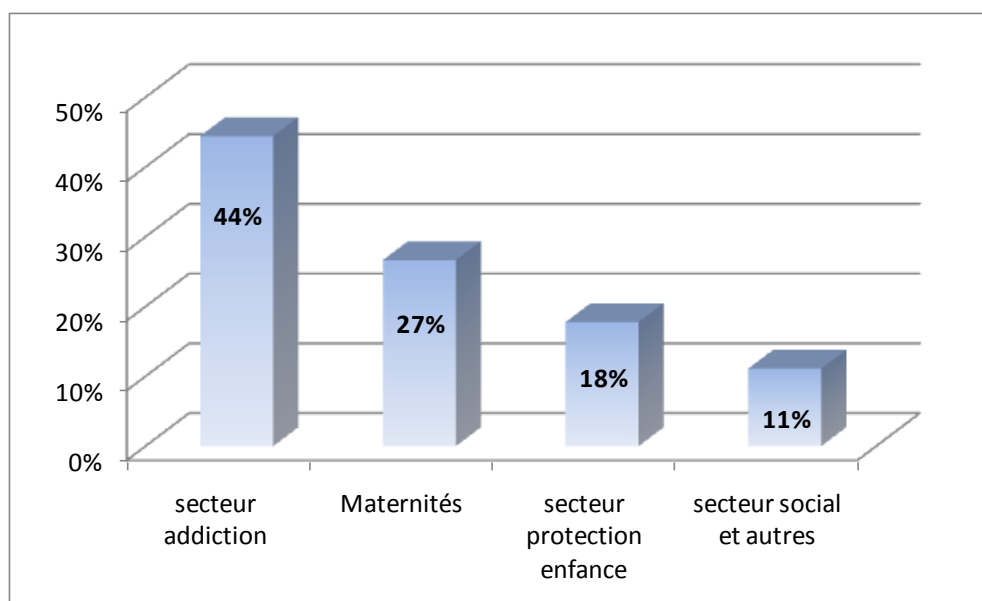
IV.2 les caractéristiques des demandes

IV.2.1 L'origine de la demande

La répartition par institution

CAARUD	CSAPA	ECIMUD	Maternités	PMI	ASE	Hébergement	CAS
3	12	5	12	6	2	1	4

Autrement dit :



IV.2.2 La profession des demandeurs

Assistant social/ Educateur spécialisé	médecins	Infirmiers /puériculteurs	obstétriciens/ sages-femmes	psychologues	cadres	Patient ou entourage
10	17	3	2	10	4	2

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.

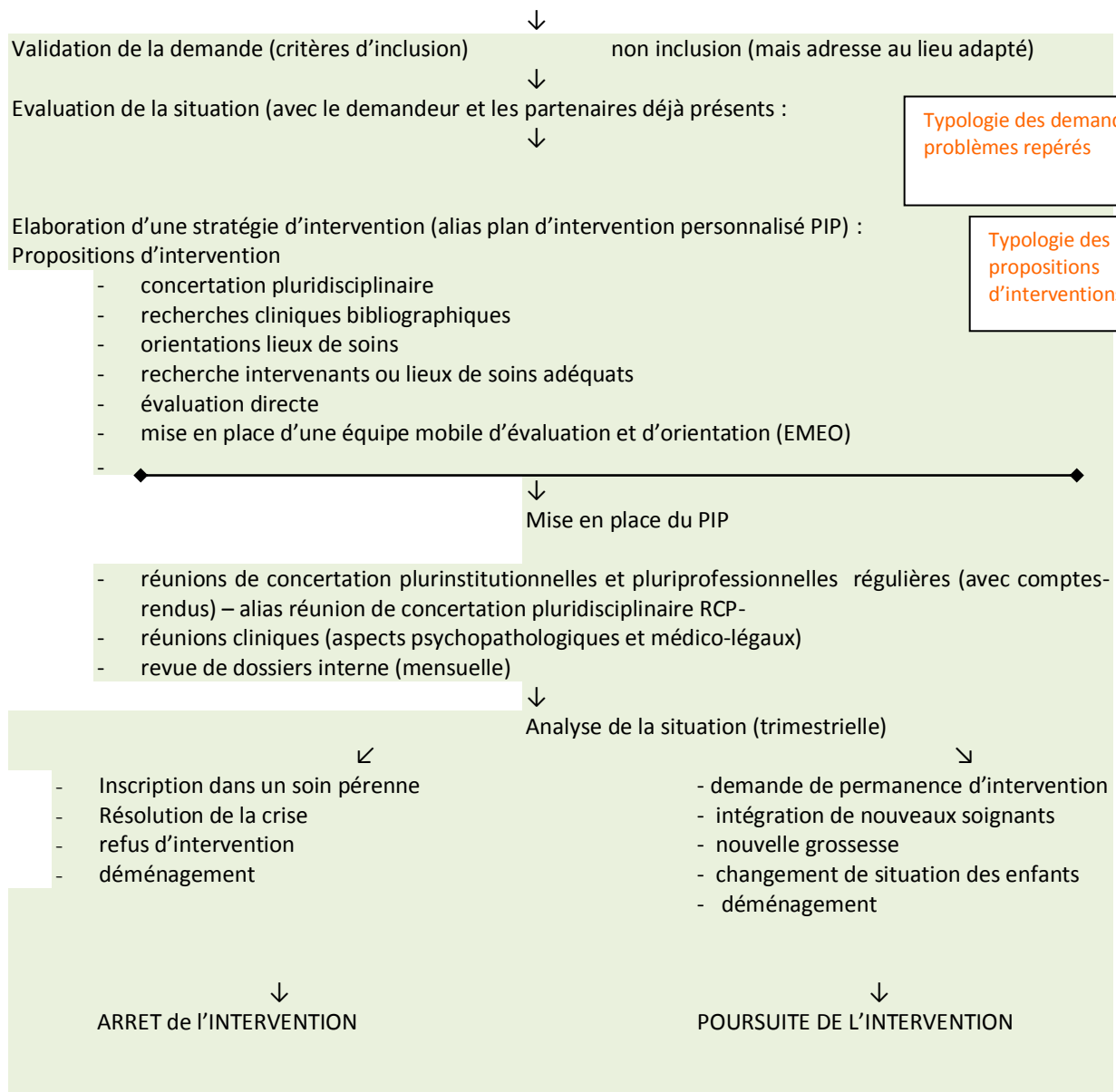
Cependant, en 2010, ce sont les médecins qui ont le plus fréquemment présenté la demande d'intervention du DAPSA.

IV.3 Le traitement des demandes

Cette partie va prendre en compte l'ensemble des dossiers actifs en 2010, soit 76 situations cliniques (c'est-à-dire groupes familiaux composés d'au moins une femme enceinte ou un adulte et un enfants. 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.

En préambule : 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.

Situations suivies par département :

75	77	91	92	93	94	Hors Ile-de-France
54	4	0	8	4	4	2

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. 3.1 Les demandes initiales

Nous rappelons qu'il peut y avoir plusieurs demandes pour une seule situation, certaines s'adressant au groupe familial, ou à tel ou tel de ses membres, certaines s'adressant aux professionnels.

accès aux soins, continuité des soins	18 (dont 10 pour éthylisme maternel et 4 pour des femmes enceintes)
demande d'intervention de l'équipe mobile (EMEO) auprès de la famille	12 (dont 7 liés à des problèmes d'éthylisme maternel)
hébergement	5 (dont 4 pour un hébergement thérapeutique)
médiation (conflit entre professionnels)	2
orientation du couple	3
orientation de la mère	16 (dont 8 pour l'alcool et 7 pour des femmes enceintes)
orientation du père	3 (pour drogues illicites)
orientation interaction mère/bébé	3
que faire ? (impasse, soutien équipe)	5
réfléchir ensemble (coordination, analyse situation)	26
questions toxicologiques	5
autres (place du père, divorce,)	2

IV. 3.2 Les professionnels présents auprès des groupes familiaux

En préambule, nous souhaitons indiquer qu'à la relecture du rapport d'activité de l'an passé, il nous est apparu comme reflétant assez justement la situation. Nous avons donc décidé de le reprendre.

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.

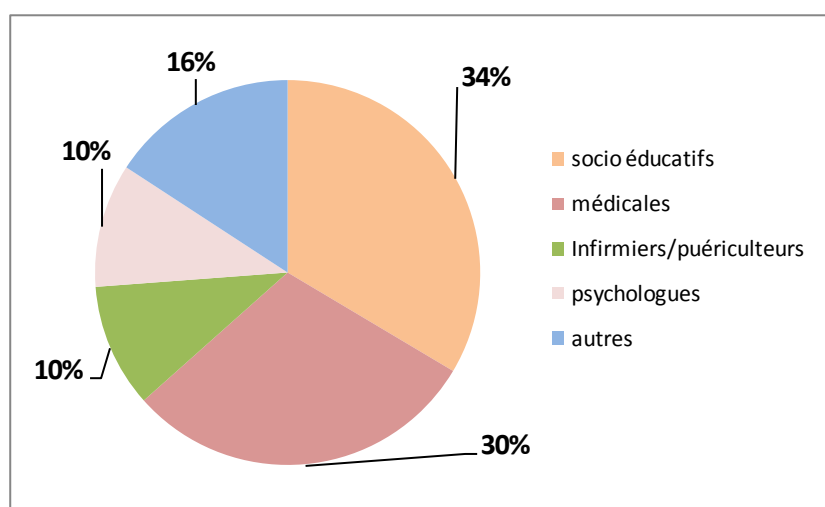
Professionnels Impliqués par situation	1	2 à 3	4 à 7	8 à 10	+ de 10
	11	12	28	8	15

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
155	138	48	48	73

Les professionnels présents auprès des familles



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

Ici encore, nous reprenons le texte de l'an passé, décrivant les modalités d'intervention du DAPSA dans ces situations. 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. L'item "suivi de grossesse" apparaît rarement. A cela plusieurs raisons : en premier lieu, une bonne offre de soins en Ile-de-France et depuis plusieurs années un meilleur accueil fait à ces femmes en difficultés. Mais cela provient aussi de notre réseau. C'est la raison pour laquelle nous avons débuté un travail auprès des CAARUD qui accueillent des femmes plus en marge du système de soins.

clinique réseau	EMEO/accès aux soins	Hébergement thérapeutique	suivi addicto	suivi psy	suivi soma	suivi grossesse	Soutien enfant	parentalité	attente active
25	17	3	12	12	7	2	7	5	1

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 et à sa demande.

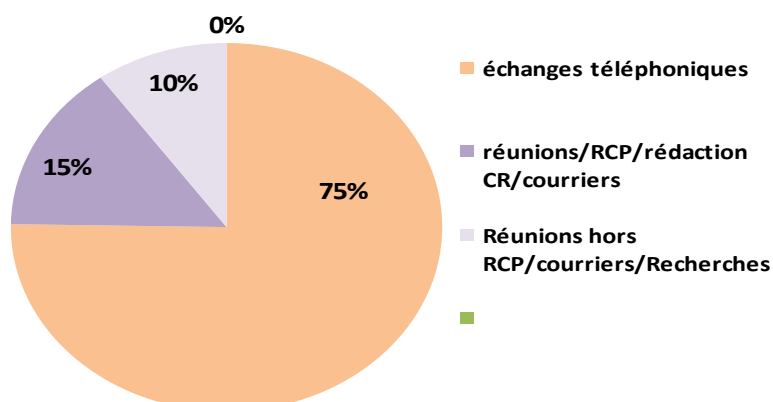
D'autres rencontres sont plus informelles dans la mesure où l'ensemble des acteurs peuvent ne pas être présents pour des raisons diverses.

Enfin, depuis 2009, 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 reste insatisfaisant.

Détails des actes partenaires :

Situations	Appels entrants	Appels sortants	courriers	RCP	rédaction CR	réunions hors RCP	recherches	Total actes
76	255	420	97	39	30	50	6	897

Le temps relatif des différentes interventions



Dans la majorité des situations (49) le nombre d'intervention est compris entre 2 et 10 (en général analyse de situation suivie 1 à 2 réunions de coordination avec rédaction de compte-rendu, orientation et recherche).

Pour 25% des situations, le travail est complexe : la précarité sociale, les comorbidités psychiatriques, les difficultés liées à la protection de l'enfant, une addiction sévère, des violences intra-familiales, toutes ces difficultés cliniques inquiètent les professionnels, obligent à de multiples rencontres de concertation et de coordination afin de préserver aussi bien l'enfant que l'adulte et de proposer les soins les plus adéquats.

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 2010, une seule personne a manifesté clairement son refus d'intervention, avant même que nous ayons pris contact avec cette famille.

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.

Pour 2009, 28 groupes familiaux ont bénéficié d'une intervention directe par une EMEO et 613 actes ont été répertoriés – soit 21,9 actes par groupe familial (versus environ 18 actes par groupe familial en 2009). Mais évidemment, les moyennes ne rendent pas compte de la réalité de ces interventions. Pour quinze groupes familiaux, le nombre d'actes est inférieur à 10 (mais pour 6 d'entre eux, il s'agissait de fin de suivis de l'année 2009 avec fermeture du dossier en cours d'année et pour 4 d'un tout début de prise en charge en décembre 2010).

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

¹ Les VAD- 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

S'il est important de rencontrer les parents et leur(s) enfant(s) chez eux, ou dans tout autre lieu accepté pas 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.

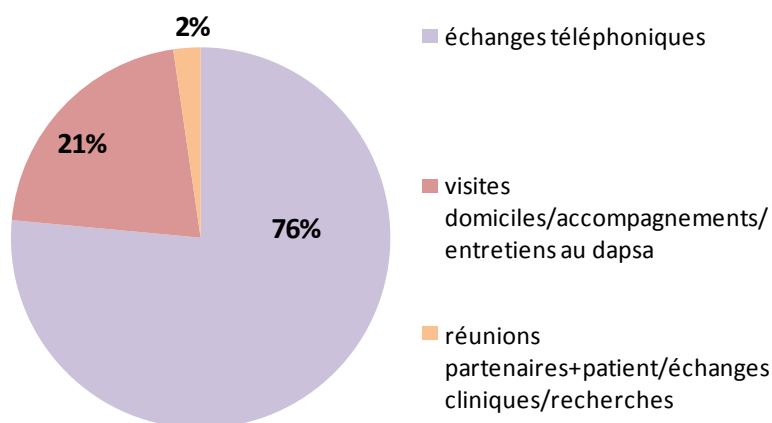
Enfin, il faut tenir compte de l'évolution des mœurs : le téléphone mobile, l'utilisation des SMS a changé la donne : il n'est pas rare que les entretiens téléphoniques sont considérés, par les patients eux-mêmes comme de "vrais" entretiens et les SMS comme de "vraies" lettres. Nous nous sommes donc adaptés à ce changement.

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

Détails des actes patients :

Situations	Appels entrants	Appels sortants	courriers	Vad +	Vad -	Accompts	recherches	échanges cliniques	Entretiens Dapsa	Réunions partenaires /patient	Total actes patient
76	147	318	12	95	23	4	2	3	7	2	613

La répartition des types d'actes



Les résultats

Au 31 mars 2010, le DAPSA a clôturé 14 dossiers, dont un de 2008, 5 de 2009 et 8 ouverts en 2010. Sur ces 14 dossiers, 7 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 6 d'entre eux, les propositions n'ont pas été suivies d'effet ou les familles ont, changé de région, pour 2 d'entre eux, nous n'avons pas eu de nouvelles.

Au 30 juin 2009, 16 dossiers ont été clos, dont 6 ouverts en 2009. Pour 8 situations, l'arrêt de l'intervention correspond à une évolution positive, pour 3 situations, nous sommes sans nouvelles, pour les 3 autres, la famille est partie en province. Enfin, pour les 2 derniers dossiers, nous sommes sans nouvelles.

Exemples de situations suivies au DAPSA

Situation 1

Septembre 2009

Appel de Mme C. qui a eu les coordonnées du DAPSA par un CCAA. Cet appel est assez long : elle est inquiète pour une amie, Mme N. et surtout pour sa petite fille de 18 mois, Maryse. Son amie boit beaucoup, trop, fréquente des bars et des cafés jusque tard dans la nuit, accompagnée de sa gamine. Que peut-on faire ?

Après discussion interne, il est mis d'emblée en place une EMEO (Equipe Mobile d'Evaluation et d'Orientation) car il n'y a, a priori, aucun professionnel présent. L'éducatrice spécialisée du DAPSA incite Mme C. à proposer une rencontre avec Mme N. dans la configuration qu'elle préfère (chez elle, chez son amie, seule ou avec elle).

Novembre 2009

Pendant 2 mois, les contacts seront réguliers avec Mme C. afin de l'aider à évoquer cette question délicate avec son amie. Finalement la première rencontre aura lieu chez Mme. C. et en sa présence. Mme N. a 35 ans, une petite fille de 18 mois qu'elle élève seule. Elle ne travaille pas depuis la naissance de l'enfant (alors que précédemment elle exerçait un métier plutôt "dynamique"). Elle est un peu éteinte et semble sortir de cette apathie lors de ses sorties nocturnes où elle boit des alcools forts. Précédemment, elle avait consommé de la cocaïne de façon régulière. Elle fait part également d'un "suivi" dans un CCAA proche de son domicile mais "ça fait longtemps [qu'elle] n'y a pas mis les pieds". De plus, elle connaît le service social de son arrondissement et en a une image plutôt positive. La petite est inscrite à la crèche.

Avec son accord, contact est pris avec le CCAA en question et l'assistante sociale de secteur ; une réunion de travail est organisée : il semblerait que Mme ait interprété certaines paroles d'un intervenant comme une menace de signalement. On remarque cependant que le turn over en personnel a été important ces derniers mois et qu'en particulier le service a souffert de l'absence d'un médecin durant plusieurs mois. D'un autre côté, la situation sociale est inquiétante, avec un risque d'expulsion à la, sortie de l'hiver.

Janvier 2010

Des visites à domicile sont mises en place, ce qui permet de constater que l'enfant est le plus souvent avec sa mère et qu'elle ne fréquente que très rarement (jamais ?) la crèche. Au-delà de la question de l'addiction, se pose celle de l'enfant, en permanent tête à tête avec sa mère.

Lors d'une synthèse, il est décidé de dissocier l'accompagnement de Mme N. vers des soins adaptés et la réflexion à entamer avec elle à propos de sa fille. D'une part, Mme N. sera soutenue dans la reprise de contact avec le CCAA déjà connu. D'autre part, on propose à Mme N. les visites à domicile d'une psychologue. On fait appel pour se faire à une psychologue libérale financée dans le cadre des EMEO.

Mars 2010

Le suivi se met en place mais le problème d'hébergement va prendre pendant quelques mois toute la place : Mme N. est effectivement expulsable à la mi-mars. Sans domicile garanti, elle ne peut séjourner dans la posture spécialisée prévue et si elle est relogée en hôtel social financé par l'ASE, ce domicile ne peut lui être garanti pendant le temps de l'hospitalisation pour sevrage prévu...

Finalement, Mme N. opte pour la sécurité de l'hébergement et renonce à la cure et à la posture....

Mars 2010

Une deuxième synthèse des professionnels présents prend compte et de la situation inextricable (le logement et le soin ne sont pas compatibles) et de la décision de Mme N. Compte tenu de la qualité des relations avec le service social de secteur, il est décidé de privilégier une solution qui lui permettrait de ne pas changer d'interlocutrice.

Juin 2010

La situation s'est dégradée : l'amie, Mme C. rappelle plusieurs fois pour faire part de son inquiétude grandissante, le père de l'enfant se manifeste : il avait été sollicité pour prendre en charge l'enfant pendant l'hospitalisation mais il n'a pas été averti du changement d'orientation... la psychologue fait état de la difficulté de travailler les liens mère-enfant dans un climat d'insécurité lié à un hébergement provisoire.

Lors de la synthèse mensuelle, se pose la question de l'opportunité d'une information préoccupante : quel peut être le ressenti d'une petite fille de 2 ans face à une maman pas toujours présente psychiquement ? Toutefois, l'assistante sociale de secteur fait état d'une possibilité de relogement rapide dans le parc social, dans un autre arrondissement, mais il serait possible de faire d'ores et déjà lien avec le futur secteur et de prévoir l'installation et notamment inscription à l'école maternelle.

Juillet 2010

Après 2 mois assez chaotiques, Mme N. sollicite à nouveau la psychologue : elle veut préparer sa fille à l'entrée à l'école et à la séparation prévue lors de son hospitalisation.

Cela sous-entend qu'elle a repris contact, sans nous en avertir, avec le service hospitalier où doit s'effectuer la cure. Probablement souhaitait-elle nous surprendre par sa capacité d'initiative !

Septembre 2010

Mme N. a bénéficié du dispositif DALLO et a été relogée, convenablement, dans un autre arrondissement. Elle profite de ce changement et de l'inscription de sa fille à l'école maternelle pour demander une nouvelle orientation pour son suivi personnel. Le DAPSA lui propose un CSAPA plus près de son nouveau domicile et constitué d'une équipe pluridisciplinaire conséquente. Dans le même temps, Mme N. accompagne sa fille au CMPP. Le projet de sevrage reste d'actualité mais elle a fort à faire....

Octobre 2010

L'équipe du DAPSA rencontre l'équipe du CSAPA auquel Mme N. a été adressée. Un point est fait sur la situation de Mme, de l'enfant et du père de l'enfant. Il est convenu avec l'équipe que le DAPSA reste dans le paysage afin que Mme N. n'est pas trop le sentiment d'être trop lâchée. En même temps, on sent bien qu'elle se sent plus autonome.

Décembre 2010

Mme N. a fixé une date pour son séjour en post-cure, post-cure où elle sera accueillie avec sa fille. Avec le médecin du CSAPA, il est convenu d'un sevrage en ambulatoire.

Décembre 2010

Alors que Mme pose des actes quant à son suivi (sevrage, consultations régulières, départ prévu en post-cure) ce qui signifie que le DAPSA doit bientôt se retirer, son entourage refait surface : le père de l'enfant demande à nous rencontrer, ce qui sera fait, et la mère de Mme parle tellement du DAPSA à sa psychiatre que celle-ci demande à ce que nous la contactions, ce qui sera fait également.

Situation 2

juin 2009

Appel de la psychologue d'une maternité parisienne au sujet de Mme F., enceinte de 28 semaines : cette femme se plaint de ne pouvoir arrêter ou diminuer sa consommation d'alcool alors qu'elle-même en fait la cause de ses 3 précédentes fausses couches. Le service d'alcoologie contacté par la maternité fait état d'un délai d'attente de 2 mois pour un premier rendez-vous.

Staff de parentalité : le DAPSA s'engage à prendre contact avec le service d'alcoologie pour évoquer cette situation, voire à trouver des alternatives

juillet 2009

Appel 10 jours plus tard de l'assistante sociale du service de néonatalogie, où est hospitalisé l'enfant né à 30 semaines sans savoir que nous avons précédemment été contacté par la maternité. Elle souhaite un soutien pour cette maman très culpabilisée par cette naissance prématurée.

Réunion de synthèse avec le personnel de la néonatalogie et de la maternité : la maman et le papa ont un très bon contact avec le service. Mais si tout le monde est satisfait, il paraît évident qu'au domicile les choses sont plus complexes et qu'il faut, de toutes façons, préparer la sortie envisageable après l'été. Mme n'a pu consulter qu'une seule fois le CCAA proposé. Compte tenu de son emploi du temps (vient voir son enfant tous les jours) il est proposé une visite à domicile avec une éducatrice spécialisée pour faire le point.

Septembre 2009

Une synthèse à l'hôpital pour préparer la sortie de l'enfant réunit 17 intervenants : personnel de l'hôpital et professionnels de ville, notamment Hospitalisation à domicile, PMI de secteur, techniciennes de l'intervention sociale et familiale (TISF). Si la santé de l'enfant rassure, la fragilité de la maman inquiète tout le monde. Il est noté que le père vient très régulièrement également voir son enfant et a établi un bon contact. En revanche, il est plus fuyant vis-à-vis du personnel.

Le DAPSA rédige le PV de réunion et met à disposition l'éducatrice spécialisée auprès de Mme. La rencontre aura lieu avant la sortie de l'enfant et permettra d'une part de préparer la maman à l'arrivée de tous ces nouveaux intervenants au domicile, d'autre part d'apprécier l'état anxio-dépressif de cette mère.

Octobre 2009

L'enfant sort en début de mois et est rapidement réhospitalisé pour des problèmes pulmonaires.

La synthèse réunit personnels de l'intra et extra hospitalier (10 intervenants) et PV rédigé par le DAPSA. L'état de santé du bébé prend toute la place. Les personnes intervenant à domicile décrivent la maman comme attentive, empressée. Certains émettent quelques réserves compte tenu de la situation sociale incertaine (reprise du travail ? conditions de logement ? statut du père ?)

Novembre 2009

L'enfant réintègre le domicile parental avec un suivi en HAD. La PMI manifeste son inquiétude face à cette maman bienveillante mais très angoissée par cet enfant fragile. En revanche, de plus en plus d'interrogations émergent quant au père de l'enfant. S'il s'est rendu au rendez-vous proposé par le pédopsychiatre de l'hôpital, il semble qu'il n'ait pas formulé grand-chose.

Diverses propositions de suivi sont faites pour le bébé (CAMSP notamment).

A la synthèse de novembre 2009 (11 participants) et suite à ces diverses interrogations, le DAPSA propose un suivi distinct :

- proposition sera faite au père d'une rencontre seul avec un éducateur homme dans le cadre de l'EMEO afin d'évoquer son ressenti comme père et éventuellement faire le point sur ses difficultés propres.
- proposition sera faite à Mme F. d'un suivi à domicile par une psychologue libérale autour de la question des deuils (la question avait été abordée préalablement par l'éducatrice de l'EMEO-DAPSA et Mme F. avait trouvé l'idée intéressante. Face à tous ces rendez-vous, l'idée de pouvoir recevoir à domicile l'avait plutôt soulagée.

Janvier 2010

Le suivi de M. a pu se mettre en place ; ses difficultés sont plutôt d'ordre administratif et en voie de règlement.

L'enfant va mieux et l'HAD envisage de cesser son intervention.

Si tout le monde décrit Mme comme une maman affectueuse, empressée auprès de l'enfant, elle est perçue également comme extrêmement fragile, tourmentée. Le suivi psychologique à domicile, psychologue libérale financée dans le cadre de l'EMEO, tarde un peu à se mettre en place.

La situation semble se stabiliser. Seuls 8 participants à la synthèse de janvier : les professionnels sont en place aussi bien auprès de l'enfant (les rendez-vous pédiatriques sont honorés avec une grande régularité) que de chacun des parents. Il est décidé d'espacer les rencontres, mensuelles jusqu'alors et de communiquer par écrit les informations jugées importantes.

Avril 2010

Suite à des inquiétudes diverses formulées auprès du DAPSA par différents intervenants (développement de l'enfant et suivi au CAMSP ; qualité des liens mère-bébé ; ...) une rencontre est organisée en avril 2010 : si l'enfant semble se développer de façon satisfaisante, la maman paraît de nouveau en grande difficulté et manifeste une attitude plus opposante, ce qui est plus ou moins bien accepté par certains intervenants.

La synthèse d'avril 2010 (12 participants) met en évidence l'ambivalence des différents professionnels. Soucieux de ne pas incriminer la maman ou de ne pas trop l'accabler de conseils, chacun a ruminé dans son coin ses propres inquiétudes. Des clivages quant à l'état psychique de la maman, la réalité de l'investissement du père et à leur capacité à bien s'occuper de l'enfant s'expriment lors de cette rencontre (alors que chacun, individuellement, pouvait en faire part).

On évoque la question du mode de garde de l'enfant ; la maman doit reprendre son travail après les vacances d'été, mais l'état de santé de l'enfant et les difficultés maternelles oblige à un choix circonstancié.

Juin 2010

La situation s'est brutalement dégradée : les difficultés conjugales ont abouti à un éloignement du père de l'enfant. La mère de Mme est décédée et Mme F. décide rapidement d'aller habiter chez son père, ...dans une autre localité.

En revanche, la dernière consultation pédiatrique fait état d'une évolution positive et rassurante de l'enfant.

Lors de la synthèse (11 intervenants) destinée à organiser les interventions pendant la période estivale, les inquiétudes quant aux capacités éducatives de Mme se réactivent et la question de l'information préoccupante est discutée collectivement et la PMI se propose d'en faire la rédaction et

d'en informer les parents. Dans le même temps, on évoque la possibilité d'une hospitalisation conjointe mère-enfant (sachant que les institutions sont rares).

Septembre 2010

Suite à l'information préoccupante, Mme F. a été reçue par le juge qui a décidée d'une assistance éducative en milieu ouvert pour la soutenir auprès de son enfant. Le soutien psychologique à domicile est repris mais devrait prochainement aboutir sur une psychothérapie individuelle. Les liens entre M. et l'enfant n'ont pas été rompus.

Lors de la synthèse de novembre 2010, il apparaît que M. a adhéré au projet de suivi tel que proposé par l'éducateur et les rencontres semblent régulières et la situation à peu près stabilisée.

En revanche, la question est un peu plus floue du côté du logement. Mme n'habite plus chez son père, mais est toujours domiciliée chez lui. Il est question d'un déménagement dans un autre département...

Le suivi avec la psychologue n'est plus compatible avec les nouveaux horaires de travail ni le nouveau lieu de résidence. Cette proposition était-elle vraiment adaptée ?

Décembre 2010,

Suite à une nouvelle hospitalisation de l'enfant, il apparaît que les parents ont d'énormes difficultés à donner les soins nécessaires...Une OPP est demandée et l'enfant sera accueillie en pouponnière le 31 décembre.

Les événements se déroulent dans le contexte très particulier des congés de fin d'année.... Avec ce que cela suppose d'incompréhension, de difficultés à se joindre, de malaise... la question sera à reprendre à tête reposée.