



Association DAPSA

RESEAU DAPSA

DISPOSITIF D'APPUI A LA PERINATALITE ET AUX SOINS AMBULATOIRES

RAPPORT D'ACTIVITE 2015

Réseau de santé DAPSA
59 rue Meslay, 75003 Paris
01 42 09 07 17
reseau@dapsa.org

Présentation du réseau DAPSA

- 1) Personnels et temps de travail
 - a) Missions
 - b) Evolutions de l'équipe, départs et recrutements
 - c) Formations professionnelles suivies par les salariés
 - d) Répartition du temps de travail

- 2) Les engagements et financements en 2015
 - a) Le Fond d'Intervention Régional (ARS Ile de France)
 - b) Prévention Promotion de la santé (ARS Ile de France)
 - c) Direction des Familles et de la Petite Enfance (Conseil général de Paris)
 - d) Fondation de France, ateliers « Accès aux soins des nouveau-nés exposés à l'alcool pendant la grossesse »

- 3) Les activités non-centrées sur les patients
 - a) Les interventions quotidiennes du réseau
 - b) Les actions ponctuelles (ateliers, chantiers)

- 4) Les activités d'évaluation, de formalisation et d'enregistrement des activités au quotidien
 - a) Les questionnaires d'évaluation
 - b) Développement des outils d'enregistrement de l'activité au quotidien

- 5) Le développement du projet d'accès aux soins des nouveau-nés vulnérables

- 6) Bilan des activités cliniques en 2015
 - a) File active 2015
 - b) Données sociodémographiques concernant les familles
 - c) Les demandes d'inclusion
 - d) Les propositions de travail du Dapsa
 - e) Analyse des freins à l'accès aux soins que le Dapsa et les partenaires essaient de lever ou de contourner
 - f) Axes de travail développés par le Dapsa, en direction des familles et des partenaires, suite à l'évaluation de chacune des situations
 - g) Les partenaires impliqués dans les travaux de concertation
 - h) Les orientations ou suivis mis en place pendant l'inclusion dans le réseau Dapsa
 - i) Les interventions des salariés en 2015
 - j) Analyse des situations closes en 2015
 - k) Exemples de situations closes dans l'année

- 7) Participation du Dapsa dans les instances d'autres structures

Conclusion

ANNEXE 1 / COMPARAISON 2014 /2015

ANNEXE 2 / PROTOCOLE DE TRAITEMENT DES SITUATIONS CLINIQUES

ANNEXE 3 / RECIT D'UNE SITUATION ACCOMPAGNEE PAR L'EQUIPE MOBILE EN 2015

Présentation du réseau DAPSA

Coordonnées :

59, rue Meslay

75003 PARIS

Téléphone : 01 42 09 07 17

Adresse électronique : reseau@dapsa.org

Site web: www.dapsa.asso.fr

N° SIRET : 49442175300018

Code APE : 8899 B

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

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

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

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

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

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 3 postes de travail,
- une grande pièce, servant de salle de réunion et de formation, et offrant 4 postes de travail,
- un bureau, plus petit, dévolu au directeur, au médecin et à l'assistante administrative et offrant également un troisième poste de travail et une possibilité de réunion en groupe restreint.

Nous rappelons ici que le réseau n'accueille pas de patients dans ses locaux et que les équipes mobiles, lorsqu'elles sont sollicitées, interviennent sur les lieux de vie des familles ou dans tout autre lieu possible.

L'organisation de l'association

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

- Mme Thoral-Janod, Trésorière, représentante de l'association Estrelia, membre fondateur de l'association DAPSA ;
- Mme Fabienne BAKER, secrétaire générale, Assistante sociale
- Mme Sylvia Maddonni, Trésorière adjointe, dessinatrice ;
- Mme Catherine PATRIS, Secrétaire générale adjointe, médecin inspecteur.

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

- Evelyne Lesauce
- Claude Egullion, représentante de l'association Ambroise Croizat
- Claude Lejeune
- Hélène David, représentante de l'association Charonne
- François Petit
- François Pommier
- Claude Thiaudière
- Marie Grélois, représentante de l'AGE MOISE

1) Personnels et temps de travail

Equivalent Temps Plein selon personnels et projets	Financement "Réseau de Santé" (ARS FIR)	Financement "Direction des Familles et de la Petite Enfance" (CG75)	Financement "Prévention Périnatalité Petite Enfance" (ARS PPS)	Financement "Cellule d'Appui Dapsa 77" (ARS PPS)	Financement "Fondation de France"	Total par personnel
Directeur	0.975				0.025	1.000
Assistante administrative	0.266	0.083				0.349
Médecin psychiatre coordinatrice	0.366	0.023	0.023	0.046	0.017	0.475
Cadres socio-éducatives (3 salariées)	1.442	0.400	0.383	0.458	0.017	2.700
Psychologues cliniciennes (2 salariées)	0.6375	0.383	0.296			1.317
Psychomotricienne	0.2	0.15	0.15			0.500
Sage-Femme	0.2					0.200
Formatrice (ateliers du Dapsa)	0.024					0.024
Total par projet 2015	4.11	1.039	0.852	0.504	0.059	6.565
<i>Total par projet en 2014</i>	<i>3,82</i>	<i>0,82</i>	<i>0,82</i>	<i>0,77</i>	<i>0,07</i>	<i>6,32</i>

a) Missions :

Le directeur assure le suivi des actions, de l'activité générale et des projets mis en place au sein du réseau ainsi que leur évaluation. Son rôle est de rendre lisible les activités réalisées et de les optimiser au moyen d'un recueil de données, d'une analyse et de propositions d'amélioration. Il est également en charge du suivi comptable des actions et des finances de l'association. Il est en charge des demandes de financement et des bilans d'activité. Il représente le réseau auprès des partenaires et des financeurs et impulse, avec la médecin psychiatre coordinatrice, l'ensemble des projets de l'association.

L'assistante administrative assure le suivi des outils de communication (standard téléphonique, boîte mail, annuaire du réseau) et les liens entre les acteurs du réseau. Elle assure également le suivi administratif et financier en lien avec le directeur et la trésorière de l'association. Elle participe activement à l'organisation des ateliers, chantiers, séminaires du Dapsa.

La médecin psychiatre coordinatrice est référente en termes de coordination des soins. Elle veille à l'élaboration d'une clinique du partenariat. Elle impulse le développement du volet « accès aux soins des nouveau-nés », en lien avec les réseaux de suivi des enfants vulnérables. Elle est enfin la garante de la confidentialité pour les patients et pour les professionnels.

Les trois cadres socio-éducatives participent à la coordination des soins et à la création de liens avec les différents partenaires. Elles participent également au développement et à l'animation du réseau (recherche de partenaires, animation des ateliers de travail...). Elles sont chargées d'analyser les besoins émergents et de rechercher des actions nouvelles adaptées. Elles impulsent et participent aux actions de prévention et d'éducation pour la santé liées à l'exercice de la parentalité. Elles participent aux interventions directes auprès des familles. L'une des trois cadres socio-éducatives consacre un mi-temps à l'animation de la cellule d'appui 77.

Une première 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, CSAPA, etc.). Elle développe par ailleurs un important travail sur les questions de genre. Elle participe aux interventions directes auprès des familles.

Une seconde psychologue clinicienne est dédiée aux interventions directes auprès des familles et développe les relations du réseau avec le secteur de prise en charge et d'accueil des jeunes enfants.

La psychomotricienne apporte un éclairage à l'équipe concernant les problématiques de développement des enfants. Elle intervient directement auprès des familles pour soutenir et évaluer le développement psychomoteur des enfants et pour aider les parents à soutenir et à stimuler leur enfant. Elle consacre une partie de son temps de travail au développement des relations du réseau avec les structures de prise en charge des jeunes enfants. Un congé maternité d'août à décembre 2015 a temporairement réduit son activité.

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 apporte un éclairage concernant la dimension obstétricale pour les femmes enceintes incluses dans le réseau.

La cellule 77 est animée par une cadre socio-éducative à mi-temps et par la médecin psychiatre coordinatrice (0.05ETP), en lien avec le directeur de l'association et le reste de l'équipe. La cadre socio-éducative est en charge de la coordination autour des situations clinique, du développement et de l'animation du travail de réseau en Seine et Marne (en lien avec la médecin psychiatre coordinatrice et le directeur) et des interventions directes auprès des familles. De plus, un certain nombre d'interventions peuvent être assurées par des salariés d'institutions partenaires de la cellule.

b) Evolutions de l'équipe, départs et recrutements :

En 2014 l'équipe avait connu certaines évolutions. En anticipation du départ en retraite du Dr Taboada qui a eu lieu le 30/09/2014, Tommy Caroff avait été nommé directeur de l'Association à partir d'avril 2014. Après son départ en retraite, et suite aux difficultés rencontrées pour remplacer le poste, le Dr Taboada a été sollicitée en qualité de conseillère médicale honoraire pour trois missions :

- l'animation de l'activité clinique (les travaux de concertation en particulier)
- la construction du projet d'accès aux soins des nouveau-nés vulnérables (travail d'animation interne et d'élaboration en lien avec le directeur et les partenaires – Réseaux pédiatriques, pédiatres, financeurs, autres professionnels à impliquer)
- la représentation du réseau et l'animation du travail en Seine et Marne suite au départ de la coordinatrice de la cellule d'appui Dapsa 77, et en attente du remplacement de la coordinatrice (remplacement qui a eu lieu en janvier 2015).

Depuis janvier 2015, la médecin psychiatre coordinatrice a été réembauchée à mi-temps, en particulier pour soutenir le développement du projet d'accès aux soins des nouveau-nés exposés à l'alcool pendant la grossesse et plus généralement pour apporter un éclairage clinique à l'ensemble de l'équipe et pour orienter les projets de l'association.

Une cadre socio-éducative a été embauchée en janvier 2015. Elle consacre une partie de son temps de travail aux travaux de réseau financés par le FIR (coordinations cliniques, organisation des ateliers, chantiers, séminaires du Dapsa, développement général du réseau), une petite partie aux travaux des équipes mobiles et un mi-temps à l'animation de la cellule d'appui 77.

Une nouvelle psychologue clinicienne a également été embauché à mi-temps en mars 2015 afin d'améliorer les capacités d'intervention de l'équipe mobile.

Une assistante administrative à temps plein a été recrutée en octobre 2015 pour occuper le poste vacant depuis mars 2015. Son arrivée a grandement fluidifié l'activité de l'association.

c) Formations professionnelles suivies par les salariés :

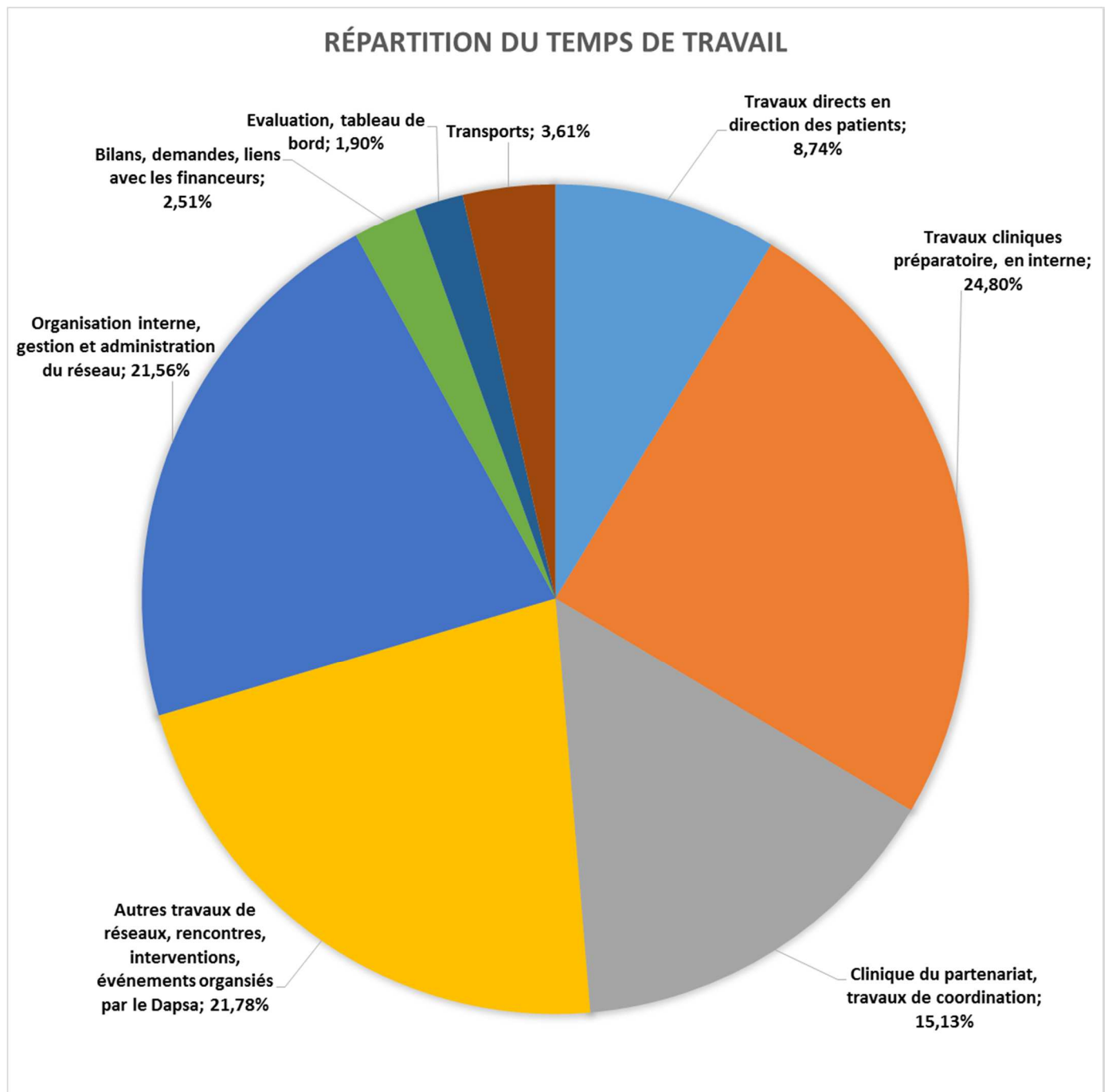
Directeur	Journées d'Etudes Pratiques sociales : « Travailler en Institution, travailler l'institution » (3 jours, novembre 2015, Suresnes)
Psychomotricienne	IFAB « Formation au bilan sensori moteur André Bullinger », Brest 2015 - 2016
Cadres socio-éducatives (3 salariées)	Journées d'Etudes Pratiques sociales : « Travailler en Institution, travailler l'institution » (3 jours, novembre 2015, Suresnes) – 1 salariée Journée de la Fédération Addictions : « L'aller-vers » Juin 2015, 3 jours, Lille – 1 salariée Ateliers 2AF (Journée d'étude sur le placement familial) : « La parole de l'enfant, faut pas s'y fier ? Les enfants parlent, comment les entendons-nous » 11 juin 2015, Paris – 1 salariée
Psychologue clinicienne	Sainte Anne Formation « Observation d'un bébé dans sa famille selon la méthode d'Esther Bick », Paris, 2014- 2015 CASSIOPEE, « Parentalité et filiations d'ici et d'ailleurs », Fontenay Le Fleury, 19 novembre 2015

d) Répartition du temps de travail :

Le recueil des activités réalisées par chaque membre de l'équipe, répertoriées dans le tableau CREDES (outil élaboré dans le cadre du cahier des charges de l'évaluation externe des réseaux d'accès aux soins d'Île-de-France et mis en place au Dapsa courant 2011 – outil qui a été remis à jour en 2013), permet d'appréhender le fonctionnement du réseau à travers le rôle et les missions de chacun : le tableau ci-dessous permet d'observer le poids respectifs des différents axes de travail menés par l'équipe d'animation du DAPSA.

Analyse des temps de travail, en heures.				
Les temps de préparation / réflexion / organisation / analyse sont rattachés à l'activité dont ils dépendent)				
Typologie des actions développées		Dapsa régional	répartition des heures travaillées en 2015	répartition des heures travaillées en 2014
Côté patients	<u>Travail direct :</u> Visites à Domicile (seule activité pour laquelle les temps de transport sont inclus) Appels patients Courriers patients	867 heures	8,74%	11.2%
	<u>Travail en interne :</u> Suivi de dossier Echanges cliniques en interne Tenue des actes	2 460 heures	24,80%	17.8%
total		3 327 heures	33,55%	29.1%
Côté réseau	<u>Clinique du partenariat :</u> Réunions de Concertation Pluri professionnelle, Synthèses Comptes rendus cliniques Echanges avec partenaires autour des situations cliniques	1 501 heures	15,13%	12.5%
	Réunions de travail avec partenaires Développement du réseau Rencontres et présentations réciproques Fédérasif / Grif	1 042 heures	10,51%	11.8%
	Participation (auditeur): - congrès - colloques - formation - mondanités	327 heures	3,30%	3.8%
	Intervention : - congrès - colloques - formation - expertise	295 heures	2,97%	3.4%
	Séminaires et chantiers du Dapsa	331 heures	3,34%	1.3%
	Ateliers CAARUD	61 heures	0,62%	0.8%
	Autres projets internes (annuaire, enquête partenaire,...)	104 heures	1,05%	3.0%
	total		3 661 heures	36,91%
Organisation interne	Préparation interne : - travaux intellectuels, recherches, lectures - développement des outils du Dapsa - site internet - mails	1 286 heures	12,97%	8.7%
	Comptabilité /RH	330 heures	3,33%	7.1%
	Démarches administratives et logistiques /Secrétariat	522 heures	5,26%	7.1%
total		2 138 heures	21,56%	22.9%
Gestion des actions (suivi de dossier, demandes, bilans, liens financeurs, tutelles,...)	ARS FIR	61 heures	0,62%	2.6%
	ARS PPS - PPPE	55 heures	0,55%	0.7%
	ARS PPS - CA 77	60 heures	0,60%	1.4%
	CG 75 - DFPE	71 heures	0,72%	0.7%
	DGS	0 heures	0,00%	0.1%
	FDF	2 heures	0,02%	0.5%
total		249 heures	2,51%	6.1%
Evaluations, tableaux de bord	ARS FIR	74 heures	0,75%	0.9%
	ARS PPS - PPPE	23 heures	0,23%	0.2%
	ARS PPS - CA 77	44 heures	0,44%	1.1%
	CG 75 - DFPE	47 heures	0,47%	0.2%
	DGS	0 heures	0,00%	0%
	FDF	0 heures	0,00%	0.5%
total		188 heures	1,90%	2.8%
transports	temps de transport (sauf Visites à Domicile)	358 heures	3,61%	2.5%
TOTAL		9918 heures	100%	100% (9530h)

On constate une augmentation de l'activité côté clinique (baisse du travail direct avec les patients, forte hausse du travail clinique en interne et du travail clinique avec les partenaires), une stabilité de l'activité « réseau » et une baisse du temps consacré à l'organisation, la gestion et l'évaluation (ce qui est lié à l'absence d'assistant administratif de janvier à octobre et à la mise en place d'un nouveau système d'information permettant des gains de temps importants).



2) Les engagements et financements en 2015

En 2015 cinq projets ont été financés et certains projets qui n'étaient pas parvenus à leur terme en 2014 se sont poursuivis du fait de fonds dédiés restés disponibles. La partie qui suit était déjà présente dans le rapport d'activité 2014, les chiffres ont été modifiés mais, les engagements du réseau restant les mêmes, cette partie n'a connu que très peu de modifications. Une partie plus développée a toutefois été consacrée au développement de notre projet d'accès aux soins des nouveau-nés vulnérables, projet s'appuyant principalement sur la continuité à construire entre ante et post natal concernant les risques liés à l'alcoolisation foetale pour le développement des nouveau-nés.

a) Le Fond d'Intervention Régional (ARS Ile de France)

306 000€ ont été accordés par le FIR qui est le financeur principal du réseau. Ce financement est attribué au titre de la prise en charge des familles en difficulté d'accès aux soins (femme enceinte, mère et/ou père avec enfant) présentant ou ayant présenté une addiction (drogues, alcool, dépendance pharmacologique, etc.) identifiée par les professionnels des secteurs médicaux, médico-sociaux et sociaux.

Le travail de coordination pour l'accès aux soins des patients (adultes et enfants) présentant une pathologie somatique et/ou une souffrance psychique et/ou une difficulté parentale est organisé en privilégiant la relation parents-enfants selon 2 axes :

- prévention : en sensibilisant les professionnels prenant en charge ces patients
- coordination : en favorisant la continuité de la prise en charge médico-sociale

Les différentes populations prises en compte par le DAPSA :

- Les femmes enceintes ayant ou ayant eu une consommation problématique de substances psychoactives et/ou présentant ou ayant présenté des troubles psychiques.
- Les adultes ayant ou ayant eu une consommation problématique de substances psychoactives et/ou présentant ou ayant présenté des troubles psychiques et en difficulté dans l'exercice de leur fonction parentale auprès d'au moins un enfant de 0 à 3 ans.
- Les enfants de 0 à 3 ans, et leur fratrie, présentant ou susceptibles de présenter des difficultés en relation avec un adulte en position parentale ayant ou ayant eu une consommation problématique de substances psychoactives et/ou présentant ou ayant présenté des troubles psychiques.
- Les professionnels engagés auprès des femmes enceintes et des adultes en difficulté dans l'exercice de leur fonction parentale et ayant ou ayant eu une consommation problématique de substances psychoactives et/ou présentant ou ayant présenté des troubles psychiques ainsi que leurs enfants de 0 à 3 ans, et leur fratrie, présentant ou susceptibles de présenter des difficultés ;
- L'entourage familial, amical et social des personnes susceptibles d'être prises en charge au DAPSA.

Ce financement permet au réseau de mener à la fois un travail de coordination autour de situations cliniques complexes (car supposant de multiples problématiques et donc de multiples intervenants – périnatalité, obstétrique, addictions, santé mentale, petite enfance, services sociaux, hébergements,...), et un travail en faveur du développement d'une interculturelité professionnelle autour de ces situations (ateliers, conférences, chantiers, groupes thématiques).

Développer cette interculturelité suppose un travail de sensibilisation des professionnels au contact de ces situations quant aux missions des autres intervenants susceptibles d'accompagner ces mêmes patients sur d'autres problématiques. Chaque établissement ou institution ayant ses propres missions, logiques, capacités et limites, il est nécessaire de développer les interconnaissances afin que les professionnels puissent travailler en réseau, entre partenaires, en évitant les frictions pouvant émaner de la confrontation de logiques différentes (certains intervenants auprès des adultes, d'autres auprès des enfants, et chacun selon des missions et des objectifs qui leur sont propres). Ces deux types d'actions (centrées sur les patients et non-centrées sur les patients) seront présentées par la suite.

Par ailleurs, 50 000€ supplémentaires ont été attribués au Dapsa fin 2014 au titre du développement de l'activité de suivi des enfants vulnérables, en lien notamment avec les réseaux de suivi pédiatrique. Cette enveloppe a été utilisée en 2015 pour construire le projet d'accès aux soins des nouveau-nés. Ce projet fait l'objet d'un bilan spécifique (partie 5).

En 2015, 149 familles (240 adultes, 98 enfants de moins de trois ans, 54 enfants à naître ou nés dans l'année) étaient incluses dans le réseau (dont 88 familles nouvellement incluses dans l'année).

b) Prévention Promotion de la santé (ARS Ile de France)

84 900€ (contre 83 504€ en 2014) ont été accordés en 2015 par le département PPS de l'ARS Ile de France au titre de deux projets:

- Le projet Prévention Périnatalité Petite Enfance (46 900€)
- Le projet Cellule d'Appui 77 (38 000€)

Le projet Prévention Périnatalité Petite Enfance

Il permet au Dapsa d'intervenir en équipe mobile auprès de parents, de futurs parents et de leurs jeunes enfants afin d'accompagner les situations de vulnérabilité et de favoriser un lien mère-enfant de qualité. Ce projet cofinance, avec la Direction des Familles et de la Petite Enfance du département de Paris, l'équipe mobile du Dapsa pour les interventions réalisées à Paris et en petite couronne.

L'intervention est réalisée par une équipe mobile pluridisciplinaire (un ou deux professionnels par intervention parmi les professions suivantes : cadre socio-éducative, psychologue clinicienne, psychomotricienne, psychiatre) qui intervient auprès :

- des familles pour lesquelles les professionnels repèrent des besoins non-couverts en termes de soins, des refus de soins, des impossibilités à formuler une demande ou d'accepter des propositions ;
- des familles en mobilité géographique contrainte (Samu Social) et présentant une souffrance psychique et / ou une addiction ;
- des familles pour lesquelles les professionnels repèrent une ou des problématiques de santé n'entrant pas dans leur champ de compétence, sans qu'il soit possible d'orienter ;
- des familles dont un jeune enfant présente une vulnérabilité particulière (prématurité / hypotrophie / exposition à l'alcool pendant la grossesse), en particulier en sortie de néonatalogie ou après l'intervention de l'HAD pédiatrique, quand celle-ci sollicite une poursuite du soutien/de la vigilance ;
- des familles avec jeune enfant nécessitant un travail de prévention quant à l'établissement d'un lien-mère enfant de qualité ;
- des familles avec jeune enfant nécessitant un travail de soutien et de repérage d'éventuelles difficultés psychomotrices.

De façon générale, la priorité de l'équipe mobile peut se résumer de la façon suivante : « proposer un dispositif qui permette, dans des contextes de vulnérabilité et de façon transitoire (période de crises, interstices entre prises en charge), de prendre en compte les limites d'adaptation des dispositifs de prise en charge aux spécificités des publics à la marge, et réciproquement de prendre en compte les limites d'adaptation des patients aux cadres imposés. »

Aux travaux antérieurs de l'équipe mobile s'ajoute désormais un travail préventif et de repérage concernant la santé des enfants exposés à l'alcool in utero. La question de la vigilance autour de la santé de ces enfants constitue ainsi un approfondissement de ce travail d'aller-vers en direction des familles.

Ce travail est doublé d'un travail de coordination des professionnels intervenant ou susceptibles de pouvoir intervenir auprès de ces situations. Les publics ciblés par ces actions sont donc :

- Les professionnels des champs concernés (obstétrique, psychiatrie, addictions, service social, Samu Social, pédiatrie, néonatalogie, PMI, ASE, centres maternels, etc.) aussi bien en amont de la demande qu'en aval.
- Les femmes enceintes, parents d'un enfant de moins de 3 ans, manifestant une souffrance psychique, et/ou en difficulté avec leur enfant et ne pouvant, ou ne voulant, intégrer les dispositifs existants.
- Les enfants concernés par l'action (de 0 à 36 mois) éventuellement les fratries si présentes au domicile.

Intervenir directement auprès des patients permet de mener un travail de prévention et de réaliser une évaluation des besoins et capacités de ces groupes familiaux pour accéder aux prises en charge proposées. Il s'agit également d'aider les personnes à élaborer des projets de soins adaptés et acceptables (supportables) pour eux et les professionnels concernés. Un travail en parallèle auprès des professionnels permet ainsi de mieux cibler les besoins et d'adapter les réponses cliniques aux capacités et désirs des patients.

Le projet permet par ailleurs de soutenir la construction des liens parents-enfants et de soutenir le développement des enfants par l'intervention d'une psychomotricienne auprès des familles en vue de prévenir ou de repérer les éventuelles difficultés des enfants, et d'aider les parents à soutenir le développement de l'enfant.

En 2015 ce projet, cofinancé par la DFPE pour les familles domiciliées à Paris, a permis d'intervenir auprès de 50 familles, soient 145 personnes (87 adultes, 42 enfants de 0 à 3 ans, 16 enfants de plus de 3 ans et 16 « à naître » au moment de la demande).

Le projet Cellule d'Appui 77

Ce projet est construit, à l'image du Dapsa régional, selon la triple mission de coordination des professionnels intervenants auprès de situations familiales complexes, d'intervention directe auprès des familles (évaluation des besoins, soutien à la parentalité, accompagnements) et de construction d'une interculturelité professionnelle concernant la prise en charge de ces publics.

Il s'agit ainsi de reproduire le travail mené par le Dapsa mais en le déclinant sur le territoire de la Seine et Marne afin de permettre une meilleure réponse, en termes d'accès aux soins pour les familles, sur ce territoire spécifique et pour lequel il est difficile d'intervenir depuis Paris.

Les objectifs de ce projet sont ainsi de :

- développer le travail en réseau
- permettre un accès aux soins et une meilleure prise en charge des familles, adultes et enfants

Les actions s'adressent à la fois aux professionnels des champs de l'addiction, de l'obstétrique, de la pédiatrie, de la protection de l'enfance, de la psychiatrie, de la justice, et à la fois aux familles qu'ils prennent en charge, familles dont un des adultes présente une problématique addictive et une difficulté dans sa fonction parentale (coordination des prises en charge, évaluation des besoins des patients, travail sur les représentations réciproques et sur les représentations concernant ce public, travail de mise en lien, de développement des interconnaissances et d'une interculturelité professionnelle, travaux d'analyse de pratiques en atelier, journées d'échanges sur des thématiques croisées impliquant ces divers professionnels,...).

En 2014 25 familles étaient incluses dans le projet (32 adultes, 12 enfants, 9 enfants à naître ou nés dans l'année), parmi ces familles 6 ont été accompagnées par une équipe mobile (10 adultes, 2 enfants de moins de trois ans, 2 enfants à naître ou nés dans l'année). 3 conférences avaient été organisées en Seine et Marne en 2014. En 2015, suite au départ des deux salariées de la cellule d'appui fin 2014, la dynamique de travail a mis du temps à se remettre en place et ce sont 16 familles qui ont été accompagnées (10 déjà incluses en 2014 et 6 nouvellement incluses). Ces familles étaient composées de 28 adultes, 7 enfants de 0 à 3 ans, 13 enfants de plus de trois ans et 4 enfants à naître. Par ailleurs 2 conférences organisées à l'automne 2015 ont rassemblé 155 participants.

Le temps de travail disponible ayant fortement baissé (1 ETP en 2013, 0.825 ETP en 2014 et 0.55 ETP en 2015), nous avons réorienté le travail de la cellule d'appui, d'une configuration similaire au Dapsa régional (avec une vocation de coordination clinique et de développement des interconnaissances et interculturelités en Seine et Marne), vers un travail d'élaboration (au niveau micro locale) davantage centré sur le développement des pratiques de partenariat autour de l'accompagnement des situations complexes en périnatalité. Le travail enclenché en fin d'année 2015 et pour lequel nous sollicitons la poursuite en 2016, consiste à réunir des groupes de travail autour des grandes maternités du territoire. Ces groupes auront vocation à réfléchir aux pratiques de repérage des vulnérabilités maternelles (alcoolisations maternelles pendant la grossesse en particulier), à l'accompagnement de ces situations à risques, aux partenariats locaux autour de ces questions et aux modalités d'organisation d'une continuité dans l'attention et la vigilance autour de la mère et de l'enfant à venir, entre ante et post natal.

c) Direction des Familles et de la Petite Enfance (Conseil général de Paris)

70 000€ ont été attribués par la DFPE au titre du financement d'une équipe mobile intervenant directement auprès des familles domiciliées à Paris. L'EMEO (Equipe Mobile d'Evaluation et d'Orientation) permet, en parallèle des travaux de concertation engagés auprès des professionnels qui accompagnent ces familles, de mener un travail d'évaluation quand cela est nécessaire afin de soutenir ces patients et d'évaluer leurs besoins et capacités à s'inscrire dans des prises en charge qui puissent intégrer les contraintes des différents établissements et des différents membres de ces familles. Il s'agit donc de favoriser l'accès aux soins des femmes enceintes, des parents et de leurs enfants, tout en soutenant les liens parents-enfants.

En 2015, uniquement à Paris, ce projet a concerné 39 familles (68 adultes, 29 enfants de 0 à 3 ans et 12 enfants à naître ou nés dans l'année).

	Nombre de groupes familiaux parisiens inclus dans le réseau	Nombre de groupes familiaux parisiens pour lesquels une équipe mobile d'évaluation et d'orientation est mise en place	Nombre d'adultes suivis par l'équipe mobile	Nombre d'enfants suivis par l'équipe mobile	Nombre total des patients rencontrés à Paris par l'équipe mobile
2013	75	35	57	38	95
2014	92	36	60	32 (+9 nés dans l'année)=41	101
2015	102	39	68	29 (+12 à naître ou nés dans l'année)	109

La file active de l'équipe mobile parisienne est en augmentation avec 39 familles accompagnées en 2015 contre 36 sur l'ensemble de 2014. De même 19 nouvelles familles ont été incluses en 2015 contre 16 en 2014. En termes de patients, il y avait 60 adultes inclus en 2014, il y en a eu 68 en 2015. Du côté des enfants: il y en a eu 29 en 2015 (+12 à naître ou nés dans l'année) contre 32 en 2014 (+9 qui étaient à naître ou nés dans l'année 2014). Il y a donc 3 femmes enceintes de plus en 2015 par rapport à 2014.

Nous observons une relative précarisation de la file active de l'équipe mobile parisienne. 5 femmes enceintes seules (sans compagnon ni enfant) sont incluses en 2015 contre une seule en 2014. Concernant les conditions d'hébergement des familles, si le logement autonome demeure le plus fréquent (17 familles sur 39), nous observons cependant une augmentation du nombre de familles en hébergement social, c'est-à-dire hébergées à l'hôtel ou en CHRS (12 familles en 2015 contre 6 en 2014). En revanche il y avait 5 familles en hébergement thérapeutique en 2014, il n'y en a qu'une en 2015.

Parmi les structures qui sollicitent l'intervention de l'équipe mobile, nous observons une augmentation des recours des services de la PMI. 10 familles sur 39 bénéficient de l'intervention de l'équipe mobile parisienne à la demande de la PMI, dont 6 incluses dans l'année 2015 et 4 incluses les années précédentes. En 2014 seules 2 familles avaient été nouvellement incluses à la demande de la PMI.

Concernant les motivations des professionnels qui sollicitent l'intervention de l'équipe mobile parisienne nous constatons une grande stabilité des motifs de recours par rapport aux années précédentes avec, pour les plus fréquents, des absences de prise en charge (33% des familles incluses sont concernées), des besoins de continuité (33% des familles incluses sont concernées), des inquiétudes vis-à-vis de l'enfant (31% des familles incluses sont concernées), des difficultés de prise en charge (23% des familles incluses sont concernées).

Concernant les troubles ou inquiétudes que nous communiquent les partenaires nous constatons que les troubles psychiques et les consommations de produits psychoactifs (alcool et cannabis principalement) demeurent les principales inquiétudes relatives aux adultes. Pour les enfants les inquiétudes principales concernent des problèmes de développement et de petit poids (27% des enfants rencontrés par l'équipe mobile), des troubles du lien ou troubles dans les interactions (24% des enfants rencontrés par l'équipe mobile) ou, avant la naissance, des inquiétudes concernant le développement fœtal (67% des enfants à naître – soient 9 sur 12).

Concernant les difficultés d'accès aux soins, nous avons mis en place un système de recensement des freins que rencontrent les familles (qu'ils soient le fait des patients, des professionnels ou des institutions) à partir d'un travail mené collectivement au sein de la fédération des réseaux d'accès aux soins d'Ile de France (FEDERASIF). Ce travail nous a permis de lister et quantifier les différentes difficultés rencontrées. Il en ressort les freins suivants, par ordre de fréquence (pour les principaux). Du côté des patients, les difficultés à prendre des décisions et à formuler des demandes concernent 51% des familles, les conduites d'évitement concernent 51% des familles, les difficultés à « aller vers » et les troubles relationnels concernent 36% des familles. Du côté des professionnels, l'impuissance des professionnels face à une situation complexe concerne 49% des situations, l'isolement professionnel concerne 23% des situations et les difficultés des professionnels pour une rencontre efficace (comprendre les problèmes des patients et se faire comprendre) concernent 21% des situations. Du côté institutionnel 10% des situations sont concernées par des problèmes de saturation des dispositifs de prise en charge.

Concernant les travaux de concertation, les principaux partenaires impliqués dans le suivi des 39 familles sont les suivants : 68 professionnels de PMI, 27 professionnels des services sociaux, 26 professionnels des services d'AED/AEMO, 21 professionnels des structures et services psychiatriques et pédopsychiatriques, 20 professionnels de l'ASE ou de la CRIP, 20 professionnels de maternité, 20 professionnels de l'hébergement social, 16 professionnels de crèche et de l'éducation nationale, 14 professionnels de centres maternel... et 84 autres professionnels (CSAPA, ELSA, Hôpitaux, Pouponnières, services de placement familiaux, HAD pédiatrique, néonatalogie, unité mère enfant, CAMSP, CAARUD, libéraux,...).

Concernant les orientations ou suivis qui se mettent en place auprès des patients durant leur inclusion dans le réseau Dapsa nous avons recensé 89 orientations ou suivis « adultes » (principalement PMI, AED/AEMO, ASE/CRIP, CSAPA, justice, CMP/service psychiatriques, services sociaux,...) et 83 orientations ou suivis « enfants » (principalement PMI, crèche, AED /AEMO, ASE/CRIP, CMP/CMPP structures et services pédopsychiatriques, CAMSP, pouponnières,...).

La synergie des actions (action de coordination et équipe mobile) permet :

- pour l'équipe mobile, de ne pas travailler de manière isolée et de croiser l'évaluation directe avec l'évaluation croisée réalisée avec l'appui des différents intervenants, de façon à co-élaborer le projet de soins.
- pour l'animation du travail de coordination, 1) de faire remonter, aux professionnels partenaires, l'évaluation directe réalisée par l'équipe mobile afin que les projets de soins concertés soient adaptés aux besoins et capacités des familles
2) de constituer le groupe de partenaires grâce aux orientations réalisées par l'équipe mobile, notamment quand l'équipe mobile intervient auprès de familles en sortie de dispositifs, avec tous les relais à mettre en place.

d) Fondation de France, ateliers « Accès aux soins des nouveau-nés exposés à l'alcool pendant la grossesse »

La Fondation de France soutient à hauteur de 15 000 € un projet d'ateliers mis en place par le Dapsa. L'idée de ces ateliers était de permettre au Dapsa et aux partenaires d'anticiper les freins et leviers à l'inclusion des enfants exposés à l'alcool pendant la grossesse dans les réseaux de suivi des enfants vulnérables.

L'objectif était donc de permettre aux professionnels (chacun en fonction de leur métier, de leur expérience, de leur établissement, de la temporalité dans laquelle ils s'inscrivent auprès des familles ou de certains de leurs membres, de leurs missions,...) d'exprimer les éléments potentiellement bloquants ou facilitateurs qu'ils anticipaient pour ce projet. Il s'agissait de faire vivre le débat sans forcément rechercher de consensus, afin d'aider le Dapsa à identifier les modalités pratiques de mise en œuvre du projet.

Les ateliers étaient construits autour de quatre séances de 3h30. Chaque séance était composée d'un temps d'exposé réalisé par un ou plusieurs intervenants et d'un temps de réflexion et d'analyse entre participants. Suite à ces ateliers une conférence de clôture sera organisée par le réseau et ouverte aux professionnels franciliens concernés par la problématique, le 12 avril 2016 à Paris.

Ces ateliers avaient pour vocation, pas tant de mettre en place un travail ou un transfert de connaissances sur le SAF – Syndrome d'Alcoolisation Fœtal - et ETCAF – Effets et Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale - (qui seront présentés lors de la conférence de clôture), que de travailler sur l'accompagnement des parents face à l'incertitude, au diagnostic, à la prise en charge, au soutien de leur enfant.

L'intégration des nouveau-nés exposés à l'alcoolisation pendant la grossesse, dans les réseaux de suivi des enfants vulnérables, en étant à ses prémisses, l'objectif était de présenter le dispositif pédiatrique et de réfléchir à la place que chaque structure, chaque profession, peut prendre dans le soutien à la famille et dans le travail en partenariat. Il s'agissait ainsi de repérer et d'anticiper les freins et les leviers au bon déroulement du suivi de l'enfant sur toute la période de son inclusion dans le réseau pédiatrique. Les présentations qui ont eu lieu à chaque atelier avaient vocation à donner un point de départ commun à la réflexion entre participants.

Le groupe de professionnels a été constitué de façon à ce qu'il soit représentatif des institutions et métiers potentiellement au contact des familles concernées.

Au-delà des échanges riches et variés que ces ateliers ont suscités, ils ont permis de faire émerger un certain nombre de questionnements qui seront à mettre au travail en 2016 :

Si les consommations d'alcool ont pu être parlées en anténatal, si les femmes ont pu entendre un discours de prévention de la part des professionnels et se voir présenter les risques de syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), en l'absence de SAF et de dysmorphies à la naissance, comment respecter le soulagement de la mère et des professionnels tout en introduisant le besoin de soutien et de vigilance à l'égard de l'enfant ?

Comment faire en sorte que cette naissance « apparemment rassurante » ne nuise pas à la vigilance de la mère, quant à ses consommations pendant ses futures grossesses ?

Comment savoir si les petits signes observables après une première année de vie sont liés à l'alcoolisation fœtale ou aux conditions de vie et de stimulation de ces enfants ? Autrement dit, comment savoir s'il faut orienter les soins vers un travail psychomoteur, pédopsychiatrique ou autre ?

Travailler sur l'accès aux soins d'un enfant, quand ses besoins sont les conséquences d'une alcoolisation fœtale, nécessite-t-il de travailler de façon concomitante sur la cause : l'alcoolisation maternelle ?

Est-ce que l'accès de l'enfant, exposé à l'alcool pendant la grossesse, à des soins ou à un dispositif de vigilance concerne tous les professionnels positionnés autour de la famille ? Est-il pertinent que certains y contribuent et d'autres pas ? Sur quels critères s'appuie alors le choix d'une équipe, parfois d'un professionnel, d'investir ou de ne pas investir cette problématique ?

Faut-il, ou comment accepter les oscillations de la vigilance des professionnels et des familles, quand ceux-ci se sentent rassurés par les observations de l'enfant ?

Comment aider les parents à devenir eux-mêmes aidants de leur enfant ?

Comment articuler un réseau de suivi des nouveau-nés vulnérables, aux critères pédiatriques suffisamment rigoureux, avec la réalité sociale et psychique des familles concernées et des professionnels qui les accompagnent ?

Deux séances ont été organisées en 2015 et deux autres début 2016. Ces ateliers ont réuni 12 participants et étaient animés par le Dr Véronique Dufour, pédiatre en charge de la protection infantile à la PMI de Paris et Madame Christine Calderon, formatrice.

Pour organiser ces ateliers, il a fallu rencontrer (pour l'animation, les participations et les interventions) plusieurs hiérarchies institutionnelles afin que des professionnels soient désignés pour représenter leur structure (APHP pour maternité, ELSA et HAD pédiatrique / ASE pour centres maternels, pouponnière, MECS, service de placement familial et bureau de l'aide sociale à l'enfance / PMI pour médecin pilote SEV, psychomotricienne de crèche et PMI, puéricultrice de secteur / CSAPA / Réseau pédiatrique). Les circuits de décisions étant parfois très complexes pour obtenir la mise à disposition de professionnels qui soient en situation de représenter leur institution, le travail de « recrutement » a été très lourd en temps de travail, mais cela a été l'occasion de présenter l'ensemble du projet d'accès aux soins des nouveau-nés exposés à l'alcool pendant la grossesse.

3) Les activités non-centrées sur les patients

a) Les interventions quotidiennes du réseau

Nombre de réunions dans le cadre du développement du réseau : 30

Rencontres, présentations de projets aux partenaires du réseau Dapsa:

322 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré)

151h dont 48h de transport

Cette catégorie regroupe les différentes rencontres de professionnels du réseau avec d'autres professionnels intervenant (ou susceptible d'intervenir) auprès des familles que le réseau accompagne. Le développement de liens avec les professionnels et institutions du territoire francilien est un préalable indispensable à toutes les actions du réseau.

Ces rencontres permettent de recenser les besoins, les capacités de prise en charge, les difficultés que rencontrent ces intervenants, à la fois dans le suivi de patients qui se trouvent dans des difficultés d'accès aux soins liées à leur situation de vulnérabilité psychosociale et à la fois dans les relations partenariales que les structures entretiennent entre elles.

Ces rencontres sont également l'occasion de faire connaître nos actions et possibilités d'interventions aux partenaires afin que ceux-ci puissent nous contacter par la suite, si nécessaire, ou participer aux actions transversales du réseau visant à:

- mettre en lien les professionnels au contact de situations familiales complexes (protection de l'enfance, obstétrique, addictologie, santé mentale, petite enfance, périnatalité,...);
- favoriser le développement d'interconnaissances permettant aux professionnels de travailler par la suite en partenariat sur les situations communes qu'ils ont à connaître;
- favoriser le développement d'une interculturelité professionnelle pour les intervenants au contact de situations familiales complexes.

Nombre de groupes d'expertise / groupes de travail / staffs MPS (médico-psycho-sociaux) de maternités : 70

Groupes de travail où le DAPSA apporte son expertise sur les thématiques croisées grossesse/parentalité et addictions (Groupe Femmes, mineures enceintes, approche genrée des problématiques de santé, grossesse et addictions...) :

789 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré)

239h dont 37h de transports

Ces temps de travail permettent de soutenir les réflexions et travaux en cours dans les différentes institutions ou entre institutions. Les professionnels du Dapsa peuvent ainsi apporter leur appui, un regard complémentaire ou parfois une expertise sur les problématiques qui animent le réseau. On enregistre également ici les participations aux staffs de parentalité (staffs médico-psycho-sociaux) des maternités.

Ces rencontres permettent en outre de maintenir les liens avec les professionnels du territoire et d'en créer de nouveaux. De plus c'est l'occasion pour le réseau d'être informé de situations familiales pouvant être potentiellement incluses dans la file active du réseau et ainsi de se tenir disponible pour les professionnels qui pourraient nous solliciter.

Nombre de travaux sur site : 5

Travail d'analyse de pratiques sur site:

23 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré)

22h de travail dont 10h de transport

Il s'agit principalement de mener des supervisions afin d'accompagner les équipes cliniques dans le suivi de leurs patients concernés par les problématiques de santé mentale, addictions, accès aux soins, parentalité, grossesse, petite enfance.

Nombre d'interventions de formation par le réseau : 38

Formations dans le cadre de diplômes universitaires, de conférences ou de journée thématiques où interviennent des professionnels du DAPSA :

792 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré)

179h de travail dont 57h de transport

Nombre de participations à des colloques, conférences, mondanités : 22

Présence d'un ou plusieurs membres de l'équipe à 22 colloques, conférences, inauguration de locaux, événements des partenaires auxquels les membres du réseau sont conviés :

202h de travail dont 25h de transport

Ces temps de travail permettent de se former continuellement, de se tenir au courant de l'actualité des partenaires professionnels, de connaître les modalités de travail des partenaires, de suivre l'évolution de l'offre de soins sur le territoire ou encore de créer ou réactiver des liens avec les professionnels qui participent à ces événements. C'est parfois lors de rencontres informelles, à l'occasion de ces colloques, conférences ou mondanités, que le réseau a connaissance de situations familiales complexes qui seront par la suite incluses dans la file active.

Nombre d'étudiants et de stagiaires accueillis : 16

15 étudiants ont été reçus en 2015 (14 en école d'infirmiers et 1 en formation d'assistante sociale). 1 stagiaire pour un travail d'observation.

Nombre de rencontres institutionnelles : 5

Rencontres avec les tutelles et présence aux groupes de travail des tutelles :

10 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré)

22h de travail dont 10h de transport.

b) Les actions ponctuelles (ateliers, chantiers)

Nous ne reprenons pas ici le cycle d'ateliers financés par la Fondation de France qui a été présenté plus haut dans ce rapport.

Ateliers « Prendre en compte les préoccupations parentales dans les CSAPA et CAARUD »

En 2015 nous avons poursuivi les ateliers à destination des CSAPA et CAARUD déjà mis en place en 2014. Pour rappel, courant 2012/2013 plusieurs CAARUD franciliens ont été associés au projet alors financé par la Fondation de France sur les questions de parentalités des usagers et des usagères de drogues. Ce travail avait permis de comprendre que les professionnel(e)s des CAARUD pouvaient être les destinataires des préoccupations parentales des parents fréquentant leur lieu d'accueil. Ces situations ont conduit les équipes concernées à développer de nouvelles propositions d'appui en direction de leur public et à explorer de nouveaux champs de questionnements, la prise en compte des préoccupations parentales introduisant des changements en termes de postures, de pratiques professionnelles et de représentations des personnes accueillies.

Comment alors au sein des équipes et au sein du collectif d'accueil, gérer cette évolution? Quelles en sont les possibles implications? Comment travailler avec les usagers/parents, en interne et/ou en lien avec les partenaires? Comment appréhender le décalage qui existe parfois entre les demandes, les attentes des usagers en tant que parents et ce que les équipes perçoivent de leurs compétences parentales?

Ce cycle d'atelier était intitulé « Comment prendre en compte les préoccupations parentales dans les CSAPA et CAARUD? ». Les objectifs de ce travail étaient les suivants:

- Favoriser le partage d'expériences et la capitalisation des savoir-faire.
- Soutenir une pensée dialectique entre théorie et pratique, en permettant aux participant-e-s, à partir de leurs expériences professionnelles, d'élargir la réflexion en prenant appui sur la pensée des autres.
- Permettre l'appropriation collective des réflexions élaborées dans le cadre des séances de travail.
- Renforcer les compétences par l'apport de connaissances et l'échange avec des intervenant-e-s extérieur-e-s.

Deux cycles de 4 journées d'ateliers ont été organisés en 2015, soient 8 séances au total, animées par une formatrice – Madame Christine Calderon - et une assistante sociale – Madame Françoise Corneau - travaillant en maternité, au sein d'une équipe « ELSA » (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie). Le premier cycle a réuni 12 participants et le second 14.

Ateliers « Appui au repérage des vulnérabilités (dont les consommations de substances psychoactives) chez les femmes enceintes et accès aux soins des nouveau-nés»

En 2015 nous avons enclenché un cycle d'ateliers en Seine et Marne autour du repérage des vulnérabilités maternelles (consommations d'alcool chez les femmes enceintes plus spécifiquement) :

- Quel repérage en maternité et pendant la grossesse?
- Comment mener un travail en réseau pour les partenaires cheminant auprès des parents ou futurs parents, quand il faut prendre en compte les besoins de soins de l'enfant?
- Comment mener un travail en réseau pour les partenaires cheminant auprès des bébés quand il y a un contexte d'exposition à l'alcool in utero?

Ce travail a été enclenché par une première séance en 2015 et se poursuit en 2016. A partir de la maternité de Melun, un groupe de travail, réunissant des sages-femmes, des intervenants des équipes de CSAPA, ELSA ainsi que certains professionnels de terrain concernés par cette problématique (PMI, service de périnatalité, service de pédopsychiatrie, CAMSP, services sociaux...), échangeront sur ces questions délicates du repérage des vulnérabilités, des consommations d'alcool chez les femmes enceintes et de l'accueil des nouveau-nés et œuvreront à la mise en place des pratiques les mieux adaptées pour les situations familiales. L'objectif de ce groupe est de permettre :

- 1) Un repérage en prénatal, tant pour la santé du bébé que pour la santé de la mère
- 2) Un meilleur suivi pour les enfants
- 3) Un soutien (rassurant) pour les parents

En 2016 nous souhaitons poursuivre ce travail autour de la maternité de Melun et impulser trois autres groupes similaires, un en Seine Saint Denis, un dans le nord de la Seine et Marne et un au nord-est de l'Essonne.

Les chantiers

Les chantiers sont des temps de travail sur une thématique ciblée qui sont gratuits et ouverts à tout professionnel concerné par cette problématique de façon directe ou périphérique.

4 chantiers ont été organisés en 2015, tous ont donné lieu à une évaluation de la part des participants :

- **« La concertation, c'est quoi ce machin », Paris, 35 participants, 6 février 2015.**

Ce chantier proposait un récit à plusieurs voix de deux ans des suivis périlleux (pour la patiente, pour les professionnelles) d'une femme ayant des consommations massives d'alcool, de ses deux grossesses et du placement de ses enfants. Dans le cadre de ce chantier, les auteurs ont décrit de leur place professionnelle et/ou de celle de leur institution, leur travail auprès de la patiente et au sein du groupe soignant réunissant les professionnels des différentes institutions et des différents métiers engagés

Ainsi les interventions ont permis d'illustrer la polyphonie des contextes institutionnels et de leurs contraintes, l'articulation des différents suivis, la dimension groupale des accompagnements. Enfin, ce chantier a été l'occasion de jeter les premières bases d'une réflexion sur la création de ces espaces de liberté et de penser indispensables.

Les actes de la conférence sont disponibles sur notre site internet : <http://www.dapsa.asso.fr/spip.php?article108> (cliquer sur l'icône en bas de page)

- **« Droits et besoins des enfants de parents souffrant d'addiction », Paris, 147 participants, 16 avril 2015.**

Socio-anthropologue, Jean-Dominique Michel travaille depuis vingt-cinq ans en addictologie et en santé publique. Les logiques respectives des usagers et des intervenants, leurs possibilités d'intercompréhension, sont au cœur de ses recherches et des programmes auxquels il a participé dans différents pays. Ce chantier a été l'occasion de présenter ce travail et d'échanger avec les participants autour de la prise en compte de la parole de l'enfant et de ses besoins dans des contextes d'addictions et de troubles psychiques des parents.

- **« Les fragiles interactions précoces mère-bébé », Melun, 72 participants, 16 octobre 2015.**

« Parfois la rencontre entre la mère et son bébé ne se fait pas, pas comme on voudrait, ou trop près ou trop loin ; une apparente indifférence, des pleurs incoercibles, un sommeil trop profond...

Comment comprendre ce qui se noue ou ne se noue pas ?

Comment cheminer au côté d'une mère qui semble ne pas pouvoir le devenir ? Comment soutenir un bébé qui anime ou qui renonce, face à cette mère en difficulté ?

Ces questionnements traversent tous les professionnels qui ont à côtoyer cette mère, son enfant. Plus encore lorsqu'une addiction, une relation complexe au père ou au conjoint, une enfance abîmée nous fait craindre par anticipation que la mère et l'enfant ne se rencontrent pas « comme il le faudrait »...

Intervenante : Frédérique ROUVEAU,

Psychologue clinicienne-Psychothérapeute, Docteur en psychopathologie psychanalytique.

Travaille depuis l'ouverture de l'hôpital Mère-Enfant de l'Est Parisien auprès des mères et des bébés.

Les actes de la conférence sont disponibles sur notre site internet :

[http://www.dapsa.asso.fr/IMG/pdf/frouveaumelun16102015 .pdf](http://www.dapsa.asso.fr/IMG/pdf/frouveaumelun16102015.pdf)

- **« Troubles psychopathologiques des parents et retentissements sur les enfants », Melun, 83 participants, 4 novembre 2015**

« Lors d'une visite prénatale, d'une échographie, les professionnels repèrent un « petit quelque chose » qui chiffonne. Des bizarreries, un comportement inadapté, une sorte de confusion, un débit précipité et que l'on ne comprend pas bien. Parfois, on sait que cette femme est déjà suivie dans un centre spécialisé. Parfois on ne sait rien. Ces troubles sont-ils anciens, ou apparaissent-ils lors de la grossesse ?

Des questions vont émerger: quel traitement compatible avec la grossesse? Comment va se passer l'accouchement? Les premiers jours avec le bébé ? Quel est l'entourage de cette mère, de son bébé ? Et sur le plus long terme : comment bébé va-t-il grandir avec une maman discontinuée psychiquement ? Quelle aide peut-on leur apporter à l'un et à l'autre ? »

Intervenante : Dr Gisèle APTER,

Pédopsychiatre : Unité de Psychiatrie d'Urgence Mobile en Maternité ; Laboratoire de Recherche en psychiatrie et psychopathologie à Erasme.

Les actes de la conférence sont disponibles sur notre site internet :

<http://www.dapsa.asso.fr/spip.php?article111#documents> (cliquer sur l'icône en bas de page)

L'animation des chantiers favorise l'implication des participants, qui sont invités à l'être (pas seulement auditeurs) c'est un effort (de la part de l'animatrice et des intervenants) pour inciter les participants à penser leurs pratiques (pas seulement à regarder celle de ceux qui l'exposent !) les évaluations demandées participent de cette invitation à la réflexion.

Faire se rencontrer les professionnels dans un cadre déconnecté des situations familiales particulières permet de construire une interculturelité professionnelle et de réduire les incompréhensions qui peuvent générer des comportements de défiance des uns envers les autres. Il est par la suite plus facile de travailler entre partenaires, de façon bienveillante, quand chacun perçoit les difficultés, les contraintes qui pèsent sur les autres et les logiques en vertu desquelles les modalités de travail sont définies.

4) Les activités d'évaluation, de formalisation et d'enregistrement des activités au quotidien

a) Les questionnaires d'évaluation

Des évaluations de la satisfaction des participants sont systématiquement réalisées pour chaque atelier, chantier ou séminaire organisé par le Dapsa. Pour les ateliers une évaluation initiale peut être produite afin de recenser les attentes et les motivations des professionnels qui y participent, en plus des évaluations finales réalisées systématiquement. Ces évaluations comportent une partie "cotation" où les participants notent des items se rapportant à la forme (lieu, durée, intervention magistrale ou interactive, ...), au contenu (thèmes, qualité des intervenants, apports de connaissances) et à la satisfaction de leurs attentes (en termes de rencontres/échanges pluridisciplinaires, d'apports théoriques et d'apports pratiques). Par la suite une partie reprend les objectifs de ces ateliers et évalue le sentiment de progression de chaque participant vis-à-vis de ceux-ci. Cette partie se présente de la manière suivante (exemple pour les ateliers « Accompagner les enfants et leur famille en difficulté : favoriser l'accès aux soins des nouveaux nés exposés à l'alcool pendant la grossesse »).

Pour chaque proposition, les participants devaient se donner une note de 0 à 5 avant et après la formation : - 0 : Pas du tout - 5 : Tout à fait	Moyenne avant la formation	Moyenne après la formation	Taux de variation	Nombre de participants estimant avoir progressé
Je suis en mesure d'interroger mes propres représentations face à l'alcoolisation maternelle et aux addictions.	2.63	3.81	+45%	9/11
Je suis en mesure d'aborder avec les familles les difficultés ou troubles de l'enfant.	3	3.63	+21%	6/11
Je connais les autres professionnels au contact des nouveau-nés vulnérables et de leur famille et je suis en mesure de tenir compte de leurs capacités et contraintes pour travailler ensemble.	2.27	4.27	+88%	11/11
Je suis en mesure d'anticiper les freins (difficultés) et les leviers (ressources existantes) pour en tenir compte dans la construction d'un travail collaboratif.	2.27	3.9	+72%	11/11

(Extrait de l'évaluation réalisée en février 2016 à l'issue de la quatrième séance)

Enfin, une partie qualitative demande aux participants de s'exprimer sur ce qu'ils retiennent de positif et de négatif, et de lister d'autres thèmes qu'ils souhaiteraient travailler à l'occasion de prochains évènements organisés par le Dapsa.

A partir de ces évaluations et de ce que l'équipe identifie en termes de besoins ou intérêts des partenaires, les prochains évènements sont organisés, tenant compte des remarques et suggestions des participants pour essayer d'améliorer continuellement ces temps de travail.

En 2015 ces questionnaires d'évaluation ont permis de recenser l'avis des participants concernant six actions (les deux cycles de quatre séances d'ateliers à destination des CSAPA et CAARUD et les quatre chantiers organisés en 2015). A partir de l'analyse de ces questionnaires et des observations des salariés nous ajustons nos propositions de travail afin de mieux répondre aux attentes des participants (et à nos propres attentes !).

b) Développement des outils d'enregistrement de l'activité au quotidien

Nous disposons début 2015 de trois types d'outils permettant d'enregistrer l'activité quotidienne des professionnels :

- **Le premier outil concerne les activités dites "non-centrées sur les patients" (les rencontres, formations, interventions, travaux sur sites,...), cet outil a été conservé ;**

Les activités non-centrées sur les patients sont enregistrées dans un tableur permettant d'enregistrer pour chaque ligne une action, en renseignant dans les colonnes les informations se rapportant à cette action (date de l'action, nom du ou des professionnels de l'équipe qui effectuent l'intervention, le département où est réalisée l'action, le projet auquel l'action se rattache, une brève description de l'activité, la structure "invitante" s'il s'agit d'une sollicitation ou bénéficiaire s'il s'agit d'une initiative du réseau, le type de structure en question, le secteur professionnel concerné, la durée de l'intervention et les temps de déplacement). Ce tableur permet par la suite de renseigner le tableau de bord du Dapsa. Les annuaires permettent d'apporter des informations supplémentaires sur les structures rencontrées par le réseau.

- **Le second outil concerne l'enregistrement du temps de travail au quotidien, cet outil a été conservé ;**

Un outil nous permet d'enregistrer les temps de travail. Il s'agit du tableau CREDES dont les résultats pour l'année 2015 ont été présentés précédemment dans la partie "Personnels et temps de travail". Un fichier permet de disposer pour chaque professionnel, de façon nominative, d'un onglet permettant de renseigner quotidiennement dans un tableur la répartition du temps de travail pour la journée écoulée. Les différents onglets se cumulent automatiquement dans un onglet renseignant la répartition des temps de travail pour l'ensemble de l'association. Etant donné que les onglets sont nominatifs il est possible de multiplier pour chaque activité le nombre d'heures enregistrées par le coût horaire du professionnel en question (salaire brut et charges patronales proratisées par heure). Comme les résultats individuels se compilent automatiquement dans un autre onglet, cela nous permet de rattacher les charges de personnels aux activités effectuées. Il est par la suite plus facile de budgéter les différentes actions en fonction des professionnels qui s'en chargeront et du temps de travail qu'ils y consacreront

- **Le dernier concerne le suivi des activités dites "centrées" sur les patients. Cet outil a été renouvelé ;**

Ce dernier outil a été entièrement refondu au sein d'un système d'information, uniquement à usage interne, mis en place en avril 2015. La mise en place du système d'information a permis quatre grandes avancées :

- nous avons gagné en exhaustivité des informations (l'outil est plus agréable, empêche les erreurs de saisie et limite la dispersion des informations qui était auparavant un problème) ;
- le système d'information dispose d'une partie « annuaire » qui permet de lier des partenaires aux dossiers cliniques (plus de 2000 partenaires dans la base), de centraliser et de mutualiser l'ensemble des informations actualisées sur les partenaires et ainsi de gagner en efficacité ;
- cet annuaire de contact nous aide également dans l'organisation des ateliers, chantiers et dans l'ensemble de la communication du Dapsa : un récent mailing a montré que sur plus les 2000 contacts nous avons pu renseigner une adresse mail pour 1360 d'entre eux et parmi ces 1360 seuls 68 mails se sont avérés erronés ;
- ce système d'information permet d'exporter l'ensemble des informations recueillies sous Excel et facilite grandement les bilans d'activité.

Les activités centrées sur les patients sont enregistrées par situation familiale, au sein du système d'informations permettant de centraliser l'ensemble des données concernant les familles et les partenaires professionnels. Pour chaque situation familiale, un onglet recense les informations transmises au moment de la demande (identification du professionnel qui sollicite l'inclusion, données sociodémographiques sur les familles, problématiques cliniques qui motivent la demande d'inclusion,...), un autre onglet permet par la suite d'enregistrer chaque intervention effectuée par les professionnels du Dapsa en rapport avec cette situation. Cet onglet permet de préciser la nature des interventions effectuées pour chaque situation (appel, visite à domicile, échange clinique avec un partenaire sur cette situation, recherche pour un patient ou un partenaire, réunion de concertation sur cette situation,...), leur durée et s'ils s'adressent aux patients directement ou aux partenaires professionnels qui accompagnent cette famille. Un troisième onglet permet par la suite de renseigner l'ensemble des données évolutives concernant les familles (axes de travail, objectifs, orientations, évènements,...). Un quatrième onglet permet de disposer des informations sur l'ensemble des partenaires impliqués dans la situation.

Enfin, le système d'information permet un export des données sous Excel afin de croiser les informations entre elles et de produire les bilans statistiques de l'association. L'export concerne :

- L'identification du dossier (numéro de dossier, professionnel du Dapsa référent de la coordination pour ce dossier, professionnel en charge des éventuelles interventions directes auprès du patient, date d'ouverture du dossier, département concerné)
- Le demandeur (nom du professionnel qui sollicite le réseau, profession, nom de la structure et type de structure)
- La demande (le type d'intervention demandée, les motifs de recours au réseau)
- La famille avec pour chaque adulte (l'âge, le sexe, le fait que la personne soit père/ mère/enceinte/futur père ou autre, les ressources, la protection sociale, les troubles ou inquiétudes signalés par le demandeur), pour chaque enfant (l'âge, le lieu de vie, les troubles éventuels ou inquiétudes signalées par le demandeur) et pour le ménage (l'hébergement, la composition du ménage, le nombre d'enfant à domicile et hors domicile)
- Les freins à l'accès aux soins que rencontre la famille (catégories issues d'un travail de la FEDERASIF en 2014)
- Les propositions de travail du Dapsa (il peut y en avoir plusieurs, notamment s'il y a une évaluation préalable de la situation ou une équipe mobile qui rencontre la famille)
- Les événements majeurs ayant un impact sur la coordination (exemple: naissance, placement, hospitalisation,...)
- Les axes de travail développés en réponses aux problématiques des patients et ceux développés en réponse aux problématiques des professionnels
- La date et le motif de clôture des coordinations (objectifs atteints dont orientations, déménagement, échec, perte de vue du demandeur ou des patients,...)
- La date et le motif de clôture de l'équipe mobile (objectifs atteints dont orientations, déménagement, échec, perte de vue de la famille,...)
- Les actes effectués pour cette situation (appel, visite à domicile, échange clinique avec un partenaire sur cette situation, recherche pour un patient ou un partenaire, réunion de concertation sur cette situation,...)
- Les orientations
- Les partenaires impliqués.

Ce document nous permet d'avoir une lisibilité sur l'ensemble des situations incluses et de pouvoir compiler toutes ces données pour renseigner le tableau de bord de l'association.

5) Le développement du projet d'accès aux soins des nouveau-nés vulnérables

En 2014 un projet d'accès aux soins des enfants vulnérables a été développé en lien avec l'ARS Ile de France et les réseaux de suivis des enfants vulnérables. Ce projet a fait l'objet d'un complément de subvention de la part de l'ARS IDF à hauteur de 50 000€ attribués en décembre 2014. Nous avons de nouveau reçu un complément de 50 000€ en décembre 2015 pour poursuivre ce travail en 2016.

Origine du projet

Les critères actuels d'inclusion dans les réseaux de suivi des enfants vulnérables n'intègrent pas les expositions fœtales notamment à l'alcool. Si dans certains cas, le diagnostic de syndrome d'alcoolisation fœtale est évoqué très rapidement après la naissance, conduisant généralement à des propositions de suivi, dans la plupart des cas, l'absence de signes patents rassure les intervenants. Or les troubles du développement, lorsqu'ils surviennent, ne sont alors dépistés que tardivement, au cours de la scolarité. On peut considérer que c'est une perte de chance pour ces enfants à qui on n'a pu proposer une prise en charge précoce. Par ailleurs, il est souhaitable que ces enfants ne soient pas stigmatisés, stigmatisation liée au comportement de la mère, et qu'ils soient pris en compte comme les autres bébés, quelles que soient les causes du trouble.

Actuellement, les critères d'inclusion dans les réseaux de suivi des enfants vulnérables n'intégrant que partiellement la dimension « addictive » des parents (facteur psychosocial des « risques modérés »), il est très rarement proposé à ces enfants et à leurs parents, l'intégration dans la cohorte, surtout si l'enfant ne présente pas d'autre signe qu'une prématurité ou qu'une hypotrophie modérée. De plus, certaines familles, cumulant des difficultés sociales, économiques et psychiques, peuvent trouver des difficultés à suivre un protocole sur plusieurs années (le suivi des enfants vulnérables s'organise selon un calendrier de bilans annuels ou semestriels allant de 0 à 7 ans). De même, les professionnels engagés dans le suivi des nouveau-nés vulnérables (grands prématurés essentiellement) n'ont pas toujours eu l'occasion de rencontrer des parents ayant eux-mêmes des difficultés psychosociales et des troubles liés à une addiction.

Avant d'élargir éventuellement les critères d'inclusion des réseaux de suivi des enfants vulnérables, il a été convenu de débiter une phase expérimentale avec l'inclusion dans ces réseaux d'enfants suivis et repérés par le DAPSA afin que ces enfants bénéficient de bilans réguliers et, si besoin, d'une orientation adaptée.

Mise en œuvre du projet

Plus qu'un nouveau projet, ce travail constitue une orientation générale pour l'ensemble du réseau Dapsa (travaux cliniques, ateliers, chantiers, développement des relations partenariales). Nous cheminons ainsi territoire par territoire pour réfléchir aux possibilités de suivi pour les enfants exposés à l'alcool pendant la grossesse (qu'il soit ou non diagnostiqué « SAF / ETCAF » à la naissance). Les diverses rencontres, lors de nos travaux de coordination, lors de nos ateliers ou chantiers, ou lors de réunions avec les maternités, les services de néonatalogie, les réseaux pédiatriques, les CAMSP, le champs des addictions,... nous ont permis d'aborder la question du repérage des alcoolisations pendant la grossesse, de recenser les pratiques, d'étudier des possibilités de prise en charge ou de vigilance autour du développement des enfants.

Dans ce contexte nous avons travaillé à différents niveaux :

- Au niveau institutionnel en allant rencontrer différents acteurs concernés
- Au niveau de nos ateliers et chantiers qui pour certains étaient très en lien avec ce projet (cf ci-dessus)
- Au niveau des formations et conférences auxquelles assistent les membres de l'équipe (cf partie « équipe », participation de la psychomotricienne salariée du Dapsa à une formation sur deux ans au bilan sensorimoteur. Formation très axée sur la clinique du nouveau-né, concernant le repérage des ressources et des besoins de soutien et de soins des bébés.)

Lien institutionnels:

Dpt	Rencontres 2015 pour présentation du projet et organisation des travaux partenariaux à venir.	Actions développées avec les partenaires rencontrés en 2015	Conventions rédigées en 2015*	Travaux prévus en 2016
75	RSPP PMI ASE ADEMIE (centres maternels) HAD pédiatrique APHP (Groupe des assistantes sociales, certains services de maternité et de néonatalogie) Hôpital Mère Enfant de l'Est Parisien	Mise en place du séminaire « accès aux soins des nouveau-nés exposés à l'alcool pendant la grossesse » Stand journée des réseaux de périnatalité (rédaction d'un document sur le projet et création d'un poster de présentation) Rédaction d'un protocole commun (DAPSA/RSPP) de suivi des enfants	Convention en cours avec Hôpital Mère Enfant de l'Est Parisien Convention signée avec RSPP Convention de financement et de partenariat avec la PMI	Conférence de restitution du séminaire « accès aux soins des nouveau-nés exposés à l'alcool pendant la grossesse » Accès aux soins des enfants concernés : inclusion, coordination partenariale, suivi des parents
77	PMI Services de maternité et de néonatalogie des hôpitaux de Melun et Fontainebleau PérinatIF Sud CSAPA/ELSA Melun CAMSP Dammarie les lys	Groupe de travail sur le « repérage des vulnérabilités maternelles » (dont alcool) à partir de l'auto-questionnaire développé par le Groupe d'Etude Grossesse et Addiction : groupe ouvert aux sages-femmes hospitalières, PMI et libérales ainsi qu'aux professionnels du champ des addictions du bassin de vie de Melun		Reconduction du groupe de travail « repérage des vulnérabilités maternelles » autour d'autres bassin de vie (maternités type 3 et 2B). FINANCEMENT ARS PPS Cellule d'Appui 77 Groupe de travail sur les modalités pratiques d'inclusion des enfants exposés à l'alcool pendant la grossesse dans le réseau pédiatrique Accès aux soins des enfants concernés : inclusion, coordination partenariale, suivi des parents
78				
91	RPSOF	Conférence à Evry le 12 mars 2015 à la demande du Dr Granier (grossesse et addiction)		
92	PMI Réseau Périnat 92 ELSA Hôpital Louis Mourier (APHP)	Journée périnatalité de Nanterre		
93	NEF Néonatalogie hôpital Delafontaine (Saint Denis) SIAO			
94	RPVM Service de maternité et de néonatalogie du		Convention signée avec RPVM	Groupe de travail sur le « repérage des vulnérabilités maternelles » (dont alcool) à partir de l'auto-questionnaire

	CHIC (Hôpital intercommunal de Créteil)			développé par le Groupe d'Etude Grossesse et Addiction et/ou soirée thématique « grossesse et addiction » Groupe de travail sur les modalités pratiques d'inclusion des enfants exposés à l'alcool pendant la grossesse dans le réseau pédiatrique Accès aux soins des enfants concernés : inclusion, coordination partenariale, suivi des parents
95	PMI RPVO CSAPA Cergy		Convention en cours avec RPVO	Groupe de travail sur le « repérage des vulnérabilités maternelles » (dont alcool) à partir de l'auto-questionnaire développé par le Groupe d'Etude Grossesse et Addiction et/ou soirée thématique « grossesse et addiction » Groupe de travail sur les modalités pratiques d'inclusion des enfants exposés à l'alcool pendant la grossesse dans le réseau pédiatrique

*Les conventions de partenariat signées ou en cours avec les réseaux périnataux portent principalement sur les collaborations relatives à la partie anténatale (appui aux professionnels pour le repérage et l'orientation des femmes enceintes présentant des facteurs de risque liés aux consommations de substances psychoactive, en particulier l'alcool). La partie pédiatrique (l'accès aux soins des enfants exposés à l'alcool pendant la grossesse aux SEV) est plus difficile à conventionner en raison des organisations de ces dispositifs, dont la plupart sont en cours de construction. La rigueur scientifique (épidémiologique) nécessite de fixer des critères pédiatriques précis portant sur l'enfant et non sur les pratiques à risque des mères et de respecter un calendrier précis (inclusion en via les services de néonatalogie puis respect du calendrier SEV). Cette organisation n'est pas toujours adaptée à la réalité sociale et psychique des familles, ni à la réalité du travail. Les situations familiales sont parfois incluses dans le réseau Dapsa après la sortie de néonatalogie ou de maternité. Le délai nécessaire au travail d'adhésion des parents et des partenaires au SEV est parfois trop court pour une inclusion dès la néonatalogie ou la maternité. Il est par ailleurs difficile de fixer des critères pédiatriques dans la mesure où le projet consiste justement à mettre en place une vigilance autour de ces enfants qui, ne présentant pas forcément de difficultés majeures sur le plan moteur lors de la naissance (petite prématurité et/ou hypotrophie mais insuffisante pour satisfaire aux critères du SEV, petits signes d'hypotonie...), peuvent présenter des difficultés cognitives qui ne seront alors visibles que par la suite, d'où l'intérêt du projet. Il est donc difficile de formaliser ce travail en fixant des engagements réciproques rigoureux, néanmoins les réseaux pédiatriques sont disposés le plus souvent à étudier les demandes d'inclusion au cas par cas.

Femmes enceintes et enfants concernés en file active 2015 :

Département	75	77	78	92	93	94	TOTAL
Enfant de moins de trois ans avec petit poids et problèmes de développement (dont alcoolisation fœtale repérée)	21 (7)	4 (1)	0	1 (1)	5 (4)	2 (0)	33 (13) ⇒ Sur 33 enfants présentant des problèmes de développement, 13 ont été exposés à l'alcool in utero de façon repérée. Sur ces 13 enfants, 4 ont un SAF ou ETCAF diagnostiqué.
Enfant à naître avec problèmes de développement fœtal (dont alcoolisation fœtale repérée)	18 (13)	0 (3)	1 (1)	0 (0)	3 (2)	0 (0)	22 (19) ⇒ 19 femmes enceintes consommatrices d'alcool ⇒ 22 cas de troubles du développement fœtal ⇒ Certains problèmes de développement ne sont pas liés à l'alcool et certaines consommations d'alcool pendant la grossesse n'entraînent pas de problème de développement fœtal (ou alors pas encore repérés ni renseignés dans le système d'information)

En plus des liens institutionnels présentés ci-dessus, les travaux de concertation et de coordination sont également l'occasion de sensibiliser les partenaires et de les informer sur ce projet d'accès aux soins des nouveau-nés, en particulier quand il s'agit de travailler l'accès des enfants à des soins ou à des suivis spécifiques, avec les partenaires et avec les parents.

Dans le cadre de ce projet d'accès aux soins des nouveau-nés nous étions également présents aux journées des réseaux périnataux afin de présenter notre travail par la tenue d'un stand nous ayant permis d'échanger avec les professionnels présents. Un poster a été créé par l'équipe à cette occasion, illustrant le travail que nous nous proposons de mettre en œuvre avec nos partenaires :



Par ailleurs, un travail théorique animé par le Dr Françoise Molénat, en interne, nous a également permis d'avancer dans nos réflexions. Trois journées de séminaire interne ont ainsi été organisées autour de la clinique de la périnatalité et des travaux en réseau nécessaires au bon déroulement des soins pour les femmes enceintes, les mères, les enfants. Un travail autour de la « posture réseau », autour de la concertation pluridisciplinaire, autour des articulations entre les métiers, entre les institutions, entre les temporalités de chacun (les professionnels, les parents, les bébés) a été mis en place au premier semestre 2015.

6) Bilan des activités cliniques en 2015

En 2015 149 familles étaient incluses dans la file active, dont 88 nouvellement incluses en 2015, soit 59% des dossiers actifs dans l'année. Parmi ces 149 situations, 7 ont fait l'objet d'un travail bien qu'étant hors critères (les critères de non inclusion sont : enfants de + de 3 ans, hors Ile de France et hors situation de parentalité). Ces situations font l'objet d'un traitement qui est enregistré.

a) File active 2015

Nombre de situations familiales totales par année de la demande : total = 149 familles		
2012 et année antérieures (le plus ancien dossier date de 2009)	8	Soit 5.37 % des situations prises en charge en 2015
2013	9	Soit 6.04 % des situations prises en charge en 2015
2014	44	Soit 29.53 % des situations prises en charge en 2015
2015	88	Soit 59.06 % des situations prises en charge en 2015

Nombre de situations avec EMEO (Equipe Mobile d'Evaluation et d'Orientation)	50	représente 33.56 % des situations actives en 2015
Dont 2015	24	27.27 % des nouveaux dossiers 2015 font l'objet d'une EMEO
Dont Années précédentes	26	42.62 % des dossiers des années précédentes font l'objet d'une EMEO en 2015.

Nombre de situations par départements impliqués dans la demande	
Département de Paris (75)	102
Département de Seine-et-Marne (77)	16
Département de l'Essonne (91)	0
Département des Hauts-de-Seine (92)	4
Département de Seine-Saint-Denis (93)	19
Département du Val-de-Marne (94)	6
Département du Val d'Oise (95)	0
Département des Yvelines (78)	2
Autre département	0

On note l'importance des situations à Paris que l'on peut imputer à la surreprésentation des maternités parisiennes. Le nombre de situations en Seine et Marne a diminué (25 en 2014), ce qui est imputable au moins pour partie au fait que les deux salariées soient parties avant d'être remplacées par une nouvelle professionnelle à mi-temps, ce qui a interrompu temporairement la dynamique de travail en Seine et Marne. On remarque également 6 situations dans le Val de Marne (0 en 2014).

b) Données sociodémographiques concernant les familles

Nombre de patients inclus = 338	
Adultes	240
Enfants à naître ou nés dans l'année	54
Enfants de 0 à 3 ans	98
Autres enfants (plus de trois ans) non inclus mais pris en compte car membres des fratries	64
Total des personnes incluses (adultes et enfants de 0 à 3 ans)	338

Les "personnes incluses" ne prennent pas en compte les enfants à naître (54) et les enfants de plus de trois ans membres des fratries (64). Dans les deux cas ces enfants (ou enfants à naître) sont pris en compte dans les travaux effectués auprès des autres membres de leur famille. Ils ne sont néanmoins pas comptés comme "inclus".

En 2015 nous avons modifié la méthode d'enregistrement des enfants de plus de trois ans: il ne s'agit plus de compter les autres enfants membres de la famille (204 en 2014 et 129 en 2015) mais uniquement ceux ayant fait l'objet d'un travail clinique (64 en 2015). Il y a eu une situation pour laquelle un nouveau-né était décédé lors de l'inclusion, le décès faisant motif d'inclusion.

Détail des 240 adultes inclus		
Mère	86	*une mère enceinte est enregistrée dans "femme enceinte", une femme est enregistrée comme « mère », même si son enfant est décédé.
Père	67	
Femme enceinte	54	
Futur père	20	
Femme	4	*il y a eu de rares cas de femmes s'interrogeant sur l'opportunité d'une grossesse, dans des contextes de vulnérabilités psychiques ou d'addictions
Autre (ami, conjoint, ex-conjoint, membre de la famille)	9	*ne sont enregistrés que s'ils occupent (ou ont occupé) un rôle dans la situation familiale
Détail des 98 enfants inclus + 64 de plus de 3 ans + 54 à naître		
Enfant de 0 à 3mois	42	Il s'agit de l'âge au moment de la demande.
Enfant de 4 à 12 mois	19	Ne sont pris en compte ici que les enfants qui font l'objet de la demande. Mais dans les faits, nous n'oublions pas l'existence de la fratrie (plus de trois ans) qui est prise en compte dans le rapport d'activité et dans le suivi bien sûr. Certaines situations concernent plusieurs enfants. Toutes les situations, par définition, incluent des enfants nés ou à naître.
Enfant de 13 à 24 mois	21	
Enfant de 25 à 36 mois	16	
Enfant de + de 3 ans	64	
Enfant à naître	54	Les enfants à naître ne sont pas comptabilisés (pas de statut légal) mais ils peuvent être considérés comme "enfants concernés".

Composition des 149 groupes familiaux		
Monoparental	39	Que des situations où la mère est la seule adulte présente.
Famille nucléaire	34	
Femme enceinte seule	25	
Couple avec femme enceinte	16	Les deux adultes sont les futurs parents mais n'ont pas encore d'enfants.
Femme seule	8	Rares cas de femmes s'interrogeant sur l'opportunité d'une grossesse.
Parents séparés	6	Les deux parents sont présents dans la situation mais vivent séparément.
Recomposé	6	L'un des deux adultes n'est pas le parent de l'enfant.
Famille nucléaire avec femme enceinte	4	
Autre	5	Situations très confuses où il n'est pas possible de rattacher à l'une des catégories définies au-dessus.
Monoparental avec femme enceinte	4	
Recomposé avec femme enceinte	1	L'un des deux adultes n'est pas le parent de l'enfant à naître
Homme seul	1	Situation non incluse d'un homme inquiet des consommations de sa mère.

Nombre de situations par type d'hébergement des ménages (ou de la personne désignée si les couples sont séparés) au moment de la demande	
Autonome	63
Hôtel / CHRS	34
Famille	18
Autre	8
Squat / S.D.F	7
Centre maternel	7
Hébergement thérapeutique	6
Non renseigné	4
Amis	2

42.3 % des situations concernent des groupes familiaux en hébergement autonome, 31.5 % sont en hébergement social, en hébergement d'urgence, en insertion ou à but thérapeutique, 4.7% n'ont pas d'hébergement, 13.4 % sont hébergés chez des membres de leur famille ou chez des amis et 5.4 % des situations sont trop confuses ou fluctuantes pour être rangées dans l'une de ces catégories. Pour 2.7 % des cas, nous ne disposons pas des informations.

Age moyen des adultes au moment de la demande :

Hommes : 34.5 ans → L'analyse porte sur les 41 hommes (sur 91) ayant communiqué leur âge (ou dont l'âge nous a été communiqué par un partenaire). Sur ces 41 hommes, 8 ont moins de 25 ans.

Femmes : 29 ans → L'analyse porte sur les 113 femmes (sur 149) ayant communiqué leur âge (ou dont l'âge nous a été communiqué par un partenaire). Sur ces 113 femmes, 39 ont moins de 25 ans au moment de la demande (dont 4 mineures).

Dont femmes enceintes : 29 ans → L'analyse porte sur les 45 femmes enceintes (sur 54) ayant communiqué leur âge (ou dont l'âge nous a été communiqué par un partenaire). Sur ces 45 femmes enceintes, 17 ont moins de 25 ans (dont une mineure).

Une limite importante de ces données est que l'âge fait d'autant plus sujet et est donc d'autant plus facilement renseigné que les personnes sont jeunes. On peut faire l'hypothèse que les 86 adultes pour lesquels l'âge n'est pas connu auraient fait augmenter la moyenne.

Ressources des adultes (l'analyse porte sur 143/240 adultes pour lesquels l'information est disponible)	
Salaire	47
RSA	34
sans	29
Autre	19
Indemnité chômage	8
AAH	6
Protection sociale des adultes (l'analyse porte sur 130/240 adultes pour lesquels l'information est disponible)	
CMU /CMU-C	44
Sécurité sociale	49
Sans	16
Sécurité sociale + mutuelle	8
AME	8
Sécurité sociale du conjoint(e)	4
autre	1

Ces informations ne sont recueillies auprès des patients ou des partenaires, uniquement si celles-ci ont une utilité liée à la compréhension de la situation. Le travail d'accès aux soins du Dapsa se situe davantage du côté des freins professionnels partenariaux et des freins intrapsychiques aux soins que du côté des freins socio-administratifs.

Nombre d'enfants par lieux de vie au moment de la demande (l'analyse ne porte que sur les 98 enfants de 0 à 3 ans)		
Domicile du ménage	42	
Avec parent(s) hors domicile	26	Centre maternel, hospitalisation mère-enfant, hôtel, autre
Néonatalogie	19	
Pouponnière	4	
Placement familial	3	
Domicile d'un autre membre de la famille	3	
Garde alternée	1	
Proportion d'enfants séparés de leurs parents	29.6%	30 enfants de 0 à 3 ans vivent séparés de leurs parents au moment de la demande. Cette situation peut être provisoire (hospitalisation = 19%, domicile d'un autre membre de la famille = 3%) ou durable (placement = 7%).

c) **Les demandes d'inclusion**

Nombre de structures partenaires demandeuses	
PMI	27
Maternité / néonatalogie	25
CSAPA	24
ELSA	14
Hébergement social	8
ASE/CRIP	7
Unité Mère Enfant	5
Centre maternel	5
Perso/Entourage	5
AED/ AEMO	5
CAARUD	4
HAD pédiatrique	4
CMP / CMPP / structures psy	4
Services sociaux	3
Hôpital / clinique (autres services)	3
Réseau de santé	2
Crèche /modes de garde/ école	2
Libéral	1
Pouponnière, MECS, Service de placement familial	1

Les demandes proviennent majoritairement des secteurs liés à la maternité, puis ceux concernant la petite enfance et les addictions. C'est à l'image des domaines pluridisciplinaires qui fondent l'activité du réseau.

Nombre de professionnels à l'origine de la demande (dont 5 patients)	
Assistant social	28
Psychiatre/Pédopsychiatre	22
SF / Obstétricien	19
Psychologue	18
Educateur spécialisé	13
Infirmier / Puériculteur	13
Encadrement	11
Médecin de PMI	6
Autres travailleurs sociaux	6
Patient(e)	5
Pédiatre	3
Médecin addictologue	2
Educateur de Jeunes Enfants	1
Néonatalogiste	1
Médecin généraliste	1

Les professionnels en lien avec les problématiques de santé mentale (psychologues, psychiatres, pédopsychiatres) et les travailleurs sociaux (AS, ES, EJE, autres travailleurs sociaux) constituent des professions toujours autant représentées dans les partenaires du réseau. On observe une pluralité d'autres professions concernées, ces professions étant généralement exercées dans des structures et secteurs très variés : les interlocuteurs sont donc multiples.

Nombre de situations par type de demande de coordination	
Information / Recherche / Orientation	50
Intervention directe (EMEO)	42
Analyse de situation	34
soutien des professionnels	30
Travail de concertation	21
Travail de concertation + Intervention directe (EMEO)	19

Il s'agit de la demande telle qu'elle est formulée par la structure qui prend contact avec le Dapsa. Cependant la proposition de travail du Dapsa peut évoluer par rapport à la demande initiale. Une première évaluation de la situation viendra déterminer la nature du travail à entreprendre. On remarque que les professionnels qui recourent au réseau en attendent le plus souvent un service d'appui, de soutien, que ce soit en termes de réflexion clinique, d'information sur les possibilités de prises en charge ou de soutien aux interventions. Les travaux de concertation sont souvent proposés par le réseau (76 familles concernées) sans qu'il s'agisse forcément de la demande initiale des partenaires (40 demandes).

Nombre de situations par motif de recours au réseau	
Prise en charge difficile	50
Réfléchir avec le DAPSA	49
Inquiétude vis-à-vis de l'enfant	44
Absence de prise en charge	43
Besoin de continuité	31
Souffrance psychique	25
Recherche de relais suite à sortie de file active	25
Isolement professionnel	19
Patient refuse la prise en charge	13
Problème de partenariat	10
multiplicité des structures	8
Maladie somatique	5
Prise en charge inadaptée	5
Non inclusion du patient	2
Peur de la stigmatisation	1

Depuis début 2013 chaque demande fait l'objet d'une analyse de la part des professionnels du Dapsa. Nous avons ainsi réfléchi aux raisons qui poussent les professionnels à faire appel au Dapsa et les avons listées. Par la suite chaque appel est analysé afin de recenser le motif du recours au Dapsa. La moyenne est d'environ 2.21 motifs par demande.

En 2015 on observe une augmentation des sollicitations pour « Absence de prise en charge » (34 en 2014 et 43 en 2015), « Réfléchir avec le DAPSA » (8 en 2014 et 49 en 2015), « Recherche de relais suite à sortie de file active » (5 en 2014 et 25 en 2015) et « Patient refuse la prise en charge » (4 en 2014 et 13 en 2015). On observe une diminution des sollicitations pour « Prise en charge difficile » (65 en 2014 et 50 en 2015), « Besoin de continuité » (45 en 2014 et 31 en 2015), « Souffrance Psychique » (41 en 2014 et 25 en 2015), « isolement professionnel » (29 en 2014 et 19 en 2015). Les autres problématiques sont stables par rapport à 2014.

La catégorie « réfléchir avec le Dapsa », introduite tardivement en 2014 et donc beaucoup plus utilisée en 2015, se réfèrent davantage à ce que les partenaires demandent qu'au motif de cette demande.

Nombre de troubles repérés chez les adultes désignés au moment de la demande	
Troubles psy	68
Consommations d'alcool	59
Autre	43
Consommations de cannabis	42
Violence	37
Troubles conjugaux	36
Autre conduites à risques	29
Traitements de substitution aux opiacés et psychotropes prescrits	28
lien parent enfant	26
Consommations de cocaïne et crack	21
Consommations d'opiacés	15
trouble somatique	14
Poly consommations	13
Deuil (la catégorie n'existait pas en 2014)	9
Consommations de Médicaments	6

Il s'agit du trouble (ou inquiétude) repéré par le professionnel demandeur (ou l'entourage) justifiant (pour partie) l'appel au DAPSA. Cela ne préjuge pas de l'importance réelle de ce facteur dans la difficulté de prise en charge. La moyenne est de 1.86 troubles par adultes (446 troubles pour 240 adultes). Les inquiétudes dont nous font part les partenaires concernent le plus souvent des troubles psychologiques, des consommations de drogues (alcool en particulier), des contextes de violence, des difficultés dans les interactions parents-enfants, ...

Les situations où l'inquiétude concerne l'alcool avaient doublé en 2014 par rapport à 2013, en 2015 elles sont revenues à leur niveau de 2013. En revanche il y a une forte augmentation des situations où la violence est le sujet d'inquiétude (16 en 2014 et 37 en 2015).

On remarque l'apparition d'une catégorie « deuil » que nous avons ajouté pour adapter l'outil d'enregistrement à l'émergence de cette problématique qui était auparavant incluse dans « autre ».

Nombre de troubles ou inquiétudes repérés chez les enfants inclus au moment de la demande	
Petit poids / développement	35
Autre	32
Trouble du lien/ interactions	25
Développement foetal	22
Négligence/ Besoins de base	21
Troubles psychologiques	19
Trouble somatique	13
SAF / ETCAF diagnostiqué	4
Maltraitance	0

On relève 171 troubles (pour 98 enfants de 0 à 3 ans et 54 enfants à naître) qui souvent sont en fait des inquiétudes (sauf pour la catégorie « SAF/ETCAF » diagnostiqué) nécessitant une évaluation de la part des professionnels. La catégorie « Autre » désigne le plus souvent des problèmes d'agitation inhabituelle, de vécu familial douloureux (exposition aux séparations ou aux violences intrafamiliales), des problèmes dans la mise en place des soins préconisés, des défauts d'investissement relationnel des parents, des inquiétudes liées aux antécédents des aînés...

Le projet de suivi des nouveau-nés vulnérables doit permettre de lever l'inquiétude ou de poser un diagnostic (en particulier quand on note une inquiétude concernant le développement foetal – 22 - ou le petit poids ou le développement de l'enfant – 35, corrélé à une alcoolisation maternelle : 28 situations en 2015 pour lesquelles cette corrélation est présente).

d) Les propositions de travail du Dapsa

En fonction des demandes des partenaires et de l'évaluation que nous pouvons faire de cette demande, différentes propositions de travail sont faites au partenaire demandeur ou à l'ensemble des professionnels et structures impliqués dans le suivi des familles. Le travail de coordination peut ainsi recouvrir différentes formes :

- La concertation : c'est la proposition principale du réseau. Elle a concerné 76 familles en 2015. La concertation consiste à organiser la réflexion collective du groupe de soignants concernés par une même situation (s'il existe déjà, sinon il faut contacter et réunir les différents professionnels concernés). Chacun expose où il en est de la situation, le travail qu'il effectue auprès de la famille ou de l'un de ses membres, chacun expose ses difficultés ou inquiétudes, ce qu'il connaît des désirs, capacités et limites de la famille. Les différents professionnels mettent à plat ce qui existe (en termes de prise en charge) pour chaque membre de la famille et ce qui est perçu comme un besoin, un manque, un défaut d'accès aux soins. Chaque réunion de concertation pluri professionnelle donne lieu à un compte rendu diffusé à l'ensemble des intervenants.
- Le soutien aux professionnels. Une proposition qui a concerné 68 situations en 2015. Il s'agit de fournir un appui, un avis complémentaire pour soutenir les professionnels dans leur travail.
- L'évaluation de la situation. Cette proposition qui a concerné 51 familles est généralement couplée avec une autre : en effet, l'évaluation permet de mieux cerner les situations et aide ainsi à la prise de décision.
- L'orientation. Il s'agit d'une proposition émise pour 26 familles en 2015. Cela ne signifie pas que seules 26 familles ont été orientées, mais que le travail proposé consiste, à la demande du partenaire, à réfléchir avec lui aux possibilités de prise en charge à proposer à la famille.
- L'information ou la recherche à la demande. Il s'agit d'une proposition émise pour 21 situations (fournir un renseignement, informer un professionnel sur les structures susceptibles de prendre en charge un patient, rechercher un contact pour aider les professionnels à se mettre en lien,....).
- L'attente active : correspond à 8 situations pour lesquelles il n'est pas pertinent que le réseau agisse pour le moment défini bien qu'il reste en alerte sur ces situations signalées en attente d'un déblocage, ou autre. Dans ces situations le Dapsa vient régulièrement aux nouvelles pour réitérer d'éventuelles propositions de soutien et s'informer sur l'évolution de la situation.
- Pour les 7 situations « hors critère d'inclusion », la proposition consiste à orienter le professionnel demandeurs vers des dispositifs plus adaptés à leurs questionnements.

On constate qu'il peut y avoir plusieurs propositions pour une même famille, celle-ci se succédant parfois (évaluation, puis concertation, puis recherche, puis orientation).

e) Analyse des freins à l'accès aux soins que le Dapsa et les partenaires essaient de lever ou de contourner

Ces catégories sont issues du rapport 2014 de la FEDERASIF sur les difficultés d'accès aux soins des patients en situation complexe. Nous regroupons les freins à l'accès aux soins selon qu'ils relèvent des patients, des professionnels ou plus largement du système de santé. Plusieurs freins peuvent être enregistrés pour une même famille.

FREINS RELATIFS AUX PATIENTS	
Difficulté à prendre des décisions, à formuler des demandes	52
Difficultés à aller vers, troubles relationnels	52
Conduites d'évitement	50
Manque d'assiduité dans les soins	38
Refus des propositions des professionnels	37
Difficultés d'hébergement	36
Problème de continuité dans les suivis	36
Difficulté pour accomplir les démarches	31
Difficulté pour l'observance des traitements	30
Difficulté à prendre en compte les besoins des enfants	24
Frein lié à l'entourage	22
Mobilité géographique, changement de secteur	21
Absence ou instabilité dans la couverture santé	14
Manque d'information sur les structures	8
Incompréhension des informations médicales	6
Pas de possibilité de consultations payantes	6
Difficulté liée au coût des transports	4
Difficulté d'accès aux moyens de communication (courrier, téléphone, internet)	3
Difficulté d'accès aux médicaments (lieu, délivrance, stockage)	0

Les familles peuvent cumuler différentes difficultés d'accès aux soins, celles-ci étant d'ordres différents (principalement psychiques, relationnelles, matérielles, géographiques,...). Ces freins mettent en difficulté le travail des équipes et illustrent d'une manière nouvelle l'intérêt du réseau pour les partenaires et les familles. On enregistre 470 freins pour 149 familles soit en moyenne 3.15 freins par situation familiale.

FREINS RELATIFS AUX PROFESSIONNELS	
Impuissance face à une situation complexe	63
Difficulté pour travailler avec des partenaires spécifiques ou de champs différents	42
Manque d'information sur les possibilités de prise en charge du territoire	29
Isolement professionnel	26
Difficulté pour une rencontre efficace (comprendre les problèmes du patient et se faire comprendre)	24
Problèmes avec les représentations	15
Difficulté pour établir un diagnostic	14
Délai trop long pour le début de prise en charge	12
Refus de prise en charge par certains professionnels	10

Les difficultés d'accès aux soins des patients et familles en situation complexe ne sont pas uniquement le fait des patients eux-mêmes et les professionnels nous font part de leurs propres difficultés dans les prises en charges de ces familles, ces difficultés étant parfois liées aux situations dans lesquelles se trouvent ces familles, mais pas uniquement.

On enregistre ici 235 freins pour 149 familles soit 1.6 freins par situation familiale.

FREINS RELATIFS AU SYSTEME DE SANTE	
Saturation des dispositifs, manque de places	11
Impossibilité du maintien dans la structure	10
Soins des étrangers en situation irrégulière	10
Eloignement des structures de soins et accès difficiles	9
Lenteur et lourdeur administrative	5
Difficulté d'accès à l'aide juridictionnelle	0

D'autres difficultés ne relèvent ni des patients ni des professionnels mais plutôt du système de santé au sens large (adaptation des offres de soins, modalités d'accès, modalités d'admission, temporalité). On enregistre 45 freins de cette nature pour 149 familles soit 0.3 frein par situation familiale.

25 freins à l'accès aux soins sur 775 n'ont pu être rattachés aux multiples catégories ci-dessus.

f) Axes de travail développés par le Dapsa, en direction des familles et des partenaires, suite à l'évaluation de chacune des situations

Axes de travail développés dans le cadre des coordinations, en direction des patients adultes (240 adultes inclus).	
Consommations problématiques de substances psychoactives	71
Troubles psychologiques adulte	70
Difficultés d'accès aux soins et aux institutions	57
Soutien à la parentalité	44
Inquiétudes envers le développement du fœtus	40
Trouble du lien/ interactions parent-enfant	40
Elaborer ou faire émerger un projet, une demande	39
Compétences parentales	34
Isolement de l'adulte	32
Problèmes sociaux	28
Troubles somatiques adultes	13
Complications obstétricales	12
Stigmatisation de l'adulte	4

Axes de travail développés dans le cadre des coordinations, en direction des patients enfants (98 enfants inclus au moment de la demande)	
Protection des enfants	39
Prévention développement psychomoteur	30
Troubles psychologiques de l'enfant	24
Petit poids / développement de l'enfant	23
Négligence/besoins de base	17
Troubles somatiques enfants	13
Maladie/trouble fonctionnel enfant	12
Maltraitance de l'enfant	0

Ces axes de travail avaient été initialement développés lors de la rédaction du CPOM du Dapsa. Ils ont été remis à jour en 2013 en fonction des problématiques les plus prégnantes qui sont travaillées entre les professionnels du réseau et les divers intervenants au contact des patients.

Pour chaque situation qui entre dans le cadre de la coordination il est possible d'enregistrer plusieurs axes de travail. Sur les 149 situations familiales traitées cette année, toutes ont pu faire l'objet de cette analyse. On enregistre en moyenne 3.2 axes de travail "patient adulte" et 1.1 axes de travail « patient enfant » par situation familiale.

Parfois il s'agit d'avantage de travailler les problématiques des professionnels que celles des patients si ceux-ci sont déjà pris en charge, auquel cas les problématiques des patients peuvent ne pas faire sujet en coordination.

Les problématiques les plus récurrentes du côté des adultes relèvent des consommations de produits psychoactifs, des troubles psychologiques, des difficultés d'accès aux soins, du soutien à la parentalité, des inquiétudes concernant l'enfant à venir, des troubles repérés dans les interactions parents-enfants...

Du côté des enfants, les problématiques les plus récurrentes sont les questions de protection de l'enfance, de développement et de troubles psychologiques.

Cet outil est "dynamique", les axes de travail peuvent donc évoluer entre le moment de la demande et la sortie de notre file active. Il est possible d'en ajouter si la situation évolue, mais les axes initialement définis restent enregistrés.

Axes de travail développés dans le cadre des coordinations, en direction des partenaires professionnels	
Soutien aux professionnels	64
Maintenir, créer un espace de pensée nécessaire pour une situation complexe	54
Clarifier, faire circuler l'information entre partenaires	48
Assurer un relais de prises en charges	47
Intégration des partenaires / répartition du travail selon les missions de chacun	41
S'assurer de l'effectivité de la prise en charge de l'enfant	37
S'assurer de l'effectivité de la prise en charge de l'adulte	36
Soutenir un professionnel isolé	21
Travail sur les représentations, stigmatisation des patients	11
Restitution organisée de l'évolution des prises en charge	11
Réorienter le travail suite à un événement important	9
Réorienter le travail suite à une nouvelle évaluation	4

Il s'agit du même travail que ci-dessus mais cette fois-ci du côté des problématiques des partenaires. L'analyse porte sur l'ensemble des situations familiales. La moyenne est de 2.6 axes de travail en direction des partenaires par situation familiale.

Les formulations parfois très ouvertes ("soutien aux professionnels", "maintenir, créer un espace de dialogue nécessaire pour une situation complexe") se rapportent à des situations pour lesquelles le Dapsa est présent en appui et pour lesquelles il est difficile de déterminer dès la demande ce que sera le contenu du travail.

Cet outil est "dynamique", les axes de travail peuvent donc évoluer entre le moment de la demande et la sortie de notre file active. Il est possible d'en ajouter si la situation évolue, mais les axes initialement définis restent enregistré.

Le plus souvent les situations commencent par un travail de mise en lien, de continuité entre les partenaires (réunir, faire circuler les informations jugées pertinentes, soutenir, servir de référent,...). Elles peuvent évoluer par la suite vers des travaux plus précis (assurer le relais d'une prise en charge après sortie de maternité par exemple, veiller à ce que chacun comprenne les capacités et limites des partenaires professionnels et des familles afin de construire un projet de soins adapté,...).

g) Les partenaires impliqués dans les travaux de concertation

704 professionnels ont été impliqués dans les travaux de coordination concernant les 149 familles incluses dans le réseau. Certains étant impliqués dans plusieurs situations, les tableaux des partenaires présentent 841 professionnels, un professionnel étant compté autant de fois qu'il y a de situations dans lesquelles il est impliqué.

2070 professionnels dans notre annuaire de partenaires, dont 704 sont présents sur au moins un dossier en 2015	
Présents sur 0 dossier	1366
Présents sur 1 dossier	592
Présents sur 2 dossiers	80
Présents sur 3 dossiers	18
Présents sur 4 dossiers	5
Présents sur 5 dossiers	4
Présents sur 6 dossiers	2
Présents sur 7 dossiers	1
Présents sur 8 dossiers	1
Présents sur 11 dossiers	1

De nombreux professionnels sont présents dans le système d'information au titre de leur implication dans des suivis antérieurs du réseau, au titre de leur participation aux chantiers, ateliers, séminaires organisés par le réseau ou au titre de notre travail d'enrichissement de la base de données à partir des rencontres d'équipes réalisées par les salariées.

Nombre de professionnels rencontrés dans le cadre des travaux de coordination : 841 Professionnels présentés ici en fonction de leur métier	
Assistant Social	188
Infirmier / puériculteur	103
Encadrement	98
Psychiatre / Pédopsychiatre	80
Educateur Spécialisé	75
Psychologue	74
Sage-Femme / Obstétricien	54
Médecin PMI	36
Pédiatre / Néonatalogiste	33
Autres travailleurs sociaux	29
Non renseigné	18
Autre	11
Médecin Généraliste	11
Médecin Addictologue	10
Educateur de Jeunes Enfants	9
Médecin, autre spécialité	7
Psychomotricien	5

Il s'agit des professionnels rencontrés ou contactés dans le cadre des travaux de coordinations. Un professionnel est compté autant de fois qu'il y a de situations dans lesquelles il est impliqué. Les professionnels sont enregistrés selon la façon dont ils se présentent : un encadrant sera noté « encadrement » même s'il est puériculteur ou médecin de formation.

Nombre de structures rencontrées dans le cadre des travaux de coordination : 841 Professionnels présentés ici en fonction de leur structure	
PMI	144
Maternité, Néonatalogie	107
CSAPA	84
Services Sociaux	58
ASE/CRIP	57
Associations /AED / AEMO	52
CMP / CMPP / structures et services psychiatriques et pédopsychiatriques	50
Hébergement social	45
ELSA	43
Hôpital /Clinique (autres services)	41
Centre Maternel	26
Ecole / Crèche / Modes de garde	24
Pouponnière / MECS / services de placement familial	23
Unité mère-enfants et soins de suite mère enfant	16
Réseau de santé	14
Autre	13
HAD Pédiatrique	13
CAMSP / Soins enfants / éducation spécialisée	11
CAARUD	8
Libéral	7
Police / Justice / Avocat / Aide juridictionnelle	3
Cure / Postcure	2

Les structures les plus représentées appartiennent aux secteurs de la périnatalité, des addictions, des services sociaux et de protection de l'enfance, de la psychiatrie,...

h) Les orientations ou suivis mis en place pendant l'inclusion dans le réseau Dapsa

Total <u>orientations adultes</u> (dont adultes suivis par l'équipe mobile)	
ASE / CRIP	42 (13)
PMI	37 (18)
CMP / CMPP / structures et services psychiatriques et pédopsychiatriques	29 (8)
CSAPA	29 (10)
Maternité	20 (5)
AED / AEMO	19 (10)
Services sociaux	18 (9)
Autre	16 (9)
Police / Justice / avocat /Aide juridictionnelle	14 (9)
Hébergement	10 (4)
Hôpital / Clinique (autres services)	10 (5)
Unité Mère Enfant et soins de suites Mère Enfant	9 (2)
ELSA	9 (2)
Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels	6 (1)
Centre maternel	6 (3)
Cure /Postcure	5 (1)
Réseau de santé	4 (0)
Libéral	4 (3)
CAARUD	1 (1)

Nous enregistrons 288 orientations adultes pour 240 adultes (parfois plusieurs orientations pour un même adulte). Il y a 35 familles incluses pour lesquelles aucune orientation adulte n'a été mise en place au 31 décembre 2015, parmi ces 35 familles 4 sont suivies par l'équipe mobile.

Total orientations enfants (dont enfants suivis par l'équipe mobile)	
ASE / CRIP	42 (13)
PMI	38 (21)
CMP / CMPP / structures et services psychiatriques et pédopsychiatriques	20 (10)
Pouponnière / Foyers/ service de placement familial	20 (8)
AED / AEMO / Associations	19 (10)
Ecole / crèche / Modes de garde	18 (14)
Néonatalogie	13 (2)
Hôpital / Clinique (autres services)	10 (5)
CAMSP/ soins enfants / éducation spécialisée	9 (7)
Police / Justice / avocat /Autre	8 (5)
Unité Mère Enfant et soins de suites Mère Enfant	7 (2)
Autre	6 (3)
Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels	4 (1)
Centre maternel	3 (3)
Réseau de santé	3 (2)
Hébergement	3 (1)
HAD pédiatrique	2 (1)
Libéral	1 (1)

Nous enregistrons 226 orientations enfants (parfois plusieurs orientations pour un même enfant). Il y a 58 familles incluses pour lesquelles aucune orientation enfant n'a été mise en place au 31 décembre 2015, parmi ces 58 familles 10 sont suivies par l'équipe mobile.

Rappelons que l'orientation n'est pas toujours l'objectif de travail :

- Parfois le travail consiste à favoriser un maintien dans la structure dans des conditions de prise en charge supportable pour la famille et les professionnels ;
- Parfois il s'agit d'articuler des prises en charge en place par la coordination d'une multiplicité de structures.

La méthode a changé par rapport à 2014 : il ne s'agit plus de comptabiliser les orientations proposées par le réseau mais désormais les orientations effectives quelle qu'en soit l'origine (le réseau, les partenaires). Il s'agit ainsi de décrire davantage les suivis et prises en charge qui se mettent en place pendant l'inclusion que le travail qui serait le seul fait du Dapsa. En effet, les orientations sont le fait des partenaires, des patients et du Dapsa. D'autres suivis se mettent en place sans constituer réellement des « orientations » (ASE, CRIP, Justice,...). Certains suivis concernent parfois (mais pas toujours) autant les parents que les enfants et apparaissent donc dans les deux catégories (ASE, CRIP, Justice, centre maternel). La comparaison avec 2014 n'est pas possible.

Une orientation ne signifie pas que la situation est close, en revanche cela engage un nouveau partenaire dans les travaux de coordination.

i) **Les interventions des salariés en 2015**

Actes réalisés en 2015 dans le cadre de l'activité clinique		
Nombre d'interventions directes réalisées en direction des patients (EMEEO) :	974	Soit un temps consacré pour ces prestations en direction des patients de 867 heures, et un nombre moyen d'actes par groupe familial de 19 actes "patients" (50 familles concernées)
Visites à domicile (VAD) ou rendez-vous, accompagnements	265	237 VAD réalisées et 28 VAD non annulées et non honorées (patient absent ou ne répondant pas). Les patients ne préviennent pas toujours ou ne peuvent pas toujours prévenir et l'équipe mobile peut parfois trouver porte close.
Entretiens téléphoniques et SMS	627	438 appels / SMS sortants et 192 appels / SMS entrants.
Courriers, mails	62	
Recherches	18	Il peut s'agir d'un travail de recherche d'information sur des points précis (visite d'un enfant à son parent incarcéré, les modalités de parrainage, les possibilités de vacances, lieux d'écoute très spécifique comme le réseau deuil périnatal, etc.)
Nombre de réunion patients + partenaires	2	Parfois une rencontre avec un partenaire se tient avec le ou les parents concernés
Nombre d'interventions directes réalisées en direction des professionnels :	2057	Soit un temps consacré pour ces prestations en direction des professionnels de 1501 heures, et un nombre moyen d'actes par groupe familial de 14 actes "partenaires" (149 familles concernées)
Entretiens téléphoniques	1273	875 appels sortants et 398 appels entrants
Courriers	478	Papiers, fax, mails
Recherches	15	
Réunion de Concertation Pluridisciplinaire / réunion de synthèse	95	Réunion des différents professionnels au contact d'une même famille et où se déroule le travail de concertation.
Compte-rendu	127	Les réunions de concertation pluridisciplinaires donnent généralement lieu à un compte rendu diffusé aux professionnels impliqués.
Autres échanges cliniques avec partenaires	69	Discussion avec partenaires lors de rencontres non prévues, à la suite d'un staff, d'un colloque, ou d'une réunion concernant une autre famille...
Nombre TOTAL DES ACTES CLINIQUES (hors travail interne)	3031	Soit un temps total consacré pour ces prestations de 2368 heures (hors travaux de préparation interne)
Temps de préparation interne au Dapsa	2460 heures	Echanges cliniques au sein de l'équipe, réunions cliniques internes, organisation des travaux cliniques, suivi et tenue des dossiers patients, enregistrement de l'activité au quotidien,...
Temps total consacré au travail clinique:		
Intervention en direction des patients : 974 interventions en 867 heures		
Intervention en direction des partenaires : 2057 interventions en 1501 heures		
Travail clinique en interne : 2460 heures		
TOTAL = 4828 heures		

j) **Analyse des situations closes en 2015**

Analyse des situations closes en 2015		
Clôtures de coordination (ventilées par motif de sortie de file active)	90	90 situations pour lesquelles un travail de coordination était engagé ont été closes en 2015
Objectif(s) avai(en)t été formulé(s)	90/90	Situations pour lesquelles au moins un objectif avait été formulé (les objectifs sont révisés tous les six mois). Quand un objectif est noté "atteint", cela n'est pas uniquement le fait de l'action du Dapsa mais également de l'ensemble des professionnels au contact d'une famille, et des patients eux-mêmes.
Objectif(s) atteint(s)	55	
Dont Orientations (une ou plusieurs par groupe familial)	15	
Pourcentage d'objectifs atteints (parmi les situations closes pour lesquelles au moins un objectif avait été formulé). Les orientations sont considérées comme des "objectifs atteints" mais sont comptabilisés à part afin de conserver une lisibilité sur cet item.	61 % (=55/90)	
<u>Objectifs non atteints:</u>	18	18 situations pour lesquelles au moins un objectif avait été formulé mais n'a pas été atteint. <u>Cela ne signifie pas nécessairement que la prise en charge ait été un échec</u> , parfois les patients déménagent, ou la concertation s'interrompt. Il y a eu 3 situations pour lesquelles nous nous étions fixés un objectif mais où l'intervention proposée a été refusée.
Perdu-e de vue - demandeur	5	
Perdu-e de vue - patients	5	
Déménagement	3	
Refus d'intervention	3	
Autre	1	
A la demande du patient	1	
Fin de nécessité d'intervenir	17	Signifie soit que le Dapsa se tenait présent pendant la période de crise mais que les professionnels ont pu travailler en autonomie (avec le DAPSA informé par souci de prévention primaire), soit que ce qui faisait « blocage » a disparu. Il ne s'agit pas d'un "échec", ni d'un "objectif atteint", ni d'une orientation, mais plutôt d'une fin de nécessité d'intervenir pour le Dapsa.
Nombre de situations closes, suivies par l'équipe mobile, par motif de sortie de file active	24	24 situations ont été closes en 2015. La fin d'intervention de l'équipe mobile ne signifie pas nécessairement que la coordination s'arrête également. 5 familles ont refusé la visite de l'équipe mobile.
Objectif(s) formulé(s)	24/24	Trois familles ont refusé l'intervention de l'équipe mobile, il n'y a donc pas eu d'objectif posé. Situations pour lesquelles au moins un objectif avait été formulé (les objectifs sont révisés tous les six mois) Quand un objectif est noté "atteint", cela n'est pas uniquement le fait de l'action du Dapsa mais également de l'ensemble des professionnels au contact d'une famille, et des patients eux-mêmes.
Objectif(s) atteint(s)	12	
Dont Orientations (une ou plusieurs par groupe familial)	4	
Pourcentage d'objectifs atteints (parmi les situations closes pour lesquelles au moins un objectif avait été formulé). Les orientations sont considérées comme des "objectifs atteints" mais sont comptabilisés à part afin de conserver une lisibilité sur cet item.	50 % (=12/24)	
<u>Objectifs non atteints :</u>	6	6 situations pour lesquelles au moins un objectif avait été formulé mais n'a pas été atteint. <u>Cela ne signifie pas nécessairement que la prise en charge ait été un échec</u> , parfois les patients déménagent, ne donnent plus de nouvelles, ne sont plus joignables ou estiment qu'ils n'ont plus besoin de notre intervention.
Perdu-e de vue – patient(e)(s)	3	
A la demande du patient	2	
Déménagement	1	
Fin de nécessité d'intervenir	1	Un objectif avait été posé mais la situation de blocage a été résolue rendant obsolète l'objectif qui avait été posé.
Refus d'intervention	5	

k) **Exemples de situations closes dans l'année**

Famille 1	
Année d'inclusion	2014
Partenaires impliqués lors de l'inclusion	Service social PMI Crèche Maternité
Objectifs de l'équipe mobile	Lors de la demande : Mettre en place un lien téléphonique avec la dame pour envisager une rencontre A 6 mois : proposer un espace de soutien pour la dame afin qu'elle puisse expérimenter le contact avec un professionnel dans un cadre non contraignant. FAIT (3 rencontres) la dame n'a pas voulu poursuivre A 12 mois : pas d'intervention depuis 6 mois sur ce dossier, il faut fermer coté madame, déjà fait pour monsieur (2014)
Motif de clôture équipe mobile	Perdu de vue patient
Objectifs de l'équipe de coordination	Lors de la demande : Faire médiation entre les professionnels A 6 mois : Essayer de permettre un croisement de regard entre professionnels naviguant entre banalisation et dramatisation afin de parvenir à une approche concertée. FAIT A 12 mois : Aucune information A 18 mois : Réfléchir à l'opportunité de clore le dossier
Motif de clôture Coordination	Fin de nécessité d'intervenir
Jours d'inclusion dans le réseau	613
Nombre d'interventions en 2015	8
Heures d'intervention en 2015	3
Orientations ou suivis mis en place pendant la période d'inclusion	AEMO CMP CSAPA

Famille 2	
Année d'inclusion	2014
Partenaires impliqués lors de l'inclusion	Service social ADEMI ASE
Objectifs de l'équipe mobile	Lors de la demande : Evaluer le développement de l'enfant, inquiétant selon le centre maternel qui ne dispose pas de personnel adapté. Madame a depuis quitté le centre maternel (d'abord pour aller chez sa mère puis en famille d'accueil) et a été rencontrée (chez la mère puis dans les locaux d'un partenaire pendant l'hébergement en famille d'accueil) pour soutenir le développement de l'enfant. A 6 mois : maintenir un lien et proposer des rencontres à l'enfant et à sa maman (très difficile au départ mais demande de la mère). Face à l'inquiétude de la psychomotricienne de l'équipe mobile par rapport au développement relationnel de l'enfant, tentative de mettre en place des rencontres régulières pour mieux repérer les difficultés en amont d'une orientation. FAIT (facilité par l'entrée au nouveau centre maternel en février 2015) Poursuite des rencontres pour évaluation et soutien au développement (va beaucoup mieux depuis l'accès au centre maternel et l'entrée en crèche)
Motif de clôture équipe mobile	Objectif atteint
Objectifs de l'équipe de coordination	Lors de la demande : Clarifier les relations entre les partenaires (ASE et le centre maternel)

	<p>A 6 mois : Accès aux soins de l'enfant, soutien des professionnels à la stabilisation de la famille (mobilité géographique excessive). FAIT</p> <p>A 12 mois : Soutenir les professionnels pour s'assurer de la continuité de prise en charge dans un contexte de changement de référent à l'ASE pour les jeunes majeurs</p> <p>A 18 mois : permettre la poursuite d'un travail partenarial sans le Dapsa</p>
Motif de clôture Coordination	Objectif atteint
Jours d'inclusion dans le réseau	531
Nombre d'interventions en 2015	71
Heures d'intervention en 2015	45
Orientations ou suivis mis en place pendant la période d'inclusion	Centre maternel PMI Crèche

Famille 3	
Année d'inclusion	2014
Partenaires impliqués lors de l'inclusion	HAD pédiatrique Equipe de liaison et de soins en Addictologie Maternité Service social PMI (en amont du suivi)
Objectifs de l'équipe mobile	<p>Lors de la demande : Proposer un soutien à la maman fragile et anxieuse et à son bébé (pleurs fréquents et grande irritabilité) après retrait de l'HAD et en anticipation du déménagement. S'assurer de l'accès aux soins de l'enfant. Introduire l'éducatrice spécialisée pour traiter les questions adultes.</p> <p>A 6 mois : Côté madame : proposer un accompagnement, un soutien suite à l'accident du bébé Côté bébé : suite à l'accident soutien téléphonique à la maman et soutien du projet de soins en maison médicalisée (centre rééducatif). Par la suite lien à faire avec ce centre pour visite sur place à l'enfant et évaluation de sa situation. Lien à faire avec les professionnels de l'équipe. FAIT Par la suite l'enfant est suivie au centre suite au retour de la psychomotricienne et de la kiné du centre, les visites s'interrompent. Jugement et placement de l'enfant en pouponnière avec lien fait avec le CAMSP pour prendre le relais du centre rééducatif. Retard dans la mise en place du CAMSP: intervenir à la pouponnière auprès de l'enfant en amont de son accès au CAMSP (séance de psychomotricité et soutien aux professionnels de la pouponnière + parents). FAIT Faire un bilan psychomoteur et relais sur CAMSP avant de se retirer. FAIT</p>
Motif de clôture équipe mobile	Objectif atteint
Objectifs de l'équipe de coordination	<p>Lors de la demande : Assurer une continuité en veillant à l'introduction de nouveaux intervenants adaptés sur le futur lieu de vie de la famille. veiller au maintien d'une attention portée à l'enfant.</p> <p>A 6 mois : Faire en sorte que les gens arrivent à travailler ensemble, car beaucoup d'intervenants avec besoin de se concerter car orientations différentes (pour les soins de l'enfant au sein de l'ASE). FAIT</p> <p>A 12 mois : Tenir la concertation afin de permettre à chacun d'accompagner les changements dans la situation famille (retour possible de l'enfant au domicile, changements d'intervenants).</p> <p>A 18 mois : l'enfant est au domicile depuis juin => introduire l'AED et la crèche dans le travail de partenariat avant de se retirer (en concertation avec la PMI)</p>
Motif de clôture Coordination	Objectif atteint
Jours d'inclusion dans le réseau	577
Nombre d'interventions en 2015	58
Heures d'intervention en 2015	33

Orientations ou suivis mis en place pendant la période d'inclusion	ASE AED PMI (suivi effectif) CAMSP Service de réanimation (APHP) Service pédopsychiatrique (APHP) Justice Pouponnière
--	--

Famille 4	
Année d'inclusion	2014
Partenaires impliqués lors de l'inclusion	Maternité Equipe de liaison et de soins en Addictologie
Objectifs de l'équipe mobile	Lors de la demande : rendez-vous proposé pour voir quelle serait la demande de la famille A 6 mois : Rencontrer le mari PAS FAIT mais la dame a été rencontré pour évaluer la solidité de l'arrêt de la consommation dans un contexte de maintien des consommations par le mari. Proposer des appuis possibles au couple.
Motif de clôture équipe mobile	Perdu de vue patient
Objectifs de l'équipe de coordination	Lors de la demande : Evaluer la situation pour le compte du partenaire. FAIT
Motif de clôture Coordination	Objectif atteint
Jours d'inclusion dans le réseau	288
Nombre d'interventions en 2015	2
Heures d'intervention en 2015	1
Orientations ou suivis mis en place pendant la période d'inclusion	Thérapie Familiale

Famille 5	
Année d'inclusion	2014
Partenaires impliqués lors de l'inclusion	Centre maternel Service social
Objectifs de l'équipe mobile	Lors de la demande : aller évaluer la situation au domicile, ne pas se laisser mettre à la place souhaitée par les partenaires (rester sur une mission d'évaluation des besoins)
Motif de clôture équipe mobile	Objectif atteint
Objectifs de l'équipe de coordination	Lors de la demande : assurer la continuité autour de la dame, mettre en lien et soutenir le partenariat entre le centre maternel que quitte la dame et le service social de son lieu de vie dans un contexte d'inquiétudes du centre maternel. PAS FAIT, le service social n'était pas preneur dans la mesure où la dame n'a pas encore fait de demande au service social. A 6 mois : S'assurer de l'accueil en crèche du Petit + s'assurer du suivi PMI par l'intermédiaire du service social. FAIT puis le demandeur s'est retiré
Motif de clôture Coordination	Objectif atteint
Jours d'inclusion dans le réseau	251
Nombre d'interventions en 2015	7
Heures d'intervention en 2015	2

Orientations ou suivis mis en place pendant la période d'inclusion	Crèche PMI CMP
--	----------------------

Famille 6	
Année d'inclusion	2014
Partenaires impliqués lors de l'inclusion	Service social PMI Maternité Service de psychiatrie
Objectifs de l'équipe mobile	Lors de la demande : Tenter d'entrer en contact malgré les conduites d'évitement
Motif de clôture équipe mobile	A la demande des patients
Objectifs de l'équipe de coordination	Lors de la demande : Se mettre en lien avec les professionnels positionnés autour de l'enfant et organiser un temps de concertation entre le service social de la maternité et la PMI suite à l'accouchement et aux inquiétudes de la maternité (qui a fait l'information à la CRIP). Par la suite proposer une équipe mobile pour madame pour ses poly consommations. A 6 mois : la famille a quitté le territoire pour éviter le placement. Rester présent en cas de retour. Recontacter les partenaires pour voir si madame refait surface ou fermer
Motif de clôture Coordination	Perdu de vue patients
Jours d'inclusion dans le réseau	183
Nombre d'interventions en 2015	65
Heures d'intervention en 2015	19
Orientations ou suivis mis en place pendant la période d'inclusion	ASE CRIP

Famille 7	
Année d'inclusion	2015
Partenaires impliqués lors de l'inclusion	CHRS Justice
Objectifs de l'équipe mobile	Lors de la demande : Soutenir la jeune femme enceinte dans son début de grossesse compte tenu de sa consommation et répondre à ses interrogations sur l'impact des consommations sur la grossesse et sur le devenir mère
Motif de clôture équipe mobile	Refus d'intervention
Objectifs de l'équipe de coordination	Lors de la demande : Faire lien entre le CHRS et l'équipe mobile
Motif de clôture Coordination	Fin de nécessité d'intervenir
Jours d'inclusion dans le réseau	163
Nombre d'interventions en 2015	2
Heures d'intervention en 2015	1
Orientations ou suivis mis en place pendant la période d'inclusion	Equipe de liaison et de soins en addictologie

7) Participation du Dapsa dans les instances d'autres structures

Le Dapsa est présent au sein de la Fédération des Réseaux d'Accès aux Soins d'Ile de France (FEDERASIF) et a participé à la constitution de la nouvelle structure régionale de groupement des réseaux de santé (RESIF). Par ailleurs le réseau est membre de l'association GEGA (Groupe d'Etude Grossesse et Addictions) et est suppléant à la commission d'instruction des réseaux (CIR).

La FEDERASIF

La FEDERASIF –Fédération des Réseaux d'Accès aux Soins d'Île-de-France-, a été créée afin de capitaliser et de mutualiser les expériences de travail et de soutenir les réflexions en cours, à la fois sur la formalisation des interventions relevant de l'accès aux soins et sur les évolutions à venir concernant la place des réseaux d'accès aux soins au sein des nouvelles organisations territoriales. La FEDERASIF constitue donc un espace de travail inter-réseaux permettant une mise en commun des réflexions, des ressources et des outils mobilisés par les réseaux d'accès aux soins. La FEDERASIF a notamment pour activité de défendre la pertinence et la spécificité de la thématique « accès aux soins » afin que celle-ci perdure indépendamment des évolutions à venir concernant l'organisation des réseaux de santé sur le territoire. La FEDERASIF est également en charge de la gestion et de l'évaluation des rémunérations spécifiques en psychologie dans les réseaux d'accès aux soins (cette enveloppe ayant pour objet de faire bénéficier aux patients d'un soutien assuré par des psychologues libéraux permettant de travailler l'acceptation et le suivi des soins).

En 2015 le Dapsa s'est fortement investi dans le travail mis en œuvre par la Fédérasif autour de deux axes :

- Gestion, administration, comptabilité de la Fédérasif : Après le départ du salarié de la Fédérasif et le déménagement de celle-ci fin juin 2014, le Dapsa accueille la Fédérasif (les archives et fournitures de bureau) et en a assuré la gestion et l'administration avec l'appui notamment des réseaux ASDES, Créteil Solidarité et DEPSUD-RAVMO. Par ailleurs le Dapsa assure les fonctions de trésorier de la Fédérasif et est donc en charge de sa gestion financière et comptable (là encore avec l'appui important du réseau ASDES qui assure les fonctions de trésorier adjoint).
- Réflexion autour de la constitution d'un centre de ressources régional « Santé et Vulnérabilité » : suite à l'injonction de regroupement des différentes fédérations thématiques de réseaux de santé (périnatalité, accès aux soins, gériatrie, maladies chroniques, ...) en une unique structure porteuse de l'ensemble des thématiques, la FEDERASIF a souhaité réfléchir aux modalités de poursuite du travail de capitalisation / mutualisation / conceptualisation des interventions d'accès aux soins auprès des populations vulnérables en situation complexe. Le Dapsa a participé activement à la réflexion, notamment en rédigeant le cahier des charges du projet qui a été confié au cabinet FORIS, puis par la suite en participant à l'ensemble des rencontres et travaux animés par ce cabinet. Le travail a abouti à une proposition de projet. Si l'objectif et les actions de ce centre de ressources constituent des aboutissements à ce travail, deux sujets resteront à traiter : la composition de ce futur centre de ressources reste à définir (certaines critiques concernent le risque de reconstitution de la FEDERASIF qui laisserait de côté les autres réseaux de santé – autres réseaux thématiques qui connaissent également des situations complexes nécessitant un travail d'accès aux soins - et les autres structures intervenant auprès de ces populations) ; le portage du projet (faut-il intégrer le centre de ressource au RESIF, ce qui permettrait de bénéficier des mutualisations de moyens mais enfermerai le centre dans un entre soi des réseaux de santé ? Faut-il créer une structure ad hoc, ce qui permettrait une large ouverture mais contraindrait à une recherche de financement spécifique?).

La clôture de la FEDERASIF est programmée au 1^{er} semestre 2016.

Le RESIF

Le Dapsa a participé activement à la constitution de la nouvelle structure, la médecin psychiatre coordinatrice ayant été membre du groupe de travail « gouvernance » en 2015. Le Dapsa est membre du collège périnatalité au sein de cette structure depuis février 2016.

Le GEGA

Le Dapsa est membre du Groupe d'Etude Grossesse et Addiction et participe à ce titre à l'administration et aux travaux de cette association. Statutairement, l'objet du GEGA est de « promouvoir, parmi les professionnels médico-psycho-sociaux confrontés au problème de l'abus de substances psychoactives pendant la grossesse et dans les familles, des actions de recherche, d'amélioration des protocoles de prise en charge, d'enseignement, d'information et de coordination en réseau des intervenants ». Les principales actions sont :

- Animation d'un diplôme interuniversitaire (DIU « Périnatalité et addictions » dispensé conjointement par les facultés de Paris VII, Strasbourg, Montpellier et Nantes)
- réflexions collectives sur nos pratiques de terrain

- présentations scientifiques
- journées thématiques

La Commission d'Instruction des Réseaux de santé

Il s'agit d'une instance consultative qui examine les demandes de financement des réseaux de santé d'Ile de France. Le Dr Taboada y est suppléante.

Conclusions

En 2015 le réseau a poursuivi ses différentes activités, avec une stabilité de la file active en coordination (148 familles pour 331 patients en 2014 contre 149 familles pour 338 patients en 2015).

Année de référence	Situations ouvertes au 1 ^{er} janvier de l'année	Situations ouvertes dans l'année	Total des situations incluses dans l'année	Situations closes dans l'année	Situation ouvertes au 31 décembre de l'année
2011					40
2012	40	64	104	54	50
2013	50	84	134	79	55
2014	55	93	148	89	59
2015	61*	88	149	90	59

* deux situations closes en 2014 ont dû être rouvertes en 2015

2015 a été une année de renforcement de l'équipe clinique (2014 avait à l'inverse été une année de départ !). Deux professionnelles ont rejoint l'équipe côté clinique. Une nouvelle cadre socio-éducative à temps plein dont un mi-temps est dédié à l'animation de la cellule d'appui 77 a été recrutée en janvier 2015. Une nouvelle psychologue clinicienne à mi-temps a été recrutée pour améliorer les capacités d'intervention de l'équipe mobile et participer aux actions transversales du réseau. Malgré un temps d'adaptation indispensable pour intégrer l'équipe salariée, ces postes ont peu à peu permis une augmentation des capacités d'intervention, ce qui a soulagé l'ensemble de l'équipe.

Du côté de l'administration et de l'organisation interne du réseau, 2015 a également été une année de progrès. Avec la mise en place d'un système d'information interne à l'association et le recrutement en octobre 2015 d'une assistante administrative à temps plein, le Dapsa a fait progresser ses outils (enregistrement de l'activité, base de données partenaires fiabilisée), sa communication, sa réactivité et l'ensemble de son organisation interne.

L'avenant qui avait permis au réseau de bénéficier de 50 000€ complémentaire attribués par l'ARS IDF (FIR) a permis, outre ce qui a été présenté dans la partie 5, une avancée importante de la départementalisation à travers la construction du projet d'accès aux soins des nouveau-nés vulnérables. La départementalisation qui a toujours été source de difficultés (moins de connaissance des territoires et des professionnels éloignés, difficulté à reproduire aux extrémités de l'Île de France le travail proposé à Paris et dans les départements limitrophes) a trouvé dans ce projet un nouvel élan, plus ciblé, avec des propositions de travail plus adaptées aux besoins et intérêts des partenaires.

Côté clinique nous avons constaté une diminution, sans doute temporaire, des interventions en direction des patients (diminution imputable au congé maternité de la psychomotricienne d'août 2015 à janvier 2016 et au temps d'adaptation des professionnels recrutés en 2015) et une augmentation importante des interventions en direction des partenaires. Les recours au réseau sont de mieux en mieux ciblés, les partenaires ayant repéré l'intérêt du réseau pour travailler dans la complexité, dans des situations mêlant les prises en charges des adultes et des enfants, des problématiques de santé somatique et psychique, des problématiques de parentalité, de protection de l'enfance, ... L'intérêt du réseau qui était souvent repéré du côté des problématiques des patients nous paraît être de mieux en mieux repéré pour ce qui concerne les problématiques des professionnels, avec des travaux de concertation de plus en plus conséquents. Par ailleurs, l'augmentation des recours au réseau pour des familles pour lesquels un travail important est à construire du côté des soins des enfants a complexifié les travaux de concertation et d'accès aux soins, rendant nécessaire un investissement supérieur de l'équipe en direction des partenaires, par rapport aux années précédentes.

Malgré la forte hausse d'activité côté coordination, nous avons maintenu l'ensemble des projets, ce qui favorise une synergie des actions (actions transversales, action de coordination et équipe mobile) qui permet :

- pour les ateliers, chantiers et autres actions transversales, 1) d'élargir la diffusion des informations en intégrant les partenaires, rencontrés dans le cadre des suivis cliniques, dans notre communication, 2) d'alimenter les travaux de réflexion et de croisement de regards professionnels à partir des problématiques cliniques observables dans le travail direct avec les familles et les partenaires, 3) de faire intervenir des partenaires rencontrés dans le cadre des travaux cliniques;
- pour l'équipe mobile, de ne pas travailler de manière isolée et de croiser l'évaluation directe avec l'évaluation croisée réalisée avec l'appui des différents intervenants, de façon à co-élaborer le projet de soins ;
- pour l'animation du travail de coordination, 1) de faire remonter, aux professionnels partenaires, l'évaluation directe réalisée par l'équipe mobile afin que les projets de soins concertés soient adaptés aux besoins et capacités des familles, 2) de constituer le groupe de partenaires grâce aux orientations réalisées par l'équipe mobile, notamment quand l'équipe mobile intervient auprès de familles en sortie de dispositifs, avec tous les relais à mettre en place, 3) d'intégrer, si nécessaire, dans le travail de coordination, des partenaires rencontrés dans le cadre de nos autres actions transversales.

Perspectives 2016...

- Nous souhaitons poursuivre les rencontres dans chaque département avec les réseaux périnataux et pédiatriques, les PMI, les ASE (et autres équipes intervenant dans le champ de la protection de l'enfance), les maternités et services de néonatalogie, les professionnels du champ des addictions. Rencontre avec des « équipes expertes » sur la thématique pour étude des freins et leviers au projet (ELSA Port Royal, ELSA Robert Debré, ELSA Louis Mourier, Hôpital du Vésinet, Hôpital Mère Enfant de l'Est Parisien, Centre Horizons).
- Nous prévoyons de travailler les possibilités d'appui au repérage des vulnérabilités maternelles en anténatal : des groupes de travail sur le « repérage des vulnérabilités maternelles » (dont alcool) à partir de l'auto-questionnaire développé par le Groupe d'Etude Grossesse et Addiction et/ou des soirées thématiques « grossesse et addiction » seront organisées. Ce travail est à réaliser par département, en partenariat avec les réseaux périnataux, selon les retours d'expérience du groupe qui a démarré en Seine et Marne fin 2015.
- Nous prévoyons de travailler la construction, par département, des modalités d'accès aux soins des nouveau-nés exposés à l'alcool pendant la grossesse : des groupes de travail sur les modalités pratiques d'inclusion des enfants exposés à l'alcool pendant la grossesse dans les réseaux pédiatriques pourront éventuellement être reconduits, à l'image des ateliers sur ce thème réalisés en 2015 avec l'appui de la Fondation de France. Ce travail serait idéalement à construire dans chaque département avec chaque réseau pédiatrique, cependant le cycle d'ateliers qui s'est achevé en février 2016 à Paris sur ce thème a été très lourd, tant en organisation qu'en préparation ou qu'en travail d'analyse réalisé par la suite. Nous ne pourrions probablement pas réitérer ce travail partout mais la proposition peut être maintenue.
- Ce cycle d'ateliers « accès aux soins des nouveau-nés exposés à l'alcool pendant la grossesse » étant arrivé à son terme en février 2016, une conférence de bilan est organisée (et déjà complète) pour présenter le travail réalisé à Paris et introduire le projet auprès des partenaires (tout public – 12 avril 2016). Une seconde date est d'ores et déjà à l'étude.
- Nous avons sollicité une évolution de la cellule d'appui 77 vers une « Cellule d'Appui Prévention Périnatalité Ile de France Est ». Les capacités d'interventions ayant été diminuées fortement depuis 2013, l'activité clinique du Dapsa étant régionale indépendamment de la cellule d'appui, les demandes d'inclusion adressées à la cellule d'appui ayant diminué, nous décidons de ne pas renouveler la demande de financement d'une équipe mobile 77 et orientons le travail vers l'appui au repérage des situations de vulnérabilités et vers le développement des partenariats locaux, en déclinant nos propositions autour des maternités de type 3 de l'Est francilien.
- Nous prévoyons de développer le système d'information côté nouveau-nés afin de mieux enregistrer les éléments qui nous parviennent côté bébé. Ce développement a abouti en février 2016.
- Nous souhaitons étudier les possibilités d'amélioration de notre site internet afin d'y mettre en valeur le travail de l'équipe et en particulier les écrits concernant nos ateliers et chantiers.
- Et bien sûr d'autres travaux cliniques (coordination, concertation, équipe mobile d'évaluation et d'orientation) pour l'accès aux soins des enfants concernés et de leurs parents !

Quelques points de comparaison avec 2014 :

INDICATEURS	2015	2014	Variation de 2014 à 2015	Commentaires éventuels
Nombre de situations familiales suivies par le réseau	149	148	↗	
- Dont nouvellement suivies dans l'année concernée	88	93	↘	
Nombre de familles rencontrées par l'équipe mobile	50	48	↗	
- Dont nouvellement rencontrées dans l'année concernée	24	20	↗	
Nombre de familles incluses au titre de la Cellule d'Appui 77	16	25	↘	
- Dont nouvellement incluses dans l'année	2	6	↘	
Nombre total de personnes suivies par le réseau (hors enfants à naître et hors enfants de plus de trois ans)	338	331	↗	
- Dont mères	86	93	↘	
- Dont pères	67	62	↗	
- Dont femmes enceintes	54	49	↗	
- Dont futurs pères	20	18	↗	
- Dont femmes	4	2	↗	Rares cas de femmes s'interrogeant sur l'opportunité d'une grossesse, dans un contexte de vulnérabilité psychique ou d'addictions
- Dont autres (ami, conjoint, grands-parents,...)	9	6	↗	
- Dont enfants de 0 à 3 mois	42	46	↘	
- Dont enfants de 4 à 12 mois	19	26	↘	
- Dont enfants de 13 à 24 mois	21	13	↗	
- Dont enfants de 25 à 36 mois	16	16	→	
Nombre d'enfants de plus de trois ans	64	204	↘	Changement de méthode en 2015 : on ne décrit plus les membres de la famille, on enregistre désormais que les enfants de plus de trois ans faisant l'objet d'un travail avec les partenaires
Nombre d'enfants à naître	54	49	↗	
Demandeurs, dont :				
PMI	27	27	→	
Maternité / néonatalogie	25	31	↘	
CSAPA	24	18	↗	
ELSA	14	10	↗	
Hébergement social	8	7	↗	
ASE/CRIP	7	9	↘	
Unité Mère Enfant	5	7	↘	
Centre maternel	5	4	↗	
Perso/Entourage	5	2	↗	
AED/ AEMO	5	1	↗	
CAARUD	4	8	↘	
HAD pédiatrique	4	8	↘	
CMP / CMPP / structures psy	4	5	↘	
Services sociaux	3	4	↘	
Hôpital / clinique (autres services)	3	1	↗	
Réseau de santé	2	2	→	
Crèche /modes de garde/ école	2	0	-	
Libéral	1	2	↘	
Pouponnière, MECS, Service de placement familial	1	0	-	
CAMSP	0	2	↘	
Départements d'origine des demandes				
Paris	102	92	↗	L'augmentation du nombre de familles (de 148 à 149) et du nombre de patients (de 331 à 338) est principalement le fait de la hausse d'activité à Paris. On observe en revanche une baisse d'activité en Seine et marne (côté clinique uniquement), en partie lié au remplacement des salariés
Seine et Marne	16	25	↘	
Yvelines	2	1	↗	
Essonne	0	1	↘	
Hauts de Seine	4	9	↘	
Seine Saint Denis	19	18	↗	
Val de Marne	6	0	-	
Val d'Oise	0	1	↘	

Autres	0	1	↓	ayant interrompue temporairement la dynamique de travail.
INDICATEURS	2015	2014	Variation de 2014 à 2015	Commentaires éventuels
Troubles ou inquiétudes – concernant les adultes - signalés par le demandeur au moment de la demande				
Troubles psy	68	51	↗	La catégorie « deuil » n'existait pas en 2014. Pour les autres types d'inquiétudes signalées par les partenaires, on constate une baisse des inquiétudes liées aux consommations d'alcool, de TSO et psychotropes prescrits et aux poly consommations. En revanche toutes les autres catégories sont en hausse, en particuliers les autres consommations de produits (qui s'accompagnent souvent de consommations d'alcool même si ce n'est pas enregistré comme une inquiétude signalée par le demandeur), les violences, les troubles conjugaux et les troubles psychiques.
SPA - alcool	59	120	↓	
Autre	43	22	↗	
SPA - cannabis	42	37	↗	
Violence	37	16	↗	
Troubles conjugaux	36	4	↗	
Autre conduites à risques	29	11	↗	
TSO et psychotropes prescrits	28	38	↓	
lien parent enfant	26	6	↗	
SPA - cocaïne et crack	21	4	↗	
SPA - opiacés	15	12	↗	
trouble somatique	14	11	↗	
Poly consommations	13	17	↓	
Deuil (la catégorie n'existait pas en 2014)	9	0	-	
SPA - Médicaments	6	2	↗	
Troubles ou inquiétudes – concernant les enfants - signalés par le demandeur au moment de la demande				
Petit poids / développement	35	31	↗	Les inquiétudes concernant les enfants sont relativement stables avec toutefois une augmentation importante de la catégorie « autre » qui recouvre des signes d'agitation, un vécu familial douloureux (exposition aux violences intrafamiliales), des inquiétudes liées aux antécédents des aînés, des troubles non encore étiquetés, des défauts d'investissement relationnel des parents...
Autre	32	18	↗	
Trouble du lien/ interactions	25	24	↗	
Développement fœtal	22	21	↗	
Négligence/ Besoins de base	21	25	↓	
Troubles psychologiques	19	13	↗	
Trouble somatique	13	13	→	
SAF / ETCAF diagnostiqué	4	4	→	
Maltraitance	0	1	↓	
Interventions du Dapsa en direction des patients :				
- Dont Visites à domicile	265	292	↓	L'activité directe en direction des patients a diminué d'environ 20% (19% en temps de travail et 22% en nombre d'interventions). Cette baisse générale est provoquée par le fort ralentissement de l'activité en Seine et Marne et dans une moindre part, par le congé maternité de la psychomotricienne d'août à septembre 2015.
- Dont Echanges téléphoniques, courriers, SMS, mails	689	938	↓	
- Dont Autres	20	29	↓	
Heures d'intervention en direction des patients	867	1071	↓	
Interventions du Dapsa en direction des partenaires :				
- Dont Echanges téléphoniques, courriers, SMS, mails	1751	1261	↗	Côté coordination l'activité est en nette augmentation, notamment du fait du recrutement d'une salariée dont un mi-temps permet de soutenir ce travail. L'autre mi-temps étant dédié aux actions en Seine et Marne.
- Dont réunion (RCP, synthèses,...)	95	86	↗	
- Dont Autres	211	93	↗	
Heures d'intervention en direction des partenaires	1501	1189	↗	
Heures de travaux cliniques en interne				
	2460	1698	↗	Echanges cliniques en interne, réunion, supervision, suivi et tenue des dossiers,...
Nombre de situations closes dans l'année :				
- Dont objectif atteint	55	56	↓	Les chiffres sont stables par rapport à 2014. Nous commençons l'année 2016 avec 59 familles en file active.
- Dont objectifs non atteints	18	16	↗	
- Dont fin de nécessité d'intervenir	17	17	→	
Nombre de situations closes dans l'année et suivies par l'équipe mobile :				
- Dont objectif atteint	12	7	↗	Il y a eu davantage de situations closes en 2015 qu'en 2014. Nous commençons l'année 2016 avec 26 familles suivies par l'équipe mobile.
- Dont objectifs non atteints	6	5	↗	
- Dont fin de nécessité d'intervenir	1	1	→	
- Dont Refus d'intervention	5	3	↗	

1) Accueil téléphonique par un membre de l'équipe de coordination :

- Poste dédié à la réception des demandes avec fiche appel à disposition
- Réunir les informations disponibles (Quels sont les problèmes repérés ? Qui sont les différents intervenants présents autour de la situation ? Le demandeur a-t-il une inquiétude particulière ? Quelle est la demande ?)

2) Séance de réflexion collective (interne au Dapsa) :

- La situation correspond-elle aux critères d'inclusion du Dapsa ?
- NON** (hors situation de parentalité ou enfant de plus de trois ans) → Traitement de la demande pour suggérer au demandeur un lieu plus adapté pour les patients
- OUI** → Quelle est la problématique (a priori) de la famille et de chacun de ses membres ? / Quelle est la problématique (a priori) du demandeur, pourquoi appelle-t-il, que demande-t-il, quelles sont les difficultés exprimées et celles plus implicites ? Qui sont les autres intervenants, qu'est-ce qui est mis en place autour de la situation ?
- On décide ensuite du ou des professionnels du Dapsa qui s'occuperont de la situation, en fonction des disponibilités de chacun, en fonction de la problématique (du type de demande, du type de problématique clinique), en fonction des éventuelles habitudes de travail avec le demandeur en question, en fonction des qualifications et expériences professionnelles des intervenants (psychologue, éducatrices spécialisées, psychomotricienne, psychiatre).**

Dispose-t-on de tous les éléments nécessaires pour faire une proposition pertinente ?

OUI

NON

3) Proposition :**A) EVALUATION DE LA SITUATION**

- Contacter les différents intervenants
 - Essayer de réunir les informations manquantes pour clarifier la situation
 - Evaluer avec le demandeur et éventuellement les autres intervenants les besoins de coordination (information / recherches / orientation/ soutien / concertation / concertation avec équipe mobile d'évaluation et d'orientation en intervention directe auprès de la famille).
- Il s'agit là de possibilités mais l'évaluation peut prendre des formes diverses.

4) Propositions :

Emettre une proposition adaptée soit directement après la séance de réflexion collective interne au Dapsa, soit après évaluation de la situation avec le demandeur et éventuellement les autres intervenants.

B) ATTENTE ACTIVE

Correspond à des situations pour lesquelles il n'est pas pertinent que le réseau agisse pour le moment défini bien qu'il reste en alerte sur ces situations signalées en attente d'un déblocage, ou autre.

C) INFORMATION / RECHERCHES

C'est la proposition qui sera faite s'il s'agit d'un simple besoin d'information (recherches cliniques bibliographique, recherches diverses, recherches d'intervenants ou de lieux adaptés à la problématique et dont les critères d'inclusion correspondent à la situation de la famille et à ses envies, capacités, recherche de partenaire pour appuyer le travail du demandeur).

D) ORIENTATION

C'est la proposition qui sera faite, après recherche par l'équipe du Dapsa, s'il existe un lieu adapté à la situation et que les patients (groupe familial) sont dans des dispositions leur permettant de s'inscrire dans le dispositif de soins. Le travail de coordination sera de mettre en lien (la famille), le demandeur et éventuellement les autres intervenants avec la structure en question. Un travail de médiation envers les intervenants peut être effectué pour introduire les patients dans de bonnes conditions et préparer leur accueil en amont de la prise en charge.

E) CONCERTATION (chaque situation familiale pour laquelle une concertation est mise en place donne lieu à la formulation d'au moins un objectif que le Dapsa se fixe pour favoriser l'accès aux soins pour la famille concernée. Ces objectifs sont révisés tous les six mois, c'est-à-dire poursuivis, reformulés ou renouvelés)

La concertation consiste à organiser la réflexion collective du groupe de soignants concerné par une même situation (s'il existe déjà, sinon il faut contacter et réunir les différents professionnels concernés). Le Dapsa anime les séances de RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) ou y est convié. Chacun expose où il en est de la situation, le travail qu'il effectue auprès de la famille ou de l'un de ses membres, chacun expose ses difficultés ou inquiétudes, ce qu'il connaît des désirs, capacités et limites de la famille. Les différents professionnels mettent à plat ce qui existe (en termes de prise en charge) pour chaque membre de la famille et ce qui est perçu comme un besoin, un manque, un défaut d'accès aux soins. On intègre les intervenants qu'il serait utile de solliciter pour prendre en charge la famille ou l'un de ses membres. Chaque RCP donne lieu à un compte rendu diffusé à l'ensemble des intervenants. Un compte rendu écrit ou oral sera également fait à la famille par l'un des membres du groupe de soignants. Il s'agit d'une description de la concertation telle que nous l'envisageons, dans les faits chaque situation donne lieu à une adaptation.

Impact recherché :

Les intervenants pourront ainsi appuyer leurs décisions individuelles sur une meilleure compréhension de la situation (croisement de problématiques cliniques – parentalité, petite enfance, périnatalité, addictions, santé mentale,...- et croisement de problématiques individuelles : les parents, les enfants). Ils pourront certainement nuancer leurs inquiétudes une fois informés du travail effectué par les autres professionnels et se recentrer sur leurs missions, leur champ de compétence. Ils pourront également adapter leur posture professionnelle afin de favoriser le bon déroulement des prises en charge et établir ou maintenir une relation clinique en bonne intelligence avec leurs patients et leurs partenaires professionnels.

La concertation peut prendre différentes formes en fonction de la nature des problématiques (dans la réalité ces différentes formes se superposent, se mélangent ou se succèdent) :

S'il s'agit d'un besoin de relais il s'agira de **FAIRE PASSERELLE** entre les professionnels actuellement autour de la famille et ceux qui prendront la suite. S'il s'agit d'un besoin de continuité, de clarté, il s'agira de faire un travail de **SECRETARIAT**, c'est-à-dire de réunir et faire circuler (en filtrant les informations qui n'ont pas à circuler) les informations nécessaires au bon déroulement des prises en charge, auprès des différents intervenants concernés.

S'il s'agit d'un besoin de cohésion (du fait de désaccord entre les différents professionnels, de conflits entre partenaires, de messages incompatibles ou contradictoires transmis à la famille) il s'agira plutôt de mettre en place un travail de **MEDIATION**, afin de faire en sorte que chacun comprenne et entende le travail des autres. Il s'agira de rechercher une forme de consensus sur la stratégie clinique à mettre en place autour de la famille.

S'il s'agit d'un besoin de cohésion (du fait de l'incompréhension réciproque entre professionnels de secteurs très différents et ayant des missions, priorités, limites, philosophie d'action et patientèles très différentes), alors il s'agira plutôt de mettre en place un travail de **TRADUCTION**, pour s'assurer que tous se comprennent et puisse travailler en bonne intelligence.

S'il s'agit d'un besoin d'être rassuré (relativement à des inquiétudes concernant l'enfant, son ou ses parents), conforté dans sa pratique professionnelle, ou d'un besoin d'être conseillé, il s'agira plutôt de mettre en place un travail de **SOUTIEN AUX PROFESSIONNELS**.

F) CONCERTATION AVEC EQUIPE MOBILE D'EVALUATION ET D'ORIENTATION – EMEO (chaque situation familiale pour laquelle une concertation et une équipe mobile sont mises en place donne lieu à la formulation d'au moins un objectif par concertation et d'au moins un autre objectif par EMEO, que le Dapsa se fixe pour favoriser l'accès aux soins pour la famille concernée. Ces objectifs sont révisés tous les six mois, c'est-à-dire poursuivis, reformulés ou renouvelés)

Si on se trouve l'une des situations nécessitant une concertation (D) et qu'en plus les professionnels constatent certains de ces éléments :

- que la situation entre dans le cadre des conventions de financement des équipes mobiles (ARS PPS – PPPE et DFPE – EMEO) ;
 - que la famille ne peut pas faire les démarches indispensables à l'accès aux soins de ses membres ;
 - qu'il y a une absence de prise en charge, éventuellement un refus de prise en charge de la part de la famille ;
 - qu'il y a persistance des inquiétudes du fait de l'absence d'intervenants prenant en charge la problématique « inquiétante » ;
 - qu'il est nécessaire que le Dapsa mette en place une évaluation des besoins de prise en charge de la famille ;
 - que la famille ou certains de ses membres ont besoin de soutien psychologique, de soutien dans leur fonction parentale, ou besoin d'un accompagnement psycho éducatif ;
 - qu'il est nécessaire pour les professionnels (demandeur et autres intervenants) que le Dapsa mène une action de prévention auprès de la famille et effectue un repérage précoce des éventuels dysfonctionnements dans les relations familiales (interactions, liens parent(s) - enfant(s), prévention du développement psychomoteur de l'enfant ou des enfants) ;
 - qu'il est nécessaire de recenser le projet de la famille ou de l'aider à élaborer un projet de soins cohérent (qui intègre les différentes problématiques cliniques et individuelles des membres de la famille et qui correspondent aux besoins, désirs et capacités de la famille à s'inscrire dans ces prises en charges) :
- Alors une EMEO pourra être mise en place en complément de la concertation. L'EMEO peut comporter l'évaluation de la situation par un ou deux professionnel(s) du Dapsa, un accompagnement psycho éducatif, du soutien à la parentalité, du soutien psychologique, de la réassurance, de la prévention et un repérage précoce des troubles du lien parent(s) – enfant(s), un repérage des difficultés de l'enfant (notamment ses compétences psychomotrices), de l'aide à l'élaboration d'un projet de soins.

Articulation entre concertation et EMEO :

- Le professionnel du Dapsa en charge de l'EMEO ne participe pas aux concertations et n'est pas en lien avec les autres intervenants (il ne fait pas partie du groupe soignant étant donné sa mission d'évaluation/repérage/accompagnement/soutien). C'est un second professionnel qui est en charge de la concertation.
- En interne un tiers joue alors le rôle de filtre à l'occasion d'une supervision organisée entre l'intervenant en charge de l'EMEO et l'intervenant en charge de la concertation afin que seules les informations utiles ne circulent entre eux (avant de circuler au sein du groupe de professionnels participant à la concertation). Tous les professionnels n'ont pas à disposer de l'ensemble des informations cliniques et biographiques sur les familles, en vertu des dispositions médico-légales mais également par nécessité pratique. Il faut préserver la relation de confiance entre les intervenants et la famille et ne pas étaler l'ensemble de la biographie familiale. Les spécificités du travail à domicile, dans l'intimité des familles, nécessitent une attention particulière et une application rigoureuse des principes du secret partagé. Si les soignants présents dans la concertation connaissent (croient déjà connaître) les patients, ils n'ont plus de chance de se rencontrer, c'est-à-dire qu'il n'y a plus de place pour s'écouter, se comprendre et se croire. Il est nécessaire pour établir de bonnes relations soignants – patients que les patients puissent conserver toute latitude sur le choix de ce qu'ils disent, le choix de ce qu'ils taisent, le choix de ceux à qui ils le disent et de ceux à qui ils le taisent.
- le professionnel en charge de la concertation centralise donc les informations dont le groupe soignant a besoin et permet ainsi d'apporter un avis complémentaire et singulier (observations réalisées hors cadre institutionnel). Il peut également expliquer les difficultés d'accès aux soins de la famille, expliquer ses refus, ses envies, questionner ce qui serait nécessaire et ce qui serait envisageable (après évaluation par le professionnel du Dapsa en charge de l'EMEO des besoins, capacités et désirs de la famille).
- Le professionnel en charge de la concertation effectue, en plus de son rôle d'interface entre le groupe soignant (le demandeur et les autres intervenants) et l'équipe mobile du Dapsa, le travail d'animation de la concertation présenté plus haut (D).

Impact recherché :

Les intervenants ont une meilleure compréhension de la situation. Côté partenaire, ils savent ce que font les autres professionnels et pourquoi ils le font. Ils comprennent mieux les capacités et limites des partenaires soignants. Une fois que le groupe a connaissance des missions de chacun, des contraintes qui pèsent sur leurs prises en charge et de la philosophie d'action propre à chaque structure, ils sont plus indulgents les uns envers les autres, et peuvent disposer d'éléments permettant de les rassurer sur les dimensions cliniques extérieur à leur propre champ de compétence. Côté patients, ils comprennent mieux les problématiques de chaque membre de la famille (santé mentale, addiction, compétences parentales, interactions parent(s) – enfant(s), développement psychomoteur et psychologique de l'enfant). Ils ont une meilleure idée des désirs de la famille, de ses besoins, de ses capacités, de ses limites,...

Les soignants peuvent ainsi adapter leurs postures professionnelles et leurs décisions, et ce de façon individuelle (c'est-à-dire chacun dans son domaine de compétence).

Le travail partenarial pourra alors se dérouler en bonne intelligence.



Si l'équipe constate :

- que l'objectif est atteint
- qu'il y a inscription du ou des patients dans un soin pérenne
- qu'il y a résolution de la crise
- qu'il y a un refus d'intervention de la part de la famille
- qu'il y a eu déménagement de la famille (en-dehors du territoire couvert par le réseau)

Si l'équipe constate :

- une demande de poursuite de l'intervention par les partenaires ou les patients
- l'intégration de nouveaux soignants dans la concertation
- une nouvelle grossesse ou une évolution de la situation des enfants nécessitant la poursuite du travail
- un déménagement nécessitant un renouvellement du groupe soignant participant aux concertations
- que l'objectif n'a pas été atteint, n'est pas atteignable ou n'est plus adapté et qu'il est donc modifié
- qu'il est nécessaire de se fixer de nouveaux objectifs



ARRET DE L'INTERVENTION



POURSUITE DE L'INTERVENTION

Une petite histoire de suivi par l'équipe mobile

Appel de la PMI. Les parents se sont présentés en état d'ébriété à la crèche pour venir chercher leur enfant. Réunion 15 jours après : la crèche a envoyé une information préoccupante à la CRIP qui charge le PMI et le service social d'une évaluation de la situation de l'enfant. La petite fille va bien, mais le comportement de ses parents est préoccupant. Rencontrés à leur domicile, les deux parents considèrent différemment la question de l'alcool : pour Madame, elle n'était pas ivre. Et elle ne boit de l'alcool qu'en mangeant, ce qui n'est pas un problème. Pour Monsieur, c'est un problème... celui de Madame. L'histoire de la grossesse et des premiers mois de l'enfant sont connus et ont été accompagnés par différentes équipes.

Au moment de l'appel au DAPSA, le seul interlocuteur professionnel est la crèche. Après la réunion qui réunit la PMI, la Crèche et le Dapsa, les parents sont informés de la mise à disposition de l'équipe mobile du DAPSA. Ils peuvent contacter eux-mêmes le DAPSA ou laisser un numéro où le DAPSA peut les joindre. Madame donne son numéro. Il est décidé qu'une éducatrice spécialisée prenne contact avec elle, dans l'objectif d'accompagner Madame vers des soins, en priorité somatiques, car son état physique inquiète énormément. L'idée est d'associer peut-être la sage-femme qu'elle connaît et qu'elle semblait apprécier, qui connaît son état de santé. Lors du premier contact téléphonique, Madame insiste sur la présence indispensable de Monsieur pour une première rencontre. Nous décidons donc de proposer un binôme de deux éducatrices, afin de permettre éventuellement à chacun des parents d'avoir son interlocuteur.

Peu avant le rdv fixé, Monsieur appelle au Dapsa. Je lui réponds. Il est très inquiet et appelle sur conseil de la puéricultrice de PMI. Sa compagne est alitée, ne peut plus s'occuper de leur enfant. Il a manqué son travail pour emmener la petite à la crèche. La PMI l'aide à trouver un relais avec une assistante maternelle en urgence, mais il ne sait pas quoi faire pour Madame, qui refuse tout, ne veut pas se lever, s'alimenter, de boire. Elle ne répond plus aux sollicitations de son enfant. En l'interrogeant, je comprends que Madame a arrêté brutalement de boire de l'alcool depuis deux jours et que son état se dégrade rapidement. S'ensuit une série d'échanges téléphonique où il me tient au courant de ses démarches. Sur mes conseils, il appelle le 15, qui envoie le SAMU, qui emmène Madame à l'hôpital. Il s'organise pour son travail et pour l'enfant.

Suite à cet épisode, Monsieur accepte une rencontre. Nous nous verrons à 6 reprises, avec plusieurs semaines d'intervalle entre chaque rencontre. Toujours à l'extérieur, de préférence dans un parc, parfois, lorsqu'il est trop « speed », comme il se décrit lui-même, en marchant dans le quartier où il habite.

Monsieur est d'abord préoccupé de ses droits... et nous commençons par tenter d'élucider cette question. Ses droits sur son appartement (il héberge madame, et se demande s'il peut lui demander de partir... éventuellement), ses droits vis-à-vis de son enfant (bien que les deux parents se disent séparés, sans vie conjugale, ils vivent avec leur enfant sous le même toit depuis la naissance de celle-ci. Que se passerait-il si Madame accédait à un hébergement personnel ? La réflexion porte sur sa position paternelle : en tant que père que souhaite-t-il ? Pour sa fille, qu'est-ce qu'il lui semble le mieux ? Pour lui-même, que se sent-il capable de faire, quelles sont ses limites, voire ses impossibilités ?

Je lui apporte des éléments de droit, des pistes pour aller se renseigner (la maison du droit, les conseillers juridiques dans les mairies...) et le renvoie aussi vers l'appui qu'il peut trouver auprès des professionnels compétents pour discuter avec lui de tels ou tels sujets (l'équipe qui évalue la situation de l'enfant dans le cadre d'une mesure judiciaire, la pédopsychiatre qui a suivi l'enfant et ses parents durant plusieurs mois, l'assistante sociale de secteur...)

Au travers de ces projections vers un avenir sinon meilleur du moins différente de la situation actuelle, Monsieur évoque par bribes son actualité : son travail qu'il abandonne pour relayer Madame auprès de l'enfant, son agacement, son agressivité, ses mouvements de violence envers Madame qui ne fait plus rien, son sentiment d'être pris au piège dans un conflit interne qui le déchire : quitter cette femme insupportable qui l'accule et ne pas faire de mal à la mère de son enfant.

Monsieur fait part de quelques éléments de son histoire personnelle, évoque les solutions qu'il trouve pour s'échapper un peu et se protéger (il s'installe un lit dans la cave pour s'éloigner quand Madame l'énerve trop et que s'enfermer dans son salon ne suffit pas « pour éviter de lui taper dessus », il boit de la bière, mais cela l'énerve, il fume du cannabis, et cela l'apaise)

Je ne sollicite rien, mais je le renvoie vers un travail possible pour faire des liens, comprendre la position dans laquelle il est engagé et dans laquelle il se sent mal... peut-être pour en sortir, s'il le souhaite un jour...

Un travail d'orientation commence. Nous évoquons les suivis qu'il a déjà expérimentés (au décours d'une incarcération, puis pour une toxicomanie ancienne), l'idée d'une psychothérapie l'intéresse. Il dit avoir besoin de parler, cela lui fait du bien. Et il souhaite limiter sa consommation d'alcool, qui lui pose problème finalement... je lui explique les différentes formes de soin

possibles sur Paris (libéral, hospitalier, associatif, payant ou d'accès gratuit, avec telle ou telle approche théorique, telle ou telle forme de travail, telle ou telle composition d'équipe, telle ou telle proximité géographique de son domicile, de son travail...) Monsieur peut faire son marché... Il choisit un CSAPA spécialisé « alcool » où il pourra rencontrer un psychologue avec qui parler. Il a entrepris de prendre un avocat, et il a trouvé un nouvel emploi dont les horaires lui permettent d'emmener sa fille à la crèche et d'aller la chercher le soir, si la mère de celle-ci ne peut pas le faire...

Ce suivi imaginé initialement pour Madame a pris une tournure inattendue. Malgré quelques contacts, Madame ne s'est pas saisie de la proposition... C'est le père de l'enfant qui y a trouvé une opportunité de s'interroger sur sa posture et ses responsabilités paternelles et d'y trouver motif pour réinterroger son parcours personnel, avoir envie de prendre soin de lui-même et de sa santé.