



Association DAPSA

RESEAU DAPSA

DISPOSITIF D'APPUI A LA PERINATALITE ET AUX SOINS AMBULATOIRES

RAPPORT D'ACTIVITE 2016

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

Présentation du réseau DAPSA

Bref rappel du contexte de travail

- 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) Direction des Familles et de la Petite Enfance (Conseil général de Paris)
 - c) Fondation de France (reliquat 2015), ateliers « Accès aux soins des nouveau-nés exposés à l'alcool pendant la grossesse »
 - d) Cellule d'Appui Périnatalité Ile de France, financement « Prévention Promotion de la Santé » (ARS Ile de France)

- 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 de l'accès aux soins des nouveau-nés vulnérables

- 6) Bilan des activités cliniques en 2015
 - a) File active 2016
 - b) Les demandes d'inclusion
 - c) Données sociodémographiques concernant les familles
 - d) Analyse des freins à l'accès aux soins que le DAPSA et les partenaires essaient de lever ou de contourner
 - e) Axes de travail développés par le DAPSA, en direction des familles et des partenaires, suite à l'évaluation de chacun des situations
 - f) Les partenaires et structures impliqués dans les travaux de concertation
 - g) Les orientations ou suivis mis en place pendant l'inclusion dans le réseau DAPSA
 - h) Analyse des situations closes en 2016
 - i) Les interventions des salariés en 2015

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

Conclusion

ANNEXE 1 / COMPARAISON 2014 /2015 / 2016

ANNEXE 2 / PROTOCOLE DE TRAITEMENT DES SITUATIONS CLINIQUES

ANNEXE 3 / RECIT D'UNE SITUATION ACCOMPAGNEE PAR L'EQUIPE MOBILE EN 2016

ANNEXE 4 / ARTICLE « ET LE PETIT IL VA COMMENT ? »

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 Florence Sahraoui, 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

Bref rappel du contexte de travail

Le Dapsa est un réseau de santé régional dont l'objectif est de favoriser l'accès aux soins de groupes familiaux de la période prénatale aux trois ans de l'enfant. Les familles sont incluses à la demande de professionnels quand un ou plusieurs membres du groupe familial présentent des besoins non-couverts en termes d'accès aux soins du fait d'une situation dite complexe. Le Dapsa intervient dans des périodes de crise ou de transition pour les familles autant que pour les professionnels.

Cette complexité se caractérise par la combinaison de différents freins à l'accès aux soins qui peuvent être liés aux patients eux-mêmes (mobilité géographique, rejet des propositions de soins, non-demande, manque d'assiduité, difficultés à aller vers, difficulté à prendre des décisions, à formuler une demande pour soi-même ou pour l'enfant, troubles relationnels...) ou le fait des professionnels (manque d'information, manque de connaissance des partenaires potentiels, représentations, difficulté dans le travail en partenariat, manque de continuité...). Ces difficultés d'accès aux soins génèrent une complexité alimentée également par le croisement de différentes problématiques cliniques, sociales, psychiques concernant différents membres d'un groupe familial. Par ailleurs le désordre à l'intérieur de ces familles se rejoue souvent au sein des équipes et dans les relations entre partenaires mettant en difficulté le travail. Chaque professionnel ou établissement étant porteur d'une partie de l'histoire de la famille (de sa mise en récit) possiblement en contradiction ou en dissonance avec les parties à la disposition des autres partenaires, la reconstitution de la situation globale peut s'avérer nécessaire.

L'intérêt du réseau est d'intervenir en appui des professionnels qui interviennent auprès des familles. L'intervention d'appui revêt différentes formes dont l'objectif est de permettre un travail concerté entre les différents professionnels intervenant auprès de la famille (auprès des enfants, auprès des adultes / concernant des problématiques somatiques, psychiques, socio-éducatives). Il s'agit de réunir les différentes parties prenantes à la prise en charge de la famille afin de constituer un groupe soignant permettant une évaluation croisée de la situation familiale et l'élaboration d'un projet d'accès aux soins pour chaque membre de la famille tenant compte à la fois des enjeux, missions et moyens d'actions de chaque structure et à la fois des besoins et capacités de chaque membre de la famille.

Les intervenants pourront ainsi appuyer leurs décisions individuelles sur une meilleure compréhension de la situation. L'idée est de faire en sorte que les professionnels confrontés à des situations complexes ne se sentent pas seuls et ne soient pas envahis par des problématiques débordant le cadre de leur possibilité d'intervention. Savoir que d'autres partenaires interviennent sur les autres problématiques permet à chacun de travailler plus sereinement sur son propre champ de compétence. Le réseau ne se positionne pas en coordinateur pilote mais crée un espace de réflexion pluridisciplinaire pour permettre la constitution d'un groupe soignant. Par ailleurs, le réseau contribue à la circulation des informations et participe au maintien de liens entre les partenaires constituant ainsi un réseau ad hoc autour de chaque famille.

Le réseau dispose également d'une équipe mobile d'accès aux soins permettant éventuellement un travail d'évaluation, de soutien et d'orientation avec les familles en parallèle du travail réalisé par le groupe soignant.

Par ailleurs, à partir des problématiques et des besoins que repèrent les professionnels du réseau et les partenaires, le Dapsa organise régulièrement des rencontres pluridisciplinaires en dehors de l'accompagnement de situations familiales précises. Les finalités sont ici de développer une interculturelité professionnelle, de favoriser le développement d'interconnaissances nécessaires entre partenaires de champs différents et de permettre aux professionnels de se former à partir de travaux de réflexion portant sur des thèmes impliquant divers champs d'intervention (périnatalité, petite enfance, protection de l'enfance, addiction, santé mentale, insertion, ...).

Pour remplir ces missions, le Dapsa s'appuie à la fois sur une équipe pluridisciplinaire d'horizons variés (sage-femme, éducatrices spécialisées, assistante sociale, psychomotricienne, psychologues, psychiatre) permettant une connaissance des métiers et contextes de travail des partenaires, et sur une connaissance fine de l'offre de soins en Ile de France. Le Dapsa dispose ainsi d'une expertise en termes de constitution et d'animation de groupes soignant pluridisciplinaires.

1) Personnels et temps de travail

Equivalent Temps Plein selon personnels et projets	Financement "Réseau de Santé" (ARS FIR-ACORS)	Financement "Direction des Familles et de la Petite Enfance" (CG75)	Financement "Cellule d'Appui Périnatalité Ile de France" (ARS PPS)	Financement "Fondation de France" (reliquat 2015)	Total par personnel
Directeur	0,9250	0,0000	0,0000	0,0750	1,0000
Assistante administrative	0,7542	0,1000	0,0750	0,0708	1,0000
Médecin psychiatre coordinatrice	0,3208	0,0250	0,0458	0,0083	0,4000
Cadres socio-éducatives (3 salariées)	1,9375	0,4750	0,2875	0,0000	2,7000
Psychologues cliniciennes (2 salariées)	1,0000	0,4000	0,0000	0,0000	1,4000
Psychomotricienne	0,2958	0,1500	0,0000	0,0000	0,4458
Sage-Femme	0,2000	0,0000	0,0000	0,0000	0,2000
<i>Total par projet en 2016</i>	5,4333	1,1500	0,4083	0,1542	7,1458

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 inclus dans le système d'information, site internet renouvelé en 2016) 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 et les autres partenaires positionnés du côté des enfants. 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 est responsable de l'animation de la cellule d'appui périnatalité Ile de France.

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.

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.

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

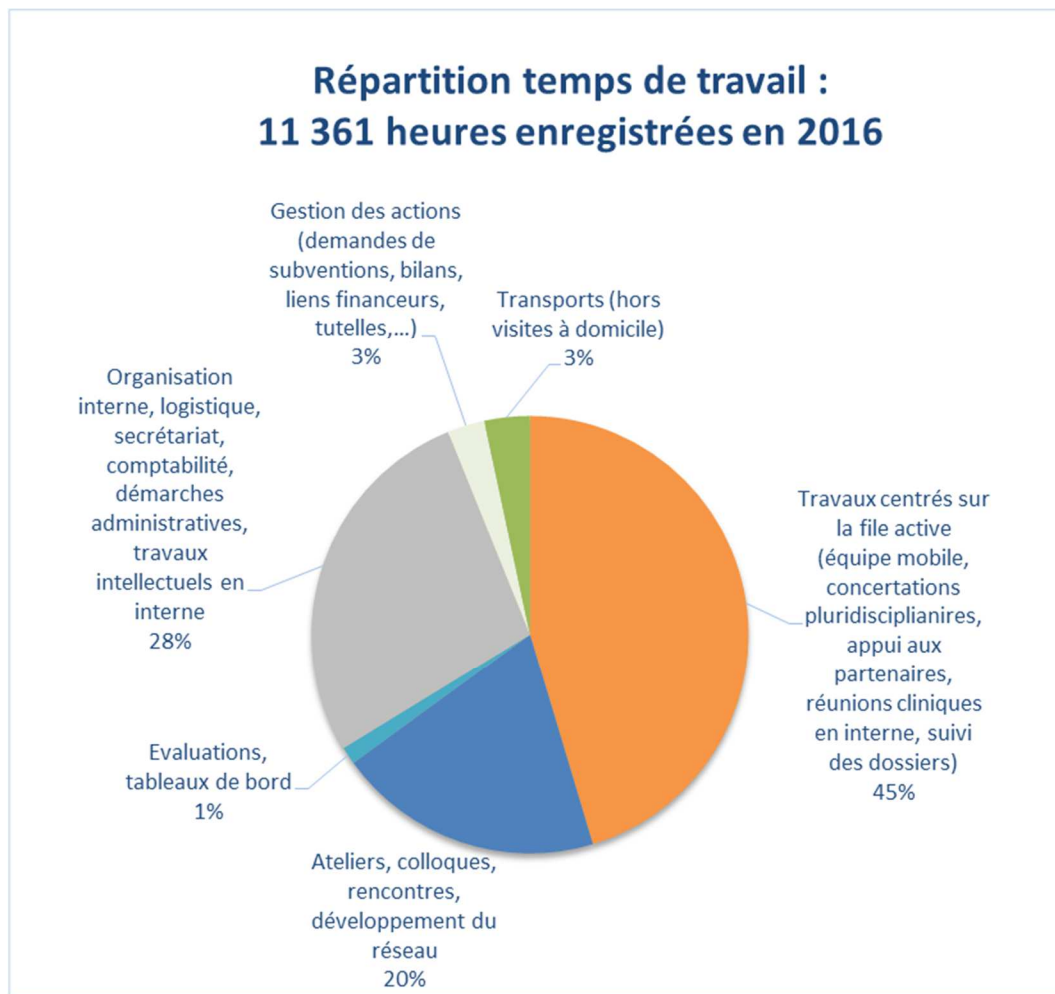
Ni départs, ni recrutements ne sont intervenus en 2016.

c) Formations professionnelles suivies par les salariés :

Directeur	Journées d'Etudes Pratiques sociales : « Handicap, réalités d'une fiction » (3 jours, novembre 2016, Suresnes)
Psychomotricienne	IFAB « Formation au bilan sensori-moteur André Bullinger », Brest, 2015 - 2016
Cadres socio-éducatives (3 salariées)	Journées d'Etudes Pratiques sociales : « Handicap, réalités d'une fiction » (3 jours, novembre 2016, Suresnes) (1 salariée) Séminaire psychanalytique de Paris « L'enfant déchiré », 10 mars 2016, Paris (2 salariées) ANECAMSP, « Les troubles causés par l'alcoolisation fœtale, des handicap évitables », 9 septembre 2016, Paris (1 salariée)
Psychologue clinicienne (2 salariées)	Sainte Anne Formation « Observation d'un bébé dans sa famille selon la méthode d'Esther Bick », Paris, 2014- 2016 (1 salariée) COPES « Alimentation et petite enfance » mars-avril 2016, 4 jours, Paris, (1 salariée) ANECAMSP, « Les troubles causés par l'alcoolisation fœtale, des handicaps évitables », 9 septembre 2016, Paris (1 salariée)

Trois salariées sur dix n'ont pas bénéficié de formation en 2016.

d) Répartition du temps de travail :



REPARTITION DES HEURES TRAVAILLEES	2016		2015		2014	
Travaux centrés sur la file active (équipe mobile, concertations pluridisciplinaires, appui aux partenaires, réunions cliniques en interne, suivi des dossiers)	5153	45,36%	4828	48,66%	3955	41,60%
Ateliers, colloques, formations, rencontres, développement du réseau	2230	19,63%	2160	21,77%	2297	24,10%
Organisation interne, logistique, secrétariat, comptabilité, démarches administratives, travaux intellectuels en interne	3135	27,59%	2138	21,55%	2182	22,90%
Gestion des actions (demandes de subvention, bilans, liens financeurs, tutelles,...)	314	2,76%	249	2,51%	581	6,00%
Evaluations, tableaux de bord	148	1,30%	188	1,89%	267	2,90%
Transport (sauf VAD)	382	3,36%	358	3,61%	238	2,50%
TOTAL	11361	100,00%	9921	100,00%	9520	100,00%

La répartition des temps de travail est relativement stable depuis 2014. On remarque toutefois :

- Une augmentation des heures travaillées (trois recrutements intervenus en cours d'année 2015 et présents sur l'ensemble de l'année 2016),
- Une augmentation du travail dédié à l'organisation interne de l'association suite au recrutement d'une assistante administrative en octobre 2015,
- Une baisse progressive des temps de travail dédiés à la gestion des actions (demandes, bilans), à la tenue du tableau de bord de l'association et à l'évaluation des actions. Baisse imputable à la mise en place du système d'information,
- Une augmentation continue du nombre d'heures consacrées aux interventions centrées sur la file active.

2) Les engagements et financements en 2016

En 2015 trois projets ont été financés et un projet qui n'était pas parvenu à son terme en 2015 s'est poursuivi du fait de fonds dédiés restés disponibles. Suite à l'arrêt du financement « Prévention Promotion de la Santé » (ARS PPS) concernant le projet d'équipe mobile « Prévention Périnatalité Petite Enfance », l'équipe mobile qui était jusqu'alors cofinancée par l'ARS PPS et la DFPE (PMI de Paris) a été cofinancée en 2016 par l'ARS FIR (Financement « réseau ») et la DFPE (PMI de Paris).

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

En 2016, 360 000€ ont été accordés par le FIR, qui est le financeur principal du réseau, auxquels s'ajoute une autorisation d'utiliser 60 000€ de reliquat de la subvention 2015, au titre du fonctionnement de l'équipe mobile, suite à l'arrêt du financement ARS PPS « Prévention Périnatalité Petite Enfance ». Un second avenant nous allouant 30 000€ a par ailleurs été conclu fin 2016 avec ce financeur pour un complément de fonctionnement.

Le financement ARS FIR 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), difficulté qui peut être la conséquence de souffrances psychiques, d'addiction (drogues, alcool, dépendance pharmacologique, etc.), de difficultés de partenariat, d'impuissance professionnelle, de rigidité du système de santé. Ces difficultés sont identifiées par les professionnels des secteurs médicaux, médico-sociaux et sociaux qui sollicitent l'appui du Dapsa.

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.
- Ces mêmes groupes familiaux, mais jusqu'aux sept ans de l'enfant quand celui-ci présente des facteurs de vulnérabilité nécessitant des bilans préventifs et/ou des prises en charges adaptées (prématurité, hypotrophie, syndrome d'alcoolisation fœtale, troubles causés par l'alcoolisation fœtale, maladies et troubles somatiques graves mettant en jeu le développement de l'enfant).
- Les professionnels engagés auprès des familles.
- 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.

En 2015, 150 familles (242 adultes, 125 enfants de moins de trois ans, 14 enfants à naître, 15 enfants de 3 à 7 ans inclus au titre de leurs vulnérabilités) étaient incluses dans le réseau (dont 91 familles nouvellement incluses dans l'année).

L'équipe mobile financée par l'ARS FIR en 2016 (anciennement « Prévention Périnatalité Petite Enfance » qui était financé par l'ARS IDF au titre de la « Prévention Promotion de la Santé »)

Il s'agit 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 2016 ce projet, cofinancé par la DFPE pour les familles domiciliées à Paris, a permis d'intervenir auprès de 45 familles, soient 164 personnes dont 131 incluses (83 adultes, 37 enfants de 0 à 3 ans, 43 enfants de plus de 3 ans dont 10 inclus au titre de leurs vulnérabilités et 1 « à naître » le 31/12/2016).

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

75 000€ 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. Les interventions de l'équipe mobile ont été cofinancées par l'ARS FIR à hauteur de 60 000€.

En 2016, uniquement à Paris, ce projet a concerné 39 familles (66 adultes, 35 enfants de 0 à 3 ans, 7 enfants de 3 à 7 ans inclus au titre de leurs vulnérabilités et 1 enfant à naître au 31/12/2016).

Il y a eu en 2016 un changement de méthode, le système d'information permettant de disposer de l'âge des enfants en temps réel et non plus uniquement à l'inclusion, les âges correspondent à la situation au 31/12/2016. De même, les femmes incluses pendant la grossesse (tout comme les « enfants à naître ») sont désormais comptabilisées comme une mère et un enfant si l'accouchement a eu lieu dans l'année. Cela ne signifie pas pour autant que l'information ait disparue : 10 enfants rencontrés par l'équipe mobile en 2016 à Paris étaient notés « à naître » lors de leur inclusion.

	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
2016	109	39	66	42	108

La file active de l'équipe mobile parisienne est très stable. 19 nouvelles familles ont été incluses en 2016 pour un total de 39 familles accompagnées, ce qui est identique à 2015. Sur ces 39 familles, 3 ont changé de département en cours de suivi. Cependant, l'équipe mobile bénéficiant d'un cofinancement par l'ARS, ces déménagements n'ont pas mis fin aux accompagnements qui se sont alors poursuivis sur le nouveau lieu de vie des familles.

Pour 25 de ces 39 familles, la mise en place de l'équipe mobile correspondait à la demande initiale des partenaires. Dans 14 cas l'intervention de l'équipe mobile a donc été décidée ultérieurement suite à la mise en place du travail de concertation.

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.

Pour les 39 groupes familiaux concernés les travaux de soutien, de prévention, d'élaboration d'un projet d'accès aux soins et d'orientation de l'équipe mobile a concerné différentes dimensions.

Axes de travail explorés par l'équipe mobile parisienne en direction des adultes (soutien/prévention/orientation) :

Troubles psychologiques adulte	17
Elaborer ou faire émerger un projet, une demande	16
Consommations problématiques de substances psychoactives	15
Difficultés d'accès aux soins et aux institutions	15
Soutien (psychologique) à la parentalité	15
Isolement de l'adulte	13
Trouble du lien / interactions parent-enfant	12
Travail sur les compétences parentales	11
Troubles somatiques adultes	7
Problèmes sociaux	6
Inquiétudes envers le développement du fœtus	4
Complications obstétricales	2
Stigmatisation de l'adulte	1
Travail sur la violence	1

On enregistre 135 axes de travail pour 66 adultes soient en moyenne 2 dimensions à travailler par adultes. Les principales dimensions à travailler sont les difficultés d'accès aux soins (difficultés à élaborer un projet de soins, à s'inscrire dans un projet de soins, à rendre le soin opérant quand il est en place) et leurs origines, celles-ci étant bien souvent des problèmes de santé des patients (troubles psychologiques, consommations de produits psychoactifs,...), mais pas uniquement (isolement, problèmes sociaux, stigmatisation, nécessité d'être disponible pour les enfants, de s'occuper de leurs soins à eux en priorité).

Notons que d'autres dimensions peuvent mettre à mal l'accès aux soins : les problèmes de partenariat, de continuité, d'accessibilité, de saturation des dispositifs,... Les difficultés d'accès aux soins ne sont pas le seul fait des patients, c'est pourquoi le travail de l'équipe mobile est adossé à un travail de concertation pluridisciplinaire où ces autres freins à l'accès aux soins sont travaillés avec l'ensemble des partenaires au contact de la famille.

Axes de travail explorés par l'équipe mobile parisienne en direction des enfants (soutien/prévention/orientation) :

Prévention développement psychomoteur	12
Protection des enfants	10
Petit poids / Développement de l'enfant	9
Troubles psychologiques de l'enfant	6
Troubles somatiques enfants	6
Négligence / Besoins de base	4
Développement fœtal	3
Maladie / Trouble fonctionnel enfant	2

On enregistre 52 axes de travail pour 42 enfants soient en moyenne 1.2 dimensions à travailler par enfants. Les principales dimensions à travailler concernent le développement somatique et psychologique des enfants ainsi que les questions de protection de l'enfance.

Les accompagnements proposés :

- 25 familles accompagnées par une professionnelle (13 par une psychologue, 11 par une cadre socio-éducative – éducatrice spécialisée ou assistante sociale-, 1 par la psychomotricienne)
- 14 familles accompagnées par un binôme (5 par un binôme psychologue-psychomotricienne, 4 par un binôme psychologue-cadre socio-éducative, 3 par un binôme de cadres socio-éducatives, 2 par un binôme psychomotricienne-cadre socio-éducative)

En fonction des problématiques et de la configuration familiale nous pouvons adapter la composition de l'équipe mobile. Le choix de la composition de l'équipe mobile relève ainsi d'un traitement au cas par cas.

Les interventions de l'équipe mobile et de l'équipe de coordination en direction de ces 39 familles parisiennes :

Echanges avec un partenaire (courriers, mails, sms, appels, rencontre)	734
Echanges avec un patient (courriers, sms, appels)	648
Visites à domicile réalisées	213
Visites à domicile non réalisées et non annulée (l'équipe mobile s'est déplacée mais n'a pas pu rencontrer la famille)	27
Réunions de concertation pluridisciplinaires organisées entre partenaires au contact de la famille, donnant lieu à la rédaction d'un compte-rendu diffusé à tous	47
Recherches réalisées pour un partenaire	7
Recherches réalisées pour une famille	26
Autre	89

Chaque accompagnement donne lieu à la formulation d'objectifs (un ou plusieurs objectifs côté coordination et un ou plusieurs objectifs côté équipe mobile). Ces objectifs sont révisés tous les six mois. 9 accompagnements sont arrivés à terme en 2016. Pour 5 familles les objectifs ont été atteints, 2 familles ont été perdues de vue, 1 famille a demandé l'arrêt des visites malgré le fait que l'ensemble des objectifs formulés n'aient pas été atteints, 1 situation a été close suite à une évolution de la situation rendant obsolète les objectifs qui avait été formulés (parfois une sortie de crise se dessine sans que l'intervention du Dapsa n'en soit la cause).

c) Fondation de France (reliquat 2015), ateliers « Accès aux soins des nouveau-nés exposés à l'alcool pendant la grossesse »

La Fondation de France a soutenu 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. Ces ateliers se sont déroulés de novembre 2015 à février 2016.

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 (Assistance Publique Hôpitaux de Paris pour les maternité, Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie et Hospitalisation A Domicile pédiatrique et obstétrique/ Aide Sociale à l'Enfance pour les centres maternels, pouponnière, Maisons d'Enfants à Caractère Social, service de placement familial et bureau de l'aide sociale à l'enfance / Protection Maternelle et Infantile pour la médecin pilote en charge du Suivi des Enfants Vulnérables, psychomotricienne de crèche et PMI, puéricultrice de secteur / Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie/ 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.

En conclusion de cet atelier, une conférence a été organisée par le Dapsa en partenariat avec la PMI de Paris, le 12 avril 2016 à Paris (« *Et le petit, il va comment ?* », *actes de la conférence disponibles sur le site internet du Dapsa*). Celle-ci a permis de présenter le syndrome d'alcoolisation fœtale (intervention du Dr David Germanaud, neuropédiatre, APHP), le fonctionnement du réseau pédiatrique parisien (intervention du Dr Simona Sermasi, pédiatre coordinatrice du réseau pédiatrique parisien) et de présenter au public (75 professionnels parisiens) les travaux réalisés au sein de ces ateliers. Cette conférence n'a pas permis d'accueillir l'ensemble des professionnels désireux d'y assister (40 personnes n'avaient pas pu être présentes faute de place), une seconde conférence, légèrement différente a été organisée par la suite le 29 novembre 2016.

d) Cellule d'Appui Périnatalité Ile de France, financement « Prévention Promotion de la Santé » (ARS Ile de France)

Ce projet est cofinancé par l'ARS FIR (financement Réseau de Santé) et l'ARS PPS. A partir des travaux cliniques et des ateliers organisés concernant l'accès aux soins des nouveau-nés exposés à l'alcool pendant la grossesse, nous avons pu constater que de nombreux professionnels regrettaient un repérage défailtant des situations de femmes enceintes en difficulté pour interrompre leurs consommations d'alcool. Ce repérage est souvent évoqué comme inexistant ou tardif ou imprécis, rendant difficile :

- l'accès aux soins addictologiques des femmes enceintes concernées,
- la transmission d'informations concernant la vulnérabilité des enfants exposés à l'alcool pendant la grossesse
- et donc l'accès aux soins de ces enfants.

Plusieurs hypothèses étaient alors formulées. Les professionnels n'oseraient parfois pas questionner des dimensions intimes par crainte de risquer la rupture du lien avec les femmes. Parler de vulnérabilité, même au sens large (troubles alimentaires, sommeil, soutien dans l'entourage, consommations de produits psychoactifs, angoisses, exposition à la violence,...) est souvent considéré comme intrusif. Questionner ces différentes dimensions exigeraient des professionnels qu'ils aient des appuis à proposer en face de ce qui pourraient être repéré (on ne recherche pas d'information dont on ne sait que faire). Face à ces hypothèses illustrant la possible gêne des professionnels et suite aux demandes des partenaires de travailler sur le « repérage » des situations de femmes enceintes en difficulté pour interrompre leurs consommations d'alcool, nous avons décidé de mettre en place des groupes de travail locaux afin de :

- permettre à des professionnels d'horizons variés (addictions, périnatalité, petite enfance, hébergement, suivi socio-éducatif, psychiatrie, pédopsychiatrie,...) de se rencontrer et de mieux connaître l'appui qu'ils peuvent représenter les uns pour les autres,
- permettre aux professionnels d'échanger sur leurs pratiques, les difficultés qu'ils rencontrent, les appuis qu'ils peuvent mobiliser, afin de mettre en commun ces « stratégies cliniques »,
- permettre aux professionnels de découvrir un outil possible pour favoriser le repérage des facteurs de vulnérabilités pendant la grossesse : l'auto-questionnaire du Groupe d'Etude Grossesse et Addictions, outil impersonnel ne ciblant pas un profil de femme en particulier et pouvant servir d'appui aux professionnels pour questionner les facteurs de vulnérabilités que peuvent présenter les femmes enceintes (troubles alimentaires, sommeil, soutien dans l'entourage, consommations de produits psychoactifs, angoisses, exposition à la violence,...),
- permettre la constitution de micro-réseaux locaux autour de ces problématiques d'alcoolisation fœtale (repérage de professionnels ressources sur le territoire, travail sur les modalités de transmissions entre partenaires et sur les moyens d'assurer une continuité dans la vigilance entre suivi ante et post natal).

En introduction de ces groupes, une conférence « *Trois (ou quatre, ou cinq, ou six) professionnels et un couffin (... et des parents)* » (actes disponibles sur le site internet du Dapsa) a été organisée le 16 février 2016 à Melun avec l'intervention de Corinne Chanal, sage-femme au réseau Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon et présidente du Groupe d'Etude Grossesse et Addictions. Il s'agissait de présenter une pratique originale dans l'accompagnement de femmes enceintes vulnérables, d'illustrer la manière dont peut se tisser un réseau professionnel ad hoc autour de ces femmes et l'importance de celui-ci pour la continuité des soins (et de la vigilance) de la femme et de l'enfant à venir. Cette matinée de conférence a également été l'occasion de présenter l'auto-questionnaire de repérage des vulnérabilités aux 70 professionnels qui étaient présents.

En 2016 deux territoires ont été concernés par ces travaux de groupe : le sud de la Seine et Marne et la Seine Saint Denis. Pour chaque territoire, trois séances de 3 heures sont organisées et regroupent 10 à 20 professionnels par séance. Nous avons sollicité la poursuite de ce travail en 2017 sur d'autres territoires : Seine et Marne Nord, Essonne, Val de Marne, Hauts de Seine, Yvelines, Val d'Oise.

Chaque séance a donné lieu à un compte-rendu diffusé à l'ensemble des participants. A partir de ces comptes rendus et du travail réalisé au sein de l'atelier « Accès aux soins des nouveau-nés exposés à l'alcool pendant la grossesse » financé en 2015 par la Fondation de France, un article a été rédigé pour rendre comptes des réflexions à l'œuvre au sein de ces différents espaces d'échanges. L'article est disponible en annexe (« Et le petit il va comment ? »).

Nous avons pu constater une difficulté à mobiliser autour de la question du repérage des alcoolisations pendant la grossesse : de nombreux professionnels trouvent qu'il s'agit là d'un important sujet de santé publique, estiment qu'il s'agit d'une dimension à travailler pour éviter les repérages tardifs et limiter les atteintes fœtales, estiment que ce travail peut être un levier pour l'accès et la continuité des soins des personnes concernées. Cependant dédier du temps à cette question, autoriser des professionnels à quitter leur service pour travailler ce sujet ne va pas de soi. Il a été bien plus facile d'organiser des conférences sur le thème, que de constituer des groupes de travail sur ce sujet.

L'organisation de ces groupes demande un travail très important d'identification des professionnels et des services potentiellement concernés, de communication auprès de l'ensemble des professionnels et services identifiés, de relances nombreuses pour obtenir la participation au groupe de travail. Par ailleurs, fixer un lieu et une date pour chaque séance de façon à avoir le plus de participants possibles est toujours compliqué et a ralenti le projet. La difficulté de mobilisation est

particulièrement importante concernant les grandes institutions (PMI, hôpitaux). Beaucoup de professionnels inscrits ne sont finalement pas présents aux séances. Au vu de la difficulté de réunir l'ensemble des participants d'une séance à l'autre, nous avons ouvert la possibilité que des professionnels rejoignent le groupe ponctuellement, sans participation à l'ensemble des séances. Les comptes rendus sont ainsi rédigés de façon à ce qu'ils soient diffusables en dehors du groupe pour permettre aux professionnels qui le rejoignent ponctuellement de reprendre le fil des échanges.

Cependant tout ce travail de communication, de repérage des services concernés sur chaque territoire est déjà productif en soi, c'est à chaque fois l'occasion de sensibiliser les interlocuteurs à cette problématique et de repérer les pratiques de travail sur le sujet.

Parler de repérage conduit le plus souvent à reparler de situations de « ratage », de conflits entre équipes autour d'accompagnements complexes qui ont laissé un sentiment d'échec aux professionnels. Parler de repérage ce n'est pas parler des situations non repérées, c'est parler des situations repérées mais de manière trop imprécise, ou repérées trop tardivement, ou repérées sans que cela ait permis d'ouvrir à des soins effectifs. Ces travaux en groupe sont donc essentiels mais épineux.

Au sein de ces groupes, les professionnels ont été nombreux à demander une intervention pour présenter concrètement le syndrome d'alcoolisation fœtale : à partir de quel niveau de consommations y a-t-il un risque pour le fœtus ? Comment repérer, orienter ? Quelles sont les atteintes possibles pour l'enfant ? Quels soins faut-il solliciter ? Comment s'organise la continuité du suivi entre grossesse et pédiatrie ?

Pour y répondre, et pour permettre aux 40 professionnels n'ayant pu être présent lors de la conférence du 12 avril « Et le petit, il va comment ? », nous avons de nouveau organisé une conférence sur le sujet, à Paris, le 29 novembre 2016 (« *Et le petit, il va comment ? Suite et sûrement pas fin* », actes disponibles sur le site internet du Dapsa). Celle-ci a donné lieu à l'intervention du Dr David Germanaud (neuropédiatre, APHP) pour présenter le syndrome d'alcoolisation fœtale et répondre aux questions du public, ainsi qu'à des interventions de l'équipe du Dapsa pour présenter les travaux réalisés au sein des groupes et illustrer le travail d'accompagnement concret qui se met en place en concertation et parfois en équipe mobile auprès des familles concernées.

3) Les activités non-centrées sur les patients

a) Les interventions quotidiennes du réseau

Nombre de réunions dans le cadre du développement du réseau : 41

Rencontres, présentations de projets aux partenaires du réseau Dapsa:

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

205h dont 61h 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 : 61

Groupes de travail où le DAPSA apporte son expertise sur les thématiques croisées grossesse/parentalité et addictions (« Collectif rue », « commission psy » du réseau périnatal parisien, groupe « parentalité et addictions » de la Fédération Addiction, groupe de psychomotricien, groupe « enfant de parents en souffrance »,...)

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

232h dont 41h 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 d'interventions de formation par le réseau : 20

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

1217 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré)

115h de travail dont 32h de transport

Nombre de participations à des colloques, conférences, mondanités (en qualité de simple auditeur) : 16

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 :

146h de travail dont 33h 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 : 17

16 étudiants ont été reçus en 2015 (14 en école d'infirmiers et 2 en formation d'assistante sociale). 1 stagiaire pour un travail d'enquête auprès des partenaires sur « Ethiques professionnelles dans l'accompagnement de femmes enceintes vulnérables en situation complexe ».

Nombre de rencontres institutionnelles : 9

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

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

37h de travail dont 9h de transport.

b) Les actions ponctuelles (ateliers, chantiers)

ATELIERS ET CHANTIERS DU DAPSA		
Atelier : "Accompagner les enfants et leur famille en difficulté : favoriser l'accès aux soins des nouveau-nés exposés à l'alcool pendant la grossesse"	2	2 séances d'ateliers de 4 heures chacune dans les locaux du DAPSA. Le 14/01/16 : 12 participants, 2 animatrices pour un temps de travail de 8 heures. Le 11/02/16 : 14 participants, 1 animatrice pour un temps de travail de 4 heures.
Atelier : Groupe 77 Sud "Alcoolisation fœtale, repérage des vulnérabilités chez la femme enceinte, accès aux soins des nouveau-nés"	3	3 séances d'ateliers. Le 13/05/16 : Séance de 3 heures, 17 participants, 2 animateurs pour un temps de travail de 9 heures dont 3 heures de transport. Le 08/07/16 : Séance de 3 heures, 7 participants, 2 animateurs pour un temps de travail de 9 heures dont 3 heures de transport. Le 23/09/16 : Séance de 2 heures, 2 participants, 2 animateurs pour un temps de travail de 7 heures dont 3 heures de transport.
Atelier : Groupe 93 "Alcoolisation fœtale, repérage des vulnérabilités chez la femme enceinte, accès aux soins des nouveau-nés"	2	2 séances d'ateliers de 3 heures chacune. Le 09/11/16 : 11 participants, 2 animateurs pour un temps de travail de 8 heures dont 2 heures de temps de déplacement. Le 19/12/16 : 12 participants, 2 animatrices pour un temps de travail de 9 heures dont 3 heures de temps de déplacement.
Atelier : "Cannabis, mensonges et vie quotidienne en centre maternel et parental"	3	3 séances d'ateliers de 3 heures chacune, dans les locaux du DAPSA. Les 16/09/16, 14/10/16 et 25/11/16 : 12 participants, 2 animatrices pour un temps de travail de 6 heures à chaque fois.
Chantier : « Trois (ou quatre, ou cinq, ou six) professionnels et un couffin (...et des parents) »	1	Le 17/02/16 : Intervention de 3 heures, à Melun. 70 participants, 4 animateurs pour un temps de travail de 20 heures dont 8 heures de temps de transport. Un compte-rendu est disponible sur le site internet du DAPSA.
Chantier : "Et le petit, il va comment?"	1	Le 12/04/16 : Intervention de 3 heures, à Paris. 74 participants, 7 animateurs pour un temps de travail de 26 heures, dont 5 heures de temps de transport. Un compte-rendu est disponible sur le site internet du DAPSA.
Chantier : "Et le petit, il va comment ? (suite et surement pas fin)"	1	Le 29/11/16 : Intervention de 3 heures, à Paris. 71 participants, 10 animateurs pour un temps de travail de 40 heures, dont 5 heures de temps de transport. Un compte-rendu est disponible sur le site internet du DAPSA.

Nous ne reprenons ici en détail que l'atelier "*Cannabis, mensonges et vie quotidienne en centre maternel et parental*", les autres ayant été présentés plus haut. Le DAPSA, du fait de sa mission régionale de réseau, est régulièrement sollicité par les Centres Maternels des différents départements d'Ile de France, pour des interventions sur le thème parentalité(s) et addiction(s).

Jusqu' alors nous avons plutôt proposé la possibilité d'interventions ponctuelles dans chaque structure. A la réflexion et suite aux échanges avec les équipes rencontrées, il nous paraissait pertinent de proposer un groupe de travail sur ce thème, constitué par différentes professions et institutions. En effet les diversités à la fois des centres maternels (résidentiels, appartement éclatés, centre parental...) et des expériences des métiers pouvaient venir enrichir la dynamique du travail et permettre des échanges au plus proche de la pratique, notamment lorsque celle-ci se trouve au carrefour de plusieurs missions (protection de l'enfance, soutien de la parentalité, soins psycho-sociaux..).

Regards croisés des professionnels sur le sujet de « parentalité(s) et addiction(s) » en centre maternel (ou parental)

Les objectifs et modalités de travail de l'atelier :

- 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 réflexions par l'échange avec des intervenant-e-s extérieur-e-s. (prévu fin avril 2017 avec l'intervention de professionnels du CSAPA Horizons)

Dans le groupe constitués sont représentés : 4 centres maternels parisiens, 4 centres maternels franciliens ; 1 psychologue, 2 monitrices-éducatrices, 5 éducatrices spécialisées, 2 éducatrices de jeunes enfants, 1 chargée d'accompagnement social et professionnel et 2 assistants sociaux.

Lors du premier atelier les premières questions formulées par le groupe étaient :

Comment faire, quand les consommations des parents mettent en danger la sécurité de l'enfant ?

Comment évaluer la place qu'occupent les produits (en particulier l'alcool) pour la résidente et les conséquences sur l'enfant ?

Par quels chemins se fait l'accès aux soins ?

Comment mettre en place la réduction des risques en centres maternels, notamment quand les soins engagés ne donnent pas les résultats attendus ?

Comment se coordonner entre professionnels de champs différents ? Que faut-il transmettre ? Et à qui faut-il transmettre ?

Quelle prise en compte du risque de syndrome d'alcoolisation foetale ?

Lors de la deuxième séance plusieurs propositions de travail ont émergé :

1. Repérer de quelle place nous parlons, quand nous nous intéressons aux addictions. Comment chaque professionnel investit sa fonction et « compose » au quotidien dans l'institution dans laquelle il travaille, entre ses convictions, son histoire personnelle, sa formation, son parcours, son métier, sa fonction ?
2. A partir de quels éléments les consommations de produits psychoactifs deviennent-elles problématiques ? Pour la résidente ? Pour son enfant ? Pour le professionnel ? Pour l'institution ? Pour la société ?
3. La présentation d'une situation clinique par l'un des participants a été évoquée.

Troisième séance

Le groupe travaille sur une situation clinique présentée par une éducatrice de jeunes enfants et nous proposons la méthode de travail suivante : le groupe se sépare en trois sous-groupes et chacun porte une écoute particulière sur :

- ce qui se passe du côté de la résidente
- ce qui se passe du côté de(s)l'enfant(s)
- ce qui se passe du côté des professionnels

Quatrième séance

A la demande du groupe de pouvoir aborder plus précisément la question des produits, nous avons fait une présentation synthétique à partir en autres références le livre du RESPADD. Pour répondre à la demande du groupe, nous avons proposé une cinquième séance sur le thème suivant : **Les interactions mères enfants dans un contexte de consommations problématiques de substances psychoactives** (vendredi 28 avril de 14h à 17h, dans les locaux du DAPSA).

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 pour les ateliers 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 événements organisés par le Dapsa. Pour l'évaluation des chantiers du Dapsa, cette partie qualitative est souvent la seule présente dans les questionnaires distribués aux participants.

En 2016 ces questionnaires d'évaluation ont permis de recenser l'avis des participants concernant six actions (l'atelier «*Accompagner les enfants et leur famille en difficulté : favoriser l'accès aux soins des nouveaux nés exposés à l'alcool pendant la grossesse*», l'atelier «*Groupe 77 Sud, Alcoolisation fœtale, repérage des vulnérabilités chez la femme enceinte, accès aux soins des nouveau-nés*», et les trois chantiers organisés en 2016 : «*Trois (ou quatre, ou cinq, ou six) professionnels et un couffin (...et des parents)* », «*Et le petit, il va comment?*», «*Et le petit, il va comment ? (suite et sûrement pas fin)* »). A partir de l'analyse de ces questionnaires et des observations des salariés nous ajustons nos propositions de travail afin d'essayer d'améliorer continuellement ces temps de travail et de mieux répondre aux attentes des participants (et à nos propres attentes !).

Ces questionnaires sont parfois également l'occasion pour les partenaires de faire connaître leur intention de participer aux groupes de travaux et ateliers organisés par le réseau, le Dapsa profitant de ces temps d'ateliers et de conférence pour informer les partenaires de la tenue de ces événements.

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

Le Dapsa utilise trois principaux outils pour enregistrer l'activité au quotidien :

- **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 (atelier, chantier, réunion de développement du réseau, participation aux travaux du Résif, groupes de travail/ groupes d'expertise/staffs de parentalité,...), 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.

- **Le second outil concerne l'enregistrement du temps de travail au quotidien, cet outil sera conservé en 2017 mais sera désormais intégré au système d'information du réseau;**

Un outil nous permet d'enregistrer les temps de travail. Il s'agit du tableau CREDES dont les résultats pour l'année 2016 ont été présentés précédemment dans la partie "Personnels et temps de travail". Un fichier permettait jusqu'à fin 2016 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.

A partir de 2017 les salariés renseigneront directement, et quotidiennement, la répartition de leurs heures de travail (en fonction des différentes activités du réseau auxquelles ils participent) sur leur espace personnel du système d'information. L'idée est de simplifier ce travail en réduisant le nombre d'outils et en permettant de travailler sur une interface plus facile à utiliser (sur mesure) que l'ancien tableur et avec des fonctionnalités nouvelles (affichage d'un calendrier, mise en surbrillance des semaines à renseigner, affichage automatique du nombre d'heures déjà saisies pour chaque semaine).

- **Le système d'information du Dapsa;**

Il s'agit d'un système d'information pensé et développé sur mesure pour le Dapsa, uniquement à usage interne, mis en place en avril 2015. La mise en place du système d'information avait 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, 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 : il rassemble les coordonnées de 2800 professionnels avec lesquelles le Dapsa a été amené à travailler. Des systèmes de filtres par types de structures et/ou de professions nous permettent de réaliser des mailings ciblés auprès de nos partenaires.
- 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 évènements 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.

En 2016 quelques ajouts sont venus complétés le système d'information :

- Le suivi des dossiers enfants. Il créé au sein de chaque dossier familial des sous-dossiers pour chaque enfant permettant de renseigner les informations de naissance (date, poids, terme, sexe, percentile de poids), les points de vigilances à surveiller, les évènements qui rythment le parcours de vie de l'enfant (soins, modes de garde, mesures de protection). Il permet d'avoir une approche plus dynamique qu'auparavant. Les problématiques de santé, et l'âge des enfants sont désormais actualisées (automatiquement pour l'âge et au fur et à mesure du suivi pour les points de vigilance à surveiller). Nous avons donc une meilleure vision de l'évolution de la situation de chaque enfant (inquiétudes et troubles repérés lors de l'inclusion peuvent désormais être mis en comparaison avec l'actualité de l'enfant, sans que des modifications de la situation des enfants viennent invisibiliser la situation de départ).
- La possibilité de rattacher des documents PDF à chaque dossier familial. Il est désormais possible de rattacher des documents PDF aux dossiers, ce qui limite la dispersion des documents et centralise l'ensemble des informations relatives à une famille au sein du système d'information : compte-rendu de réunion, informations transmises par les partenaires, ...

5) Le développement de l'accès aux soins des nouveau-nés vulnérables

Depuis 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.

Origine de l'action

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, il est très rarement proposé à ces enfants et à leurs parents, l'intégration dans la cohorte du « suivi des enfants vulnérables », surtout si l'enfant ne présente pas d'autres signes 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.

L'idée de l'action est d'assurer une continuité dans la vigilance quant aux facteurs de vulnérabilités repérés soit pendant la grossesse, soit à la naissance. Quand les professionnels repèrent des situations de femmes enceintes en difficulté pour interrompre leurs consommations d'alcool, il est nécessaire pour la santé de l'enfant à naître de travailler à l'arrêt ou à la diminution de ces consommations. Par ailleurs, une fois l'enfant né, il est souhaitable que celui-ci bénéficie de bilans appropriés, en particulier si aucun diagnostic de syndrome d'alcoolisation fœtale ou de trouble causé par l'alcoolisation fœtale n'a été formulé à la naissance donnant lieu à une programmation de soins. Une des particularités des troubles causés par l'alcoolisation fœtale est qu'ils peuvent n'être repérables que tardivement, une fois l'enfant confrontés à certaines attentes en termes d'acquisitions, notamment en âge scolaire (respect des consignes, mémorisation, apprentissage,...). Il est ainsi important d'organiser une continuité dans la vigilance concernant le développement de ces enfants, ce qui suppose :

- Que les consommations d'alcool pendant la grossesse aient pu être repérées (même si le repérage n'intervient qu'à la naissance) ;
- Que l'information puisse circuler entre ante et post natal, entre hôpitaux et professionnels de ville, ce sur quoi il convient de travailler avec les parents et futurs parents ;
- Que des professionnels se saisissent de ce facteur de vulnérabilité et programment des bilans réguliers de l'enfant voir des examens spécifiques si nécessaire.

C'est dans cette perspective que le fonctionnement des réseaux pédiatriques a inspiré ce travail : « permettre une continuité dans la vigilance quant aux facteurs de vulnérabilité que présente un jeune enfant », cette continuité pouvant être assurée malgré les changements d'intervenants (maternité, néonatalogie, PMI, CAMSP, médecin traitant), de territoire, et au fur et à mesure du développement de l'enfant, jusqu'à ses sept ans.

Mise en œuvre

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 / TCAF » 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 tous en 2016 étaient très en lien avec cette action
- Au niveau clinique, dans le travail d'accès aux soins des différents membres d'un groupe familial
- Au niveau des formations et conférences auxquelles assistent les membres de l'équipe

Dans ce cadre, les groupes de travail locaux "Alcoolisation fœtale, repérage des vulnérabilités chez la femme enceinte, accès aux soins des nouveau-nés" constituent un point d'appui très important. En effet, en démarrant cette action, les partenaires ont

beaucoup questionné les difficultés de repérage de ces situations pendant la grossesse, demandant ainsi qu'un travail se mette en place sur ce sujet. Nous avons souhaité répondre favorablement à cette demande afin de favoriser un repérage de ces situations pendant la grossesse et donc une mise en place de soins (pour la femme enceinte, pour la mère, pour l'enfant), ou de bilans, rapidement après que les vulnérabilités aient été repérées. Ces groupes s'appuient à chaque fois sur le réseau périnatal et pédiatrique du territoire concerné, pour identifier les partenaires potentiellement concernés sur leur territoire, pour appuyer la diffusion de l'information sur la tenue de ces événements, pour participer aux groupes de travail et y apporter leurs connaissances sur les contextes de travail des professionnels de périnatalité (en particulier quand certains ne peuvent être présents dans les groupes comme par exemple les professionnels libéraux). Les réseaux périnatals sont également associés à l'évaluation des travaux des groupes et à la réflexion quant aux possibilités de prolongements sur leur territoire (formation, diffusion de l'auto-questionnaire, diffusion d'annuaires sur le sujet, soirées thématiques,...).

Concernant les travaux d'accès aux soins des familles en file active, quand le réseau Dapsa est sollicité pour une famille dont un enfant a été exposé à l'alcool pendant la grossesse :

- nous recherchons les possibilités d'inclusion dans un réseau pédiatrique (ce qui suppose que l'enfant soit admis en néonatalogie après sa naissance, qu'une proposition d'inclusion soit formulée aux parents par un pédiatre de néonatalogie, que les parents adhèrent à la proposition, que le réseau pédiatrique valide la demande),
- nous étudions les possibilités d'inclusion de rattrapage via les services de PMI quand nous sommes sollicités pour des enfants après la sortie de maternité ou de néonatalogie, ou quand les alcoolisations pendant la grossesse ne sont abordées par la mère qu'après la naissance,
- nous étudions les autres possibilités de maintien d'une vigilance auprès de ces enfants (PMI, CAMSP, médecin traitant, consultations hospitalières),
- Dans tous les cas le Dapsa peut si besoin s'engager à rester présent en appui des professionnels pour garantir la continuité dans la vigilance et dans les soins dont doivent bénéficier les enfants.

L'objectif des bilans réguliers est multiple, qu'il s'agisse de bilans formels mis en place par les réseaux pédiatriques ou de consultations préventives régulières :

- Pouvoir repérer les progrès de l'enfant, pouvoir rassurer les parents
- Maximiser les chances de développement des enfants, aider les parents à soutenir leur enfant
- Repérer rapidement l'émergence d'éventuelles difficultés et pouvoir orienter précocement de façon à éviter les entrées tardives dans les soins qui constituent une perte de chance pour les enfants
- Reconnaître la part organique des difficultés de l'enfant et ne pas attribuer celles-ci aux seules carences parentales supposées, ce qui risque d'orienter le travail vers un soutien des compétences parentales alors que ce n'est pas toujours l'unique dimension en cause.

FILE ACTIVE DES FEMMES ENCEINTES DONT LA SITUATION EST ACOMPAGNEE PAR LE DAPSA AU TITRE D'UN RISQUE POUR LE DEVELOPPEMENT FOETAL, EN 2016	
Nombre de femmes enceintes dont la situation est accompagnée par le Dapsa au titre d'un risque pour le développement fœtal, en 2016	19
Nombre de femmes enceintes maintenant des consommations d'alcool pendant la grossesse	10/19
Nombre de femmes enceintes maintenant des consommations d'autres produits psychoactifs pendant la grossesse	14/19
Nombre de femmes enceintes ayant des conduites à risque (fœtal ou obstétrical)	7/19
Nombre de femmes enceintes ayant eu des complications obstétricales en 2016	4/19
Nombre de femmes enceintes pour lesquelles les professionnels ont sollicités le Dapsa au titre d'inquiétudes envers le développement du fœtus	14/19
Nombre de femmes enceintes rencontrées par l'équipe mobile	5
Nombre de situations par département (il s'agit du lieu de travail du professionnel qui sollicite le Dapsa, ce qui ne signifie pas qu'il s'agisse du lieu de vie de la famille)	1/19 hors Ile de France 14/19 suivies à Paris 2/19 suivies en Seine Saint Denis 1/19 suivie dans les Hauts de Seine 1/19 suivie dans le Val de Marne
Nombre de sorties de file active par motif en 2016	9/19 femmes enceintes sont sorties de la file active en 2016 (1 « réorientation », 7 « objectifs atteints », 1 « partenaire perdu de vue »)
Durée moyenne du suivi pour les situations sorties de la file active en 2016	8 mois

FILE ACTIVE NOUVEAU-NES VULNERABLES DAPSA 2016

Nombre d'enfants concernés par l'action en 2016 au titre de leurs facteurs de vulnérabilités	63 enfants : 49 enfants de 0 à 36 mois, 15 enfants de 3 à 7 ans Moyenne d'âge : 23 mois Ces 63 enfants appartiennent à 52 familles différentes en file active. Les âges sont calculés automatiquement au 31/12/2016, y compris pour les dossiers clos.
Nombre d'enfants présentant un syndrome d'alcoolisation fœtale, des troubles causés par l'alcoolisation fœtale ou ayant de façon repérée été exposés à l'alcool pendant la grossesse	28/63
Nombre d'enfants nés prématurés	30/63
Nombre d'enfants nés hypotrophes	22/63
Nombre d'enfants souffrant de troubles psychiques ou somatiques graves mettant en jeu leur développement	14/63
Nombre d'enfants cumulant plusieurs des difficultés ci-dessus	36 enfant sur 63 ne présentent qu'une des difficultés ci-dessus, 23 en présentent 2 et 4 en présentent 3. La moyenne est de 1.5.
Nombre d'enfants inclus dans un réseau pédiatrique	6/63
Nombre d'enfants pour lesquels le Dapsa souhaite qu'ils accèdent à des bilans réguliers	23/63 (cela ne signifie pas que pour les autres enfants nous ne souhaitons pas qu'ils bénéficient de bilans, cependant certains enfants bénéficient déjà d'une attention professionnelle adaptée, nous sommes alors présents au titre des travaux de coordination et de continuité davantage qu'au titre de l'accès aux soins)
Nombre d'enfants rencontrés par l'équipe mobile en 2016	24/63
Dont nombre d'enfants rencontrés par un binôme en 2016	8/63
Dont nombre d'enfants rencontrés par la psychomotricienne du Dapsa en 2016	7/63
Nombre de situations par département (il s'agit du lieu de travail du professionnel qui sollicite le Dapsa, ce qui ne signifie pas qu'il s'agisse du lieu de vie de la famille)	50/63 enfants sont suivis à Paris 1/63 est suivi dans les Yvelines 4/63 sont suivis dans les Hauts de Seine 5/63 sont suivis en Seine saint Denis 3/63 sont suivis dans le Val de marne
Nombre de sorties de file active par motif en 2016	23/63 (12 « objectifs atteints », 5 « fin de nécessité d'intervenir », 3 « partenaire perdu de vue », 3 « autre »)
Durée moyenne du suivi pour les situations sorties de la file active en 2016	15 mois

6) Bilan des activités cliniques en 2015

En 2016, 150 familles étaient incluses dans la file active, dont 91 nouvellement incluses en 2016, soit 61% des dossiers actifs dans l'année. Parmi ces 150 situations, 4 ont fait l'objet d'un travail bien qu'étant hors critères. Les critères de non inclusion sont : enfants de plus de 3 ans (ou plus de 7 ans pour le suivi des enfants vulnérables), hors Ile de France et hors situation de parentalité. Ces situations font l'objet d'un traitement qui est enregistré.

RESULTATS du 01/01/2016 au 31/12/2016		
COTE CLINIQUE		
Nombre de <u>situations familiales totales</u> en file active 2016	150	
Nombre de <u>nouvelles situations familiales</u> signalées au réseau en 2016	91	60.66 % de l'ensemble des dossiers actifs en 2016
Nombre de <u>nouvelles situations non incluses</u>	4	Les critères de non inclusion sont : enfants de + de 3 ans (ou + de 7 ans pour le suivi des enfants vulnérables), hors Ile de France et hors situation de parentalité. Ces situations font l'objet d'un traitement qui est enregistré.

a) File active 2016

Nombre de <u>situations familiales totales</u> par année de la demande : 150		
2013 et années antérieures (le plus ancien dossier date de 2009)	12	Soit 8 % des situations prises en charge en 2016
2014	6	Soit 4 % des situations prises en charge en 2016
2015	41	Soit 27.33 % des situations prises en charge en 2016
2016	91	Soit 60.66 % des situations prises en charge en 2016

Nombre de situations avec EMEO (Equipe Mobile d'Evaluation et d'Orientation)	45	représente 30 % des situations actives en 2016
Dont 2016	20	22 % des nouveaux dossiers 2016 font l'objet d'une EMEO
Dont Années précédentes	25	42.37 % des dossiers des années précédentes font l'objet d'une EMEO en 2016

FILE ACTIVE 2016 (selon âge le 31 décembre 2016, même pour les situations closes en 2016)	
Adultes	242
Enfants de 0 à 3 ans	125
Enfants de plus de trois ans inclus au titre de leurs vulnérabilités	15
Total des personnes incluses (adultes et enfants de 0 à 3 ans)	382

Les "personnes incluses" ne prennent pas en compte les enfants à naître (14), les enfants décédés (5) et les enfants de plus de trois ans quand ils ne font pas partie de l'action "nouveau-nés vulnérables" (94). Dans les trois 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". Il y a eu 5 situations pour lesquelles un nouveau-né était décédé lors de l'inclusion de la famille, le décès pouvant valoir motif d'inclusion.

b) Les demandes d'inclusion

Nombre de structures partenaires demandeuses	
PMI	24
Maternité / néonatalogie	21
CSAPA	19
ELSA	11
Hébergement social	9
HAD pédiatrique	9
Centre maternel	9
ASE / CRIP	7
Unité Mère Enfant	6
Patient/Entourage	6
AED/ AEMO	6
Services sociaux	4
Hôpital / clinique (autres services)	4
Crèche /modes de garde/ école	3
Réseau de santé	3
CAARUD	3
CAMSP/Soins enfant/Education spécialisée	2
CMP / CMPP / structures psy	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. Viennent ensuite les dispositifs d'hébergements, de suivi social et de protection de l'enfance. C'est à l'image des domaines pluridisciplinaires qui fondent l'activité du réseau.

Nombre de professionnels à l'origine de la demande (dont 6 patients)	
Psychologue	22
Assistant social	21
SF / Obstétricien	19
Educateur spécialisé	18
Infirmier / Puériculteur	17
Psychiatre/Pédopsychiatre	13
Encadrement	8
Autres travailleurs sociaux	7
Médecin de PMI	6
Patient(e)	6
Pédiatre	6
Médecin généraliste	3
Médecin addictologue	2
Psychomotricien	2

Les professionnels en lien avec les problématiques de santé mentale (psychologues, psychiatres, pédopsychiatres) et les travailleurs sociaux (assistant social, éducateur spécialisé, éducateur de jeunes enfants, 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 départements impliqués dans la demande	
Département de Paris (75)	109
Département de Seine-Saint-Denis (93)	15
Département des Hauts-de-Seine (92)	8
Département du Val-de-Marne (94)	8
Département de Seine-et-Marne (77)	5
Département des Yvelines (78)	3
Autre département	2
Département de l'Essonne (91)	0
Département du Val d'Oise (95)	0

On note l'importance des situations à Paris que l'on peut imputer à la surreprésentation des maternités parisiennes. Nous enregistrons le département concerné à partir du lieu de travail du professionnel qui sollicite le Dapsa, or de nombreuses familles non parisiennes sont suivies à Paris. En général quand le département de domiciliation de la famille est connu, nous modifions celui saisi initialement dans le dossier pour mieux correspondre à la situation de la famille.

Nombre de situations par type de demande de coordination	
Information / Recherche / Orientation	60
Analyse de situation	54
Soutien des professionnels	48
Intervention directe (EMEO)	37
Travail de concertation	24
Travail de concertation + Intervention directe (EMEO)	21

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 (77 familles concernées) sans qu'il s'agisse forcément de la demande initiale des partenaires (45 demandes). Les équipes mobiles sont régulièrement sollicitées (58 demandes) mais ne se mettent en place que si une évaluation conjointe entre le Dapsa, le demandeur et les autres professionnels présents auprès de la famille valide la nécessité de l'équipe mobile (45 en 2016).

Nombre de situations par motif de recours au réseau	
Réfléchir avec le DAPSA	62
Absence de prise en charge	49
Inquiétude vis-à-vis de l'enfant	43
Prise en charge difficile	41
Besoin de continuité	39
Souffrance psychique	36
Recherche de relais suite à sortie de file active	32
Isolement professionnel	24
Patient refuse la prise en charge	18
Problème de partenariat	15
Maladie somatique	9
Prise en charge inadaptée	6
Peur de la stigmatisation	6
Multiplicité des structures	4

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 2.56 motifs par demande.

Nombre de troubles repérés chez les adultes désignés au moment de la demande	
Consommations de produits psychoactifs - Alcool	65
Troubles psychiques	58
Lien parent enfant	50
Autre	46
Troubles conjugaux	45
Consommations de produits psychoactifs - Cannabis	41
Violence	40
Autre conduites à risques	33
Trouble somatique	20
Consommations de produits psychoactifs - Traitements de Substitution aux Opiacés et psychotropes prescrits	19
Consommations de produits psychoactifs - Cocaïne et crack	17
Deuil parental	12
Consommations de produits psychoactifs - Opiacés	11
Consommations de produits psychoactifs - Poly consommations	10
Consommations de produits psychoactifs - Médicaments	7

Il s'agit du trouble (ou de l'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 1.96 troubles par adultes (474 troubles pour 242 adultes). Sur les 242 adultes inclus, seuls 37 ne présentent aucun trouble mais sont inclus au titre des difficultés de l'enfant ou du conjoint dans la mesure où ils participeront ou seront à prendre en compte dans la mise en place des projets de soins.

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, ...

En 2016 les consommations de produits psychoactifs concernent 96 groupes familiaux sur 150, soit 64% des situations.

Nombre de troubles ou inquiétudes repérés chez les enfants inclus au moment de la demande	
Petit poids / Développement	29
Autre	27
Développement fœtal	22
Trouble du lien / Interactions	19
Trouble somatique	18
Troubles psychologiques	10
Négligence / Besoins de base	8
SAF / TCAF / expositions à l'alcool pendant la grossesse	8
Difficultés d'accès aux soins de l'enfant	6
Manifestations de l'enfant	5
Antécédents familiaux	4
Maltraitance	2

On relève 158 troubles qui souvent sont en fait des inquiétudes (pour 125 enfants de 0 à 3 ans, 15 enfants de 3 à 7 ans inclus au titre de leur vulnérabilité et 14 enfants à naître). Les difficultés des enfants ne sont pas toujours à l'origine des recours au réseau. Sur les 125 enfants de 0 à 3 ans, 15 enfants de 3 à 6 ans inclus au titre de leur vulnérabilité et 14 enfants à naître, 61 ne présentent aucun trouble qui soient signalés par les partenaires, 53 présentent 1 trouble, 23 présentent 2 troubles, 17 présentent 3 à 5 troubles.

Il est important de souligner que ces "inquiétudes" nécessitent un travail d'analyse en réseau et parfois également en équipe mobile. Parfois l'évaluation de la situation permettra de nuancer les inquiétudes, parfois d'autres émergeront. C'est notamment le cas pour les expositions à l'alcool pendant la grossesse : celles-ci ont été signalées pour 8 situations par les partenaires, après analyse fine des dossiers enfants, il apparaît que 28 enfants en file active au Dapsa ont été exposés à l'alcool pendant la grossesse.

La catégorie « Autre » devra être réinterrogée de façon à mieux décrire l'inquiétude des partenaires.

Propositions de travail de coordination du DAPSA en réponse aux demandes des partenaires (Plusieurs propositions de travail peuvent être formulées pour une même situation)		
Concertation	77	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.
Soutien aux professionnels	74	Fournir un appui, un avis complémentaire pour soutenir les professionnels dans leur travail.
Evaluation de la situation	46	Cette proposition est généralement couplée avec une autre : en effet, l'évaluation permet de mieux cerner les situations et aide ainsi à la prise de décision.
Information/ Recherche	27	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,...
Orientation	26	Généralement, en 2ème proposition après évaluation de la situation ou concertation.
Attente active	17	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. 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.
Hors critères - Orientation vers dispositifs adaptés	4	Si la situation fait l'objet d'un court travail et d'une réponse sans pour autant qu'elle entre dans les critères d'inclusion du réseau.

c) Données sociodémographiques concernant les familles

382 personnes incluses en 2016 (242 adultes et 140 enfants)		
14 enfants à naître (non inclus) et 94 enfants de plus de 3 ans non inclus mais concernés par les travaux de concertation		
ATTENTION LES CHIFFRES CORRESPONDENT A LA SITUATION AU 31/12/2016, MEME POUR LES SITUATIONS CLOSES. UNE FEMME ENCEINTE SUIVIE EN 2016 SERA NOTEE COMME MERE SI ELLE ACCOUCHE AVANT LE 31/12/2016		
LES ADULTES		
Mère	132	Une mère de nouveau enceinte est enregistrée dans "femme enceinte", une femme est enregistrée comme « mère », même si son enfant est décédé. Sur les 132 mères au 31/12/2016, 39 étaient enceintes au moment de la demande.
Père	87	Ne sont enregistrés que s'ils occupent (ou ont occupé) un rôle dans la situation familiale
Femme enceinte	14	14 femmes enceintes en file active au 31/12/2016, mais 53 femmes enceintes au moment de la demande.
Autre (ami, famille élargie, concubin, ex-conjoint)	7	
Femme	1	Désir de grossesse dans un contexte de vulnérabilité psychique.
Futur père	1	
LES FEMMES ENCEINTEES ACCOMPAGNEES EN 2016		
Nombre total de femmes, enceintes lors de la demande, et toujours en file active en 2016	53	24 nouveaux dossiers 2016 et 29 dossiers non clos des années précédentes.
Nombre de femmes enceintes en 2016	32	24 nouvelles situations 2016, 5 femmes incluses enceintes en 2015 et ayant accouché en 2016, 3 mères incluses les années précédentes et nouvellement enceintes en 2016.
Dont femmes enceintes présentant un risque pour le développement fœtal en 2016	19	Consommations de drogues, d'alcool, conduites à risque, complications obstétricales, problème de développement fœtal
Nombre de femmes encore enceinte au 31/12/2016	14	Sur ces 14 grossesses, 4 correspondent à des dossiers toujours actifs en 2017.
Age moyen des adultes au moment de la demande		
<i>Le calcul des moyennes d'âge ne porte que sur les 235 parents et futurs parents (nous ne prenons pas en compte l'âge des 7 adultes "autres", à savoir la famille élargie, les amis, ex-conjoint, concubin)</i>		
<i>Une limite importante de cette donnée est que l'âge fait d'autant plus sujet et est donc d'autant plus facilement renseigné que les parents ou futurs parents sont jeunes. On peut faire l'hypothèse que les 94 parents ou futurs parents pour lesquels l'âge n'est pas connu auraient fait augmenter la moyenne.</i>		
Hommes	34 ans	L'analyse porte sur les 37 hommes (sur 88) ayant communiqué leur âge (ou dont l'âge nous a été communiqué par un partenaire). Sur ces 37 hommes qui déclarent leur âge au moment de la demande, 6 ont strictement moins de 25 ans.
Femmes	30 ans	L'analyse porte sur les 111 femmes (sur 147) ayant communiqué leur âge (ou dont l'âge nous a été communiqué par un partenaire). Sur ces 111 femmes qui déclarent leur âge, 28 ont strictement moins de 25 ans au moment de la demande (dont 1 mineure).
Dont Femmes enceintes	27 ans	L'analyse porte sur les 11 femmes enceintes (sur 14 au 31/12/2016) ayant communiqué leur âge (ou dont l'âge nous a été communiqué par un partenaire). Sur ces 11 femmes enceintes qui déclarent leur âge au moment de la demande, 3 ont moins de 25 ans.

Ressources des adultes (l'analyse porte sur 127/242 adultes pour lesquels l'information est disponible)		
Salaire	43	Informations recueillies auprès des patients ou des partenaires, uniquement si celles-ci ont une utilité liée à la compréhension de la situation.
RSA	29	
sans	28	
Autre	16	
Indemnité chômage	5	
AAH	6	
Protection sociale des adultes (l'analyse porte sur 102/242 adultes pour lesquels l'information est disponible)		
Sécurité sociale + mutuelle	44	Informations recueillies auprès des patients ou des partenaires, uniquement si celles-ci ont une utilité liée à la compréhension de la situation.
CMU /CMU-C	35	
AME	11	
Sans	9	
Sécurité sociale du conjoint(e)	3	

LES ENFANTS		
140 enfants inclus + 94 de plus de 3 ans non inclus + 14 à naître non inclus + 5 décédés (selon âge au 31 décembre 2016, même pour les dossiers clos)		
Enfants de 0 à 3 mois	9	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.
Enfants de 4 à 12 mois	48	
Enfants de 13 à 24 mois	41	
Enfants de 25 à 36 mois	27	
Enfants de 3 à 7 ans inclus au titre de leur vulnérabilité	15	Les enfants de plus de trois ans ne sont pas inclus <u>sauf si un travail d'accès et de continuité des soins est déployé au titre de la présence d'un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité</u> (alcoolisation fœtale, prématurité, hypotrophie, troubles psychiques ou somatiques graves mettant en jeu le développement de l'enfant)
Enfant à naître	14	Les enfants à naître ne sont pas comptabilisés (pas de statut légal) mais ils peuvent être considérés comme "enfants concernés".
Enfants de + de 3 ans non inclus	94	
Enfants décédés	5	

Nombre d'enfants par lieux de vie <u>au moment de la demande</u> (l'analyse ne porte que sur les 140 enfants inclus)		
Domicile du ménage	52	Centre maternel, hospitalisation mère-enfant, hôtel, autre
Non renseignés	36	Souvent des enfants à naître au moment de la demande, donc sans lieu de vie!
Avec parent(s) hors domicile	28	
Néonatalogie	16	
Pouponnière	7	
Placement familial	4	
En attente de décision	3	
Maternité	2	
Domicile d'un autre membre de la famille	1	
Garde alternée	1	
Proportion d'enfants séparés de leurs parents (pour les 114 situations où le lieu de vie est renseigné au moment de l'inclusion)	24,56%	28 enfants inclus vivent séparés de leurs parents au moment de la demande. Cette situation peut être provisoire (hospitalisation = 14,03%, domicile d'un autre membre de la famille = 0,9%) ou durable (placement = 9,65%).

GROUPE FAMILIAUX – Lors de l'inclusion		
Famille nucléaire	39	
Monoparental	36	Une mère avec un ou plusieurs enfants
Femme enceinte seule	22	
Couple avec femme enceinte	17	Les deux adultes sont les futurs parents mais n'ont pas encore d'enfants.
Recomposé	7	L'un des deux adultes n'est pas le parent de l'enfant.
Famille nucléaire avec femme enceinte	7	
Parents séparés	6	Les deux parents sont présents dans la situation mais vivent séparément.
Monoparental avec femme enceinte	6	
Autre	5	Situations très confuses où il n'est pas possible de rattacher à l'une des catégories définies au-dessus.
Femme seule	3	Rares cas de femmes s'interrogeant sur l'opportunité d'une grossesse ou accompagnées suite à une IMG
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	55
Hôtel / CHRS	38
Famille	17
Squat / S.D.F	11
Centre maternel	10
Non renseigné	10
Autre	5
Hébergement thérapeutique	3
Amis	1

36,67 % des situations concernent des groupes familiaux en hébergement autonome, 34 % sont en hébergement social, en hébergement d'urgence, en insertion ou à but thérapeutique, 12 % sont hébergés chez des membres de leur famille ou chez des amis, 7,33 % n'ont pas d'hébergement et 3,33 % des situations sont trop confuses ou fluctuantes pour être rattachées à l'une de ces catégories. Pour 6,67 % des cas, nous ne disposons pas des informations.

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

ANALYSE DES DIFFERENTS FREINS A L'ACCES AUX SOINS QUE RENCONTRENT LES FAMILLES ET LES PROFESSIONNELS

Ces catégories sont issues du rapport 2014 de la FEDERASIF sur les difficultés d'accès aux soins des patients en situation complexe.

FREINS RELATIFS AUX PATIENTS

Conduites d'évitement	61
Difficulté à prendre des décisions, à formuler des demandes	47
Problème de continuité dans les suivis	43
Difficultés à aller vers, troubles relationnels	41
Difficultés d'hébergement	35
Refus des propositions des professionnels	33
Difficulté à prendre en compte les besoins des enfants	32
Manque d'assiduité dans les soins	27
Difficulté pour accomplir les démarches	21
Difficulté pour l'observance des traitements	21
Mobilité géographique, changement de secteur	18
Frein lié à l'entourage	14
Manque d'information sur les structures	12
Absence ou instabilité dans la couverture santé	9
Pas de possibilité de consultations payantes	5
Difficulté liée au coût des transports	3
Difficulté d'accès aux moyens de communication (courrier, téléphone, internet)	3
Incompréhension des informations médicales	1
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 l'intérêt du réseau pour les partenaires et les familles. On enregistre 426 freins pour 150 familles soit en moyenne 2.84 freins par situation familiale.

FREINS RELATIFS AUX PROFESSIONNELS

Impuissance face à une situation complexe	68
Difficulté pour travailler avec des partenaires spécifiques ou de champs différents	40
Manque d'information sur les possibilités de prise en charge du territoire	31
Difficulté pour établir un diagnostic	27
Isolement professionnel	22
Difficulté pour une rencontre efficace (comprendre les problèmes du patient et se faire comprendre)	17
Problèmes avec les représentations	15
Problèmes avec les représentations	13
Refus de prise en charge par certains professionnels	10
Délai trop long pour le début de prise en charge	7

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 250 freins pour 150 familles soit 1.6 freins par situation familiale.

FREINS RELATIFS AU SYSTEME DE SANTE		
Saturation des dispositifs, manque de places	14	
Impossibilité du maintien dans la structure	14	
Soins des étrangers en situation irrégulière	8	
Eloignement des structures de soins et accès difficiles	4	
Lenteur et lourdeur administrative	6	
Autres freins non rattachables aux catégories ci-dessus : 33		

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 46 freins de cette nature pour 150 familles soit 0.3 frein par situation familiale. Parfois il n'est pas possible de rattacher un « frein à l'accès aux soins » aux catégories ci-dessus (freins personnels, freins professionnels, freins relatifs au système de santé), c'est le cas pour 33 « freins » classés « autres ».

e) Axes de travail développés par le DAPSA, en direction des familles et des partenaires, suite à l'évaluation de chacun des situations

Axes de travail développés dans le cadre des coordinations, en direction des patients adultes (242 adultes inclus).	
Troubles psychologiques adulte	64
Consommations problématiques de substances psychoactives	52
Soutien à la parentalité	46
Difficultés d'accès aux soins et aux institutions	41
Elaborer ou faire émerger un projet, une demande	36
Trouble du lien/ interactions parent-enfant	34
Compétences parentales	31
Isolement de l'adulte	25
Problèmes sociaux	22
Inquiétudes envers le développement du fœtus	18
Troubles somatiques adultes	18
Complications obstétricales	7
Stigmatisation de l'adulte	4
Travail sur violence	3

Axes de travail développés dans le cadre des coordinations, en direction des patients enfants (140 enfants inclus)	
Protection des enfants	30
Prévention développement psychomoteur	28
Troubles psychologiques de l'enfant	26
Petit poids / développement de l'enfant	23
Négligence/besoins de base	9
Troubles somatiques enfants	15
Maladie/trouble fonctionnel enfant	9
Maltraitance de l'enfant	1

Pour chaque situation qui entre dans le cadre de la coordination il est possible d'enregistrer plusieurs axes de travail. Sur les 150 situations familiales traitées cette année, toutes ont pu faire l'objet de cette analyse. On enregistre en moyenne 2.67 axes de travail "patient adulte" et 0.94 axe 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 troubles psychologiques, des consommations de produits psychoactifs, du besoin de soutien à la parentalité, des difficultés d'accès aux soins, 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	
Assurer un relais de prises en charges	56
Soutien aux professionnels	55
Maintenir, créer un espace de pensée nécessaire pour une situation complexe	53
Clarifier, faire circuler l'information entre partenaires	36
S'assurer de l'effectivité de la prise en charge de l'enfant	34
Intégration des partenaires / répartition du travail selon les missions de chacun	33
Soutenir un professionnel isolé	28
S'assurer de l'effectivité de la prise en charge de l'adulte	28
Restitution organisée de l'évolution des prises en charge	14
Réorienter le travail suite à un événement important	12
Travail sur les représentations, stigmatisation des patients	8
Réorienter le travail suite à une nouvelle évaluation	7

Le 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 2.4 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 enregistrés.

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,...).

f) Les partenaires et structures impliqués dans les travaux de concertation

Nombre de professionnels rencontrés dans le cadre des travaux de coordination	
Assistant Social	205
Infirmier / puériculteur	146
Encadrement	123
Psychologue	108
Educateur Spécialisé	101
Psychiatre / Pédopsychiatre	66
Sage-Femme / Obstétricien	51
Médecin PMI	47
Pédiatre / Néonatalogiste	39
Autres travailleurs sociaux	38
Autre	21
Educateur de Jeunes Enfants	15
Médecin Généraliste	12
Médecin Addictologue	9
Psychomotricien	9
Médecin, autre spécialité	5
NON RENSEIGNÉ	34

Un professionnel est compté ici autant de fois qu'il y a de situations pour lesquelles il intervient, le total avec cette méthode de comptage est de 1029 professionnels. Mais il s'agit en fait de 811 professionnels différents, certains d'entre eux étant engagés auprès de plusieurs groupes familiaux en file active.

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.

Dans l'annuaire des contacts du Dapsa, concernant la file active 2016 :

- 1990 contacts n'interviennent dans aucun des 150 dossiers en file active,
- 684 contacts interviennent dans 1 dossier en file active,
- 82 contacts interviennent dans 2 dossiers en file active,
- 23 contacts interviennent dans 3 dossiers en file active,
- 12 contacts interviennent dans 4 dossiers en file active,
- 4 contacts interviennent dans 5 dossiers en file active,
- 4 contacts interviennent dans 6 dossiers en file active,
- 1 contact intervient dans 9 dossiers en file active,
- 1 contact intervient dans 11 dossiers en file active

Au total ce sont 811 professionnels différents qui interviennent sur au moins un dossier en file active.

Nombre de professionnels rencontrés dans le cadre des travaux de coordination, en fonction de leur structure d'exercice	
PMI	178
CSAPA	87
Maternité, Néonatalogie	81
ASE/CRIP	78
Services Sociaux	74
Hébergement social	68
Associations en protection de l'enfance /AED / AEMO	56
Ecole / Crèche / Modes de garde	54
ELSA	48
CMP / CMPP / structures et services psychiatriques et pédopsychiatriques	41
Hôpital /Clinique (autres services)	40
Pouponnière / MECS / services de placement familial	40
HAD Pédiatrique	28
Centre Maternel	27
Unité mère-enfants et soins de suite mère enfant	25
Autre	21
CAMSP / Soins enfants / éducation spécialisée	20
Réseau de santé	15
CAARUD	10
Libéral	6
Police / Justice / Avocat / Aide juridictionnelle / SPIP	3
Cure / Postcure	3
HAD Obstétricale	2
Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels	1
NON RENSEIGNÉ	23

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,... On retrouve ici un total de 1029 professionnels sachant qu'un professionnel est compté autant de fois qu'il y a de situations pour lesquelles il intervient.

g) **Les orientations ou suivis mis en place pendant l'inclusion dans le réseau DAPSA**

Orientations adultes (dont adultes suivis par l'équipe mobile)	
PMI	42 (19)
CMP / CMPP / Structures et services psychiatriques et pédopsychiatriques	32 (10)
ASE / CRIP	31 (15)
CSAPA / Services d'addictologie / alcoologie	29 (9)
Services sociaux	25 (16)
AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	23 (15)
Hébergement social	21 (11)
Maternité	20 (6)
Justice / SPIP	19 (11)
Autre	16 (8)
ELSA	16 (3)
Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	13 (5)
Autres services hospitaliers	12 (7)
Autre réseau	9 (2)
Centre maternel	9 (2)
Libéral	9 (6)
Cure / Postcure	6 (2)
CAARUD	4 (1)
Avocats / aide juridictionnelle	2 (2)
Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels	2 (0)

On enregistre 340 « orientations adultes » pour 242 adultes (parfois plusieurs orientations pour un même adulte). Il y a 33 familles incluses pour lesquelles aucune orientation adulte n'a été mise en place au 31 décembre 2016, parmi ces 33 familles 3 sont suivies par l'équipe mobile.

Il ne s'agit pas de comptabiliser les orientations proposées par le réseau mais les orientations effectives quelle qu'en soit l'origine (le réseau, les partenaires). Il s'agit 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 », nous les enregistrons tout de même ici pour tenir compte de l'ensemble de l'environnement professionnel autour de la famille (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).

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

Orientations enfants (dont enfants suivis par l'équipe mobile)	
PMI	46 (21)
ASE / CRIP	37 (16)
Ecole Creche et autres modes de garde	25 (17)
AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	24 (15)
CMP / CMPP / Structures et services psychiatriques et pédopsychiatriques	23 (9)
Pouponnière / Foyer / MECS / Services de placement familial	20 (8)
Justice / SPIP	14 (8)
Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	12 (4)
CAMSP / Soins enfant / Education spécialisée	11 (5)
Autres services hospitaliers	10 (4)
Libéral	10 (6)
Hébergement social	8 (5)
Néonatalogie	8 (3)
Autre	7 (3)
Autre réseau	4 (1)
Centre maternel	4 (2)
HAD pédiatrique	4 (3)
Réseau pédiatrique	2 (2)
Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels	1 (1)

On enregistre 270 orientations enfants pour 140 enfants inclus (parfois plusieurs orientations pour un même enfant). Il y a 52 familles incluses pour lesquelles aucune orientation enfant n'a été mise en place au 31 décembre 2016, parmi ces 52 familles 3 sont suivies par l'équipe mobile.

h) Analyse des situations closes en 2016

Clôtures de coordination (ventilées par motif de sortie de file active)	81/150	81 situations pour lesquelles un travail de coordination était engagé ont été closes en 2016
Objectif(s) avai(en)t été formulé(s)	81/81	Situations pour lesquelles au moins un objectif avait été formulé (les objectifs sont révisés tous les six mois).
Objectif(s) atteint(s)	46	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.
Dont orientations	16	
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.	56,79%	46/81
Objectifs non atteints:	19	19 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.
Dont partenaire demandeur perdu de vue	11	Nous ne parvenons pas à recontacter les professionnels qui nous avaient sollicités.
Dont autre	4	2 situations où les partenaires ont renoncé à ce qu'ils avaient demandé et 2 situations ouvertes plusieurs fois, suite à différentes demandes, avant que le réseau ne s'aperçoive, lors de l'évaluation de la situation, qu'il s'agissait des mêmes familles. Les doublons de dossiers sont donc fermés avec pour motif "autre".
Dont refus d'intervention	2	Il y a eu 2 situations pour lesquelles nous nous étions fixés un objectif mais où l'intervention proposée a été refusée.
Dont déménagement	1	
Dont patient perdu de vue par le partenaire demandeur	1	
Fin de nécessité d'intervenir	16	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.

Les équipes mobiles arrivées à terme en 2016

Nombre de situations cluses, suivies par l'équipe mobile, par motif de sortie de file active	13/45	13 situations ont été closes en 2016. La fin d'intervention de l'équipe mobile ne signifie pas nécessairement que la coordination s'arrête également. 1 famille a refusé la visite de l'équipe mobile.
Objectif(s) formulé(s)	12/13	Une famille a refusé l'intervention de l'équipe mobile, il n'y a donc pas eu d'objectif posé.
Objectif(s) atteint(s)	6	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.
Pourcentage d'objectifs atteints (parmi les situations <u>cluses</u> pour <u>lesquelles au moins un objectif avait été formulé</u>).	50,00%	6/12
Objectifs non atteints :	4	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.
Dont patient perdu de vue par l'équipe mobile	2	
Dont dossiers clos à la demande du patient	1	
Dont partenaire demandeur perdu de vue	1	Le contact avec la famille était dépendant du partenaire ayant sollicité l'intervention.
Fin de nécessité d'intervenir	2	Un objectif avait été posé mais la situation de blocage a été résolu rendant obsolète l'objectif qui avait été posé.
Refus d'intervention	1	Pas d'objectif formulé

i) Les interventions des salariés en 2015

Actes réalisés en 2016 dans le cadre de l'activité clinique		
Nombre d'interventions directes réalisées en direction des patients (EMEO) :	1253	Soit un temps consacré pour ces prestations en direction des patients de 1114 heures, et un nombre moyen d'actes par groupe familial de 27,8 actes "patients" (45 familles concernées)
Visites à domicile (VAD) ou rendez-vous, accompagnements	268	238 VAD réalisées et 30 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 trouve porte close dans 11% des cas.
Entretiens téléphoniques et SMS	836	593 appels / SMS sortants et 243 appels / SMS entrants (en réalité, l'équipe étant régulièrement en déplacement, les appels "sortants" sont souvent des rappels suites à un appel entrant manqué qui n'est pas comptabilisé).
Courriers, mails	113	
Recherches	35	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	1	Parfois une rencontre avec un partenaire se tient avec le ou les parents concernés
Nombre d'interventions directes réalisées en direction des professionnels :	2183	Soit un temps consacré pour ces prestations en direction des professionnels de 1562 heures, et un nombre moyen d'actes par groupe familial de 14,5 actes "partenaires" (150 familles concernées)
Entretiens téléphoniques	1200	850 appels sortants (en réalité, l'équipe étant régulièrement en déplacement, les appels "sortants" sont souvent des rappels suites à un appel entrant manqué qui n'est pas comptabilisé) et 350 appels entrants
Courriers	639	Papiers, mails
Recherches	20	
Réunion de Concertation Pluridisciplinaire / réunion de synthèse	107	Réunion des différents professionnels au contact d'une même famille et où se déroule le travail de concertation.
Compte-rendu	145	Les réunions de concertation pluridisciplinaires donnent généralement lieu à un compte rendu diffusé aux professionnels impliqués. C'est également le cas pour certaines synthèses ou réunions dont nous n'avons pas l'initiative.
Autres échanges cliniques avec partenaires	72	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 (interventions auprès des patients et des partenaires, hors travail en interne)	3436	Soit un temps total consacré pour ces prestations de 2676 heures (hors travaux de préparation interne)
Temps de préparation interne au Dapsa	2476 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 (en heures)	1114	1253 interventions
Intervention en direction des partenaires (en heures)	1562	2183 interventions
Travail clinique en interne (en heures)	2476	
TOTAL	5152	

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).

La FEDERASIF

La FEDERASIF –Fédération des Réseaux d'Accès aux Soins d'Île-de-France-, avait 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 constituait 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 avait 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 était 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 2016 le Dapsa s'est fortement investi dans le travail mis en œuvre par la Fédérasif, jusqu'à la dissolution de l'association le 7 juillet 2016, sur demande de l'ARS Ile de France qui a souhaité qu'une unique structure regroupe l'ensemble des réseaux de santé, indépendamment de leurs populations cible, territoires d'intervention ou thématique sanitaire. L'ensemble des réseaux est désormais regroupé au sein d'une nouvelle structure, le « Résif » (Réseau de Santé d'Ile de France). En 2016, le travail du Dapsa au sein de la FEDERASIF s'est organisé autour de deux axes :

- Gestion, administration, comptabilité, dissolution de la Fédérasif : depuis 2014 le Dapsa a accueilli 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 assurait les fonctions de trésorier de la Fédérasif et était donc en charge de sa gestion financière et comptable (là encore avec l'appui important du réseau ASDES qui assurait 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 en 2015 le cahier des charges du projet qui a été confié au cabinet FORS, 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 n'ont pas pu trouver de réponse : 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?). Ce projet n'a donc pas abouti à l'heure actuelle.

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. Pour l'instant le Résif n'organise pas de travaux transversaux à l'ensemble des réseaux de santé tel que prévu initialement, cette nouvelle structure en étant encore à rechercher un mode de fonctionnement adapté à la variété et au nombre important de professionnels et de structures concernés.

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

Conclusions

En 2016 le réseau a poursuivi ses différentes activités, avec une stabilité de la file active en coordination (148 familles pour 331 patients en 2014, 149 familles pour 338 patients en 2015, 150 familles pour 382 patients en 2016).

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
2016	59	91	150	81	69
2017	69				

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

2015 avait été une année de renforcement de l'équipe clinique (2014 avait à l'inverse été une année de départ !). Deux professionnelles avaient rejoint l'équipe côté clinique. Une cadre socio-éducative à temps plein et une psychologue clinicienne à mi-temps avait été recrutées pour augmenter les capacités d'intervention de l'équipe. Après un temps d'adaptation indispensable pour intégrer l'équipe salariée, ces postes ont permis à l'équipe de fonctionner efficacement en 2016, sans modification de l'effectif.

Du côté de l'administration et de l'organisation interne du réseau, 2016 a également été une année de progrès. Avec le développement de nouvelles fonctionnalités liées au système d'information interne à l'association et le développement d'un nouveau site internet, plus moderne, plus intuitif, 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.

Les groupes de travail départementaux portant sur le repérage des situations de femmes enceintes en difficulté pour interrompre leurs consommations d'alcool et sur les moyens de garantir une continuité dans la vigilance autour de la femme et de l'enfant permet de soutenir le développement régional du Dapsa. Ces groupes sont l'occasion de rencontrer de nombreux dispositifs dans des départements où le Dapsa était historiquement moins présent. La départementalisation qui a toujours été source de difficultés (moindre 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 territoires éloignés. Ces groupes tentent ainsi de créer les prémises de micro-réseaux locaux autour de la problématique de l'alcoolisation fœtale et de l'accompagnement de femmes enceintes vulnérables.

Côté clinique nous avons constaté une augmentation de l'activité suite à l'augmentation de l'effectif en 2015 (les professionnels recrutés en 2015 ayant été présents et opérationnels sur la totalité de l'année 2016). Si le nombre de situations reste stable, le nombre d'interventions et le nombre de partenaires par situation familiale augmente. La complexité de ces accompagnements s'accroît, phénomène qui vient renforcer le travail d'accès aux soins des nouveau-nés vulnérables qui implique d'autres pratiques, une durée de suivi souvent plus étendue et des situations pour lesquelles il peut être plus difficile de se retirer.

Le travail du Dapsa s'est poursuivi autour de ces trois orientations « historiques » (actions transversales pour soutenir le développement d'une interculturelité professionnelle autour de nos thématiques de travail, action de coordination en direction des partenaires et des familles et équipe mobile en direction des familles). La synergie entre ces trois orientations 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 2017...

- Le recrutement d'un médecin psychiatre ou pédopsychiatre à temps partiel est toujours d'actualité et nous espérons qu'il aboutisse enfin en 2017.
- Le déménagement du Dapsa est également prévu pour 2017. Installé depuis sa création dans ses locaux rue Meslay, l'équipe a doublé d'effectif depuis 10 ans et commence à se sentir à l'étroit. L'accès à des locaux plus confortables facilitera le travail d'appui aux professionnels. Les locaux actuels nous contraignent à un usage mixte de la salle de réunion. Celle-ci accueille quatre bureaux en plus de sa fonction de salle de réunion et les professionnels occupant ces bureaux sont amenés à changer de poste de travail quand le réseau accueil des partenaires pour des travaux de concertation. De même cette proximité entre professionnels peut être problématique, une grande partie du travail de liaison étant réalisé par téléphone, l'espace de travail est souvent bruyant, et peu propice à la confidentialité. L'accès à des locaux plus vaste avec des espaces davantage cloisonnés serait un plus pour le travail du Dapsa.
- Le Dapsa poursuivra le développement de son système d'information en y incluant de nouvelles fonctionnalités de façon à diminuer la dispersion des outils de suivi de l'activité. Un système de gestion des structures partenaires sera mis en place. Les « contacts » présents dans chaque dossier seront désormais rattachés à des structures permettant ainsi un lien entre l'annuaire des partenaires et le suivi des situations familiales. Les comptes rendus de rencontre avec les partenaires, les plaquettes, les informations relatives à leur fonctionnement seront ainsi centralisées et facilement accessibles.
- En 2016 plusieurs rencontres avec l'Aide Sociale à l'Enfance de Paris ont eu lieu afin de construire un projet d'équipe mobile à destination d'adultes dont les enfants sont confiés à l'ASE de Paris et pour lesquels le travail de l'ASE sur la parentalité est mis à mal. Ce projet a été proposé à la Fondation de France pour une expérimentation, nous attendons la réponse à la demande de financement au printemps 2017. L'ASE mène un travail avec les parents (dont les enfants sont placés) sur leur parentalité, en parallèle du travail réalisé auprès des enfants. Cependant le travail avec les parents peut se trouver entravé : quand les professionnels de l'ASE constatent des difficultés personnelles des adultes, ne pouvant être travaillées par l'ASE ou les services qui accueillent l'enfant car ne relevant pas du champ de la parentalité ; quand les parents rompent les liens avec l'ASE et/ou le service d'accueil de l'enfant ; quand les parents ne se présentent pas aux rendez-vous avec les professionnels ou aux rencontres médiatisées avec l'enfant. Le travail du Dapsa consistera à proposer aux adultes un espace leur permettant d'être entendus et soutenus, en tant qu'adultes, concernant leurs difficultés personnelles, extérieures au champ de la parentalité (addiction, souffrance psychique, difficultés d'accès aux soins). L'idée est donc de proposer à des adultes (parents d'enfants de 0 à 3 ans confiés à l'ASE de Paris) un interlocuteur dégagé des missions de protection de l'enfance pour explorer les difficultés personnelles des adultes. Le projet est expérimental et ne concerne pas tous les parents dont les enfants sont placés à l'ASE de Paris. Il s'adresse à des adultes qui, au-delà de difficultés parentales, présentent des addictions, des vulnérabilités sur le plan psychique (ou pathologies mentales non prises en charge) qui font barrage au devenir parent. Ce travail s'articulera avec celui de l'ASE sur la parentalité pour faciliter les liens entre les parents, l'ASE et l'enfant. Le projet est limité à 10 à 15 situations familiales complexes par an.
- En 2016 nous avons organisés deux groupes de travail sur le repérage des situations de femmes enceintes en difficulté pour interrompre leurs consommations d'alcool et sur les moyens de garantir une continuité dans la vigilance autour de la femme et de l'enfant. Les territoires concernés étaient le sud de la Seine et Marne et la Seine Saint Denis. Nous avons sollicité la poursuite de ce travail en 2017 sur d'autres territoires : Seine et Marne Nord, Essonne, Val de Marne, Hauts de Seine, Yvelines, Val d'Oise. Ces groupes sont à chaque fois l'occasion de développer nos liens avec les maternités, néonatalogie, PMI, réseaux périnataux et pédiatriques, dispositifs d'addictologie, dispositifs d'hébergement (et bien d'autres). C'est aussi et surtout un moyen de développer les liens entre ces dispositifs, dans l'intérêt des familles et de la continuité de l'attention que les professionnels peuvent porter à leur égard. Nous espérons pouvoir poursuivre ce travail en 2017. Une demande de renouvellement de l'action a été transmise à l'ARS dans ce sens.
- Poursuivre les travaux de concertation et d'équipe mobile en direction des familles en situations complexes en période périnatale. Une tendance importante a été observée en 2016 : une augmentation des recours au Dapsa pour des difficultés d'accès ou de continuité des soins pour des familles dont un ou plusieurs enfants présentent de graves difficultés sur un plan somatique. Cette tendance se confirme au premier trimestre 2017 et prolonge la pratique usuelle de travail en réseau au Dapsa : une prégnance plus forte des dimensions médicales, un élargissement du réseau de partenaires côté pédiatrique, une focalisation accrue sur les difficultés des enfants. Il y a donc un élargissement de la pratique habituelle qui était orientée vers la levée de freins intrapsychiques à l'accès aux soins d'adultes en souffrance (qu'il s'agisse de leurs soins ou de ceux de leurs enfants), avec désormais un travail plus dense en direction des enfants. Il y a là tout un nouveau champ à expérimenter, ce que l'équipe réalise progressivement, en se formant pour répondre à ces demandes, en allant à la rencontre de nouveaux partenaires et en adaptant par petites touches la pratique de travail du Dapsa afin de répondre au mieux aux sollicitations qui nous sont faites. Ces évolutions réinterrogent la fonction du réseau et la posture des professionnels, entre « tiers extérieurs » animateurs d'espaces de concertation, et coordinateurs des soins.

VARIATION DE L'ACTIVITE DEPUIS 2014

INDICATEURS	2014	2015	2016	Commentaires éventuels
Nombre de situations familiales suivies par le réseau	148	149	150	File active très stable depuis 2014
- Dont nouvellement suivies dans l'année concernée	93	88	91	
Nombre de familles rencontrées par l'équipe mobile	48	50	45	Les situations auprès desquelles l'équipe mobile est engagée étant de plus en plus complexes et exigeantes en temps de travail, le nombre d'interventions par famille augmente, mais le nombre de familles accompagnées diminue pour garantir la qualité des interventions (voir variation des interventions directes en direction des patients depuis 2014).
- Dont nouvellement rencontrées dans l'année concernée	20	24	20	
Nombre total de personnes suivies par le réseau (hors enfants à naître et hors enfants de plus de trois ans non inclus)	331	338	382	A partir de 2016 le système d'information nous permet de disposer de l'âge des patients en temps réel, soit au 31/12/2016 (y compris pour les dossiers clos en cours d'année), une femme incluse pendant la grossesse est désormais comptabilisée comme mère (et non plus comme femme enceinte) si elle a accouché avant le 31/12/2016. Parmi les femmes en file active, 53 étaient enceinte lors de l'inclusion, 14 n'ont pas encore accouché.
- Dont mères	93	86	132	
- Dont pères	62	67	87	
- Dont femmes enceintes	49	54	14	
- Dont futurs pères	18	20	1	
- Dont femmes	2	4	1	
- Dont autres (ami, conjoint, grands-parents,...)	6	9	7	
- Dont enfants de 0 à 3 mois	46	42	9	
- Dont enfants de 4 à 12 mois	26	19	48	
- Dont enfants de 13 à 24 mois	13	21	41	
- Dont enfants de 25 à 36 mois	16	16	27	
Dont enfants entre 3 et 7 ans inclus au titre de leurs vulnérabilités (prématurité, hypotrophie, SAF/TCAF,...)	nr	nr	15	
Nombre d'enfants de plus de trois ans	204	64	94	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	49	54	14	A partir de 2016 le système d'information permet de disposer de l'âge des enfants en temps réel. En 2016 parmi l'ensemble des dossiers en file active, 53 enfants étaient "à naître" lors de l'inclusion, 14 ne sont pas encore nés au 31/12/2016.

INDICATEURS	2014	2015	2016	Commentaires éventuels
Origines des sollicitations adressées au Dapsa				
PMI	27	27	24	Les chiffres sont relativement stables depuis 2014.
Maternité / néonatalogie	31	25	21	
CSAPA	18	24	19	
ELSA	10	14	11	
Hébergement social	7	8	9	
ASE/CRIP	9	7	7	
Unité Mère Enfant	7	5	6	
Centre maternel	4	5	9	
Perso/Entourage	2	5	6	
AED/ AEMO	1	5	6	
CAARUD	8	4	3	
HAD pédiatrique	8	4	9	
CMP / CMPP / structures psy	5	4	2	
Services sociaux	4	3	4	
Hôpital / clinique (autres services)	1	3	4	
Réseau de santé	2	2	3	
Crèche /modes de garde/ école	0	2	3	
Libéral	2	1	1	
Pouponnière, MECS, Service de placement familial	0	1	1	
CAMSP	2	0	2	
Départements d'origine des demandes				
Paris	92	102	109	L'augmentation du nombre de familles est principalement le fait de la hausse des recours au réseau adressés par des professionnels parisiens. On observe en revanche une baisse d'activité en Seine et Marne (côté clinique uniquement) liée au retrait de la cellule d'appui anciennement implantée à Melun.
Seine et Marne	25	16	5	
Yvelines	1	2	3	
Essonne	1	0	0	
Hauts de Seine	9	4	8	
Seine Saint Denis	18	19	15	
Val de Marne	0	6	8	
Val d'Oise	1	0	0	
Autres	1	0	2	
Troubles ou inquiétudes – concernant les adultes - signalés par le demandeur au moment de la demande				
Troubles psy	51	68	58	<p>2014 : 351 troubles ou inquiétudes signalés par les partenaires pour 230 adultes soient en moyenne 1.53 troubles ou inquiétudes par adulte.</p> <p>2015 : 446 troubles ou inquiétudes signalés par les partenaires pour 240 adultes soient en moyenne 1.86 troubles ou inquiétudes par adulte.</p> <p>2016 : 474 troubles ou inquiétudes signalés par les partenaires pour 242 adultes soient en moyenne 1.96 troubles ou inquiétudes par adulte.</p> <p>On observe une augmentation continue des troubles ou inquiétudes transmis par les partenaires au sujet des adultes.</p>
SPA - alcool	120	59	65	
Autre	22	43	46	
SPA - cannabis	37	42	41	
Violence	16	37	40	
Troubles conjugaux	4	36	45	
Autre conduites à risques	11	29	33	
TSO et psychotropes prescrits	38	28	19	
Lien parent enfant	6	26	50	
SPA - cocaïne et crack	4	21	17	
SPA - opiacés	12	15	11	
Troubles somatiques	11	14	20	
Poly consommations	17	13	10	
Deuil (la catégorie n'existait pas en 2014)	0	9	12	
SPA - Médicaments	2	6	7	

INDICATEURS	2014	2015	2016	Commentaires éventuels
Troubles ou inquiétudes – concernant les enfants - signalés par le demandeur au moment de la demande				
Petit poids / développement	31	35	29	<p>Suite à l'augmentation de la catégorie « autre » entre 2014 et 2015, le réseau avait créé trois nouvelles catégories début 2016 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manifestations inquiétantes de l'enfant - Antécédents familiaux - Difficultés d'accès aux soins de l'enfant <p>On enregistre 150 troubles pour 150 enfants (ou enfants à naître) en 2014, 174 troubles pour 152 enfants (ou enfants à naître) en 2015, 158 troubles pour 154 enfants (ou enfants à naître) en 2016.</p>
Autre	18	32	27	
Trouble du lien/ interactions	24	25	19	
Développement fœtal	21	22	22	
Négligence/ Besoins de base	25	21	8	
Troubles psychologiques	13	19	10	
Trouble somatique	13	13	18	
SAF / TCAF / exposition à l'alcool pendant la grossesse	4	4	8	
Manifestations inquiétantes de l'enfant	nr	nr	5	
Antécédents familiaux	nr	nr	4	
Difficultés d'accès aux soins de l'enfant	nr	nr	6	
Maltraitance	1	0	2	
Les interventions du réseau centrées sur la file active				
Nombre d'interventions du Dapsa en direction des patients :	1259	974	1253	<p>Après une baisse d'activité de l'équipe mobile en 2015 suite à la fin des interventions de l'équipe mobile en Seine et Marne, l'activité est repartie à la hausse en 2016. On note par ailleurs la complexité croissante de situations accompagnées par l'équipe mobile : le nombre d'interventions a augmenté de 28% entre 2015 et 2016 alors que le nombre de familles accompagnées par l'équipe mobile a diminué de 10% sur la même période.</p>
- Dont Visites à domicile	292	265	268	
- Dont Echanges téléphoniques, courriers, SMS, mails	938	689	949	
- Dont Autres	29	20	36	
Heures d'intervention en direction des patients	1067	867	1114	
Nombre d'interventions du Dapsa en direction des partenaires :	1440	2057	2183	<p>L'augmentation correspond aux recrutements intervenus depuis 2014.</p>
- Dont Echanges téléphoniques, courriers, SMS, mails	1261	1751	1839	
- Dont réunion (RCP, synthèses,...)	86	95	107	
- Dont Autres	93	211	237	
Heures d'intervention en direction des partenaires	1191	1501	1562	
Heures de travaux cliniques en interne	1696	2460	2476	<p>L'augmentation correspond aux recrutements intervenus depuis 2014.</p>
Nombre de situations closes dans l'année :	89	90	81	<p>Les chiffres sont relativement stables depuis 2014.</p>
- Dont objectif atteint	63%	61%	57%	
- Dont objectifs non atteints	18%	20%	23%	
- Dont fin de nécessité d'intervenir	19%	19%	20%	
Nombre de situations closes dans l'année et suivies par l'équipe mobile :	16	24	13	<p>Les situations accompagnées par l'équipe mobile sont de plus en plus complexes, donc plus exigeantes en termes d'objectifs, et plus difficiles à clôturer.</p>
- Dont objectif atteint	44%	50%	46%	
- Dont objectifs non atteints	31%	25%	31%	
- Dont fin de nécessité d'intervenir	6%	4%	15%	
- Dont Refus d'intervention	19%	21%	8%	

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'EMEEO 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'EMEEO 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'EMEEO 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'EMEEO 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 ou de des patients dans un soin pérenne
- qu'il y a résolution de la crise
- qu'il y a 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

Les pérégrinations d'une équipe mobile Judith, ses parents et le trouble alimentaire comme objet d'inquiétude.

Premier temps de l'EMEO : visites conjointes psychologue - psychomotricienne

Avril 2015 : une psychiatre libérale contacte par téléphone le DAPSA, pour évoquer, ce que nous appelons communément ici, une « situation » qui la tracasse. Elle concerne une petite fille, âgée de 13 mois, qu'elle n'a jamais vue, mais dont elle se préoccupe beaucoup et craint une anorexie infantile.

Cette psychiatre rencontre régulièrement, ce depuis plusieurs années, la mère de cette enfant pour une psychothérapie, qui actuellement est envahie par ses nombreuses angoisses quant au refus de manger de sa fille. Elle ne grossit pas, n'a pas un poids normal pour son âge (7kg). Différents professionnels ont été consultés (PMI, gastroentérologue, psychologue) mais les soutiens proposés sont jugés insuffisants par cette femme, décrite en souffrance sur cette question.

La demande de la psychiatre est une équipe mobile ou une adresse vers qui orienter rapidement l'enfant et sa mère pour une évaluation pédopsychiatrique. Ce qu'elle ne peut effectuer dans le cadre du travail déjà engagé avec Madame.

Le recueil de cette demande réalisé, la situation est abordée en réunion d'équipe afin de réfléchir aux soutiens possibles : du côté professionnel, mais également pour l'enfant et sa mère qui ne semblent pas inquiéter beaucoup de monde (à l'exception de la psychiatre à l'origine de l'appel) alors que les éléments décrits amènent à se questionner réellement sur l'état physique de cet enfant. Différentes orientations sont pensées, une consultation familiale, un bilan en pédopsychiatrie, une consultation pédiatrique... Mais en amont, nous choisissons de proposer un binôme psychologue-psychomotricienne et de faire un point avec cette mère et l'enfant, et pourquoi pas avec le père (le couple étant mis à mal par ce contexte anxigène) pour évaluer les demandes et besoins de chacun. Ce binôme permettrait d'évaluer la qualité du lien de la tryade et le développement psychomoteur de Judith et de les accompagner vers un soin approprié s'ils le souhaitent.

Le contact est rapidement établi avec Madame qui accepte facilement la proposition d'un rendez-vous à la maison « pour faire connaissance ». Près de deux semaines après l'appel de la psychiatre libérale, nous sommes attendus par Judith et ses parents dans le salon de leur appartement. Un certain ordre y règne. Deux jeux traînent dans cet espace, une dinette et un panier de fruits et légumes en plastique. Nous sommes tout de suite mises au cœur du sujet problématique. D'autant plus que le couple évoque rapidement ses inquiétudes sur l'alimentation de Judith qui « ne mange pas » et « fait des grèves de la faim sur plusieurs jours ». Ces préoccupations alimentaires se sont cristallisées, les parents ne parlent que de nourriture, de poids, de maigreur, de calories, le quotidien est ponctué de ces questionnements autour de « comment nourrir notre fille ? ». Les moments de nourrissage sont devenus sources d'angoisses. Madame aurait souhaité rencontrer un pédopsychiatre spécialiste. Les parents se disent désemparés et ne savent plus quoi faire. Ils racontent avoir déjà rencontré plusieurs professionnels sans qu'aucun ne s'inquiète ni ne trouve une solution : pédiatre, gastroentérologue, diététicienne, orthophoniste, psychologue, tous des professionnels en libéral. La grossesse et l'accouchement ont été vécus comme difficiles par la mère. Madame est suivie par une psychiatre depuis plusieurs années pour des épisodes dépressifs.

Quant à Judith, du haut de sa frêle silhouette, souriante et attentive, elle utilise la dinette pour nous montrer que jouer avec la bouche n'est pas un souci pour elle. Aucune irritabilité sensorielle n'est observée, la zone orale ne semble pas désinvestie, bien au contraire. L'interaction est réelle, son développement apparaît harmonieux. Elle reste à nos côtés, sagement, tout le temps de l'entretien, pleure à deux reprises : à l'évocation des craintes d'une maladie génétique durant la grossesse, et lorsque sa mère sort de la pièce.

Elle est accueillie quotidiennement chez une assistante maternelle ; les parents précisent qu'ils auraient préféré une crèche collective.

Une prochaine rencontre est prévue avec Judith et sa mère à l'heure du repas.

Dix jours plus tard, nous assistons donc au repas de Judith, un moment qui ne lui paraît pas désagréable. Elle joue avec la nourriture, mange des petites quantités. Certains goûts sont appréciés, d'autres moins. Elle est détendue, souriante. Son attitude contraste avec l'état de tension de sa mère que nous ressentons malgré une apparence souriante et avenante. Elle a tendance à anticiper les faits et gestes de sa fille, et peut verbaliser des propos dévalorisants pour décrire ce moment qui « se passe mieux que d'habitude » avoue-t-elle difficilement.

Avant notre départ, Judith est déposée au sol. Elle amène sa mère vers son espace de jeu, situé étrangement dans la cuisine. Elle ne se déplace que debout en tenant les mains de l'adulte. Nous réalisons que, sur aucune des deux rencontres, nous avons vu Judith se mouvoir seule et être installée autrement que debout en appui sur quelqu'un ou un meuble. Le peut-elle ? La question est à garder à l'esprit, tout comme l'idée d'instaurer un moment de jeu partagé. Se décaler de la question de l'alimentation ? Serait-ce possible ? Nous proposons à Madame différentes modalités de rencontre, elle choisit de rencontrer la psychologue pour la prochaine fois.

Au cours de la rencontre en individuel, est évoquée l'histoire de la grossesse et de la naissance, les premiers liens avec Judith et la chronologie des différents professionnels rencontrés au sujet de l'alimentation de Judith. Madame raconte sa rencontre avec la maternité avec beaucoup d'émotions et une grande vulnérabilité. Un prochain rendez-vous est organisé en binôme.

Quelques jours plus tard, Madame téléphone à la psychologue dans un état d'angoisse important, elle exprime sa détresse face à la situation autour de l'alimentation de Judith, insiste sur le fait qu'elle « ne mange plus du tout » et décrit un forçage alimentaire de la part du père. Madame demande si le Dapsa a trouvé une solution « car cela ne peut plus durer ».

Des échanges cliniques ont lieu en équipe et au sein du binôme pour réfléchir à l'urgence de Madame. Si Judith est en proie à une forte impossibilité de manger, si insoutenable, et à l'origine d'une perte de poids, pourquoi son médecin n'a-t-il pas été sollicité ? Pourquoi n'est-elle pas allée aux urgences ? Un prochain rendez-vous a déjà été fixé. Nous faisons le choix de ne pas être dans une réponse précipitée.

Lors de la rencontre qui suit cet épisode délicat, madame nous apparaîtra beaucoup moins angoissée, malgré sa préoccupation centrale pour la question de l'alimentation. Il est possible d'introduire, sur la rencontre, notre idée gardée de côté de la dernière visite à deux : faire advenir du jeu. Un espace au sol est pensé avec un petit tapis et quelques jouets à disposition. Judith est preneuse de cette proposition et s'en sert pour exprimer ce qu'elle vit de cette situation.

De mi-juin à fin juillet, les modalités de rencontres sont les mêmes. Nous sommes toutes deux présentes, le binôme amène une certaine « contenance », les tensions s'apaisent, le rythme ralentit. Les modalités semblent faire sens pour Judith qui invite tout le monde à jouer. Sur cette période, nous constatons un cheminement de tous les protagonistes (de Monsieur également quand il est présent), la question d'une orientation devient possible avec deux propositions : une unité parents-enfant ou un CMP petite enfance. En parallèle, la famille apprend une nouvelle inattendue : une place en crèche se libère. Cependant, ce n'est pas celle souhaitée. Cette place est néanmoins, pour nous, une ouverture pour aborder le quotidien et les besoins de l'enfant en d'autres termes qu'alimentation. Judith aide à cette décentration en attirant l'attention avec des jeux qui mettent en scène son monde interne : se cacher, se retrouver, tenter, essayer, tester les réactions des adultes, s'opposer, s'affirmer, se déplacer. A quatre-pattes d'abord, les appuis sont fragiles, puis debout. Les premiers pas arrivent vite. Prendre de la distance, revenir, partager. Judith réussit à amener sa maman sur le tapis ; mais jouer, pour elle, n'est pas évident. Madame range au fur et à mesure que les objets sont sortis. Puis finit par les laisser « voyager ». Elle commence à s'intéresser aux explorations de sa fille (autre que la dinette) qui s'amuse à rechercher un corps à corps mère-bébé. Les questionnements s'élargissent, Madame commence à lâcher le sujet de l'alimentation pour aborder la parentalité dans son ensemble. Monsieur, occasionnellement présent, se saisit de cette dimension ludique et se plaît à jouer avec Judith, mettant à distance le problème qui fâche.

Madame prend contact rapidement avec une des structures proposées, la famille rencontre le pédopsychiatre de l'unité parents-enfant. La place en crèche est acceptée et les parents doivent prendre la décision d'informer l'assistante maternelle de l'arrêt du mode de garde pour la rentrée.

Les visites du binôme s'arrêtent, fin juillet, du fait du congé maternité de la psychomotricienne. Lors de cette dernière visite à deux, Judith met en jeu la séparation : collée à sa maman sur le début, elle finit la rencontre en marchant de manière stable, affirmée dans sa posture et articulant pour la première fois un mot, un « au revoir ».

Le soutien va se poursuivre avec la psychologue pour accompagner la famille le temps des transitions : changement de lieu d'accueil à venir (séparation d'avec l'assistante maternelle et entrée en crèche collective) et début de la prise en charge à l'unité parents-enfant. Une proposition de soin a, en effet, été faite (psychothérapie parents-enfant).

Deuxième temps de l'EMEO : visite de la psychologue

Pendant les mois d'août et septembre, le lien est maintenu par téléphone, je précise que je reste disponible si besoin. Madame prend contact à son retour de vacances pour donner des nouvelles. Après un premier rendez-vous avec le pédopsychiatre, elle a rencontré un binôme psychologue-psychomotricienne à l'unité parents-enfant, rencontre qui débouche sur une proposition de psychothérapie parents-enfant. Elle donne également des nouvelles de Judith qui « progresse intellectuellement » et souligne en revanche que « son sommeil est perturbé », qu' « elle fait des colères » et décrit l'alimentation comme « toujours compliquée ».

Au cours du mois de septembre, la psychothérapie proposée par l'unité parents-enfant commence et semble bien investie par Judith et sa mère. Conjointement, l'accueil en crèche démarre, Madame décrit des débuts difficiles (refus alimentaire, refus de faire la sieste, peu de relations avec les autres enfants et difficultés de séparation mère-enfant), puis l'adaptation se fait progressivement. Madame dit être confiante, plus tranquille et apprécier cette modalité d'accueil collectif pour sa fille.

Depuis le début du suivi Dapsa, aucune concertation avec des professionnels ne s'est mise en place. En effet, à l'inclusion de cette situation, seule la psychiatre côté adulte était présente. Un travail avec Madame commence afin qu'elle consente à une proposition de concertation dans l'intérêt de Judith, pour faire liens entre les différentes structures gravitant autour de

la famille. Madame trouve l'idée intéressante, cependant préfère différer cette potentielle rencontre entre les professionnels. Petit à petit, l'idée prend sens pour Madame réticente au départ.

Début octobre, alors que le changement de lieu d'accueil et la prise en charge sont en place depuis un mois, je revois Madame seule, au domicile. Elle manifeste son inquiétude au sujet de la "maigreur" de sa fille : « je ne supporte plus de sentir ses petits os des fesses quand je la porte, et ses cuisses aussi petites que ses mollets, c'est insupportable » et se montre toujours très angoissée par l'alimentation qu'elle décrit comme compliquée. A cela s'ajoutent les troubles du sommeil. Un rendez-vous médical chez un gastroentérologue est prévu en milieu hospitalier afin d'effectuer une fibroscopie pour explorer ou exclure une potentielle origine organique au manque d'appétit de Judith.

Madame rencontre la psychologue de la crèche qui propose de se mettre en lien avec le Dapsa. Quant à la psychologue de l'unité parents-enfants, elle souhaite se mettre en lien avec la psychologue de la crèche. Suite à ces échanges avec les psychologues, Madame téléphone au Dapsa qui reste à disposition pour construire ce lien entre les différentes structures. Elle accepte. Un travail coté concertation professionnelle peut commencer. Madame participe à sa mise en place en communiquant les coordonnées de la psychologue de la crèche.

A la fin du mois d'octobre, à la demande de Madame, je téléphone pour prendre des nouvelles. Son discours tourne autour de la maigreur de Judith, elle se montre très préoccupée. Je l'informe qu'une réunion de concertation va avoir lieu le 16 décembre entre la crèche, l'unité de soins et le Dapsa.

Le mois suivant, fin novembre, je renouvelle un appel, Judith a rencontré le gastroentérologue et effectué l'examen médical qui ne montre aucune anomalie fonctionnelle. Madame décrit la période qu'elle traverse comme difficile, les problèmes alimentaires perdurent, le sommeil de Judith ne s'améliore pas.

Le 04 décembre, quelques jours après le dernier échange téléphonique, peu de temps avant la réunion de concertation professionnelle, un appel de Madame empreint d'angoisse massive occasionne de nouveau un échange clinique en interne quant à la détresse et l'urgence qu'elle exprime. Il est convenu après réflexion de ne toujours pas répondre de façon systématique à l'angoisse de Madame, afin qu'elle puisse aussi s'appuyer sur les professionnels présents (l'unité parents-enfant, et la psychiatre en libéral) et que l'équipe mobile puisse se soustraire délicatement.

Une visite au domicile est organisée à sa demande le 11 décembre plus tôt que la date initialement prévue le 18. Madame paraît moins anxieuse qu'au téléphone, de nouvelles perspectives médicales se présentent : une consultation pluridisciplinaire des troubles de l'oralité lui a été suggérée par le gastroentérologue du même service hospitalier. Par ailleurs, elle cherche un professionnel qui pourrait effectuer le suivi nutritionnel de sa fille.

Je revois, ensuite, Madame à deux reprises, une fois en décembre, une fois courant janvier. La réunion de concertation a eu lieu, Madame ne demande pas de précision à ce sujet. L'orientation vers les soins est à présent bien inscrite et très investie par la famille qui se rend de façon hebdomadaire en consultation. Elle a également pris rendez-vous avec une diététicienne « pour équilibrer les repas de Judith ».

Je m'absente quelques semaines, en février 2016. C'est une période vécue comme « difficile » par Madame, d'autant plus qu'elle coïncide avec une interruption transitoire des rendez-vous à l'unité parents-enfants. L'absence d'appui des professionnels a mis en exergue ses fragilités et vulnérabilités.

A mon retour, trois semaines après, Madame souhaite une visite rapidement. Ce rendez-vous est l'occasion d'échanger au sujet de l'accompagnement et de l'étayage de l'équipe mobile du Dapsa, de retracer avec elle le chemin parcouru depuis presque une année. Bien que Madame exprime son anxiété à l'idée que cet appui s'arrête, elle envisage la fin. Une dernière rencontre est alors envisagée et organisée afin que Monsieur et Judith soient présents.

Fin mars 2016, la dernière rencontre a lieu en présence de la famille. La visite est limitée dans le temps par Madame qui a une consultation pédiatrique pour sa fille juste après. Judith, qui vient d'avoir deux ans, se montre d'abord timide (je ne l'avais pas rencontrée depuis six mois) mais renoue très rapidement la relation en installant un espace de jeu comme lors des visites en binôme, où elle invite à des jeux de construction. Elle montre son intérêt pour le pot mais aussi son plaisir à manger et partager un biscuit que sa maman lui propose pendant la rencontre.

Monsieur s'exprime très peu, remercie le Dapsa et se dit très content de la prise en charge à l'unité parents-enfants. Il ajoute lorsque Madame est dans une autre pièce que « les repas sont moins compliqués à vivre (pour lui) mais pour la maman ... ». Madame précise qu'elle « déteste les séparations », ajoute que Judith « mange très peu » et que « les moments de repas restent très difficiles ».

La séparation se fera sur le trottoir devant l'immeuble de leur appartement, Judith dans la poussette, Madame, les yeux embués répètera qu'elle déteste les séparations. Je terminerai en lui disant que le Dapsa reste disponible si besoin par la suite.



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

«Et le petit, il va comment?»

Construction d'un dispositif d'accès aux soins des nouveau-nés exposés à l'alcool pendant la grossesse de leur mère

Tommy Caroff Directeur, réseau de santé DAPSA

Le réseau Dapsa - Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires – est un réseau de santé francilien qui propose un appui aux professionnels confrontés à des situations familiales complexes en période périnatale. Il s'agit de proposer des conseils aux partenaires professionnels qui sollicitent le Dapsa et un appui à la réflexion, de rechercher des informations sur les offres de soins qui pourraient convenir aux patients, de mettre en place des travaux de concertation pluridisciplinaires et pluri institutionnels impliquant les différents établissements et professionnels au contact d'une même famille ou de certains de ses membres. Le réseau intervient dans des situations de crise, de discontinuité, quand des résistances intimes le plus souvent liées à des problématiques addictives ou à une trop grande souffrance psychique viennent mettre à mal les projets de soins construits par les équipes en direction des parents, des enfants, de la famille. Les superpositions de problématiques adultes et de problématiques enfants, les superpositions de difficultés somatiques, sociales, psychique, éducatives, dans des contextes de non demande des familles (non demande des parents ou futurs parents) ou de refus des propositions des professionnels font toute la complexité de ces suivis. Des questions de partenariat se posent alors, des soucis de continuité apparaissent et il est possible de solliciter le Dapsa pour tenter d'y voir plus clair et de réfléchir collectivement à des projets de soins adaptés (supportables). Le Dapsa travaille alors à la co-construction de ces projets et sert de support à leurs mises en œuvre par les professionnels de terrain auxquels il ne s'agit pas de se substituer. Ce travail est celui du réseau Dapsa depuis sa création en 2005.

Parmi les problématiques d'accès aux soins qui alimentent nos réflexions, il en est une, une parmi d'autres, qui a pris une dimension importante ces dernières années. Il s'agit de la question de l'accès aux soins des nouveau-nés exposés à l'alcool lors de la période fœtale. Quand il y a exposition à d'importantes doses d'alcool pendant la grossesse, certains enfants peuvent être diagnostiqués dès la naissance. D'autres s'ils n'ont pas de SAF – Syndrome d'Alcoolisation Fœtale - diagnostiqué à la naissance, peuvent (mais pas forcément) présenter par la suite des difficultés, qui seront alors repérées tardivement, par exemple à l'âge scolaire (difficultés de mémorisation, difficultés d'apprentissage, troubles psychiques, troubles de l'attention, troubles du comportement).

De nombreux travaux ont été réalisés sur ce thème, nous amenant à construire (à bricoler) un dispositif d'accès aux soins des nouveau-nés exposés à l'alcool pendant la grossesse.

Nous souhaitons créer un dispositif favorisant l'accès aux soins de ces enfants en leur permettant de bénéficier de bilans réguliers. Ces bilans peuvent permettre de rassurer la famille et les partenaires professionnels s'ils ne révèlent pas de troubles et permettent de repérer les progrès de l'enfant. Ils peuvent aussi repérer précocement l'émergence d'éventuelles difficultés afin de faire les propositions de suivis adaptés à la situation de ces enfants, de façon à maximiser leurs chances de progresser. Par ailleurs, si des troubles causés par l'alcoolisation fœtale sont repérés, cela permet de prendre en compte la cause organique à l'origine des difficultés de l'enfant et de ne plus attribuer uniquement ces difficultés à un défaut de compétences éducatives des parents.

Dans cette perspective, le dispositif s'appuie sur les réseaux pédiatriques franciliens (réseau de suivi des enfants vulnérables qui, dans chaque département d'Ile de France, organisent l'accès des enfants à des bilans réguliers de la naissance aux sept ans). Quand l'inclusion dans un réseau pédiatrique n'est pas possible, le dispositif s'appuie sur tous les autres partenaires du Dapsa s'occupant de la santé des enfants.

Ce dispositif se construit sur deux niveaux :

- Des interventions cliniques d'abord, visant par un travail de concertation en réseau, et parfois par des rencontres directes avec les familles, à favoriser l'accès aux soins des enfants concernés et de leurs parents. Ce travail du Dapsa s'appuie sur des pratiques pensées, expérimentées et approfondies depuis deux décennies.
- Et puis, en parallèle, une réflexion entre partenaires est conduite sous forme de groupes de travail, d'ateliers, de conférences, dans le but d'améliorer l'accompagnement de ces situations par le développement des interconnaissances entre équipes que permettent les croisements des regards et de pratiques des différents partenaires impliqués. L'apport des équipes de terrain est indispensable pour identifier les points d'appuis et les éventuelles difficultés, afin de pouvoir conduire ce projet à partir d'éléments de faisabilité transmis par les professionnels au contact des familles concernées.

Différents espaces de réflexion sont actuellement mis en place par le Dapsa, localement, afin de favoriser la rencontre de professionnels de champs variés (périnatalité, petite enfance, addictions, psychiatrie, suivi social, accompagnement psycho-éducatif,...). Les réflexions se concentrent autour de deux principales questions : le repérage des situations de femmes enceintes en difficulté pour interrompre leurs consommations d'alcool ; le soutien à l'accès et à la continuité des soins pour ces familles et pour leurs bébés. Nous vous proposons ici une synthèse des réflexions, issues de ces espaces de travail.

Introduire le suivi pédiatrique, aborder l'éventualité que des difficultés apparaissent par la suite

Un certain nombre de difficultés que nous anticipions avant de nous lancer ont été mises en discussion. D'autres ont été identifiées par la suite grâce aux apports des partenaires. Nous avons commencé par réfléchir à l'annonce du handicap et par l'annonce du risque qu'un handicap apparaisse au cours du développement. Ce sujet, d'ordinaire très délicat car comportant un risque de rupture de liens avec les familles, un risque de rejet du corps médical, de déni, pouvait s'avérer épineux dans le cadre de notre projet. De fait, le travail d'adhésion des parents à l'inclusion de leur enfant dans un réseau pédiatrique suppose de favoriser auprès d'eux la prise en compte du risque de handicap.

Comment travailler sur l'alcoolisation fœtale sans mettre l'alcoolisation maternelle au centre (mise en péril de l'alliance thérapeutique, peur de blesser la mère, culpabilisation excessive ...)? Comment évoquer le handicap en soutenant les parents? Qui annonce? Comment? Avec qui?

Nous avons également échangé avec les professionnels autour d'un risque lié à la dramatisation du suivi pédiatrique (en particulier si l'objet de celui-ci est de déceler des difficultés), faisant vivre aux parents l'angoisse de l'incertitude face à la possibilité qu'un bilan vienne un jour poser un diagnostic de handicap ou du moins un besoin de soins. Ces échanges ont débouché sur une discussion autour du cheminement à mettre en place avec les familles, sans les heurter, et du risque de déni à prendre en compte : le déni des familles, le déni « protecteur » des partenaires professionnels, induits par la crainte que les bilans ne puissent déboucher sur des prises en charge faute de disponibilités en aval, induits par la volonté de protéger les familles de l'angoisse générée par l'annonce de troubles chez l'enfant.

Comment passer du repérage des difficultés au repérage des progrès de l'enfant, comment dédramatiser le suivi pédiatrique? Comment évoquer l'inclusion dans le réseau de suivi des enfants vulnérables?

Articuler des temporalités différentes

Des décalages possibles sont apparus entre :

- le temps du repérage de l'alcoolisation fœtale (pas toujours parlé pendant la grossesse),
- le temps nécessaire à l'introduction du projet de bilans pédiatriques auprès de la famille et auprès des autres partenaires impliqués,
- le temps de l'inclusion dans un réseau pédiatrique qui doit être réalisé depuis les services de maternité et de néonatalogie,
- le temps nécessaire à l'adhésion de la famille,
- le temps nécessaire à l'adhésion des partenaires, à leur implication dans ce travail pour que les parents puissent tenir le temps long que suppose l'inclusion dans le dispositif de suivi des nouveau-nés vulnérables (sept ans).

Ces décalages temporels peuvent être d'autant plus importants si le dispositif n'a pu être introduit auprès de tous en anténatal. L'«adhésion», souvent présentée comme un préalable aux soins nous paraissait à la fois très présente dans les prises de position des partenaires professionnels et peu interrogée ou déconstruite, si bien qu'un certain flou semble entourer cette notion (acceptation, accord passif, implication, participation, soumission,...). En entamant ce travail nous

avons voulu centrer le sujet sur l'enfant, ses besoins et ses soins. Mais entre ce que nous voulions au départ et ce qui se discute finalement, il y a souvent des différences ! Il paraît parfois difficile de dissocier les besoins de soins des parents de ceux des enfants, ce qui peut empêcher d'avancer, en particulier si un mieux-être du parent est attendu comme préalable au soutien de l'enfant. Lorsque les difficultés de l'enfant sont rattachées aux alcoolisations maternelles, leurs problèmes respectifs semblent liés. Il est alors difficile de dissocier les réflexions cliniques et propositions de prise en charge pour l'enfant de celles concernant les parents. Ce d'autant plus que dans le cas d'une consommation de produits et de ses effets (sur la vigilance parentale, sur l'humeur), la réflexion plus large concernant les conditions d'épanouissement de l'enfant et notamment les questions de protection de l'enfance ne peut pas être écartées. Par ailleurs, partant du principe que le bien-être du tout-petit est hautement dépendant de l'état psychique de ses parents, et en particulier de sa maman, le soin apporté à la mère aurait des répercussions bénéfiques pour l'enfant (et l'absence de soins de la mère serait réciproquement préjudiciable à l'enfant). Que faire lorsque ce soin « adulte » est inopérant ou inscrit dans une temporalité très éloignée de celle de l'enfant? Que faire quand les soins, dans lesquels le parent s'est engagé, provoquent un malaise plus important encore?

Le difficile thème du « repérage », et ses suites

Les partenaires ont beaucoup questionné le repérage des situations de femmes enceintes en difficulté pour interrompre leurs consommations d'alcool pendant la grossesse, qui souvent semblent peu identifiées, ou tardivement, après la naissance quand l'enfant présente des signes visibles de difficultés.

Nous avons alors mis en place un travail autour de la question des suivis en anténatal. Ce travail est en cours et se déploie localement, en Ile de France.

La thématique du repérage des consommations d'alcool pendant la grossesse est particulièrement difficile, d'autant plus dans le cadre d'un travail pluri institutionnel. Parler de repérage conduit, de fait, à repenser à des situations vécues comme difficiles car n'ayant pas été repérées assez tôt ou assez précisément. Nous ne pouvons repenser qu'à des situations ayant été repérées (comment pourrions-nous parler de ce que nous ne connaissons pas, c'est-à-dire des situations qui justement n'ont pas été repérées?). De quoi parlons-nous alors? Nous échangeons à propos de situations où il y a eu un problème de repérage, mais un repérage quand même. Comment se fait-il que les consommations de cette dame n'aient pas été repérées plus tôt? Les intervenants qui étaient positionnés en amont n'auraient-ils pas pu ou pas su ou pas voulu voir, n'auraient-ils pas su questionner? N'auraient-ils pas su transmettre les éléments de vulnérabilités préoccupants? N'auraient-ils pas su encourager la femme à en parler?

Autre dimension problématique: le compte à rebours de la grossesse. En addictologie les suivis sont souvent longs, progressifs, multidimensionnels (somatiques, psychiques, psychoéducatifs, sociaux). Solliciter l'intervention de professionnels du champ des addictions, pour soutenir une femme enceinte qui maintient des consommations problématiques d'alcool, c'est bien souvent espérer que les consommations s'interrompent. C'est parfois possible, si la dame est en demande, c'est souvent une déception si les professionnels du suivi de grossesse n'en attendent rien de moins qu'un sevrage consolidé, et le plus vite possible ! Avant que le fœtus ne soit trop imbibé ! La thématique est donc porteuse d'un risque, celui de douter de la qualité du travail de l'autre.

Après le repérage vient la question : que faire de ce qui est repéré? Faut-il orienter vers des soins en addictologie? Et si la dame refuse, que faire? Pourquoi la dame refuserait-elle? Les équipes de soins en addictologie seraient-elles mal introduites auprès des patientes? Seraient-elles introduites trop tôt, ou trop tard? Est-ce un échec si une orientation en addictologie ne permet pas le sevrage de la dame? Enfin, quand un sevrage n'a pas été possible et qu'il y a eu alcoolisation fœtale, que faire?

Maternité et addictions sont décidément inconciliables, pour les femmes enceintes d'abord et parfois pour les professionnels également, en miroir.

Problématiques croisées, travail pluridisciplinaire

Les questions de consommations déclenchent chez les professionnels une anticipation des problèmes qui risquent d'être révélés et donc une anticipation d'une situation qui va se complexifier. Les situations de femmes enceintes ayant des consommations de produits psychoactifs (drogues et/ou alcool) obligent les professionnels de maternité à se confronter à d'autres questionnements que ceux immédiatement liés à la grossesse (protection de l'enfance, vigilance quant à l'établissement des liens mère-enfant, orientations spécialisées à construire, liens avec les partenaires du champ des addictions). L'introduction de cette complexité peut être inquiétante, d'où l'intérêt d'un travail en réseau intégrant

d'autres professionnels, d'autres champs de compétences, d'autres temporalités. L'addiction suppose de sortir du champ purement médical et rend le travail plus vaste (orientations, liens avec les partenaires de ville et intra hospitaliers, suivi social, ...).

Pendant la grossesse, on observe une grande mobilisation des professionnels auprès des femmes enceintes, y compris sur des dimensions pour lesquelles les patientes ne sont pas en demande (soutien psychologique, addictions, ...), ce à quoi il faut être vigilant pour limiter les risques de discontinuité dans les suivis. Parmi ces professionnels qui se mobilisent de façon importante durant la grossesse, tous n'œuvrent pas dans les mêmes temporalités. Si les professionnels du suivi de grossesse et de maternité ne sont « que de passage » dans la vie de ces femmes, d'autres s'inscrivent dans un temps plus long et peuvent ainsi représenter d'importants appuis, à la fois pour les femmes et pour les professionnels en charge de la grossesse et de la naissance. Le médecin traitant, le CSAPA, le service de psychiatrie ou de pédopsychiatrie, le service social, le CAMSP (au titre du suivi des aînés), peuvent disposer de ressources utiles pour les professionnels du suivi de grossesse.

S'ils sont impliqués autour de la famille ils peuvent constituer un appui pour :

- faciliter la rencontre entre les patientes et les professionnels du suivi de grossesse et de maternité ;
- solliciter l'adhésion des femmes enceintes aux propositions qui peuvent leur être formulées par les professionnels du suivi de grossesse et de maternité ;
- faire alliance avec les femmes enceintes concernant la protection de l'enfant à naître ou d'autres soins pour elles-mêmes ;
- fournir un appui à la réflexion aux professionnels du suivi de grossesse et de maternité ;
- apporter une expertise dont ne disposeraient pas les professionnels du suivi de grossesse.

S'ils ne sont pas encore impliqués autour de la famille, on peut penser que la mise en place de tels suivis pendant la grossesse (médecin traitant, PMI, CSAPA, psychiatrie, pédopsychiatrie, service social, CAMSP,...), peut permettre d'introduire de la continuité dans les soins entamés pendant le suivi de grossesse et à la maternité et de prendre connaissance du contexte familial (les aînés, le père). C'est également un moyen mis en place par les professionnels de maternité pour permettre de maintenir la vigilance autour des facteurs de vulnérabilité repérés par les équipes de PMI, de maternité, ou par des professionnels libéraux. Mais ça ne prend pas toujours... Dans leurs pratiques les équipes du suivi de grossesse et de de la naissance déploient des stratégies variées en fonction de leurs ressources, en fonction de circuits « routiniers » d'orientation ou en fonction des demandes et oppositions des femmes enceintes qui maintiennent des consommations problématiques d'alcool. On assiste alors à différentes options :

- « pathologiser la grossesse » pour rester collé aux préoccupations de la dame tout en ayant un suivi de grossesse à risque fortement étayé ;
- « pathologiser la souffrance psychique » en maternité de façon à avoir une approche globale, au sein du service, des difficultés intimes des patientes, pouvant intégrer les addictions ;
- proposer une prise en charge de l'addiction séparée du suivi de grossesse et du suivi psychologique ou psychiatrique de façon à permettre une poursuite de la prise en charge de la femme en addictologie après la naissance.

De la même façon, si les femmes enceintes ne parviennent pas à interrompre leurs consommations d'alcool mais sont prêtes à accepter une hospitalisation pour sevrage de façon à «protéger le cerveau fœtal», les professionnels peuvent osciller entre différentes positions.

Si l'hospitalisation se fait en service d'addictologie, cela permettra de disposer d'un cadre dédié, contrôlé, avec un encadrement rapproché autour de la femme et de disposer de la compétence spécifique de ce service pour le suivi du sevrage. En revanche il y a un risque d'exposer la femme à la violence du regard des autres patients (souvent des hommes prompts à juger l'addiction de la dame d'autant plus condamnable qu'elle porte atteinte à un autre en elle). Autre risque : le potentiel manque d'étayage côté suivi de grossesse à risque.

Si l'hospitalisation pour sevrage se fait en maternité, cela permet un regard plus valorisant, avec une dimension contenante, une possibilité d'alliance avec les professionnels autour de la protection de l'enfant à naître. Cela permet également de rester collé à la préoccupation de la dame (sa grossesse et son futur bébé). En revanche il peut y avoir un besoin d'appui côté suivi du sevrage et cela peut générer des inquiétudes des professionnels de maternité concernant d'éventuels comportements difficiles à gérer dans le service.

Dans les deux cas un partenariat est souhaitable pour rendre la complémentarité des compétences de chacun bénéfique pour l'accompagnement de la patiente.

Les professionnels du suivi de grossesse ont rappelé l'importance de protéger leur lien avec les patientes, d'accepter qu'elles refusent que leur sage-femme prenne contact avec d'autres professionnels concernant les vulnérabilités repérées, d'attendre qu'elles veuillent bien, afin de ne pas « abandonner » les patientes à d'autres. Il s'agit de « mettre la patiente au centre » c'est-à-dire de respecter ses désaccords, son rythme, de respecter que sa préoccupation soit la grossesse et non pas les violences, les angoisses, les consommations de produits psychoactifs. Il est parfois préférable d'essayer de faire commencer plus tôt le suivi à la maternité au titre d'une grossesse à risque plutôt que d'orienter immédiatement vers d'autres professions pour les dimensions non obstétricales. Mais là encore ça n'est pas toujours possible...

Quelques enseignements

Le travail avec les professionnels au contact des familles concernées nous permet d'avancer dans la conceptualisation de ce dispositif en nous permettant d'identifier certaines des problématiques dont il faudra tenir compte dans le traitement des situations cliniques à venir.

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 du bébé 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 l'état de santé de l'enfant ou quant à ses consommations pour ses futures grossesses?

En maternité et en néonatalogie, quelle place consacrer à cette vigilance en direction des enfants quand celle-ci doit cohabiter avec d'autres préoccupations plus immédiates (les conditions de sortie, le soutien des liens mère-enfants, les besoins de soins de la mère, les questions d'hébergement, de protection de l'enfance, d'intégration de l'entourage dans les projets, les liens avec les équipes en aval – PMI, CAMSP, TISF,...)?

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 vers des soins psychomoteur, pédopsychiatrique ou vers d'autres interventions (éducatives, pédagogiques,...)?

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?

Au-delà de ces questionnements nous retiendrons également des freins et leviers que ces réflexions ont permis de mettre en lumière :

Du côté des professionnels, les freins à l'accès aux soins les plus mis en avant concernent :

- la méconnaissance des partenaires, des dispositifs, de la situation globale des patients (des différentes dimensions cliniques),
- le difficile repérage des situations d'alcoolisation fœtale,
- la difficulté d'aborder le sujet de l'alcool avec les familles,
- le manque de communication (les transmissions empêchées par crainte de leur potentielle utilisation, comme celles qui pourraient alimenter une information préoccupante),
- le déni des professionnels comme refus de voir la gravité des situations pour pouvoir continuer à travailler en espérant une amélioration, même hors d'atteinte pour les familles,
- le déni des professionnels comme désir de protéger les adultes d'une annonce douloureuse venant s'ajouter à d'autres actualités problématiques.

Du côté des familles les freins seraient plutôt :

- les refus, les conduites d'évitement
- les absences d'adhésion aux propositions des professionnels,
- la surabondance d'intervenants (source de confusion pour les familles) ou le manque d'intervenants (qui seraient nécessaires pour « bien accompagner » la famille),
- le manque d'information,
- la durée excessive du suivi (sept ans pour les réseaux pédiatriques),
- les divergences d'attentes entre parents et professionnels concernant les acquisitions de l'enfant.

Du côté des appuis possibles quelques idées ont été mises en avant. La précocité du repérage des situations de femmes enceintes en difficulté pour interrompre leurs consommations d'alcool, est un levier important pour permettre d'accompagner l'arrêt ou la réduction de ces consommations et de travailler, en amont de la naissance, le projet d'inclusion de l'enfant à naître dans un réseau pédiatrique. La transmission, entre professionnels, d'informations relatives à la qualité des liens entre parents et professionnels, et entre parents et enfant, est également un levier permettant de tenir compte de la possibilité ou non pour les parents d'être aidants de leurs enfants (la possibilité ou pas pour les professionnels du côté de l'enfant de prendre appui sur les parents ou sur d'autres professionnels au contact des parents).

Les professionnels repèrent de fréquentes divergences entre ce qu'ils constatent et ce qu'observent les parents, entre ce qu'ils attendent comme acquisitions de l'enfant et ce qu'attendent les parents. Cette divergence est donc un point à travailler afin de rendre les propositions compréhensibles et acceptables pour les parents. La capacité à faire se rapprocher les attentes et les constats des parents de ceux des professionnels concernant le développement de l'enfant est donc un levier important.

Enfin, la capacité à favoriser l'alliance entre parents et professionnels par la bienveillance et la valorisation dont manquent souvent les parents concernés a été évoquée par les partenaires comme étant un point d'appui permettant de prévenir les risques de décrochage.

Cela-dit, notons que si la bienveillance est de règle, elle peut être mise à mal : « Les compétences des parents ne sautent pas toujours aux yeux, les professionnels confrontés à ces situations ne traversent pas naturellement des mouvements bienveillants, la bienveillance dépendant du caractère supportable ou non de ce que montrent ces parents [...] Le risque de faire semblant entre professionnels est très présent... faire semblant de ne pas voir, faire semblant que tout n'est pas si noir et du coup s'interdire de voir la gravité de certaines situations » (citation extraite de l'un des groupes de travail).

Réflexion en cours

Tous ces travaux se poursuivent, alimentent nos réflexions, permettent d'enrichir ou d'amender certaines hypothèses. Il s'agissait ici de faire état de nos réflexions à un temps t, de marquer une étape dans la construction d'un dispositif support à l'accès aux soins des enfants exposés à l'alcool pendant la grossesse.

Ces travaux confortent l'idée d'une clinique qui se doit d'être nécessairement pluridisciplinaire et créative. C'est là une façon d'intégrer la singularité de chaque famille, de chaque configuration professionnelle et partenariale dans l'accompagnement de ces situations complexes où bien souvent, la souffrance la plus bruyante peut en masquer d'autres.

Et donc le petit, il va comment? A suivre...