



Association DAPSA

RESEAU DAPSA

DISPOSITIF D'APPUI A LA PERINATALITE ET AUX SOINS AMBULATOIRES

RAPPORT D'ACTIVITE 2019

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

Table des matières

Table des matières	2
Présentation du réseau DAPSA.....	3
Bref rappel du contexte de travail.....	4
1) Personnels et temps de travail.....	5
a) Missions	5
b) Evolutions de l'équipe, départs et recrutements.....	6
c) Formations professionnelles suivies par les salariés.....	6
d) Répartition du temps de travail	8
2) Les engagements et financements en 2019.....	9
a) Le Fond d'Intervention Régional (ARS Ile de France)	9
b) ARS « Prévention Promotion de la Santé », Prévention Périnatalité Petite Enfance	10
c) Direction des Familles et de la Petite Enfance (Département de Paris).....	11
d) Fondation de France « Soutien de familles suite au séjour en néonatalogie de leur enfant »	12
e) Equipe mobile « Accès aux Soins pour Usagers de Substances Psychoactives en Période Périnatale »	16
f) Fondation de France : Appui à des adultes dont les enfants sont placés.....	17
g) Cellule d'Appui Périnatalité Ile de France, financement « Prévention Promotion de la Santé » (ARS Ile de France)	19
3) Autres activités de développement et d'animation du réseau, non-centrées sur les patients.....	21
4) Les activités d'évaluation, de formalisation et d'enregistrement des activités au quotidien	23
a) Les questionnaires d'évaluation	23
b) Outils d'enregistrement de l'activité au quotidien.....	23
5) Accès aux soins des nouveau-nés vulnérables.....	27
6) Régionalisation.....	32
7) Bilan des activités cliniques en 2019.....	35
a) Qui sollicite le Dapsa ?	35
b) Pourquoi sommes-nous sollicités ?.....	37
c) Que nous demandent les professionnels qui nous sollicitent ?	38
d) Quelles sont les familles concernées par ces demandes ?.....	39
e) Quelles sont les difficultés à l'accès et à la continuité des soins à l'œuvre dans ces situations ?.....	42
f) Quels travaux mettons-nous en place après analyse des situations ?	44
g) Quels sont les métiers et lieux de travail des professionnels impliqués dans les travaux en réseau autour des familles incluses ? ..	46
h) Quelles sont les interventions réalisées ?	48
i) Quels accompagnements et orientations se mettent en place pendant la période d'inclusion des familles dans le réseau ?	49
j) Quels sont les motifs de sortie du réseau ?	50
Conclusion	51
ANNEXES.....	53
1) VARIATION DE L'ACTIVITE DEPUIS 2015	53
2) Vous avez dit concertation, mais de quoi s'agit-il ?	57

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 4 pièces, un sas d'accueil, 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 :

- un sas servant d'accueil et de salle de repas pour les salariés,
- une grande pièce, servant de salle de réunion et de formation, et offrant 2 postes de travail, dans laquelle nous recevons les partenaires (réunions de concertation pluridisciplinaire, ateliers, rencontres)
- un bureau dévolu au directeur et à l'assistante de direction et offrant également un troisième poste de travail et une possibilité de réunion en groupe restreint,
- un bureau, plus petit, offrant deux postes de travail
- un grand bureau comportant trois postes de travail et une petite table ronde pour des réunions 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 Marijo Taboada, vice-présidente, psychiatre
- 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 :

- Catherine Pequart, représentante de l'association Charonne
- François Petit
- François Pommier
- Marie-Odile Stephan, représentante de l'AGE MOISE
- Françoise Corneau
- Association Ambroise Croizat

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 familles depuis la période prénatale aux trois ans de leur enfant. Nous intervenons à la demande de professionnels quand un ou plusieurs membres d'une famille (mère, père, enfant(s)) présentent des besoins non-couverts en termes d'accès aux soins du fait d'une situation complexe. Le Dapsa vient ainsi en appui des professionnels dans des périodes de crise ou de transition, difficiles à vivre pour les familles autant que pour les acteurs qui les accompagnent.

Cette complexité se caractérise par la combinaison de différents freins à l'accès aux soins :

- liés aux patients eux-mêmes (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, mobilité géographique...)
- du fait des professionnels (recherche d'information, recherche de partenaires potentiels, représentations, difficulté dans le travail en partenariat, manque de continuité...).

Ces difficultés d'accès aux soins génèrent une complexité elle-même alimentée par le croisement de différentes problématiques (sociales, médicales, psychiques) concernant différents membres du groupe familial. Par ailleurs la multiplicité des problématiques à l'œuvre suppose régulièrement un nombre important d'intervenants, ce qui peut réduire la compréhension de la situation pour les services concernés. De plus, chaque professionnel ou structure est porteur d'une partie de l'histoire de la famille, qui est possiblement en contradiction ou en dissonance avec les parties d'histoire à la disposition des autres partenaires, la reconstitution de la situation globale, nécessaire pour une prise en charge adaptée et efficace, peut s'avérer délicate voire infaisable sans l'intervention d'un tiers...

Le réseau DAPSA intervient en appui des professionnels et à leur demande, afin de les aider à mettre en place un travail concerté. Le Dapsa peut participer aux instances construites par ses partenaires, de façon à respecter les modalités de fonctionnement les plus adaptées pour eux (staffs, synthèses, commission,...). Il peut également créer pour cela un espace de réflexion pluridisciplinaire où, concrètement, les différentes parties prenantes à la prise en charge de la famille vont pouvoir se réunir, constituer un groupe soignant en vue de permettre 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 capacités 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'objectif consiste à faire en sorte que les professionnels confrontés à des situations complexes ne se sentent pas seuls, ni 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 créer un espace de réflexion pluridisciplinaire. Par sa contribution de médiateur expert, il contribue à la (re-)circulation des informations et au maintien des liens entre les partenaires qui constituent 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 en direct auprès du groupe familial (ou d'un de ses membres), 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 permettre de développer les interconnaissances nécessaires entre partenaires de champs différents et de permettre aux professionnels de se former à partir de travaux de réflexion thématiques (périnatalité, petite enfance, protection de l'enfance, addiction, santé mentale, ...).

Pour remplir ces missions, le DAPSA a constitué une équipe pluridisciplinaire de professionnels d'horizons variés (éducatrices spécialisées, assistante sociale, psychomotricienne, psychologues, pédopsychiatre) qui connaissent les métiers et contextes de travail des partenaires, ainsi que l'offre de soins spécialisés en Ile-de-France.

Le Dapsa dispose ainsi d'une expertise en termes de constitution et d'animation de groupes soignants pluridisciplinaires. Il est principalement financé par l'Agence régionale de santé Ile-de-France.

1) Personnels et temps de travail

Equivalent Temps Plein selon personnels et projets	Financement 2019 "Réseau de Santé" (ARS FIR)	Financement 2019 "Direction des Familles et de la Petite Enfance" (PMI 75)	Financement 2019 "Equipe Mobile Prévention Périnatalité Petite Enfance" (ARS PPS)	Financement 2019 " Accès aux Soins pour Usagers de Substances Psychoactives en Période Périnatale " (ARS PPS)	Reliquat de financement 2017 "Cellule d'Appui Périnatalité Ile de France" (ARS PPS)	Reliquat de financement 2018 "Fondation de France Appui à des adultes dont les enfants sont placés"	Financement 2019 « Soutien de familles suite au séjour en néonatalogie de leur enfant »	Total par personnel
Directeur	0,885	0,000	0,005	0,000	0,090	0,020	0,000	1,000
Assistante de direction	0,889	0,080	0,000	0,000	0,031	0,000	0,000	1,000
Médecin coordinatrice	0,300	0,050	0,050	0,000	0,000	0,000	0,000	0,400
Cadres socio-éducatives (3 salariées)	1,839	0,400	0,280	0,147	0,059	0,025	0,050	2,800
Psychologues cliniciennes (2 salariées)	0,412	0,294	0,186	0,075	0,000	0,040	0,000	1,007
Psychomotricienne	0,100	0,200	0,150	0,000	0,000	0,000	0,050	0,500
Total par projet en 2019	4,425	1,024	0,671	0,222	0,181	0,085	0,100	6,707

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 le bureau de l'association, l'ensemble des projets.

L'assistante de direction assure le suivi des outils de communication (standard téléphonique, boîte mail, annuaire du réseau inclus dans le système d'information, site internet) 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. Elle participe à l'animation de travaux en interne (système d'information, évaluation interne, ...).

La médecin pédopsychiatre coordinatrice est référente médicale et veille à la continuité d'attention aux troubles psychiques et psychiatriques des patients. Elle veille à l'élaboration d'une clinique du partenariat. Elle anime les réunions cliniques en interne. Elle participe au développement du volet « accès aux soins des nouveau-nés », en lien avec l'équipe, les réseaux de suivi des enfants vulnérables et les autres partenaires positionnés du côté des enfants. Elle est enfin, en lien avec l'équipe, la garante de la confidentialité pour les patients et pour les professionnels. La médecin présente depuis 2017 a quitté le réseau le 31 décembre 2019.

Les trois cadres socio-éducatives participent aux interventions d'appui à la coordination des soins auprès des professionnels au contact de familles incluses dans le réseau. Elles entretiennent et impulsent des liens avec les différents partenaires. Elles participent également au développement et à l'animation du réseau (recherche de partenaires, tenue d'annuaires, animation des ateliers de travail...). Elles participent aux interventions directes auprès des familles.

Les deux psychologues cliniciennes participent aux interventions directes auprès des familles et ont des compétences en petite enfance. L'une des deux, comme ses collègues cadres socio-éducatives, participe aux interventions d'appui à la coordination des soins auprès des professionnels et au développement et à l'animation du réseau.

La psychomotricienne porte une continuité d'attention et un éclairage concernant les problématiques de développement des enfants. Elle intervient directement auprès des familles pour soutenir et évaluer le développement psychomoteur des en-

fants 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 a quitté le réseau en 2017 et n'a pas été remplacée en 2019. Elle était chargée du lien et du développement du réseau en direction du secteur obstétrical et de périnatalité (liens avec les sages-femmes libérales, les réseaux périnatalité, les maternités). Elle apportait un éclairage concernant la dimension obstétricale pour les femmes enceintes incluses dans le réseau. Depuis janvier 2020, une nouvelle sage-femme, formée en addictologie, a rejoint l'équipe.

b) Evolutions de l'équipe, départs et recrutements

La médecin pédopsychiatre a quitté le réseau le 31 décembre 2019. En février 2019, son temps de travail était passé de 0.2 ETP à 0.4 ETP et le poste avait été transformé en CDI. La psychologue en CDI 0.5 ETP depuis 2015 a quitté le réseau le 26 mars 2019. Il n'y a pas eu d'arrivée de nouveaux professionnels cette année.

c) Formations professionnelles suivies par les salariés

Les formations ci-dessous sont celles qui ont été suivies au cours de l'année 2019 dans le cadre du plan de formation annuel (prise en charge par l'organisme UNIFAF).

- *COPEES « Honte et culpabilité : entrave du lien avec les familles »*, 1 jour, Paris (2 cadres socio-éducatives)
- *PRATIQUES SOCIALES « Représentation de la vieillesse, vieillesse des représentations »*, 3 jours, Sèvres (1 cadre socio-éducatif)
- *FEDERATION ADDICTION « Entre parcours et trajectoires Quelles confidences ? Quelles confiances ? Quelles alliances ? »*, 2 jours, Perpignan (1 cadre socio-éducatif)
- *COPEES « Où sont les parents ? Possibilités et limites de l'alliance parents professionnels en protection de l'enfant »*, 1 jour, Paris (1 cadre socio-éducatif)
- *Dr VOIZOT « Perfectionnement de la pratique de soignant en institution »*, 9 jours, Paris (1 cadre socio-éducatif)
- *PIKLER LOCZY « Corps d'enfants, corps d'adultes : réflexion sur nos gestes, nos émotions dans notre travail... »*, 2 jours, Paris (1 psychologue clinicienne)
- *PIKLER LOCZY « Cet enfant qui nous « déborde », enfants difficiles, professionnels en difficulté ? »*, 4 jours, Paris (1 psychologue clinicienne)
- *INSTITUT Boris Cyrulnik « Neurosciences et petite enfance »*, 1 jour, Paris (1 psychomotricienne)

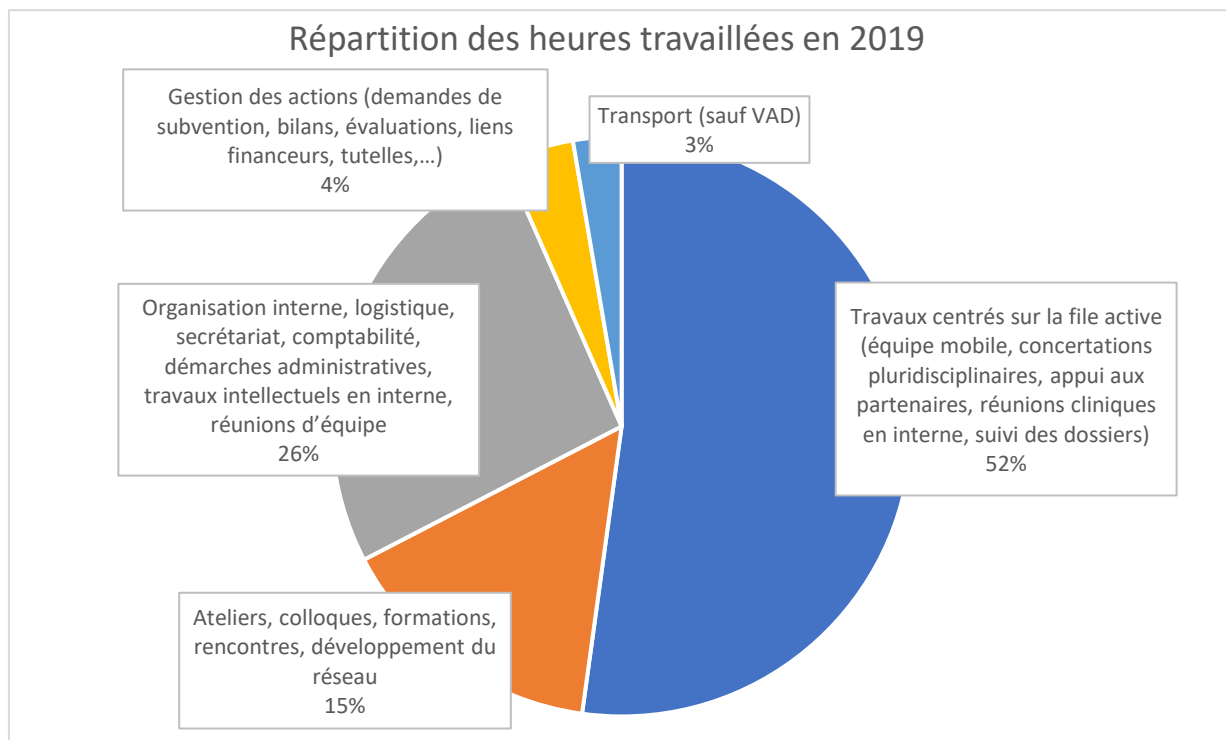
En dehors des formations retenues dans le plan de formation, les salariés participent également à d'autres temps formateurs (journées des réseaux, séminaires, congrès).

- *PRATIQUES SOCIALES « Harcèlement sexuel »*, 1 jour, Paris (2 cadres socio-éducatifs)
- *ESPACE DROITS FAMILLE 94 « Se raconter pour traverser les mondes »*, 1 jour, Paris (1 cadre socio-éducatif)
- *CENTRE MYRIAM DAVID SESSAD « Distorsion des premiers liens et leur impact sur les soignants »*, 1 jour, Paris (1 cadre socio-éducatif)
- *HOPITAL BARTHELEMY DURAND « Journée d'étude accueil familial thérapeutique d'enfants »*, 1 jour, Paris (1 psychologue clinicienne)
- *RESEAU PERINAT PARIS « Journée observations des bébés »* 1 jour, Paris (1 cadre socio-éducatif et 1 médecin pédopsy-

chiatre)

- *GEGA « Présentation de la CRIP »* 1 jour, Paris (2 cadres socio-éducatives)
- *UNITE PSYCHIATRIE DU SECTEUR 3 « La prévention en psychiatrie, le visage de la transmission »*, 1 jour, Paris (2 cadres socio-éducatives)
- *COPES « Pour une clinique de l'engagement »*, 1 jour, Paris (1 cadre socio-éducatif et la psychomotricienne)
- *CMP Le Figuier « Séminaire de psychanalyse de l'enfant, de l'adolescente et de la famille »*, 1 jour, Paris (1 cadre socio-éducatif)
- *RPVM « 14^{ème} journée des Réseaux »*, 1 jour, Paris (2 cadres socio-éducatives, 1 psychologue clinicienne et le directeur)
- *SI2P « Sécurité Incendie »* 1 jour, Paris (1 médecin pédopsychiatre)
- *MAISON DES SCIENCES DE L'HOMME « Evaluer le travail inestimable »*, 1 jour, Paris (Directeur)
- *ARS « Création des dispositifs d'appui à la coordination »*, 1 jour, Paris (Directeur)
- *PROTECTION CIVILE PARIS SEINE « Initiation aux premiers secours »*, 1 demi-journée, Paris (1 cadre socio-éducatif et l'assistante de direction)

d) Répartition du temps de travail



REPARTITION DES HEURES TRAVAILLEES	2019		2018		2017		2016		2015	
	Heures	Pourcentage	Heures	Pourcentage	Heures	Pourcentage	Heures	Pourcentage	Heures	Pourcentage
Travaux centrés sur la file active (équipe mobile, concertations pluridisciplinaires, appui aux partenaires, réunions cliniques en interne, suivi des dossiers)	5235	52,18%	5092	50,35%	5596	52,23%	5153	45,36%	4828	48,66%
Ateliers, colloques, formations, rencontres, développement du réseau	1527	15,23%	1589	15,71%	1648	15,38%	2230	19,63%	2160	21,77%
Organisation interne, logistique, secrétariat, comptabilité, démarches administratives, travaux intellectuels en interne, réunions d'équipe	2608	26,00%	2686	26,56%	2695	25,16%	3135	27,59%	2138	21,55%
Gestion des actions (demandes de subvention, bilans, évaluations, liens financeurs, tutelles,...)	392	3,91%	378	3,74%	379	3,54%	462	4,06%	437	4,40%
Transport (sauf VAD)	269	2,69%	368	3,64%	396	3,69%	382	3,36%	358	3,61%
TOTAL	10033	100,00%	10113	100,00%	10715	100,00%	11361	100,00%	9921	100,00%

La répartition des temps de travail est relativement stable depuis 2015. On remarque toutefois une diminution des heures travaillées en 2019 par rapport à 2018 (-80h), 2017 (-682h) et 2016 (-1328h) : départ non remplacé de la sage-femme en 2017, départ d'une psychologue en mars 2019.

2) Les engagements et financements en 2019

En 2019 le Dapsa a bénéficié de cinq financements différents, deux actions qui n'étaient pas arrivées à terme en 2018 se sont poursuivies en 2019 en mobilisant les fonds non utilisés de l'action :

- 375 000€ ARS FIR pour financer le travail d'appui aux professionnels (appui à la coordination, analyse de situations, interventions diverses, rencontres de développement régional du réseau, ...)
- 75 000€ DFPE Département de Paris, pour financer les interventions de l'équipe mobile sur le territoire parisien
- 50 000€ ARS PPS, pour cofinancer les interventions de l'équipe mobile et permettre la réalisation de visites à domicile hors du territoire parisien
- 14 000€ Fondation de France, pour financer une expérimentation d'interventions auprès de familles après le séjour en néonatalogie de leur enfant, quand les professionnels souhaitent une poursuite du soutien aux adultes pour qu'ils puissent mettre en œuvre les préconisations faites pour leur enfant et parfois pour eux-mêmes.
- 35 000€ ARS FIR, pour renforcer le fonctionnement de l'équipe mobile régionale en direction des parents ou futurs parents usagers de substances psychoactives, notamment en participant au renforcement du dispositif par le recrutement d'une sage-femme addictologue. Il s'agit d'un nouveau financement attribué pour trois ans (35 000€ par an de 2019 à 2021).
- 13 953€ reliquat de subvention 2017 ARS PPS, pour financer la mise en place de groupes de travail locaux autour des problématiques de repérage des consommations d'alcool pendant la grossesse et d'accès aux soins des femmes et des nouveau-nés
- 6 156€ reliquat de subvention 2018 Fondation de France, pour poursuivre l'expérimentation d'interventions auprès d'adultes dont les enfants sont placés à l'ASE de Paris et pour lesquelles des difficultés à travailler sur la parentalité sont observées en lien avec des ruptures de liens et/ou des troubles psychiques (pouvant être en lien avec des consommations de produits psychoactifs).

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

Le financement ARS FIR est attribué au titre des interventions d'appui aux professionnels. Ce financement permet principalement de proposer un appui à la coordination autour de familles, en difficultés d'accès aux soins, incluses dans le dispositif (femme enceinte, mère et/ou père avec enfant). Ces difficultés peuvent être la conséquence de souffrances psychiques, d'addiction (drogues, alcool, dépendance pharmacologique, etc.), il peut également s'agir de difficultés de partenariat, de questionnements professionnels ou d'entraves au travail, de difficultés liées à l'organisation des systèmes d'aides et de soins. 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 une difficulté parentale, est organisé selon 2 axes :

- Hors situations incluses : en identifiant le réseau de professionnels du territoire et en développant les interconnexions entre eux
- Sur situations incluses : en favorisant l'accès et la continuité des prises en charge

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 (psychiques, relationnelles, somatiques, éducatives), en lien ou non avec les difficultés de leurs parents.
- 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 familles accompagnées.

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, protection de l'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, capacités et limites, il est nécessaire de développer les interconnaissances afin que les professionnels puissent travailler en réseau, entre partenaires, en évitant que les tensions pouvant émaner de la confrontation de logiques de pensée et de contraintes d'organisation différentes ne débouchent sur des impasses (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 2019, 157 familles étaient incluses dans le réseau (dont 79 familles nouvellement incluses dans l'année) : **242 adultes, 169 enfants de moins de trois ans lors de leur inclusion (dont 52 nés en 2019)**, 18 enfants à naître en 2020 (mère incluse en 2019), 116 enfants de plus de trois ans – non inclus mais pris en compte car membres des fratries.

b) ARS « Prévention Promotion de la Santé », Prévention Périnatalité Petite Enfance

Il s'agit d'intervenir en équipe mobile dans une démarche d'aller-vers, auprès de parents, de futurs parents et de leurs jeunes enfants afin d'accompagner les situations de vulnérabilité et de favoriser l'accès et la continuité des soins et suivis. 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 (une ou deux professionnelle par intervention parmi les professions suivantes : cadre socio-éducative, psychologue clinicienne, psychomotricienne, pédopsychiatre). L'équipe mobile intervient auprès de groupes familiaux rencontrant des difficultés d'accès aux soins en lien avec des troubles psychiques ou psychiatriques, des usages de produits psychoactifs et possiblement :

- pour lesquelles les professionnels repèrent des besoins non-couverts en termes de soins, des refus de soins, des impossibilités à formuler une demande ou à accepter des propositions ;
- en mobilité géographique, contrainte (hébergement d'urgence) ou non, et présentant une souffrance psychique et / ou une addiction ;
- 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 ;
- avec jeune enfant nécessitant un travail de soutien et de repérage d'éventuelles difficultés de développement.

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, interfaces 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. »

Ce travail est adossé à un travail de coordination des professionnels intervenant ou susceptibles de pouvoir intervenir auprès de ces situations, pour permettre une synergie des actions (les interventions de l'équipe mobile peuvent si nécessaire prendre appui sur le travail réalisé côté coordination et réciproquement). Les publics ciblés par ces actions sont donc :

- Les professionnels des champs concernés (obstétrique, psychiatrie, addictologie, 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 lors de leur inclusion) éventuellement les fratries.

Intervenir directement auprès des patients peut permettre de mener un travail de prévention et de réaliser une évaluation des besoins et capacités des membres 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-mêmes, leurs enfants 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 peut permettre par ailleurs de soutenir la construction des liens parents-enfants et de soutenir le développement des enfants par l'intervention 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 2019 ce projet, cofinancé par la DFPE pour les familles présentes sur le territoire parisien, a permis d'intervenir auprès de 42 familles, soient **69 adultes, 52 enfants de 0 à 3 ans lors de leur inclusion (dont 17 nés en 2019)**, 30 enfants de plus de 3 ans membres des fratries et 2 « enfants à naître » en 2020.

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

75 000€ ont été attribués par la DFPE au titre du financement d'une équipe mobile intervenant directement auprès des familles présentes sur le territoire parisien. 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 (ces familles) et d'évaluer leurs besoins et capacités à s'inscrire dans des prises en charges déjà existantes ou avec de nouveaux étayages à trouver et construire. 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 PPS (financement de 50 000€ pour l'ensemble des départements). De plus l'enveloppe complémentaire de 35 000€ attribuée en décembre 2019 par l'ARS (pour l'ensemble des départements) permettra de renforcer les interventions auprès des adultes usagers de produits psychoactifs, notamment par l'arrivée d'une sage-femme spécialisée en addictologie au sein de l'équipe.

En 2019, uniquement à Paris, ce projet a concerné 40 familles soient **66 adultes, 48 enfants de 0 à 3 ans lors de leur inclusion (dont 15 nés en 2019)**, 29 enfants de plus de 3 ans membres des fratries et 2 « à naître » en 2020.

	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 inclus suivis par l'équipe mobile	Nombre total des patients rencontrés à Paris par l'équipe mobile
2016	109	39	66	42	108
2017	124	46	79	48	127
2018	118	44	78	53	131
2019	113	40	66	48	114

La file active de l'équipe mobile parisienne est en légère diminution en raison d'un ralentissement des inclusions au premier semestre 2019 (6 inclusions contre 10 au deuxième semestre).

Les interventions financées par la DFPE (Département de Paris) feront l'objet d'un rapport d'activité spécifique.

d) Fondation de France « Soutien de familles suite au séjour en néonatalogie de leur enfant »

Il s'agit d'un nouveau projet ayant démarré en avril 2019.

Résumé du projet

Le Dapsa est parfois contacté pour intervenir auprès de familles, à la demande de professionnels de néonatalogie ou d'hospitalisation à domicile pédiatrique. Ces professionnels sont soucieux de la capacité de parents présentant des difficultés d'ordre psychique, social, économique et/ou éducative à répondre aux besoins spécifiques que présente leur enfant. Ils ont sollicité notre intervention pour soutenir ces familles à plusieurs niveaux : s'assurer que celles-ci tiennent ou créent des liens avec des interlocuteurs professionnels, mettent en œuvre les soins préconisés pour leur enfant, et parfois pour eux-mêmes. Ces demandes d'interventions directes auprès des familles sont souvent associées à une demande d'animation d'un espace de concertation entre professionnels concernés.

Il s'agit d'accompagner la famille après une période très médicalisée où la relation parent-enfant n'a pas toujours pu se tisser et où les professionnels peuvent craindre la rupture des liens entre parents et professionnels, par sentiment d'envahissement, par lassitude ou refus du médical, ou par des conduites d'évitement liées aux difficultés des adultes et parfois à la crainte du placement. Ce projet vise à aller investiguer l'existence de ce besoin dans d'autres néonatalogies d'île de France pour développer cette pratique. Le financement demandé à la Fondation de France concerne les interventions directes auprès des familles. L'expérimentation sera cofinancée par l'ARS IDF.

Bilan d'étape

Le projet s'adresse à des familles :

- dont l'enfant va sortir, ou vient de sortir, d'hospitalisation en néonatalogie ou en HAD (Hospitalisation à Domicile) pédiatrique,
- pour lesquelles des professionnels de maternité, de néonatalogie, d'HAD pédiatrique ont repéré un besoin de poursuite du soutien aux parents pour permettre de favoriser la continuité des soins à l'enfant.

Dans le cadre de la présente expérimentation, il peut être nécessaire de permettre à la famille d'initier un "lien soignant supportable" ou un "lien qui ne l'attaque pas" avant de pouvoir travailler l'insertion dans les dispositifs de droit commun. Cette phase intermédiaire et préparatoire entre la rencontre et le soin vise à soutenir les adultes pour eux-mêmes et dans leurs fonctions parentales, à soutenir l'enfant dans son développement, à soutenir l'établissement des liens parents-enfants et à faire en sorte que les adultes soient suffisamment rassérénés pour à leur tour pouvoir aller vers les professionnels.

L'intervention de la psychomotricienne peut permettre de soutenir l'enfant dans son développement et face à l'anxiété qu'il peut éprouver et que ses parents, déstabilisés par sa maladie, peuvent avoir du mal à contenir, dans le temps d'attente avant l'accès aux dispositifs de droit commun. Cette intervention peut être complémentaire à un soutien également centré sur les besoins des adultes, d'où la possibilité de binôme en intervention à domicile.

Au démarrage du projet (accord de financement en date du 19 avril 2019) 2 situations familiales incluses dans notre file active « réseau de santé » correspondaient aux critères d'intervention de l'équipe mobile retenue pour la présente expérimentation. Ces situations étaient incluses dans la file active du réseau depuis fin 2018, à la demande de services de néonatalogie ou d'HAD pédiatrique franciliennes.

Depuis le démarrage du projet, fin avril 2019, 5 autres situations familiales ont été incluses dans l'expérimentation, toujours à la demande de services de néonatalogies ou d'HAD pédiatrique. Il y a donc eu 7 situations familiales pour lesquelles un projet d'équipe mobile a été discuté avec les professionnels. Cependant les visites à domicile ne sont effectives (au 31 décembre 2019) que pour 3 sur 7 familles.

Synthèses des accompagnements concernés

Situation familiale	Date de la demande adressée au Dapsa	Demandeur	Demande	Visites à domicile
1) Couple avec 2 bébés nés prématurés (26 SA et 32 SA) et qui présentent des pathologies somatiques et des troubles relationnels	Septembre 2018	Psychologue, service de néonatalogie niveau 3, Val de Marne	Plusieurs hôpitaux concernés par l'accompagnement des 2 enfants (à Paris, en Seine Saint Denis et dans le Val de Marne). Inquiétude des professionnels sur la qualité des liens parents-enfants, projet d'IP, interruption du suivi CMP de Madame. Demande de poursuite du soutien mis en place en néonatalogie pour soutenir l'investissement des parents dans les soins aux 2 enfants, et demande d'accompagnement des parents vers des appuis pour eux-mêmes.	Démarrage des VAD* en novembre 2018 (cette situation a accompagné la rédaction de la demande de subvention pour la présente expérimentation). Interventions réalisées depuis avril 2019 par une cadre socio-éducative : 24 VAD, 41 conversations téléphoniques, 1 rencontre avec patients et partenaire.
2) Mère isolée souffrant d'une pathologie chronique (ALD) avec bébé ayant une pathologie neurologique, tous deux hébergés en hôtel social avec déménagements fréquents	Novembre 2018	Psychomotricienne, CAMSP, Paris	Après séjour en service de néonatalogie parisien l'enfant est orienté vers un CAMSP mais le changement d'hôtel à venir fait rupture dans les parcours de soins de la mère et de l'enfant. Demande de suivre cette dyade malgré la mobilité géographique subie pour travailler la réinscription dans des soins. Sortir du très court terme	Démarrage des VAD en décembre 2018. Interventions réalisées depuis avril 2019 par une cadre socio-éducative : 7 VAD, 9 conversations téléphoniques, 1 recherche Interventions réalisées depuis avril 2019 par une psychomotricienne
3) Couple avec parcours PMA (Madame 45 ans Monsieur 52 ans). Naissance traumatique. Mauvaises relations avec les professionnels. Hospitalisation en néonatalogie pour mauvaise prise de poids, pleures incessants. Demande de Madame d'être reçue par la psychiatre de liaison alors que jusqu'à présent c'est le mari, médecin, qui faisait les prescriptions.	Avril 2019	Psychologue, service de néonatalogie niveau 3, Val de Marne	Demande de soutien à ce couple très anxieux et opposant envers les professionnels de l'hôpital et leurs propositions (hospitalisation mère-bébé ; unité de jour pédopsychiatrique). Souhait du père d'éviter que Madame fréquente des services où il est connu professionnellement.	0 VAD Nous n'intervenons pas en visites à domicile en raison de la distance-temps (domicile en Seine et Marne à 1h45 de transport depuis nos locaux). Le travail s'est centré sur une aide dans les recherches d'orientations que la psychologue de néonatalogie pouvait proposer, à la fois pour la mère : psychiatrie libérale, CMP local proposant des équipes mobiles ; et pour la dyade : psychomotricienne libérale (en lien avec les difficultés d'investissement du bébé).
4) Couple hébergé en hôtel avec 4 enfants dont 1 (très grande prématurité) est hospitalisée plusieurs mois en néonatalogie (Hauts de Seine) avant un retour à domicile (nouvel hôtel dans les Yvelines) pour lequel aucune inscription locale n'est construite.	Juillet 2019	Pédiatre, Néonatalogie niveau 2B, Hauts de Seine	Demande d'équipe mobile pour intervenir auprès d'une famille qui habite à l'hôtel (Yvelines). Le demandeur est un pédiatre de l'hôpital où est hospitalisé le dernier né, qui va sortir. Il y a des inquiétudes concernant le lien mère/enfant et le contexte de précarité sociale et relationnelle de	Le lieu d'hébergement étant difficile d'accès pour l'équipe mobile nous recherchons des intervenants sur place pouvant servir de point d'appui à la famille. Finalement, après échange avec le demandeur initial, l'hospitalisation de l'enfant se poursuit après transfert dans un

			la famille. Pas de lien encore construit avec la PMI de secteur, pas de contact avec l'HAD qui interviendra (pas de possibilité d'intervention de l'HAD de l'APHP avec laquelle travaille le service en question mais qui n'intervient pas en Yvelines).	autre hôpital (Yvelines). Nous nous tenons à disposition, pas de relance. Dossier clos en septembre 2019
5) Situation d'une mère et de ses deux bébés jumeaux nés prématurés et hospitalisés en néonatalogie. Le couple s'est séparé en début de grossesse. La mère est très demandeuse de soutien et s'inquiète de se retrouver seule avec ses enfants. Elle évoque des consommations de cannabis. Logement (Seine Saint Denis) exigu et insalubre, 4 ^{ème} étage sans ascenseur.	Juillet 2019	Psychologue, maternité et néonatalogie niveau 3, Paris	Demande d'intervention à domicile pour un relais-évaluation (l'équipe trouve madame très fragile et évoque une histoire personnelle traumatique). Demande de soutenir madame le temps que les étayages locaux se mettent en place (lien à faire avec la PMI et HAD prévue pour trois semaines). Inquiétude de l'équipe sur la capacité de madame à aller vers les services (4 ^{ème} étage sans ascenseur, deux bébés).	Nous orientons dans un premier temps la professionnelle vers le droit commun et les services dédiés qui n'ont pas encore été contactés (service social de secteur, TISF, assistante sociale de la maternité, équipe de pédopsychiatrie, hospitalisation mère bébé) tout en proposant de mettre à disposition l'équipe mobile pour soutenir la mise en place de ces accompagnements. Une prise en charge mère-bébé est acceptée dans un centre d'hébergement thérapeutique du Loiret. Nous nous mettons en lien avec le service et maintenons la possibilité d'équipe mobile en fonction de la suite.
6) Couple avec bébé né dans le Val d'Oise et transféré dans un service de néonatalogie parisien (malformations). 4 ^{ème} enfant du couple. L'équipe décrit un père très impressionné par les soins et une mère présentant un état d'anxiété très fort et qui semble perdre ses moyens dès que des événements nouveaux concernent le nouveau-né. Opération prévue dans quelques mois.	Décembre 2019	Psychologue, néonatalogie niveau 3, Paris	Demande d'appui en anticipation de la sortie de l'enfant (dans quelques semaines), qui devra soit rejoindre le domicile soit être ré hospitalisé à proximité du domicile (hôpital du Val d'Oise où il est né). Les soins sont importants et nécessiteront un investissement très conséquent pour les parents. La psychologue demande qu'ils puissent être soutenus. Pas d'habitudes partenariales avec les partenaires locaux.	Nous restons en lien avec les professionnels le temps de l'hospitalisation. En fonction de la suite (retour à domicile ?) l'équipe mobile pourra se mettre à disposition de la famille.
7) Situation d'une mère et de son bébé qui sort de néonatalogie le lendemain. Le bébé est né à 27 SA. Le psychiatre trouve madame dépressive mais surtout très anxieuse (traitement interrompu et orientation vers psychiatre en libéral pour relais de prescription). Une HAD est prévue à la sortie, ainsi que des TISF, une inclusion dans un réseau de suivi de nouveau-né vulnérable et une orientation CAMSP. Si un parcours semble bien construit pour l'enfant, les soignants s'inquiètent pour la mère.	Décembre 2019	Psychiatre de liaison, néonatalogie niveau 2B, Paris	Le psychiatre souhaite qu'une équipe mobile soit proposée pour madame et son bébé. En particulier pour soutenir la reprise par madame d'un suivi psychiatrique pour elle.	Le séjour en néonatalogie prenant fin immédiatement après l'appel, nous nous mettons en lien avec la famille et allons la rencontrer en visite à domicile. 1 VAD et 2 conversations téléphoniques Interventions réalisées en décembre par une cadre socio-éducative .

*Les VAD « visites à domicile », sont en fait régulièrement des accompagnements directs vers les lieux de soins ou de suivi des familles

Evolutions du projet

Les services de néonatalogie prennent régulièrement appui sur les services qui, présent pendant la grossesse, peuvent anticiper les difficultés après séjour de l'enfant en néonatalogie. Les demandes pourraient donc venir (ou impliquer) des maternités, PMI, autre.

Une situation bien étayée à l'hôpital et qui n'a pas forcément inquiétée peut devenir complexe une fois le retour à domicile réalisé, il peut donc y avoir des demandes de CAMSP ou de PMI.

Perspectives

Nous sollicitons une extension du calendrier du projet de façon à pouvoir continuer à mobiliser, jusqu'au 31/12/2020, l'enveloppe de 14 000€ déjà attribuée.

La prise de contact avec les services de néonatalogie prend du temps et il n'est pas simple d'obtenir des rendez-vous avec ces derniers (contraintes de temps et d'organisation, pas forcément de possibilités pour les professionnels connus sur place de faciliter notre venue pour une présentation du projet). Ces difficultés de prise de rendez-vous auprès des partenaires alimentent une lenteur dans la constitution de la file active.

Cependant, même s'il n'y a pas toujours de rencontres officielles avec les services, le projet a quand même pu être présenté ou évoqué avec des partenaires travaillant en néonatalogie ou en maternité (souvent à l'occasion de contacts pour d'autres travaux). Pour autant une présentation à l'ensemble d'un service nous paraît davantage porteuse pour le projet et moins « professionnel-dépendant ». Nous poursuivons donc actuellement ce travail de prise de contact et de présentation, des demandes pourraient donc continuer à nous parvenir en 2020.

Les services ayant reçu un courrier d'information ainsi qu'une demande de rencontre

Robert Debré, Paris (contacts réguliers avec la maternité via notre présence mensuelle au staff de parentalité, contacts réguliers avec le service de néonatalogie, pas encore de rencontre de présentation)

CHIC Créteil, Val de Marne (présentation à une pédiatre et à la psychologue du service)

Necker, Paris (présentation à la psychologue du service)

Louis Mourier, Hauts de Seine (contacts réguliers avec les services de maternité-néonatalogie, avec l'équipe de liaison et de soins en addictologie et avec l'HAD pédiatrique locale, pas encore de rencontre de présentation)

Delafontaine, Seine Saint Denis (prise de contact sans suite pour le moment)

Trousseau, Paris (prise de contact via le service social avec lequel nous sommes en contacts concernant d'autres travaux, pas encore de rencontre de présentation)

Antoine Béclère, Hauts de Seine (présentation réalisée à l'occasion d'une réunion de service)

André Grégoire, Seine Saint Denis (présentation réalisée à l'occasion d'une réunion de service conjointe à la maternité et à la néonatalogie, peu de professionnels de néonatalogie présents)

Port Royal, Paris (présentation réalisée à l'occasion d'une réunion de service)

HAD Pédiatrique (APHP), Paris et petite couronne (présentation réalisée à l'occasion d'une réunion de service)

Association Clepsydre (regroupement des psychologues de néonatalogie d'Ile de France) (présentation réalisée à l'occasion d'une réunion de l'association)

e) Equipe mobile « Accès aux Soins pour Usagers de Substances Psychoactives en Période Périnatale »

Ce projet a démarré en 2019 avec un financement ARS FIR. Il s'agit de renforcer les capacités de l'équipe mobile du Dapsa en direction de patients dont les difficultés d'accès ou de continuité des soins sont liés à des addictions ou des usages de produits psychoactifs. Le financement permet une augmentation du temps disponible pour ces interventions et permet d'intégrer au sein de l'équipe les compétences de la sage-femme addictologue recrutée en janvier 2020. Les interventions peuvent démarrer auprès de familles vivant à Paris et en petite couronne (Seine Saint Denis, Hauts de Seine, Val de Marne). Si les familles sont en mobilité géographique en Ile de France impliquant des déménagements en grande couronne, le Dapsa peut continuer à les suivre.

Les interventions s'adressent à des groupes familiaux en situation complexe :

- vivant à Paris, en Seine Saint Denis, dans les Hauts de Seine, dans le Val de Marne, lors de l'inclusion
- de la grossesse aux trois ans de l'enfant, lors de l'inclusion
- pour lesquels les professionnels à leur contact repèrent des difficultés d'accès et/ou de continuité des soins (qu'il s'agisse des soins des adultes ou des enfants) en lien avec des usages de substances psychoactives.

L'intervention peut être indiquée quand les professionnels observent des absences ou des discontinuités des soins liées aux addictions ou usage de substances psychoactives (drogues, alcool, médicaments) des adultes :

- Absence de suivi de grossesse ou suivi de grossesse discontinu ou incomplet
- Refus ou évitement des accompagnements proposés pour l'adulte (hospitalisations, hébergements collectifs, soins des addictions,) ou pour l'enfant (PMI, crèche,...)
- Acceptation mais difficultés à mettre en œuvre les propositions (absences aux rendez-vous, délitement des suivis,...)
- Difficultés à vivre les séparations et ruptures imposées par l'organisation des soins (limites dans le temps des accompagnements, relais nécessaires)
- Craintes de se signaler comme usager de substances psychoactives auprès des professionnels (suivi de grossesse, maternité, ...), difficultés relationnelles, défiance, conduites d'évitement, antécédents de protection de l'enfance dans la famille, déni ou incompréhension des difficultés pointées par les professionnels, autres facteurs d'empêchement.

Les interventions peuvent concerner des familles dont un jeune enfant présente une vulnérabilité particulière liée aux expositions à des substances psychoactives pendant la grossesse (prématurité / hypotrophie / retard de croissance / syndrome de sevrage néonatal, troubles causés par l'alcoolisation fœtale) et nécessitant un travail de soutien des adultes pour favoriser leur compréhension des besoins de leurs enfants.

Deux types de demandes peuvent être distingués :

- les demandes venant de professionnel.le.s intervenant dans le champ des addictions et s'inquiétant des dimensions relatives à la grossesse et à la parentalité de leurs patient.e.s usagers de drogues (demande d'accompagnement vers les dispositifs de périnatalité et petite enfance)
- les demandes venant de professionnel.le.s hors champ des addictions (maternité, PMI, hébergements, services sociaux, crèches,...) et s'inquiétant des conséquences des usages de substances psychoactives sur la santé des adultes, sur le développement du fœtus, sur la disponibilité des parents à leurs enfants, sur la capacité des adultes à demander de l'aide et à tenir les liens avec les professionnels engagés (demande d'accompagnement vers les soins addictologiques).

La grossesse, puis l'arrivée de l'enfant constituent un moment privilégié de rencontres avec des professionnels (PMI, maternité, crèches, services sociaux,). C'est une période où émergent des questionnements personnels des patient.e.s autour de leur situation, autour des effets de leurs consommations de substances psychoactives sur leur parentalité et sur le développement de leur enfant ou de leur enfant à naître. C'est une période propice au repérage des difficultés par les professionnel.le.s autant que par les parents et futurs parents eux-mêmes.

Ce moment de rencontre avec le monde du soin peut-être l'occasion de mettre en place des soins addictologiques (des soins dont les professionnel.le.s peuvent attendre des effets positifs sur la santé des adultes, sur le développement du fœtus, sur la disponibilité des parents à leurs enfants).

Dans cette période, les parents ou futurs parents peuvent craindre d'être repérés, accueillis, comme toxicomanes et que leurs compétences parentales soient mises en doute. A l'éventuelle crainte de la stigmatisation peuvent s'ajouter la peur des soins et de la vie sans les produits.

Les problématiques addictives n'étant pas prises en charges par les professionnels de périnatalité et de petite enfance, et les problématiques obstétricales et parentales n'étant pas prises en charge par les professionnel.le.s du champ des addictions, un travail d'orientation est souvent à construire. Il peut s'agir d'orienter vers les soins des addictions quand les consommations

sont repérées ailleurs (PMI, maternité, services sociaux, lieux d'accueil en petite enfance, hébergements,...) ou d'orienter vers un suivi de grossesse ou des professionnels de la parentalité quand une grossesse ou des difficultés parentales sont repérées par des professionnels du champ des addictions.

Le projet consistant en un renforcement de l'équipe mobile du Dapsa, les interventions sont réalisées selon les mêmes modalités que pour les autres accompagnements directs présentés plus hauts.

Depuis le démarrage du projet au deuxième semestre 2019, 19 familles (dont 10 déjà connues du Dapsa) ont été incluses dans le projet et 18/19 ont été rencontrées. Les 19 familles représentent 32 patients adultes (15 mères, 10 pères, 4 femmes enceintes, 1 futur père, 1 concubin, 1 ex-conjoint) et 23 enfants de 0 à 3 ans (+1 à naître en 2020). Le projet connaîtra un déploiement plus intense en 2020 avec l'arrivée de la sage-femme addictologue. Il s'agit d'un financement obtenu pour une durée de trois ans.

f) Fondation de France : Appui à des adultes dont les enfants sont placés

20 000€ avaient été attribués par la Fondation de France en 2018 pour financer des interventions auprès d'adultes dont les enfants étaient placés à l'Aide Sociale à l'Enfance de Paris : intervention à domicile, en extérieur ou en accompagnement direct vers les dispositifs de droit commun, possibles à Paris, Hauts de Seine, Seine Saint Denis, Val de Marne. Ce projet s'est poursuivi en 2019 (sur mobilisation des reliquats de financement du projet) et est arrivé à son terme.

Rappel du projet

Le placement d'un enfant constitue pour son ou ses parents une rupture relationnelle qui peut s'accompagner de difficultés matérielles (perte d'hébergement, suspension des allocations familiales). Lors du placement d'un enfant, différents interlocuteurs positionnés autour de la famille se retirent (AEMO, PMI, crèche, TISF, centre maternel, CHRS, dispositif famille du Samu Social, suivi social effectué par la Croix Rouge pour les familles hébergées par le 115 dans un autre département que celui où ils sont domiciliés). Au-delà des difficultés matérielles qu'entraîne le placement, les parents peuvent manquer d'interlocuteurs autres que les professionnels de l'ASE qui sont dédiés à l'enfant et aux questions de parentalité. Le placement a également des conséquences sur la relation des adultes aux autres parents, aux voisins, à leurs familles (source d'isolement). Le travail complémentaire à celui de l'ASE que propose de faire le Dapsa consiste à soutenir les adultes (soutien psychique, évaluation des besoins de soins ou d'appui concernant les addictions et la santé mentale, travail d'accès aux soins et aux autres dispositifs de droit commun potentiellement mobilisables).

A l'origine le projet concernait des adultes dont les enfants sont placés à l'ASE de Paris et pour lesquels les professionnels observent des difficultés à travailler sur la parentalité ou des ruptures de liens entre adulte et ASE. L'idée était alors de proposer à l'adulte un espace pour explorer et soutenir les dimensions personnelles leur empêchant d'accéder à un travail sur la parentalité. Ce travail d'intervention directe auprès de l'adulte est à la fois un travail de soutien à l'adulte dans ses liens ou absences de liens avec son enfant et/ou avec les professionnels de l'ASE, un travail d'écoute de l'adulte quant à ce qu'il peut difficilement cerner et exprimer dans ce qu'il vit à la suite de cette séparation et un travail d'accès aux soins quand les difficultés de l'adulte ayant conduit au placement de l'enfant sont liées à des troubles psychiques et/ou à des conduites addictives.

Après bilan d'étape de l'expérimentation en 2018, nous avons ajouté la possibilité d'un travail anticipé, c'est-à-dire la possibilité d'introduire l'équipe mobile auprès de la famille avant la séparation, quand les professionnels envisageaient un projet de placement (du fait de difficultés parentales ou d'inquiétudes pendant la grossesse ou d'antécédents familiaux quand les aînés sont déjà placés).

Cette introduction de l'équipe mobile avant ou au moment du placement permet :

- De répondre aux inquiétudes des professionnels qui peuvent redouter l'isolement à venir de l'adulte et l'absence de soutien pour lui quand tous ses interlocuteurs se seront retirés du fait de l'absence de l'enfant auprès de ses parents ;
- De faciliter l'introduction de l'équipe mobile auprès de la famille et son acceptation par celle-ci (parfois plus aisément que si la proposition intervient après le placement de l'enfant et émane de l'ASE).

Dans notre pratique actuelle nous observons que le placement de l'enfant peut faciliter pour l'adulte une envie de compréhension de ses difficultés personnelles, parfois une levée du déni de certaines difficultés. L'équipe mobile permet d'accompagner ce mouvement et de faire de la période de séparation un temps de travail des adultes sur leurs difficultés personnelles, y compris à travers les accès aux soins qu'essaie de favoriser l'équipe mobile.

Pour rappel les interventions de l'équipe mobile sont réalisées en complément d'un travail de concertation organisé par le Dapsa auprès des partenaires concernés par l'accompagnement des membres d'un même groupe familial. La proposition

d'intervention de l'équipe mobile à faire à la famille se construit donc en partenariat avec les autres professionnels qui la connaissent. Le Dapsa peut prendre l'initiative de proposer cette intervention dans des situations suivies pour d'autres motifs.

Avoir une proposition à faire à l'adulte peut permettre aux professionnels de sortir d'un conflit de loyauté vis-à-vis de la famille qui inhibe la prise de position « protection de l'enfance ». La proposition permet de garantir le maintien d'une attention à l'adulte dans un temps où l'information préoccupante et le projet de placement de l'enfant, positionnent les professionnels du côté des intérêts de l'enfant.

Le travail d'accompagnement des adultes vers les soins a plutôt bien fonctionné (peu de refus, orientations effectives vers des dispositifs de soins ou de prise en charge).

Dispositifs vers lesquels les adultes ont été accompagnés en 2019 (parfois en amont du placement si l'intervention a démarré auparavant, parfois pour initier un accompagnement, parfois pour soutenir la reprise de liens avec des services)	Nombre d'adultes concernés
ASE / CRIP	22
AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	15
PMI	12
Services sociaux	11
Autres services hospitaliers	8
CSAPA / Services d'addictologie / alcoologie	7
Psychiatrie adulte	7
Hébergement social / hébergement d'urgence	4
Justice / SPIP	4
Maternité	4
Pédopsychiatrie / CMP / HDJ / autre suivi psy institutionnel	4
Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie	2
Libéral	2
Cure / Post-cure	1
Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels	1
Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	1

Concernant le travail de concertation avec les partenaires, quelques freins ont été observés. Si la demande d'intervention émane d'un autre service que l'ASE (avant placement) et que le service demandeur se retire suite au placement, la demande initiale justifiant notre intervention n'est plus portée et il peut y avoir incompréhension quant au sens de celle-ci (qui vise à accompagner l'adulte vers les soins et non pas à travailler sur la parentalité en partenariat avec d'autres).

Par ailleurs, plusieurs demandes en amont du placement concernaient des familles pour lesquelles, en plus des questions de protection de l'enfance, une demande d'appui à la continuité des soins pour l'enfant nous étaient adressés. Dans ce cas il a parfois été difficile de poursuivre ce travail après placement de l'enfant.

L'expérimentation est arrivée à son terme en 2019. Cette proposition est désormais intégrée aux possibilités d'interventions du Dapsa, à condition que la demande reçue des partenaires se rapporte à un travail d'accès aux soins en période périnatale.

Nombre de situations familiales concernées : 19 familles incluses dans le projet en 2019, dont 12 avec accompagnement direct effectif en 2019. Pour les 7 autres familles le travail de coordination engagé les années précédentes se poursuit avec les intervenants positionnés, sans qu'il ne soit nécessaire de poursuivre les rencontres avec ces familles qui disposent désormais d'autres interlocuteurs.

Nombre d'adultes « concernés » : 32 dont 19 mères (dont trois enceintes au démarrage de l'intervention), 11 pères, 2 conjoints.

Nombre d'enfants « concernés » : 24 enfants de trois ans ou moins + 21 aînés des fratries concernées

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

Ce projet a permis de financer des groupes de travail départementaux sur le thème du repérage de l'alcoolisation fœtale, de l'accès aux soins des femmes et des nouveau-nés. Ces groupes se sont déroulés entre mai 2016 et mai 2019.

Retour sur l'ensemble du projet

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 défaillant des situations de femmes enceintes en difficulté pour interrompre leurs consommations d'alcool. Ce repérage était 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 exigerait 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 (départementaux) 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)
- permettre de repérer les éléments bloquants et facilitants (pour le repérage des situations de femmes enceintes en difficulté pour interrompre leurs consommations d'alcool, pour l'accès aux soins des femmes et pour l'accès aux soins des enfants) de façon à pouvoir en tenir compte dans l'accompagnement de situations concrètes qui se présenteront.

En articulation avec le travail du Dapsa au niveau clinique, ces groupes devaient également favoriser ou permettre :

- de faire connaître le travail du Dapsa et en particulier le projet d'appui aux professionnels pour l'accès aux soins des nouveau-nés exposés à l'alcool pendant la grossesse,
- de développer les partenariats du Dapsa, en particulier avec les professionnels de la grossesse et de la périnatalité
- de régionaliser le dispositif,
- que le Dapsa soit sollicité avant la naissance et puisse travailler concrètement l'accès des enfants à un réseau de Suivi des Enfants Vulnérables quand cela est possible.

Pour chaque département, nous avons fait en sorte dans l'organisation du groupe de travail :

- de prendre appui sur les réseaux de santé périnatale du territoire concerné (élargir la diffusion, bénéficier de leur appui logistique, identifier les professionnels ressources en périnatalité, identifier le calendrier possible compte tenu des actualités locales, des priorités, des mouvements dans les équipes, ...),
- de réaliser un état des lieux des ressources existantes sur chaque territoire (les partenaires déjà connus du Dapsa, ceux qu'il va falloir rencontrer ou contacter), de réaliser pour chaque territoire un annuaire des personnes à contacter,
- de définir un lieu, une date qui permette au plus grand nombre de venir tout en garantissant la représentation de chaque champ d'intervention (périnatalité, pédiatrie, addictologie, alcoologie, appui à la parentalité, ...)

Pour chaque territoire, trois séances de trois heures ont été organisées.

		Séance 1	Séance 2	Séance 3	Nombre de participants (173 au total)
		Dates et lieux	Dates et lieux	Dates et lieux	
FINANCEMENT 2016	77 Sud	13 mai 2016 A l'Hôpital Marc Jacquet 2 rue Fréteau de Pény 77 011 MELUN CEDEX	08 juillet 2016 A l'Hôpital Marc Jacquet 2 rue Fréteau de Pény 77 011 MELUN CEDEX	23 septembre 2016 A l'Espace Saint Jean 26 Place Saint Jean 77 000 MELUN	17
	93	09 novembre 2016 Dans les locaux du CSAPA BOUCEBCI à l'Hôpital Avicenne 125 rue de Stalingrad 93 000 BOBIGNY	19 décembre 2016 Dans les locaux du CSAPA BOUCEBCI à l'Hôpital Avicenne 125 rue de Stalingrad 93 000 BOBIGNY	20 février 2017 Dans les locaux de la PMI à Bobigny 93 000 BOBIGNY	14
	91	03 mars 2017 Au Centre Hospitalier Sud Francilien 40 avenue Serge Dassault 91 106 CORBEIL ESSONNES CEDEX	28 mars 2017 Au Centre Hospitalier Sud Francilien 40 avenue Serge Dassault 91 106 CORBEIL ESSONNES CEDEX	30 mai 2017 Au Centre Hospitalier Sud Francilien 40 avenue Serge Dassault 91 106 CORBEIL ESSONNES CEDEX	18
	77 Nord	12 juin 2017 Dans les locaux du Réseau de santé Gospel 8 rue Henri Dunant 77 400 LAGNY SUR MARNE	15 septembre 2017 Dans les locaux du Réseau de santé Gospel 8 rue Henri Dunant 77 400 LAGNY SUR MARNE	17 novembre 2017 Dans les locaux du Réseau de santé Gospel 8 rue Henri Dunant 77 400 LAGNY SUR MARNE	26
FINANCEMENT 2017	92	26 janvier 2018 Au Réseau Périnatal 92 60 rue du Général Leclerc 92 130 ISSY LES MOULINEAUX	02 mars 2018 Au Réseau Périnatal 92 60 rue du Général Leclerc 92 130 ISSY LES MOULINEAUX	27 avril 2018 Au Réseau Périnatal 92 60 rue du Général Leclerc 92 130 ISSY LES MOULINEAUX	23
	94	25 janvier 2018 Au Centre Intercommunal de Créteil 40 avenue de Verdun 94 000 CRETEIL	17 mai 2018 Au Centre Intercommunal de Créteil 40 avenue de Verdun 94 000 CRETEIL	21 juin 2018 Au Centre Intercommunal de Créteil 40 avenue de Verdun 94 000 CRETEIL	20
	95	4 octobre 2018 Au Centre Hospitalier Simone Veil - Site d'Eaubonne 14 rue de Saint Prix 95600 EAUBONNE	6 décembre 2018 Au Centre Hospitalier Simone Veil - Site d'Eaubonne 14 rue de Saint Prix 95600 EAUBONNE	24 janvier 2019 Au Centre Hospitalier Simone Veil - Site d'Eaubonne 14 rue de Saint Prix 95600 EAUBONNE	27
	78	31 janvier 2019 Au CHI Poissy/St Germain en Laye 20 rue Armagis 78100 ST GERMAIN EN LAYE	14 mars 2019 Au CHI Poissy/St Germain en Laye 20 rue Armagis 78100 ST GERMAIN EN LAYE	16 mai 2019 Au CHI Poissy/St Germain en Laye Rue champ Gaillard 78 300 POISSY	28

A l'issue de ce projet d'autres interventions ou rencontres se sont engagées :

- participation au comité de pilotage d'une action de formation sur la thématique « périnatalité et addictions » proposée par le réseau de santé périnatal PérinatIF Sud ;
- interventions du Dapsa lors de deux séances de formation organisées par PérinatIF Sud en 2019 ;
- intervention sur invitation du réseau de santé périnatale MYPA pour présenter une restitution des travaux du groupe aux cadres puéricultrices et sages-femmes des établissements partenaires du réseau ;
- interventions du réseau et de l'équipe mobile concernant des situations familiales incluses dans notre file active à la demande de partenaires ayant participé aux groupes de travail.

3) Autres activités de développement et d'animation du réseau, non-centrées sur les patients

Nombre de réunions dans le cadre du développement du réseau : 38

Rencontres, présentations de projets aux partenaires du réseau Dapsa :

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

188h dont 65h de transport

Cette catégorie regroupe les différentes rencontres de professionnels du Dapsa 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 freins, interrogations, obstacles 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. Les projets soutenus par la Fondation de France ont grandement contribué à susciter des rencontres en direction des services de néonatalogie, des services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ou association rattachées) et des services de Protection Maternelle et Infantile.

Nombre de groupes d'expertise / groupes de travail / staffs MPS (médico-psycho-sociaux) de maternités : 36

Groupes de travail où le DAPSA apporte son expertise sur les thématiques croisées grossesse/parentalité/souffrance psychique/addictions/travail partenarial (« commission psy » du réseau périnatal parisien, participation au Groupe d'Etude Grossesse et Addictions, groupe de psychomotricien, groupe « enfant de parents en souffrance », comité de pilotage formation PérinatIF SUD, participation à des staffs MPS en maternité ...)

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

146h dont 42h 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. Ces rencontres sont aussi un moyen d'identifier les obstacles à l'accès aux soins et aux travaux en partenariat et permettent d'actualiser notre connaissance des besoins des professionnels et des usagers de leurs structures.

Nombre d'interventions de formation par le réseau : 11

Formations dans le cadre de diplômes universitaires, de conférences ou de journée thématiques où interviennent des professionnels du DAPSA (DIU GEGA, journées trimestrielle GEGA, Fédération addictions, journées thématiques de l'Association Ope-lia dans les Yvelines, formation PérinatIF Sud « périnatalité et addictions », colloque réseau de santé périnatale réseau Centre Val de Loire, COPES...):

357 professionnels présents (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré)

58h de travail dont 28h de transport

Nombre de participations à des colloques, conférences, mondanités (en qualité de simple auditeur) : 23

Présence d'un ou plusieurs membres de l'équipe à 19 colloques, conférences, événements des partenaires auxquels les membres du réseau sont conviés :

198h de travail dont 37h 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. Nous ne comptabilisons pas ici la formation professionnelle continue des salariés (présenté en p.6).

Nombre de rencontres « institutionnelles » : 5

Rencontres avec les tutelles et participation aux instances de gouvernance des partenaires :
29 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré)
32h de travail dont 6h de transport.

Nombre de séances d'ateliers organisés par le DAPSA : 4

Il s'agit de la poursuite et de la fin du projet présenté plus haut autour du repérage de l'alcoolisation fœtale.
66 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré)
42h de travail dont 15h de transport

Nombre de « chantiers » (sortes de mini-colloque) organisés par le DAPSA : 2

Il s'agissait du même événement mais que nous avons organisé sur deux dates de façon à permettre la participation du plus grand nombre de partenaires. La salle que l'EPS Maison Blanche nous met à disposition étant limitée à 100 places, il a fallu organiser deux sessions (15 octobre et 5 novembre 2019) pour répondre aux demandes d'inscription.

« Vous êtes venu(e) à votre séance un petit enfant à la main ; peut-être avons-nous vous et moi à l'écouter, car nous avons beaucoup à en apprendre, et à en prendre soin » Joyce Mc Dougall

(Ou, de l'intérêt de l'observation du bébé pour le soignant engagé dans un travail de soins psychiques auprès d'adultes)

La connaissance du développement psychique du bébé ouvre sur une pratique clinique du « prendre soin » du bébé, de sa famille, des adultes. Pour tout un chacun, les expériences précoces laissent des traces perceptibles au niveau corporel, comportemental et dans sa vie émotionnelle.

Ces aspects bébés, toujours vivants chez l'adulte sont particulièrement mobilisés lors de l'accès à la parentalité. Si les expériences infantiles ont généré des souffrances et des angoisses non élaborées, devenir parent réveille la souffrance de l'enfant toujours vivant à l'intérieur de soi. Aussi le soin psychique auprès de tout sujet nécessite de porter une attention particulière aux aspects les plus archaïques de la souffrance psychique.

Intervenante : Geneviève BRUWIER, psychologue clinicienne, psychanalyste, co-fondatrice d'une Unité Parents-Bébé, superviseuse et formatrice à l'observation du bébé selon Esther Bick

Animatrice : Dr Marijo TABOADA, Psychiatre, psychanalyste, vice-présidente de l'association DAPSA

200 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré)
44h de travail dont 11h de transport

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.

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.

Ces questionnaires sont parfois également l'occasion pour les partenaires de faire connaître leur intention de participer aux groupes de travail 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) Outils d'enregistrement de l'activité au quotidien

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

- **Enregistrement des activités dites "non-centrées sur les patients" (les rencontres, formations, interventions, travaux sur sites, ...)** ;

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 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 lesquels 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 sous Excel l'ensemble des informations recueillies et facilite grandement les bilans d'activité.

Les activités centrées sur les patients sont enregistrées anonymement par situation familiale « codée », 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, événements, ...). Un quatrième onglet permet de disposer des informations sur l'ensemble des partenaires impliqués dans la situation. Un cinquième onglet, ajouté en 2016 permet de créer 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 événements 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). Un sixième onglet permet 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, ...

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

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

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

En 2017 des ajouts très conséquents étaient venus compléter le système d'information. Le système d'information contient désormais 4 grandes bases de données et créé des liens entre trois de celles-ci :

- une base de données « file active » permettant l'export sous Excel présenté ci-dessus,
- une base de données « contacts » regroupant l'ensemble des professionnels (également exportable sous Excel),
- une base de données « structures » (également exportable sous Excel).

Un professionnel peut ainsi être rattaché à plusieurs dossiers en file active ainsi qu'à une ou plusieurs structures dans lesquelles il exerce. Nous connaissons ainsi pour chaque dossier en file active les professionnels et structures concernés. Nous connaissons pour chaque professionnel les dossiers en file active le concernant et la ou les structures dans lesquelles il travaille (ce qui permet par exemple en cas de départ du professionnel de conserver le lien avec la structure et ainsi de faire appel à ses collègues ci-besoin). Nous connaissons pour chaque structure les professionnels connus du Dapsa y travaillant et les dossiers en file active la concernant.

La quatrième base de données (également exportable sous Excel) est une intégration au sein du système d'information d'un ancien outil appelé « CREDES » : cet outil concerne l'enregistrement du temps de travail au quotidien dont les résultats pour l'année 2019 ont été présentés précédemment dans la partie "Personnels et temps de travail". Comme les résultats individuels se compilent automatiquement, 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. Les salariés renseignent 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.

En 2019, des modifications ont été apportées au système d'information du Dapsa. Nous avons souhaité modifier la section intitulée « axes de travail ». Le Dapsa s'oblige à déterminer des objectifs d'intervention pour chaque situation incluse en file active. Il peut n'y avoir qu'un objectif si l'intervention ne se fait qu'en direction des partenaires ou deux si une équipe mobile rencontre la famille (auquel cas l'équipe mobile poursuivra son propre objectif). Ces objectifs étant individualisés il n'est pas possible d'en faire une analyse statistique (il s'agit de textes libres rédigés par les salariées référentes des situations). Nous avons donc en parallèle un listing d'axes de travail, une liste fermée et à choix multiple permettant de cocher pour chaque situation les thématiques de travail concernées, ce qui rend possible le traitement statistique.

Dans le rapport d'activité 2018, et dans les rapports précédents, cela donnait le listing suivant :

Axes de travail définis par l'équipe du Dapsa, en lien avec les partenaires concernés	
Axes de travail en direction des partenaires impliqués dans l'accompagnement des familles incluses	Soutien aux professionnels
	Maintenir, créer un espace de pensée nécessaire pour une situation complexe
	Assurer un relais de prises en charge
	Clarifier, faire circuler l'information entre partenaires
	Intégration des partenaires / Répartition du travail selon les missions de chacun
	S'assurer de l'effectivité de la prise en charge de l'enfant
	S'assurer de l'effectivité de la prise en charge du patient
	Soutenir un professionnel isolé
	Réorienter le travail suite à une nouvelle évaluation
	Restitution organisée de l'évolution des prises en charge
	Travail sur les représentations, stigmatisation des patients
	Réorienter le travail suite à un événement important
Axes de travail développés dans le cadre des coordinations, en direction des patients adultes	Troubles psychiques ou psychiatriques adulte
	Consommations problématiques de substances psychoactives
	Soutien à la parentalité
	Difficultés d'accès aux soins et aux institutions
	Elaborer ou faire émerger un projet, une demande
	Compétences parentales
	Trouble du lien / interactions parent-enfant
	Problèmes sociaux
	Isolement de l'adulte
	Autres troubles somatiques adultes
	Inquiétudes envers le développement du fœtus
	Travail sur la violence
	Complications obstétricales
Stigmatisation de l'adulte	
Axes de travail développés dans le cadre des coordinations, en direction des patients enfants	Protection des enfants
	Prévention développement psychomoteur
	Petit poids / Développement de l'enfant
	Autres troubles somatiques enfants
	Troubles psychiques ou psychiatriques enfant
	Négligence / Besoins de base
	Maladie / Trouble fonctionnel enfant
	Maltraitance de l'enfant

Ces axes de travail comportaient un caractère inégal. Ils étaient présentés en fonction des destinataires et, sauf pour ceux en direction des partenaires, ils ne décrivaient pas toujours le travail effectué, mais plutôt les problématiques à l'œuvre dans les situations. Nous avons donc constitué un groupe de travail en interne qui, à partir des objectifs librement formulés situation par situation, a tenté de proposer des regroupements entre objectifs de l'équipe mobile et objectifs de l'équipe d'appui à la coordi-

nation. L'idée était d'être davantage descriptif du contenu des interventions plutôt que des problématiques à l'œuvre que nous renseignons déjà par ailleurs (cf. partie « troubles ou inquiétudes transmis par les partenaires »). Nous avons abouti aux listes suivantes qui sont désormais présentées en fonction de l'opératrice de l'intervention et non plus en fonction du destinataire :

Axes de travail poursuivis par l'équipe d'appui à la coordination
Accueillir les demandes implicites, soutenir l'identification et l'expression de ce qui gêne (sentiments d'impuissance, de dévalorisation, d'isolement, de culpabilité, d'urgence, sentiment d'être décalé de sa mission, ...)
Identifier et intégrer dans le travail en réseau les professionnel.le.s positionné.e.s autour de la situation
Créer, mettre à disposition du ou des partenaires un espace extérieur de pensée et d'expression pour une situation donnée (en réunion ou par téléphone)
Tenir le fil dans des contextes de crise ou de changement (dans la situation familiale, dans les préoccupations, dans les accompagnements, dans la configuration professionnelle)
S'assurer de l'effectivité des soins et accompagnements des patient(s)
Clarifier, faire circuler l'information, mettre en lien les partenaires (soutien logistique : transmission de coordonnées, informations sur les disponibilités de chacun, ...)
Soutenir les orientations et relais de prise en charge en informant les partenaires sur les possibilités d'appui que peuvent représenter d'autres équipes ou professionnel.le.s du territoire, pour eux-mêmes ou leurs usagers
Accompagner la dynamique groupale et ses mouvements (écouter, problématiser, mettre au travail les représentations, les effets de la psychopathologie des patient.e.s sur les professionnel.le.s positionné.e.s, faire exister les partenaires, problématiques cliniques ou membres du groupe familial absent des réflexions, restituer le travail...)
Soutenir la répartition du travail entre partenaires selon les missions, contraintes, temporalités et limites de chacun.e
Rester en veille, attente active (surveiller l'évolution du parcours avant d'éventuellement relancer)
Soutenir l'identification et l'expression de ce qui fonctionne
Construire un récit autour de l'histoire des interventions (cadres, contenus), donner du sens au travail effectué
Axes de travail poursuivis par l'équipe mobile
Soutenir l'identification par les adultes de leurs ressources et mouvements internes (accompagner leur travail de réflexion et d'élaboration ; soutenir leur repérage de leurs points de vue, émotions, envies, refus ; travailler sur leurs représentations, ...)
Mettre en récit (histoires des interventions, attentes des intervenants)
Soutenir le ou les parent(s) dans la compréhension des besoins de l'enfant
Accompagner physiquement les patient.e.s vers les services ou professionnel.le.s
Soutenir l'identification par les adultes des ressources à leur disposition (entourage familial, amical, professionnel, ...)
Créer et maintenir des conditions de rencontre ou de contacts qui permettent de travailler quand une problématique de lien a été repérée
Comprendre, analyser le fonctionnement psychique de l'enfant et/ou du ou des parent(s)
Expliciter, clarifier des langages techniques des professionnel.le.s, des procédures à respecter, des règlements, des lois
Soutenir l'accès et/ou l'investissement des adultes dans leurs propres soins et accompagnements
Soutenir l'accès et/ou l'investissement du ou des parent(s) dans les soins et accompagnements de leur enfant
Travailler la fin d'intervention de l'équipe mobile

5) Accès aux soins des nouveau-nés vulnérables

Depuis 2014 un projet d'accès aux soins des enfants exposés à l'alcool pendant la grossesse a été développé en lien avec l'ARS Ile de France, les réseaux de suivis des enfants vulnérables, nos partenaires des CAMSP, des PMI, des maternités, des services de néonatalogie et d'Hospitalisation à Domicile. Depuis le Dapsa s'intéresse plus largement à l'accès aux soins des nouveau-nés vulnérables quand les difficultés d'accès ou de continuité des soins et accompagnements des enfants relèvent des critères d'intervention du Dapsa (empêchements, réticences et freins intrapsychiques des parents ou futurs parents à l'entrée en soins, pour eux-mêmes ou leurs enfants ; et/ou difficulté de continuité et de partenariat observées par les professionnels qui nous sollicitent).

Origine de l'action

Si dans certains cas, le diagnostic de syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) est évoqué très rapidement après la naissance, conduisant généralement à des propositions de suivi, dans la plupart des cas (90% de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale), l'absence de signes patents à la naissance (dysmorphie faciale caractéristique par exemple) 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 pas proposé 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. Il est également important que soit prise en compte l'origine organique des difficultés de ces enfants afin qu'une attention médicale leur soit accordée. Les enfants peuvent cumuler plusieurs niveaux de difficultés (somatiques, psychiques, éducatives, économiques, sociales, ...) et souvent les interventions mises en place en réaction aux inquiétudes que peuvent susciter ces difficultés chez les professionnels se situent sur le plan éducatif sans vigilance médicale spécifique.

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, pour certains, pas de pratiques ni de réseau de partenaires mobilisables auprès des parents ayant eux-mêmes des difficultés psychosociales et des troubles psychiques ou psychiatriques liés à une addiction.

L'idée de l'action est d'assurer une continuité dans la vigilance quant aux facteurs de vulnérabilité 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, alors même que les alcoolisations pendant la grossesse ont été repérées (mais pas forcément à la maternité, et sans forcément qu'il ait été possible de transmettre l'information à celle-ci). Une des particularités des troubles causés par l'alcoolisation fœtale est que ceux-ci peuvent n'être repérables que tardivement, une fois l'enfant confronté 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 voire des examens spécifiques si nécessaire.
- De pouvoir travailler cette question avec les parents, ou avec les services gardiens quand les enfants sont placés.

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

En s'intéressant à ces questions et en développant nos relations avec les maternités, PMI, néonatalogie, HAD, réseaux, CAMSP, Unités Mère-Bébé, ... d'autres situations de risque pour le développement de l'enfant nous ont été adressées (hors alcoolisation fœtale). Le Dapsa a donc élargi cette action, visant à favoriser l'accès aux soins des nouveau-nés vulnérables, considérant que le travail d'accès aux soins à déployer dépendaient plus de la nature des difficultés des parents à aller vers les professionnels (et des difficultés des professionnels à travailler avec certains de ces parents), que de la nature même de la pathologie ou du risque pour l'enfant.

Tous les enfants, ou presque, inclus dans la file active du Dapsa sont vulnérables de par la situation familiale dans laquelle ils se trouvent, du fait des difficultés de leurs parents, et des difficultés que peuvent rencontrer les professionnels pour travailler avec ces familles. Cependant, parmi les difficultés rencontrées, les seuls appuis éducatifs ne suffisent pas toujours et certains enfants présentent des difficultés d'origine organique sans lien avec leurs possibilités d'épanouissement au sein de leur famille. Le Dapsa a donc à cœur de favoriser la prise en compte de l'ensemble des facteurs de vulnérabilités motrices, psychiques, éducatives que ces enfants peuvent présenter, de façon à ne pas circonscrire le sujet à celui des carences éducatives ou des compétences parentales.

Ces développements nous ont donc permis d'élargir notre réseau de partenaires et par la suite, le DAPSA étant mieux repéré, ces services (les maternités, PMI, néonatalogie, HAD, réseaux, CAMSP, Unités Mère-Bébé, ...) nous sollicitent davantage, et pas seulement pour des situations où des alcoolisations fœtales sont constatées, mais plus largement, pour des situations faisant craindre la discontinuité des soins ou le défaut de soins, pendant la grossesse et en postnatal, quand cette crainte est liée à des troubles psychiatriques ou à des addictions parentales ou à des difficultés dans le travail partenarial. Nous donnons ci-dessous le détail des situations incluses accompagnées par le réseau en 2019 :

- impliquant les 37 femmes, enceintes en 2019 à un moment de leur inclusion. 66 femmes en file active ont été enceintes en 2019, le Dapsa était déjà impliqué pendant la grossesse pour 37/66 femmes (29 autres situations concernent des femmes ayant été enceintes en 2019 mais pour lesquelles nous n'avons été sollicité qu'à la naissance ou peu après, le Dapsa n'était donc pas présent pendant la grossesse, il y a donc davantage de suivi de nouveau-nés en 2019 que de suivi de femmes enceintes). Tableau 1
- impliquant les 70 enfants présentant des facteurs de risque pour leur développement. Tableau 2

Tableau 1 : Informations relatives aux 37 femmes, enceintes en 2019 à un moment de leur période d'inclusion dans le réseau

Inquiétudes des partenaires : 89 enregistrements pour 37 femmes enceintes, soient 2,4 en moyenne par femme	Troubles psychiques / psychiatriques	18
	Consommations d'alcool	14
	Conduite à risques (obstétrical, fœtal)	10
	Autre	9
	Troubles somatiques	6
	Violence	6
	Troubles conjugaux	6
	Consommations de cocaïne et crack	6
	Inquiétude quant aux liens parents enfant	4
	Consommations de cannabis	4
	Traitement de Substitution aux Opiacés et psychotropes prescrits	3
	Consommations d'opiacés	2
	Poly consommation	1
	Moyenne d'âge	32 ans
Couverture santé	AME	3
	CMU / CMU-C	1
	Sans	4
	Sécurité sociale + Mutuelle	3
	Non renseigné	26
Ressources	Sans ressources	9
	RSA	4
	Salaire	3
	Indemnités chômage	1
	Autre	1
	Non renseigné	19
Orientations et accompagnements qui se mettent en place pendant la durée d'inclusion dans le réseau (nous ne reprenons pas ici ceux déjà présents au moment de l'inclusion) : 103 enregistrements pour 37 femmes enceintes, soient 2.8 en moyenne par femme	Maternité	16
	Equipes de Liaison et de Soins des Addictions	14
	PMI	12
	ASE / CRIP	10
	CSAPA / Services d'addictologie / alcoologie	9
	AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	5
	Pédopsychiatrie / CMP / HDJ / autre suivi psy institutionnel	5
	Psychiatrie adulte	5
	Services sociaux	5
	Autre	3
	Autres services hospitaliers	3
	Hébergement social / hébergement d'urgence	3
	Réseau - hors réseau pédiatrique	3
	Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	3
	Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels	2
	Justice / SPIP	2
	Avocats / aide juridictionnelle	1
	HAD obstétrique	1
Libéral	1	

Tableau 2 : Informations relatives aux 70 enfants présentant des facteurs de vulnérabilité et/ou de risque pour leur développement				
Âge lors de l'inclusion	à naître			17
	0-3 mois			22
	4-12 mois			15
	13-24 mois			10
	25-36 mois			6
Lieu de vie lors de l'inclusion	Domicile du ménage			18
	à naître			17
	Avec parent(s) hors domicile			13
	Néonatalogie			12
	Pouponnière			5
	Maternité			3
	Autre			1
En attente de décision			1	
Âge au 31/12/2019	0-3 mois			6
	4-12 mois			16
	13-24 mois			20
	25-36 mois			11
	37-48 mois			8
	> 48 mois			9
Termes de grossesse (S.A.)	24/32			6
	33/38			17
	38/41			9
	Non renseigné			38
Poids de naissance (Kg)	0,6/1,2			3
	1,2/1,8			4
	1,8/2,4			5
	2,4/3			12
	3/3,6			3
	Non renseigné			43
	Troubles ou inquiétude :	à l'inclusion	au 31/12/2019	Variation
Troubles ou inquiétudes des partenaires lors de l'inclusion (131 enregistrements pour 70 enfants, soient 1,9 en moyenne par enfant)	Prématurité/petit poids de naissance	26	31	16%
	Exposition à l'alcool durant la grossesse	17	21	19%
	Manifestations psychologiques ou comportementales	14	18	22%
	Maladie somatique	13	18	28%
	Troubles du lien/interaction parent-enfant	13	19	32%
	Développement fœtal	12	9	-33%
Troubles ou inquiétude des partenaires et des salariées au 31/12/2019 (171 enregistrements pour 70 enfants, soient 2,4 en moyenne par enfant)	Négligences/carences	7	14	50%
	Retard de développement	7	5	-40%
	Exposition autres substances psychoactives durant la grossesse	5	10	50%
	Antécédents de protection de l'enfance dans la famille	4	4	0%
Tous les enfants pris en compte ici ont au moins un facteur de vulnérabilité d'enregistré.	Pathologie génétique ou neurologique	3	9	67%
	SAF ou ETCAF diagnostiqué	3	2	-50%
	Syndrome de sevrage du nouveau-né	3	6	50%
	Antécédents médicaux dans la famille	1	1	0%
	Exposition à la violence intrafamiliale	1	2	50%
	Maltraitance	1	1	0%
	Troubles envahissants du développement / autisme / retrait relationnel	1	1	0%

Orientations et accompagnements qui se mettent en place pendant la durée d'inclusion dans le réseau (nous ne reprenons pas ici ceux déjà présents au moment de l'inclusion) : 228 enregistrés pour 70 enfants, soient 3.3 par enfant en moyenne	PMI	37
	ASE / CRIP	27
	Ecole Crèche et autres modes de garde	26
	AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	24
	Pouponnière / Foyer / MECS / Services de placement familial	17
	Pédopsychiatrie / CMP / HDJ / autre suivi psy institutionnel	15
	Autres services hospitaliers	12
	CAMSP / Soins enfant / Education spécialisée	12
	Hébergement social / hébergement d'urgence	10
	Néonatalogie	9
	Autre	8
	Consultation spécialisée troubles développementaux	8
	HAD pédiatrique	5
	Réseau pédiatrique	5
	Libéral	4
	Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	4
	Centre maternel et parental	2
	Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels	2
	SSR pédiatrique	1

6) Régionalisation

Pour les 157 familles incluses dans le dispositif en 2019 nous avons essayé de décrire la mobilité régionale en termes de soins, de domiciliation, d'hébergement.

Départements (plusieurs possibles pour une même famille dont les soins et hébergements peuvent se répartir sur différents départements : le total n'est donc pas 157)	Nombre de familles incluses y ayant des soins, des suivis, un hébergement ou une domiciliation en 2019	Nombre de familles incluses y ayant des soins, des suivis, un hébergement ou une domiciliation en 2018
Paris (75)	113	132
Seine Saint Denis (93)	28	30
Val de Marne (94)	19	19
Hauts de Seine (92)	16	23
Yvelines (78)	14	11
Val d'Oise (95)	12	10
Hors Ile de France	9	10
Essonne (91)	6	3
Seine et Marne (77)	5	8

Lecture : Sur 157 familles incluses en 2019, 113 ont eu des soins, des suivis, un hébergement ou une domiciliation à Paris pendant la période d'inclusion dans le réseau DAPSA.

Nombre de département concernés	Nombre de familles concernées en 2019	Nombre de familles concernées en 2018
1	103	118
2	44	41
3 ou plus	10	15

Lecture : Pour 103 familles en 2019, l'accompagnement par le Dapsa est resté centré sur un département, pour 10 familles l'accompagnement par le Dapsa a concerné 3 départements ou plus.

Origine de la demande d'inclusion	Nombre de familles concernées en 2019	Nombre de familles concernées en 2018	Nombre de familles concernées en 2017	Nombre de familles concernées en 2016
Paris	96	118	124	109
Seine-Saint-Denis	15	14	17	15
Val-de-Marne	14	10	15	8
Hauts-de-Seine	9	13	12	8
Yvelines	8	5	7	3
Val-d'Oise	8	4	5	0
Seine-et-Marne	3	5	8	5
Hors IDF	3	4	3	2
Essonne	1	1	2	0
Nombre total de familles incluses	157	174	193	150
Pourcentage de demandes « depuis Paris »	61%	68%	64%	73%
Pourcentage de demandes « Hors Paris »	39%	32%	36%	27%

Départements	Nombre de professionnels concernés en 2019 par l'accompagnement d'une famille incluse en fonction du département d'exercice	Nombre de professionnels concernés en 2018 par l'accompagnement d'une famille incluse en fonction du département d'exercice	Nombre de professionnels concernés en 2017 par l'accompagnement d'une famille incluse en fonction du département d'exercice	Nombre de professionnels concernés en 2016 par l'accompagnement d'une famille incluse en fonction du département d'exercice
Paris	669	731	676	550
Seine-Saint-Denis	73	99	108	98
Hauts-de-Seine	53	63	81	64
Val-de-Marne	70	60	62	43
Yvelines	34	23	14	12
Dispositif régional	11	22	25	21
Hors IDF	12	19	17	5
Val-d'Oise	22	17	9	2
Seine-et-Marne	8	14	25	29
Essonne	6	8	2	10
Total	958*	1056	1019	834

** Certains professionnels interviennent pour plusieurs situations incluses. Parmi ces 957 professionnels, 792 ne sont intervenus que dans le cadre d'une seule situation incluse, 115 sont intervenus dans le cadre de deux situations incluses, 29 sont intervenus dans le cadre de trois situations incluses, 22 sont intervenus auprès de quatre à neuf familles incluses.*

Concernant les 42 familles rencontrées en 2019 par l'équipe mobile du Dapsa, 33 ont été incluses à la demande d'un professionnel parisien, 3 à la demande d'un professionnel du Val de Marne, 3 à la demande d'un professionnel de Seine Saint Denis, 2 à la demande d'un professionnel des Hauts de Seine et 1 à la demande d'un professionnel du Val d'Oise. 242 visites à domicile effectives ont pu être réalisées (173 à Paris, 38 en Seine Saint Denis, 12 dans le Val d'Oise, 12 en Essonne, 7 dans les Hauts de Seine,).

En 2016, 41 demandes d'inclusion étaient le fait de partenaires non-parisiens, 69 en 2017, 56 en 2018 et 61 en 2019. Le développement régional est un travail à long terme et devra se poursuivre, même si pour des raisons variées, Paris demeurera certainement le territoire le plus représenté dans le travail du Dapsa. La surreprésentation de Paris dans la localisation de nos partenaires s'explique par :

- Le fait que la population vulnérable et à la marge, qui correspond aux critères d'inclusion du Dapsa est plus représentée à Paris qu'en banlieue éloignée (constat qui est également celui de partenaires de grande banlieue), notamment en raison de l'abondance de dispositifs susceptibles de leur venir en aide.
- Le fait que le réseau travaille en appui des professionnels et que l'offre de soins soit nettement plus fournie à Paris (en particulier pour les hôpitaux dont ceux spécialisés dans les soins aux enfants) et en petite couronne qu'en grande banlieue. Par ailleurs le Dapsa, du fait de son organisation et de ses stratégies de développements partenariaux, travaille très peu avec les professionnels libéraux : 7 libéraux (sages-femmes, médecins, kinésithérapeute, psychologue) sur un total de 958 professionnels concernés en 2019 par l'appui à la coordination des soins d'une famille incluse. L'importance du nombre de recours au Dapsa pour un département donné est donc en partie fonction de la densité des services publics et associatifs dans le département en question.
- Le financement de l'équipe mobile, qui est la proposition de travail la plus facile à se représenter pour les partenaires et qui n'est pas accessible pour toute la région.

Le travail de régionalisation est à poursuivre, il est principalement porté par :

- L'activité clinique qui, à l'occasion de l'accompagnement du parcours d'une famille, nous amène à rencontrer de nouveaux partenaires susceptibles à leur tour de recourir au réseau pour d'autres situations ou susceptibles de nous inviter à venir nous présenter plus largement au sein de leur structure.
- Les groupes de travail locaux mis en place pour lesquels nous devons identifier les partenaires potentiellement concernés, avec l'appui des réseaux périnataux et pédiatriques qui nous aidaient à identifier les forces vives des maternités, néonatalogie, PMI, et par nos propres moyens en réalisant des recherches et en contactant les professionnels des autres champs (addictologie, psychiatrie, pédopsychiatrie, CAMSP, ...). Ces groupes ayant fait l'objet d'un financement dédié de 2016 à 2019 et étant arrivé à leur terme, il est important de développer d'autres modalités de rencontre et d'implantation (participation aux staffs, aux actions de formation correspondant au savoir-faire du Dapsa, aux événements organisés dans les départements hors Paris, ...)
- Les interventions dans des colloques, formations, DU, groupe d'expertises, soirées thématiques..., locaux, régionaux, nationaux, qui permettent au Dapsa de se faire connaître.
- Les rencontres qu'initie le réseau dans les départements de grande couronne, parfois avec l'appui de nos partenaires des réseaux périnataux et pédiatriques
- Les travaux d'annuaire qui sont l'occasion de se présenter aux professionnels que nous cherchons à identifier pour alimenter notre connaissance des lieux possibles d'orientation.

Tous ces travaux sont en synergie les uns avec les autres et permettent d'alimenter notre base de contacts. Cette base de contacts est utilisée pour la diffusion des invitations aux événements qu'organise le réseau. Elle permet de capitaliser des informations sur les lieux d'orientations possibles et ainsi de pouvoir faire des indications fines.

	2017	2018	2019
Nombre de contacts identifiés	3306	3628	4050
Dont nombre de contacts impliqués dans l'accompagnement de familles incluses	1019	1056	958

7) Bilan des activités cliniques en 2019

Par « activités cliniques » nous désignons le traitement pluridisciplinaire et au cas par cas des situations pour lesquelles nous sommes sollicités. En 2019, 79 nouvelles situations familiales ont été incluses dans la file active du réseau, portant le total du nombre de familles incluses à 157 : 242 adultes (dont 121 inclus en 2019) et 169 enfants de 0 à 3 ans (dont 77 inclus en 2019) dont 52 nés en 2019, 18 enfants à naître en 2020.

Nombre de situations en fonction de l'année d'inclusion	
2012	1
2014	1
2015	5
2016	8
2017	11
2018	52
2019	79
Total	157

a) Qui sollicite le Dapsa ?

Les demandes adressées au Dapsa proviennent principalement de psychologues, d'infirmiers et puériculteurs, de travailleurs sociaux, de sages-femmes, de médecins, de responsables d'établissement ou de services, ... Les principales structures ayant recours au Dapsa sont les services de maternité, de PMI, d'addictologie et d'alcoologie, des services en lien avec la protection de l'enfance, d'autres services en lien avec la naissance (néonatalogie, Unité Mère Bébé, SSR), des lieux d'hébergements, et d'autres dispositifs en lien avec nos thématiques de travail.

Origine des demandes pour les 157 familles incluses dans la file active 2019 (par profession)								
Professions des demandeurs / date de la demande d'inclusion	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total Général
Psychologue			1	1	1	9	11	23
Infirmier / puériculteur			1	1	4	7	9	22
Educateur spécialisé				2		5	9	16
Sage-Femme			1			5	9	15
Assistante sociale			1		1	10	8	20
Psychiatre			1	1		2	7	11
Encadrement				1	2	8	6	17
Médecin PMI	1			2	2	1	3	9
Staff MPS					1	1	2	4
Autres travailleurs sociaux		1					2	3
Médecin addictologue						1	2	3
Médecin généraliste						1	2	3
Patient / Entourage						1	2	3
Pédiatre							2	2
Autre							1	1
Gynécologue - Obstétricien							1	1
Médecin autre							1	1
Néonatalogiste							1	1
Pédopsychiatre							1	1
Psychomotricien						1		1
Total	1	1	5	8	11	52	79	157

Origine des demandes pour les 157 familles incluses dans la file active 2019 (par établissements et services)								
Etablissements et services à l'origine des demandes / date de la demande	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Maternité				1	1	8	18	28
PMI	1		2	2	6	10	11	32
CAARUD					1	3	5	9
Centre maternel et parental						5	5	10
CSAPA / Services d'addictologie / alcoologie			1			5	5	11
ELSA			1	1		1	5	8
Hébergement social / hébergement d'urgence		1		1	1	2	4	9
Néonatalogie						2	4	6
AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations						4	3	7
Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant				1		2	3	6
ASE / CRIP			1	1		1	2	5
Patient / Entourage						1	2	3
Services sociaux						1	2	3
Autres services hospitaliers							1	1
Cure / Post-cure							1	1
HAD pédiatrique				1		1	1	3
Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels							1	1
Justice / SPIP / Police							1	1
Libéral							1	1
Pédopsychiatrie / CMP / HDJ / autre suivi psy institutionnel							1	1
Psychiatrie adulte						2	1	3
Réseau - hors réseau pédiatrique							1	1
Réseau pédiatrique							1	1
Autre						1		1
CAMSP / Soins enfant / Education spécialisée					1	2		3
SSR pédiatrique					1	1		2
Total	1	1	5	8	11	52	79	157

b) Pourquoi sommes-nous sollicités ?

Les professionnels qui nous sollicitent demandent le plus souvent à pouvoir réfléchir avec le Dapsa à propos d'une situation familiale qui leur pose question. Il n'y a donc pas forcément d'attentes très précises des partenaires, mais souvent l'envie de déplier une situation complexe en l'exposant à des professionnelles qui sont à distance de la situation et néanmoins habituées à travailler l'accès et la continuité des soins des patients dans ces situations. Les partenaires qui nous contactent le font régulièrement parce qu'ils constatent que face à certaines difficultés des patients, il n'y a pas de réponse en termes d'accompagnement, ils ne disposent donc pas forcément d'interlocuteurs avec lesquels aborder ces dimensions problématiques. Les professionnels qui nous sollicitent le font également parce qu'ils constatent des difficultés ne relevant pas / plus de leur champ d'intervention (dispositifs adultes s'inquiétant de la situation d'un enfant, inquiétudes quant à la poursuite des soins et à la continuité de la vigilance autour de certains patient à l'issue de leurs interventions, absence ou recherche de relais, inadéquation de leur propositions aux difficultés des patients ou des familles, difficultés pour les dispositifs non soignants à travailler avec les familles du fait de l'état de santé psychique ou somatiques des patients, ...).

Situations par motif de recours au Dapsa (plusieurs possibles)	2019	2018	2017
Réfléchir avec le DAPSA	73	78	79
Absence de prise en charge ou d'interlocuteur	65	71	75
Inquiétude vis-à-vis de l'enfant	56	61	59
Recherche de relais avant sortie de file active	43	44	47
Besoin de continuité	42	53	54
Prise en charge difficile	40	44	44
Souffrance psychique	38	38	42
Isolement professionnel	22	29	26
Patient refuse la prise en charge	20	24	23
Problème de partenariat	18	19	16
Prise en charge inadaptée	10	13	13
Multiplicité des structures	10	14	5
Maladie somatique	6	12	18
Peur de la stigmatisation	6	7	7
Non inclusion du patient dans la file active du partenaire	1	0	0
Total	450	507	508
Moyenne par famille	2,87	2,9	2,63

c) Que nous demandent les professionnels qui nous sollicitent ?

Plusieurs types de demandes sont possibles pour une même situation. Ces demandes sont enregistrées principalement à l'ouverture du dossier, mais il arrive que d'autres demandes surviennent en cours d'accompagnement, parfois des demandes émanant d'autres services que ceux à l'origine de l'inclusion. Le plus souvent les demandes concernent des difficultés à travailler avec les familles ou les partenaires, en lien avec la complexité des situations familiales et parfois également, en lien avec les spécificités des organisations professionnelles et institutionnelles. Il s'agit souvent de demandes d'analyses de situations (72), de demandes d'informations (52), d'écoute, de soutien à la réflexion, parfois de conseil. Nous recevons également un nombre important de demandes d'interventions de l'équipe mobile (80 au total), parfois couplées à une demande de mise en place et d'animation d'espaces de concertations pluridisciplinaires et pluri institutionnelles.

Ce sont les professionnels ayant une antériorité de travail avec le Dapsa qui sollicitent le plus le travail de concertation pluridisciplinaire et pluri institutionnel qui peut sembler abstrait avant d'avoir été éprouvé (47 demandes dont 32 demandes pour lesquelles une intervention de l'équipe mobile est également sollicitée).

La proposition de travail du Dapsa, après réflexion en équipe quant à la situation clinique (besoins, ressources, configuration familiale et professionnelle), ne correspondra pas toujours à la demande initiale. Une ou plusieurs autres propositions pourront être faites.

Nous observons que la principale proposition de travail du Dapsa (appui à la coordination) est la demande la moins souvent enregistrée (47 en cumulant les demandes couplées ou non-couplées à une demande d'équipe mobile).

Nature de la demande qui nous est adressée (catégories d'appuis à la coordination sélectionnées par les professionnelles du Dapsa, plusieurs possibles pour une même demande)	Nombre d'occurrences
Analyse de situation	72
Information / Recherche / Orientation	52
Soutien des professionnels	50
Intervention directe (EMEO)	48
Travail d'appui à la coordination + Intervention directe (EMEO)	32
Travail d'appui à la coordination	15
Total	269
Moyenne par situation	1,71

d) Quelles sont les familles concernées par ces demandes ?

Les demandes concernent des couples, avec enfants ou enfant à naître, des mères avec enfant, des femmes, enceintes et déjà mères ou en attente d'un premier enfant. D'autres situations concernent des femmes supposées enceintes au moment de la demande ou des femmes dont la grossesse a été interrompue. Parfois les situations sont trop peu claires pour pouvoir être renseignées et parfois l'information sur la composition du groupe familial n'est pas connue des professionnels qui nous sollicitent. Dans 60% des situations (hors « autre » et « non renseigné ») la mère ou future mère vit séparée du/des père(s) des / de l'enfant(s).

Au moment de l'inclusion 246 enfants étaient identifiés dans ces familles (tous ne sont pas inclus, nous comptons ici les aînés, les enfants à naître ne sont en revanche pas comptabilisés), 33% de ces enfants vivaient séparés de leurs parents (placement, accueil chez un autre membre de la famille, hospitalisations).

38% des 157 groupes familiaux disposaient d'un logement autonome, 22% étaient hébergés à l'hôtel, en CHU ou en CHR, 11% vivaient en squat ou à la rue, 10% étaient hébergés par des membres de leur famille ou de leur entourage, 10% étaient hébergés en centres maternels ou parentaux. 4 familles étaient en hébergement thérapeutique (2.5%), pour 10 situations, l'information était trop peu claire, ou indisponible, et n'a pas pu être renseignée précisément.

Configurations familiales lors de l'inclusion	Nombre
Monoparental - Mère	53
Famille nucléaire	37
Femme enceinte seule	19
Couple avec femme enceinte	11
Parents séparés	10
Recomposé	7
Famille nucléaire avec femme enceinte	6
Monoparental avec femme enceinte	5
Autre	4
Recomposé avec femme enceinte	2
Femme seule	1
Homme seul	1
Monoparental - Père	1
Total	157

Hébergements des familles lors de l'inclusion	Nombre
Autonome	60
Hôtel / CHR / CHU	34
Squat / S.D.F	18
Centre maternel	16
Famille	10
Autre	6
Amis	5
Hébergement thérapeutique	4
Non renseigné	4
Total	157

Parmi ces 157 familles, 242 adultes étaient inclus en 2019 (66% de femmes, 34% d'hommes). Les femmes avaient en moyenne 32 ans et les hommes 36 ans. Parfois il nous est nécessaire de connaître les ressources et couverture santé des adultes, mais quand cette information n'est pas utile dans le cadre de la demande qui nous est adressée, nous ne la recensons pas.

Situations des adultes lors de leur inclusion	Nombre	Couverture santé des adultes lors de leur inclusion	Nombre	Ressources des adultes lors de leur inclusion	Nombre
Mère	110	Non renseigné	135	Non renseigné	163
Père	68	Salaire	37	CSS	23
Femme enceinte	45	Sans ressources	35	Sécurité sociale + Mutuelle	22
Futur père	12	RSA	22	AME	14
Concubin	3	AAH	5	Sans	13
Ami	1	Autre	5	Sécurité sociale	5
Ex-conjoint	1	Indemnité chômage	3	Sécurité sociale du conjoint(e)	2
Famille	1	Total	242	Total	242
Femme	1				
Total	242				

Les professionnels nous appellent régulièrement à propos de familles pour lesquelles les adultes présentent des difficultés multiples mais le plus souvent en lien avec un état de souffrance psychique ou avec des troubles psychiatriques et/ou des consommations de produits psychoactifs (105 adultes sur 242 font usage de produits psychoactifs, un ou plusieurs, non prescrits par un médecin). La catégorie « autre » est souvent utilisée pour des situations où la souffrance psychique n'est pas nommée mais

certainement à l'œuvre, notamment des situations de difficultés relationnelles, de conduites d'évitement qui inquiètent nos partenaires. Un contexte de conflit et parfois de violence peut être observé dans ces situations. Des inquiétudes relatives aux liens des adultes avec leurs enfants sont également évoquées de manière récurrente.

Troubles ou inquiétudes que nous transmettent les partenaires à propos des 242 adultes inclus (plusieurs possibles par adultes)	Nombre
Troubles psychiques ou psychiatriques	70
Consommations d'alcool	57
Autre	56
Lien parent enfant	53
Troubles conjugaux	50
Conduite à risques (hygiène de vie, prises de risque)	46
Violence	38
Consommations de cannabis	29
Trouble somatique	28
Poly consommation	18
Consommations de cocaïne et crack	15
Traitements de Substitution aux Opiacés et psychotropes prescrits	11
Deuil	10
SPA - Opiacés	7
Consommations de médicaments non prescrits	7
Total	495
Moyenne par adulte	2,05

Parmi les 157 familles, 305 enfants (dont enfants à naître et enfants décédés) ont été identifiés lors de l'inclusion des familles. 169 enfants étaient inclus en 2019.

Âge des enfants lors de l'inclusion de la famille		Nombre	Âge des 169 enfants inclus, au 31/12/2019 (y compris pour les enfants inclus en 2019 mais sortis de file active avant le 31/12/2019)	
Enfants inclus	à naître lors de l'inclusion et né avant le 31/12/2019	39	0-6 mois	24
	0-3 mois	44	7-12 mois	29
	4-12 mois	30	13-18 mois	24
	13-24 mois	32	19-24 mois	23
	25-36 mois	24	25-30 mois	11
	Sous-total (inclus)	169	31-36 mois	16
Enfants non inclus mais pris en compte dans les interventions du Dapsa	à naître après le 31/12/2019	18	37-42 mois	9
	Décédé	2	43-48 mois	15
	> 36 mois	116	> 48 mois	18
	Sous-total (non inclus)	136	Total	169
Total		305		

30% des enfants vivaient au domicile de leurs parents lors de l'inclusion (34% en 2018), 23% n'étaient pas encore nés (25% en 2018), 23% vivaient avec leur(s) parent(s) mais hors domicile (hôtel, CHRS, Centre maternel, ...) (22% en 2018), 12% étaient en service de maternité ou de néonatalogie lors de la demande (5% en 2018), 8% étaient placés en pouponnière ou en famille d'accueil (6% en 2018), 3 enfants étaient hébergés chez d'autres membres de la famille (3 également en 2018), pour 5 enfants l'information était trop peu claire ou indisponible (« autre », « non renseigné », « en attente de décision »).

	Lieu de vie des 169 enfants inclus en 2019 lors de l'inclusion	Lieu de vie des 186 enfants inclus en 2018 lors de l'inclusion
Domicile du ménage	50	94
À naître	39	47
Avec parent(s) hors domicile	39	47
Néonatalogie	13	13
Pouponnière	8	8
Maternité	7	2
Placement familial	5	3
Domicile d'un autre membre de la famille	3	3
Autre	2	5
Non renseigné	2	5
En attente de décision	1	0
Total	169	186

Les professionnels nous contactent régulièrement pour des familles dont ils craignent la répétition d'une situation vécue difficilement par eux-mêmes et/ou par les familles lors d'accompagnements précédents concernant les aînés (placements, problèmes de santé). Les inquiétudes concernent souvent le développement et la santé somatique des enfants (prématurité, retard de croissance, exposition à des agents tératogènes pendant la grossesse, maladies génétiques, maladies neurologiques), elles concernent également la santé psychique des enfants (manifestations inquiétantes, qualité des liens avec les parents, troubles psychiques ou psychiatriques) et souvent des besoins de protection des enfants (dont aides éducatives) pressenti par les professionnels. Au fur et à mesure du parcours des enfants, les professionnelles du Dapsa questionnent les différentes dimensions inquiétantes auprès des partenaires impliqués et affinent l'analyse des dimensions problématiques pour chaque enfant, quand cela est possible.

	Troubles repérés au 31/12/2019	Troubles désignés à l'inclusion par le ou les demandeurs	Variations entre les troubles désignés à l'inclusion et ceux repérés par les partenaires et le Dapsa au 31/12/2019
Troubles du lien/interaction parent-enfant	37	24	+13
Prématurité/petit poids de naissance	33	26	+7
Négligences/carences	28	14	+14
Manifestations psychologiques ou comportementales	27	14	+13
Exposition à l'alcool durant la grossesse	26	17	+9
Maladie somatique	20	13	+7
Exposition autres substances psychoactives durant la grossesse	17	8	+9
Développement fœtal	10	12	-2
Pathologie génétique ou neurologique	9	3	+6
Antécédents de protection de l'enfance dans la famille	8	8	0
Exposition à la violence intrafamiliale	8	7	+1
Syndrome de sevrage du nouveau-né	8	3	+5
Retard de développement	6	7	-1
Maltraitance	4	2	+2
Troubles envahissants du développement / autisme / retrait relationnel	3	1	+2
SAF ou ETCAF diagnostiqué	2	3	-1
Antécédents médicaux dans la famille	1	2	-1
TOTAL	247	164	83

e) Quelles sont les difficultés à l'accès et à la continuité des soins à l'œuvre dans ces situations ?

Nous essayons d'identifier l'ensemble des difficultés d'accès et de continuité des soins pour les familles (et les patients) concernées. L'idée est de permettre aux partenaires de prendre appui sur cette analyse des situations pour tenter autant que possible de contourner ou de lever ces entraves à l'entrée en soins. Cependant, il y a des situations où ces difficultés ne pourront être levées. Il s'agira alors d'élaborer collectivement des propositions de soins et d'accompagnement qui intégreront ces différentes dimensions, de façon soit à rendre ces propositions accessibles et supportables pour les familles, soit à permettre aux professionnels de poursuivre leur travail malgré les impossibles. 1114 « freins » ont été identifiés pour 157 familles (1004 pour 174 familles en 2018), soit 7.1 par famille (5.8 par famille en moyenne en 2018). La plupart de ces freins sont liés à la situation des patients (637), beaucoup découlent de difficultés professionnelles (317), et certaines entraves à l'entrée en soins ou à la continuité des soins sont attribuables à l'organisation des systèmes d'aides et de santé (124). Pour 36/157 familles, une entrave a été constatée sans qu'elle n'ait pu être rattachée à l'une des nombreuses catégories ci-dessous.

Type de freins à l'accès aux soins identifiés par les salariés et les partenaires		Nombre	Pourcentage de familles concernées
Freins liés aux systèmes d'aides et de santé	Impossibilité du maintien dans la structure	36	23%
	Mobilité géographique contrainte	21	13%
	Saturation des dispositifs, manque de places	21	13%
	Soins des étrangers en situation irrégulière	18	11%
	Lenteur et lourdeur administrative	16	10%
	Eloignement des structures de soins et accès difficiles	12	8%
	Sous-total	124	
Freins liés aux usagers	Conduites d'évitement	73	46%
	Difficulté à prendre en compte les besoins des enfants	73	46%
	Problème de continuité dans les suivis	61	39%
	Difficultés d'hébergement	61	39%
	Refus des propositions des professionnels	59	38%
	Difficulté à prendre des décisions, à formuler des demandes	54	34%
	Difficultés à aller vers, troubles relationnels	53	34%
	Difficulté pour accomplir les démarches	47	30%
	Manque d'assiduité dans les soins	32	20%
	Frein lié à l'entourage	23	15%
	Absence ou instabilité dans la couverture santé	20	13%
	Difficulté pour l'observance des traitements	16	10%
	Mobilité géographique à l'initiative de la famille	15	10%
	Manque d'information sur les structures	15	10%
	Pas de possibilité de consultations payantes	12	8%
	Difficulté liée au coût des transports	9	6%
	Difficulté d'accès aux moyens de communication (courrier, téléphone, internet)	8	5%
	Incompréhension des informations médicales	3	2%
	Difficulté d'accès aux médicaments (lieu, délivrance, stockage)	3	2%
	Sous-total	637	
Freins liés aux professionnels	Impuissance face à une situation complexe	84	54%
	Difficulté pour établir un diagnostic	58	37%
	Difficulté de partenariat / partenariat inexistant	44	28%
	Manque d'information sur les possibilités de prise en charge du territoire	42	27%
	Difficulté pour une rencontre efficace (comprendre les problèmes du patient et se faire comprendre)	33	21%
	Isolement professionnel	22	14%
	Délai trop long pour le début de prise en charge	14	9%
	Problèmes avec les représentations	10	6%
	Refus de prise en charge par certains professionnels	10	6%
	Sous-total	317	
Autres freins		36	23%
Total		1114	

f) Quels travaux mettons-nous en place après analyse des situations ?

Après avoir échangé avec les professionnels qui nous sollicitent sur leurs inquiétudes et leurs éventuelles demandes et/ou besoins, après avoir essayé d'identifier les partenaires impliqués, les difficultés des différents membres des groupes familiaux, les entraves à l'entrée en soins ou à la continuité des soins, et après le travail en réunion clinique interne (3 à 4 heures par semaine les lundis matin), le Dapsa recontacte les professionnels demandeurs pour poursuivre la réflexion, pour leur faire des propositions, parfois pour demander des précisions. Nos propositions de travail ne correspondent pas toujours à leur demande initiale, mais nous veillons à rendre nos propositions les plus soutenantes possibles pour eux, les moins contraignantes possibles, et tâchons d'intégrer dans nos propositions la temporalité d'action des professionnels qui nous sollicitent.

En effet, si par exemple un professionnel nous contacte pour une famille, parce que son accompagnement ne peut se poursuivre (sortie de maternité, placement de l'enfant, déménagement de la famille, ...) et qu'il souhaite s'assurer de l'effectivité des relais, de la permanence d'une vigilance particulière auprès d'un patient ou d'une famille, notre proposition doit intégrer le fait que la demande reçue ne sera plus portée par la suite, les autres partenaires impliqués n'étant pas forcément en demande pour ce qui les concerne. Nous travaillons donc au cas par cas pour s'assurer autant que possible de la faisabilité des interventions dans lesquelles nous nous engageons.

L'équipe mobile ne se met pas en place systématiquement quand les partenaires le demandent. Souvent en cherchant à identifier le travail en cours auprès d'un groupe familial, il apparaît que d'autres peuvent intervenir ou interviennent déjà, il arrive également que l'équipe mobile ne soit pas une indication adaptée. Sur les 157 familles en file active, il y en a 76 pour lesquelles les partenaires sollicitaient la mise en place d'interventions à domicile : nous avons effectivement fait intervenir l'équipe mobile pour 33/76 familles. Il y a eu 9 familles pour lesquelles l'intervention de l'équipe mobile a été déclenchée pendant la période d'inclusion dans le réseau alors qu'il ne s'agissait pas de la demande initiale des partenaires. Quelles que soient les modalités de démarrage de ces interventions, elles sont toujours pensées et construites avec les partenaires qui connaissent la famille et nous recherchons systématiquement à ce qu'elles demeurent adossées à un travail en réseau impliquant les partenaires concernés. 42 familles ont été concernées par l'accompagnement de l'équipe mobile : 69 adultes, 52 enfants de 0 à 3 ans dont 17 nés en 2019, 2 enfants à naître en 2020.

Appui à la coordination : le travail du Dapsa	Nombre
Soutien aux professionnels : fournir un appui, une écoute, des conseils, un avis complémentaire pour soutenir les professionnels dans leur travail.	94
Evaluation de la situation : 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.	85
Concertation Pluridisciplinaire et pluri institutionnelle : la concertation consiste à contacter et réunir les différents professionnels concernés par une même situation pour animer une réflexion collective facilitant l'élaboration et la conduite de projets de soins. 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. Il s'agit là de la forme « idéale » recherchée mais dans les faits nous nous adaptons aux usages des partenaires, le cas échéant, et n'avons pas toujours un rôle d'animation (synthèses, instances délibératives ou décisionnaires). Rappel : toute intervention supposant une identification des familles implique un travail de l'équipe auprès des partenaires afin qu'ils puissent informer les patients de ce travail en réseau.	73
Information / Recherche / Aide à la mise en lien : 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, ...	45
Aide à l'orientation : généralement, en 2ème proposition après évaluation de la situation ou concertation.	26
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. Dans ces situations le Dapsa vient régulièrement prendre des nouvelles pour réitérer d'éventuelles propositions de soutien et s'informer sur l'évolution de la situation.	18
Hors critères - Orientations vers dispositifs adaptés : 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.	6
Total	347
Moyenne par dossier	2,2
Equipe mobile d'évaluation et d'orientation	
Nombre de familles rencontrées par l'équipe mobile en 2019 :	42
- Dont familles rencontrées par une professionnelle	32
- Dont familles rencontrées par un binôme	10

A partir des objectifs formulés situation par situation (renouvelés environ tous les six mois), l'équipe a tenté de proposer des regroupements entre objectifs. Ce travail a été réalisé à la fois pour l'équipe mobile et pour l'équipe d'appui à la coordination. L'idée était de pouvoir dégager des catégories d'objectifs pour pouvoir ensuite les quantifier. Nous avons abouti aux listes suivantes présentées en fonction de l'opératrice de l'intervention. Nous comptabilisons par la suite le nombre de situations familiales concernées pour chaque axe de travail.

Axes de travail identifiés et mis en œuvre par l'équipe de coordination	Nombre de familles concernées	Pourcentage de situations concernées
Accueillir les demandes implicites, soutenir l'identification et l'expression de ce qui gêne (sentiments d'impuissance, de dévalorisation, d'isolement, de culpabilité, d'urgence, sentiment d'être décalé de sa mission,...)	104	66%
Identifier et intégrer dans le travail en réseau les professionnel.le.s positionné.e.s autour de la situation	90	57%
Tenir le fil dans des contextes de crise ou de changement (dans la situation familiale, dans les préoccupations, dans les accompagnements, dans la configuration professionnelle)	75	48%
Créer, mettre à disposition du ou des partenaires un espace extérieur de pensée et d'expression pour une situation donnée (en réunion ou par téléphone)	70	45%
Soutenir les orientations et relais de prise en charge en informant les partenaires sur les possibilités d'appui que peuvent représenter d'autres équipes ou professionnel.le.s du territoire, pour eux-mêmes ou leurs usagers	70	45%
S'assurer de l'effectivité des soins et accompagnements des patient(s)	64	41%
Veille / attente active	60	38%
Clarifier, faire circuler l'information, mettre en lien les partenaires (soutien logisitique : transmission de coordonnées, informations sur les disponibilités de chacun, ...)	51	32%
Accompagner la dynamique groupale et ses mouvements (écouter, problématiser, mettre au travail les représentations, les effets de la psychopathologie des patient.e.s sur les professionnel.le.s positionné.e.s, faire exister les partenaires, problématiques cliniques ou membres du groupe familial absent des réflexions, restituer le travail...)	46	29%
Soutenir l'identification et l'expression de ce qui fonctionne	42	27%
Construire un récit autour de l'histoire des interventions (cadres, contenus), donner du sens au travail effectué	40	25%
Soutenir la répartition du travail entre partenaires selon les missions, contraintes, temporalités et limites de chacun.e	36	23%
Total	748	
Moyenne d'axes de travail poursuivi par situation	4,76	

Axes de travail identifiés et mis en œuvre par l'équipe mobile	Nombre de familles concernées	Pourcentage de situations concernées
Créer et maintenir des conditions de rencontre ou de contacts qui permettent de travailler quand une problématique de lien a été repérée	26	62%
Soutenir l'identification par les adultes de leurs ressources et mouvements internes (accompagner leur travail de réflexion et d'élaboration; soutenir leur repérage de leur points de vue, émotions, envies, refus ; travailler sur leurs représentations,...)	23	55%
Soutenir l'identification par les adultes des ressources à leur disposition (entourage familial, amical, professionnel,...)	23	55%
Soutenir le ou les parent(s) dans la compréhension des besoins de l'enfant	19	45%
Comprendre, analyser le fonctionnement psychique des parent(s) et/ou de l'enfant ou des enfants	19	45%
Expliciter, clarifier des langages techniques des professionnel.le.s, des procédures à respecter, des règlements, des lois	19	45%
Soutenir l'accès et/ou l'investissement des adultes dans leurs propres soins et accompagnements	19	45%
Accompagner physiquement les patient.e.s vers les services ou professionnel.le.s	18	43%
Mettre en récit (histoires des interventions, attentes des intervenants)	17	40%
Soutenir l'accès et/ou l'investissement du ou des parent(s) dans les soins et accompagnements de leur enfant	16	38%
Travailler la fin d'intervention de l'équipe mobile	7	17%
Total	206	
Moyenne d'axes de travail poursuivi par situation	4,90	

g) Quels sont les métiers et lieux de travail des professionnels impliqués dans les travaux en réseau autour des familles incluses ?

Nous ne recensons pas l'ensemble des professionnels et des établissements ou services qui interviennent dans le parcours des familles, les données qui suivent ne concernent que ceux avec lesquels nous avons été en contact pendant la période d'inclusion des familles concernées dans la file active du réseau.

En 2019 le Dapsa a été en contact avec des travailleurs sociaux (367 professionnels différents), des médecins (155 professionnels différents, attention les médecins responsables de services ou d'établissement sont comptabilisés comme encadrants et non comme "médecins"), des responsables de services ou d'établissement (147 professionnels différents), des infirmiers et puériculteurs (121 professionnels différents), des psychologues (106 professionnels différents), des sages femmes (28 professionnels différents) et des rééducateurs (14 professionnels différents).

En moyenne nous avons été en contact, pour chaque famille, avec 7.7 professionnels travaillant dans 4 établissements différents. Les établissements et services concernés sont principalement des services départementaux (PMI, services sociaux, crèches, ASE), les hôpitaux (maternités, néonatalogie, unité mère-bébé, services d'addictologie et d'alcoologie, psychiatrie et pédopsychiatrie, équipe de liaison, ...), des services médico-sociaux (CAMSP, CSAPA, CAARUD,...), des associations (AED, AEMO, TISF,...) des lieux d'hébergement,...

Professions	Nombre de professionnels impliqués dans l'accompagnement d'une famille incluse en 2019. Chaque professionnel est ici compté autant de fois qu'il y a de situations dans laquelle il intervient.	Nombre de professionnels <u>différents</u> impliqués dans l'accompagnement d'une famille incluse en 2019
Assistante sociale	235	191
Encadrement	179	140
Infirmier / puériculteur	162	121
Psychologue	130	106
Educateur spécialisé	105	93
Médecin PMI	63	44
Autres travailleurs sociaux	50	50
Psychiatre	50	28
Sage Femme (ou staff MPS)	46	28
Pédiatre	37	29
Educateur de Jeunes Enfants	20	19
Médecin généraliste	18	13
Pédopsychiatre	17	13
Médecin addictologue	16	12
Autre	14	14
TISF	14	14
Psychomotricien	10	9
Administratif	8	6
Directeur / Responsable / Chef de service	7	7
Néonatalogiste	7	5
Neuropédiatre	7	3
Gynécologue - Obstétricien	5	4
Médecin autre	5	4
Kinésithérapeute / Ostéopathe / Ergothérapeute	3	3
Orthophoniste	2	2
TOTAL	1210	958
MOYENNE PAR FAMILLE	7,7	

	2019	2018
Nombre de professionnels impliqués dans l'accompagnement d'une situation	792	841
Nombre de professionnels impliqués dans l'accompagnement de 2 situations	115	144
Nombre de professionnels impliqués dans l'accompagnement de 3 situations	29	47
Nombre de professionnels impliqués dans l'accompagnement de 4 situations	9	12
Nombre de professionnels impliqués dans l'accompagnement de 5 situations	7	6
Nombre de professionnels impliqués dans l'accompagnement de 6 situations	2	2
Nombre de professionnels impliqués dans l'accompagnement de 7 situations ou plus	4	4
Total	958	1056

Type de d'établissements ou services impliqués dans l'accompagnement d'une famille incluse en 2019.	Nombre (chaque établissement ou service est compté autant de fois qu'il y a de situations dans lesquelles il intervient)
PMI	80
Services sociaux	55
Maternité	53
AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	48
CSAPA / Services d'addictologie / alcoologie	41
ASE / CRIP	37
Ecole Creche et autres modes de garde	34
Hébergement social / hébergement d'urgence	32
Pédopsychiatrie / CMP / HDJ / autre suivi psy institutionnel	30
ELSA	29
Autres services hospitaliers	23
Centre maternel et parental	19
Néonatalogie	18
Autre	17
CAMSP / Soins enfant / Education spécialisée	17
Psychiatrie adulte	16
Pouponnière / Foyer / MECS / Services de placement familial	14
Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	14
CAARUD	11
HAD pédiatrique	11
Réseau - hors réseau pédiatrique	8
Libéral	7
Cure / Post-cure	5
Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels	5
SSR pédiatrique	4
HAD obstétrique	2
Avocats / aide juridictionnelle	1
Justice / SPIP	1
TOTAL	632
MOYENNE	4,03

Si certains établissements partenaires ont des habitudes de travail avec le Dapsa (exemple : La PMI de Paris a été impliquées en 2019 dans 55 situations incluses), la plupart (171/263) n'ont travaillé avec nous que sur une seule situation en 2019.

	2019	2018
Nombre d'établissements ou services partenaires impliqués dans l'accompagnement d'une situation	171	184
Nombre d'établissements ou services partenaires impliqués dans l'accompagnement de 2 situations	48	38
Nombre d'établissements ou services partenaires impliqués dans l'accompagnement de 3 situations	13	15
Nombre d'établissements ou services partenaires impliqués dans l'accompagnement de 4 situations	13	16
Nombre d'établissements ou services partenaires impliqués dans l'accompagnement de 5 situations	3	6
Nombre d'établissements ou services partenaires impliqués dans l'accompagnement de 6 situations	1	7
Nombre d'établissements ou services partenaires impliqués dans l'accompagnement de 7 à 55 situations	14	15
Total	263	281

h) Quelles sont les interventions réalisées ?

En tant que dispositif d'appui aux professionnels, la grande majorité de nos interventions est réalisée en direction des 958 professionnels différents impliqués en 2019 dans l'accompagnement des familles incluses (13 interventions en moyenne par situation en direction des partenaires). Les interventions de l'équipe mobile, qui ne concernent que 42/157 familles, sont en moyenne au nombre de 24.45 par famille. Au total, équipe mobile et appui à la coordination confondus, le réseau réalise en moyenne 19.4 interventions par situation pour les 157 en file active.

Actes réalisés en 2019 dans le cadre de l'activité clinique		
Nombre d'interventions directes réalisées en direction des patients (EMEO) :	1027	Soit un nombre moyen de 24.45 « actes patients » par groupe familial (20.6 en 2018) (pour 42 familles concernées en 2019 et 45 en 2018)
Visites à domicile (VAD) ou rendez-vous, accompagnements	251	242 VAD réalisées et 9 VAD non annulées et non honorées (patient absent ou ne répondant pas).
Entretiens téléphoniques et SMS	734	521 appels / SMS sortants et 213 appels / SMS entrants (en réalité, l'équipe étant régulièrement en déplacement, les appels "sortants" sont souvent des rappels suites à un appel entrant manqué et qui n'est donc pas comptabilisé).
Rencontre ou réunion en présence du patient et d'un ou plusieurs partenaires	4	
Courriers, mails	12	Souvent attestation d'accompagnement à la demande des familles
Recherches	26	Il peut s'agir d'un travail de recherche d'information sur des points précis (les possibilités de vacances, lieux d'écoute très spécifique comme le réseau deuil périnatal, lieu d'accompagnement à l'alphabetisation, etc.)
Nombre d'interventions directes réalisées en direction des professionnels :	2020	Soit un nombre moyen d'actes par groupe familial de 13 actes "partenaires" (157 familles concernées) (moyenne de 13 actes également, pour 174 familles, en 2018)
Entretiens téléphoniques	935	665 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 270 appels entrants
Courriers	702	Papiers, mails
Recherches	24	Informations spécifiques, structures diverses, professionnels spécialisés...
Réunion de Concertation Pluridisciplinaire organisée par le Dapsa	77	Réunion des différents professionnels au contact d'une même famille et où se déroule le travail de concertation.
Compte-rendu	120	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	122	Rencontres avec partenaires lors de synthèses, réunions, staffs
Nombre TOTAL DES ACTES CLINIQUES (interventions auprès des patients et des partenaires, hors travail en interne)	3047	Soient en moyenne 19.4 / famille (22.1 en 2018)

i) Quels accompagnements et orientations se mettent en place pendant la période d'inclusion des familles dans le réseau ?

Il ne s'agit pas de comptabiliser les orientations proposées par le réseau mais les orientations effectives qu'elles qu'en soit l'origine (le réseau, les partenaires, les patients). Il s'agit de décrire les suivis et prises en charge qui se mettent en place pendant l'inclusion. 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 (PMI, 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. On enregistre en moyenne 2.07 orientations par enfant et 1.75 par adulte.

Accompagnements et orientations effectives qui se mettent en place pendant la période d'inclusion dans le réseau, concernant les 242 adultes inclus en 2019	Nombre	Accompagnements et orientations effectives qui se mettent en place pendant la période d'inclusion dans le réseau, concernant les 169 enfants inclus en 2019	Nombre
PMI	62	PMI	64
ASE / CRIP	52	ASE / CRIP	50
AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	37	Ecole Creche et autres modes de garde	39
Services sociaux	37	AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	34
CSAPA / Services d'addictologie / alcoologie	32	Pédopsychiatrie / CMP / HDJ / autre suivi psy institutionnel	32
Maternité	26	Pouponnière / Foyer / MECS / Services de placement familial	24
Hébergement social / hébergement d'urgence	24	Hébergement social / hébergement d'urgence	15
Pédopsychiatrie / CMP / HDJ / autre suivi psy institutionnel	21	Autres services hospitaliers	13
Psychiatrie adulte	21	CAMSP / Soins enfant / Education spécialisée	11
ELSA	19	Néonatalogie	11
Autre	18	Consultation spécialisée troubles développementaux	10
Autres services hospitaliers	12	Autre	9
Justice / SPIP	12	Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	8
Avocats / aide juridictionnelle	10	Libéral	6
Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	10	Centre maternel et parental	5
Libéral	8	HAD pédiatrique	5
Réseau - hors réseau pédiatrique	7	Justice / SPIP	4
Centre maternel et parental	6	Réseau pédiatrique	4
Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels	4	Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels	3
Cure / Post-cure	3	Réseau - hors réseau pédiatrique	2
HAD obstétrique	2	SSR pédiatrique	1
CAARUD	1	TOTAL	350
TOTAL	424	MOYENNE PAR ENFANT (169 enfants inclus)	2,07
MOYENNE PAR ADULTE (242 adultes)	1,75		

j) Quels sont les motifs de sortie du réseau ?

Quand une situation est incluse dans la file active du réseau, et après échanges et recherches auprès des partenaires impliqués, des objectifs de travail sont rédigés pour chaque situation, en direction des partenaires. Quand une équipe mobile intervient auprès de la famille, d'autres objectifs sont formulés, cette fois en direction des patients. Qu'il s'agisse du travail d'appui à la coordination ou des travaux de l'équipe mobile, ces objectifs sont révisés tous les six mois, pour être soit maintenus, soit renouvelés s'ils ont été atteints mais que d'autres enjeux se présentent.

Lors de la clôture d'un dossier ou de la fin d'intervention d'une équipe mobile auprès d'une famille, nous portons un jugement sur le travail effectué pour répondre à l'objectif ou aux objectifs qui avaient été formulés.

Plusieurs « motifs de clôture » peuvent ainsi être retenus :

Motifs de clôture côté "Appui à la coordination"	Nombre	Motifs de clôture côté "Equipe mobile" pour les familles encore ou nouvellement incluses en 2019	Nombre de familles pour lesquelles l'intervention de l'équipe mobile s'est arrêtée en 2019
Objectifs atteints (dont orientations, accès aux soins)	34 (10)	Objectifs atteints (dont orientations, accès aux soins)	4 (1)
Fin de nécessité ou de pertinence d'intervenir*	33	Fin de nécessité ou de pertinence d'intervenir*	2
Perdu(e) de vue - demandeur	14	Perdu(e) de vue - patients	3
Déménagement	2	Déménagement	0
Perdu(e) de vue - patients	6	Refus d'intervention	2
Autre	1	Total (familles pour lesquelles l'équipe mobile s'est interrompue en 2019)	12
Refus d'intervention	1	Durée moyenne de suivi	766 jours
Total (familles sorties de file active en 2019)	91	Pourcentage d'objectifs atteints**	33.3%
Durée moyenne de suivi	343 jours		
Pourcentage d'objectifs atteints**	37.4%		

* Signifie 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. La difficulté à travailler pour les professionnels a été levée, en partie du fait de l'intervention du Dapsa (mais pas forcément) mais sans qu'il ne soit nécessaire d'atteindre les objectifs spécifiques que nous nous étions fixés.

**Ces pourcentages n'intègrent pas les « fins de nécessité d'intervenir » qui correspondent également à des situations où les entraves au travail ont été levées. Il ne s'agit donc ici que de décrire le pourcentage de situations où la levée du blocage correspond à l'atteinte d'objectifs définis initialement en lien avec les partenaires et parfois également avec les familles. Parfois, les événements (hospitalisation, changements dans le couple, changement de département, placement, retour de l'enfant au domicile, accès aux droits,...) rendent ces objectifs caducs et la situation se débloque.

91 familles sont sorties de la file active en 2019 (contre 79 inclusions), l'équipe mobile s'est arrêtée en 2019 pour 12 familles (contre 18 nouvelles familles rencontrées par l'équipe mobile en 2019).

En moyenne, les travaux d'appui à la coordination ont duré 343 jours pour les 91 familles sorties de file active en 2019. La durée moyenne d'accompagnement par l'équipe mobile a été de 766 jours pour les 12 familles sorties de file active « équipe mobile » en 2019.

La fin d'intervention de l'équipe mobile ne signifie pas forcément l'arrêt du travail d'appui à la coordination. Notons que la durée moyenne des travaux d'appui à la coordination est de 858 jours pour les familles concernées par l'intervention de l'équipe mobile. Cette moyenne est calculée pour 16 familles sorties de la file active « réseau » en 2019 et qui avaient bénéficié de l'intervention de l'équipe mobile à un moment au moins de leur inclusion dans le réseau (c'est-à-dire y compris les familles sorties de file active « équipe mobile » les années précédentes mais dont le suivi côté réseau s'est poursuivi en 2019). Le travail d'appui à la coordination est donc en moyenne 2.5 fois plus long quand il y a une équipe mobile par rapport aux situations n'impliquant qu'un travail en direction des partenaires.

Conclusion

En 2019 le réseau a poursuivi ses différentes activités, avec une diminution de 9.7% de la file active en coordination (157 familles incluses en 2019 pour 242 adultes et 169 enfants soient 411 patients contre 174 familles en 2018 soient 456 patients). C'est particulièrement au premier semestre 2019 que nous avons pu observer une baisse des inclusions (36 sur les 79 situations incluses en 2019 l'ont été au premier semestre), le rythme étant revenu dans la moyenne par la suite (43 inclusions au second semestre 2019, 24 au premier trimestre 2020).

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	123	193	114	79
2018	80**	94	174	98	76
2019	78***	79	157	91	66
2020	66				

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

**une situation close en 2017 a été rouverte en 2018

*** deux situations closes en 2018 ont été réouvertes en 2019

En 2019 deux salariées ont quitté l'équipe, la médecin pédopsychiatre est partie fin décembre et l'une des psychologues cliniciennes, qui intervenait dans le cadre de l'équipe mobile du Dapsa était partie fin mars 2019. Le volume horaire travaillé en 2019 a ainsi été inférieur à ces trois dernières années. Le poste de sage-femme n'a quant à lui été pourvu qu'en janvier 2020.

Deux projets entamés en 2016 pour le premier et en 2017 pour le second sont arrivés à leur terme.

Dans le cadre du projet de groupes de travail départementaux organisés sur le thème du repérage de l'alcoolisation fœtale, de l'accès aux soins des femmes et des nouveau-nés, l'ensemble des séances prévues, sur l'ensemble des territoires, ont été réalisées. Ce projet a connu des prolongements différents selon les départements. Le Dapsa a participé aux actions que certains réseaux de santé périnatale ont organisé sur ce thème (séances de formations, séances de restitution des travaux de ces groupes, soirées d'information, comité de pilotage de l'action « alcool et grossesse » commune aux réseaux NEF et Périnatif). Par ailleurs ces groupes ont été l'occasion de développer l'implantation du Dapsa dans des territoires où nous étions historiquement moins sollicités (Val de Marne, Val d'Oise, Yvelines).

L'expérimentation d'accompagnements d'adultes dont les enfants ont été confiés à l'ASE de Paris, projet qui avait démarré en 2017 avec le soutien de la Fondation de France, s'est terminée en 2019. Cette proposition est désormais intégrée aux possibilités d'interventions du Dapsa, dans la mesure où les demandes reçues des partenaires se rapportent à un travail d'accès aux soins des adultes (psychiatrique, addictologique, autre) en période périnatale. Suite à la restitution de cette expérimentation auprès du financeur, ce projet a été préselectionné dans le cadre des Lauriers de la Fondation de France, une opération de communication qui vise « à distinguer une douzaine de projets exemplaires et à leur donner de la visibilité ».

Nous avons relancé en 2019 les chantiers du Dapsa, sorte de mini-colloques organisés sur le temps d'une matinée et dédiés à un temps de présentation thématique et d'échanges avec l'intervenant ou l'intervenante. Deux matinées ont ainsi été consacrées à la prise en compte de la santé psychiques d'adultes au moment où ils deviennent parents et une matinée organisée début 2020 a été consacrée aux possibilités de prises en compte de la santé psychique d'enfants placés. Ces deux thèmes avaient été retenus par l'équipe suite à l'expérimentation soutenue par la Fondation de France concernant l'accompagnement vers les soins d'adultes dont les enfants avaient été placés. Ces chantiers sont l'occasion de réunir les partenaires, d'apporter des repères, des idées, de soutenir des dynamiques de travail, sur des thèmes qui impliquent un grand nombre d'entre eux, et ainsi de soutenir le développement d'interconnaissances nécessaires au travail en réseau.

Un nouveau projet a démarré en 2019 et se poursuivra en 2020. Il s'agit d'une nouvelle expérimentation visant à proposer aux familles dont l'enfant sort de séjour en néonatalogie, un soutien et un accompagnement. L'idée étant que les parents puissent mettre en œuvre les préconisations faites pour leur enfant, et parfois pour eux-mêmes, quand ces besoins ont été repérés à l'hôpital mais que les professionnels pensent nécessaires de soutenir directement ces démarches en allant vers ces familles. Ce projet est soutenu par la Fondation de France, concernant les interventions directes auprès des familles, et par l'ARS IDF concernant les travaux de liaison avec les partenaires concernés et le développement des liens avec les services susceptibles de solliciter cette intervention.

Perspectives 2020

Un équilibre sera à maintenir entre développement de nouveaux partenariats et entretien des relations au sein du réseau de partenaires « historiques ». En effet, en 2019 nous avons constaté une baisse des sollicitations de partenaires situés à Paris et une baisse des sollicitations venant de nos partenaires du champ des addictions.

Ces dernières années, le Dapsa s'est fortement investi dans son développement régional et dans son implantation dans le paysage périnatal hospitalier. Nous avons constaté, et c'est là une réussite, une progression des partenariats et des sollicitations reçues de professionnels de petite et grande couronne (39% des demandes d'inclusion reçues en 2019, soit le taux le plus haut depuis la création du Dapsa), et une progression des inclusions à la demande des services de maternité et de néonatalogie. Les projets soutenus par nos financeurs (notamment les groupes de travail départementaux et le projet d'accompagnement de familles suite au séjour en néonatalogie de leur enfant) participent très fortement à ces développements.

Toutefois, ces orientations (régionalisation d'une part et développement du réseau en direction des maternités et néonatalogie d'autre part) ont été poursuivies dans un contexte de baisse du temps de travail effectif. Il en a résulté une moindre implication du Dapsa auprès de ses partenaires historiques, or les partenariats ne sont jamais acquis pour toujours, les équipes changent, les modalités d'intervention évoluent, les attentes des partenaires également, et le Dapsa devra veiller à entretenir ses relations avec l'ensemble de ses partenaires, y compris dans ce contexte de développements nouveaux.

L'arrivée de la sage-femme addictologue début 2020 sera dans ce contexte un renfort de poids, aussi bien pour réactiver et entretenir nos relations avec les professionnels du champ des addictions (CSAPA, CAARUD, ELSA, soins résidentiels, ...), que pour aider le Dapsa à être mieux repéré par les services de PMI, de maternité et de néonatalogie d'Ile de France. Nous envisagerons également, en fonction de nos capacités, de pourvoir de nouveaux les postes de psychologue et de médecin laissés vacants en 2019.

Comme en 2019, nous souhaitons pouvoir continuer à proposer à nos partenaires des temps de rencontres thématiques à travers la poursuite des chantiers du Dapsa qui sont de belles occasions pour les professionnels de se rencontrer, d'entretenir leur réseau, et pour le Dapsa de rester mobilisé et force de proposition dans le maillage régional.

ANNEXES

1) VARIATION DE L'ACTIVITE DEPUIS 2015

INDICATEURS	2015	2016	2017	2018	2019	Commentaires éventuels
Nombre de situations familiales suivies par le réseau	149	150	193	174	157	L'année 2019 est dans la moyenne des dernières années en terme de nombre de situations accompagnées par le réseau, en revanche le nombre de nouvelles inclusions est le plus faible de ces cinq dernières années.
- Dont nouvellement suivies dans l'année concernée	88	91	123	94	79	
Nombre de familles rencontrées par l'équipe mobile	50	45	56	45	42	Nous observons une baisse du nombre de familles rencontrées par l'équipe mobile, ce qui ne signifie pas qu'il y ait moins de demandes (80 demandes d'intervention de l'équipe mobile pour 157 familles incluses dans le réseau en 2019 ; 71 demandes d'intervention de l'équipe mobile pour les 174 familles incluses en 2018). En revanche l'indication « équipe mobile » n'est pas toujours adaptée et d'autres formes de réponses sont souvent possible côté appui aux professionnels.
- Dont nouvellement rencontrées dans l'année concernée	24	20	20	14	18	
Nombre total de personnes suivies par le réseau (hors enfants à naître et hors enfants de plus de trois ans non inclus)	338	382	500	456	411	Depuis 2016 le système d'information nous permet de disposer de l'âge des patients en temps réel, soit au 31/12 de l'année concernée (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. Parmi les femmes en file active en 2019, 45 étaient enceinte lors de l'inclusion (toutes années d'inclusion confondues), dont 37 qui étaient enceintes en 2019. Parmi ces 37 femmes, 19 ont accouché dans l'année et 18 n'avaient pas encore accouché au 31/12.
- Dont mères	86	132	173	155	137	
- Dont pères	67	87	98	77	68	
- Dont femmes enceintes	54	14	6	16	18	
- Dont futurs pères	20	1	18	14	12	
- Dont femmes	4	1	9	3	1	
- Dont autres (ami, conjoint, grands-parents,...)	9	7	9	5	6	
- Dont enfants de 0 à 3 mois	42	9	17	12	8	
- Dont enfants de 4 à 12 mois	19	48	48	45	40	
- Dont enfants de 13 à 24 mois	21	41	57	49	49	
- Dont enfants de 25 à 36 mois	16	27	48	42	23	
Dont enfants entre 3 et 7 ans (au 31/12/2018) inclus au titre de leurs vulnérabilités (prématurité, hypotrophie, SAF/TCAF, ...) ou de la poursuite du travail entamé lors de leur inclusion (uniquement des enfants qui avaient moins de trois ans lors de l'inclusion)	nr	15	17	37	49	
Nombre d'enfants de plus de trois ans non inclus	64	94	155	93	116	
Nombre d'enfants à naître	54	14	6	16	18	Depuis 2016 le système d'information permet de disposer de l'âge des enfants en temps réel. Seuls les enfants encore à naître au 31/12 de l'année sont renseignés ici pour 2016, 2017, 2018 et 2019. Pour 2015 il s'agit des enfants qui étaient « à naître » lors de l'inclusion de la situation

INDICATEURS	2015	2016	2017	2018	2019	Commentaires éventuels
Origines des sollicitations adressées au Dapsa						
Maternité / néonatalogie / staff	25	21	24	27	34	L'origine des demandes d'inclusion reste globalement stable. On note toutefois une plus grande part de demandes venant de services de périnatalité et une légère baisse des demandes venant du champ des addictions. La baisse observée côté HAD correspond au fait que le Dapsa soit davantage sollicité au moment où se réfléchit la proposition d'HAD faite à la famille, des situations où la demande vient plutôt du staff, de la maternité ou du service de néonatalogie.
PMI	27	24	37	36	32	
CSAPA / services d'addictologie, alcoologie	24	19	15	19	12	
Centre maternel	5	9	9	13	10	
Hébergement social	8	9	14	6	9	
CAARUD	4	3	7	6	9	
ELSA	14	11	12	9	8	
AED/ AEMO	5	6	11	3	7	
Unité Mère Enfant et SSR Mère Enfant	5	6	2	3	6	
ASE/CRIP	7	7	2	6	5	
CMP / CMPP / structures psy	4	2	6	5	4	
HAD pédiatrique et obstétrique	4	9	16	12	3	
Services sociaux	3	4	8	5	3	
CAMSP	0	2	8	3	3	
Patient/Entourage	5	6	6	3	3	
Réseau de santé	2	3	4	4	2	
SSR pédiatrique	0	0	0	0	2	
Autre	0	0	1	6	1	
Hôpital / clinique (autres services)	3	4	2	4	1	
Hébergement thérapeutique	0	0	0	0	1	
Police, justice	0	0	0	0	1	
Libéral	1	1	2	1	1	
Pouponnière, MECS, Service de placement familial	1	1	2	2	0	
Crèche /modes de garde/ école	2	3	5	1	0	
Départements d'origine des demandes						
Paris	102	109	124	118	96	
Seine Saint Denis	19	15	17	14	15	
Val de Marne	6	8	15	10	14	
Hauts de Seine	4	8	12	13	9	
Yvelines	2	3	7	5	8	
Val d'Oise	0	0	5	4	8	
Seine et Marne	16	5	8	5	3	
Autres	0	2	3	4	3	
Essonne	0	0	2	1	1	
Troubles ou inquiétudes – concernant les adultes - signalés par le demandeur au moment de la demande						
Troubles psychiques ou psychiatriques	68	58	80	78	70	On observe une baisse des inclusions liées à des inquiétudes relatives aux usages de produits psychoactifs par les adultes. Cette baisse est toutefois à mettre en lien avec la baisse du nombre d'adultes inclus (242 en 2019, 270 en 2018).
Consommations d'alcool	59	65	79	74	57	
Autre	43	46	72	67	56	
Lien parent enfant	26	50	66	53	53	
Troubles conjugaux	36	45	60	58	50	
Conduites à risques (hygiène de vie, prises de risques)	29	33	57	60	46	
Violence	37	40	47	49	38	
Consommation de cannabis	42	41	46	42	29	
Autres troubles somatiques	14	20	33	29	28	
Poly consommations	13	10	11	16	18	
Consommation de cocaïne et crack	21	17	25	17	15	
TSO et psychotropes prescrits	28	19	14	14	11	
Deuil	9	12	14	9	10	
Consommation d'opiacés	15	11	12	11	7	
Consommation de médicaments non prescrits	6	7	5	3	7	

INDICATEURS	2015	2016	2017	2018	2019	Commentaires éventuels
Troubles ou inquiétudes – concernant les enfants - signalés par le demandeur au moment de la demande						
Autre (précarité de la famille, instabilité de l'hébergement, isolement du parent, difficultés liées aux traitements ou troubles de l'adulte, problèmes de mobilité...)	32	27	25	37	NR	En raison du fait que la catégorie « autre » arrivait systématiquement en tête des inquiétudes, il nous a été demandé de repenser cette liste pour la rendre plus exhaustive. Par ailleurs, s'agissant d'inquiétudes il n'était pas possible de rendre compte de la prégnance de ces problématiques pendant et à l'issue de l'intervention du Dapsa.
Antécédents des aînés	nr	4	14	32	NR	
Petit poids / développement	35	29	36	29	26	
Trouble du lien/ interactions	25	19	19	25	24	
Inquiétudes concernant le développement fœtal (pour les enfants « à naître » lors de l'inclusion)	22	22	22	22	12	
Autres troubles somatiques	13	18	25	21	13	
Manifestations inquiétantes de l'enfant	nr	5	9	21	14	
Troubles psychiques ou psychiatriques	19	10	10	19	NR	
Difficultés d'accès aux soins de l'enfant	nr	6	8	18	NR	
Négligence/ Besoins de base	21	8	18	17	14	
SAF / TCAF / exposition à l'alcool pendant la grossesse	4	8	15	17	20	
Maltraitance	0	2	3	2	2	Nous proposons donc ci-dessous une liste nouvelle et permettant une comparaison entre les inquiétudes qui nous sont transmises et l'état de ces problématiques à l'œuvre pendant et/ou à l'issue de notre mobilisation autour de la situation. En effet, le travail en réseau impliquant un croisement des observations, il nous est possible de préciser en cours de suivi ce qu'il en est de ces dimensions « inquiétantes ».
Variations entre les troubles désignés à l'inclusion et ceux repérés par les partenaires et le Dapsa au 31/12/2019	Troubles repérés au 31/12/2019		Troubles désignés à l'inclusion par le ou les demandeurs		Variation	
Troubles du lien/interaction parent-enfant	37		24		+13	
Prématurité/petit poids de naissance	33		26		+7	
Négligences/carences	28		14		+14	
Manifestations psychologiques ou comportementales	27		14		+13	
Exposition à l'alcool durant la grossesse	26		17		+9	
Maladie somatique	20		13		+7	
Exposition autres substances psychoactives durant la grossesse	17		8		+9	
Développement fœtal	10		12		-2	
Pathologie génétique ou neurologique	9		3		+6	
Antécédents de protection de l'enfance dans la famille	8		8		0	
Exposition à la violence intrafamiliale	8		7		+1	
Syndrome de sevrage du nouveau-né	8		3		+5	
Retard de développement	6		7		-1	
Maltraitance	4		2		+2	
Troubles envahissants du développement / autisme / retrait relationnel	3		1		+2	
SAF ou ETCAF diagnostiqué	2		3		-1	
Antécédents médicaux dans la famille	1		2		-1	
TOTAL	247		164		83	

Les interventions du réseau centrées sur la file active						
Nombre d'interventions du Dapsa en direction des patients :	974	1253	1069	927	1027	2015 : 5.3 visites à domicile par famille 2016 : 5.9 visites à domicile par famille 2017 : 6.9 visites à domicile par famille 2018 : 6.6 visites à domicile par famille 2019 : 6.0 visites à domicile par famille
- Dont Visites à domicile	265	268	388	296	251	
- Dont Echanges téléphoniques, courriers, SMS, mails	689	949	653	604	734	
- Dont Autres	20	36	28	27	42	
Nombre d'interventions du Dapsa en direction des partenaires :	2057	2183	2442	2250	2020	2015 : 13.8 interventions par situation 2016 : 14.6 interventions par situation 2017 : 12.7 interventions par situation 2018 : 13.9 interventions par situation 2019 : 12.9 interventions par situation
- Dont Echanges téléphoniques, courriers, SMS, mails	1751	1839	1939	1812	1637	
- Dont réunion de concertation pluridisciplinaires et pluri-institutionnelles organisées par le DAPSA	95	107	131	108	77	
- Dont Autres	211	237	372	330	306	
Les fins d'interventions						
Nombre de situations closes dans l'année :	90	81	114	98	91	On constate une hausse des sorties du réseau pour « fin de nécessité d'intervenir » à mettre en corrélation avec une baisse des « objectifs atteints ». Les sorties pour « objectifs non atteints » sont en légères hausse. Qu'il s'agisse d'un « objectif atteint » ou d'une « fin de nécessité d'intervenir », dans les deux cas, ce qui faisait entrave à l'accès et/ou à la continuité des soins a pu être levé, parfois en atteignant l'objectif que nous nous étions fixé, parfois par d'autres voies.
- Dont objectif atteint	61%	57%	59%	60%	37%	
- Dont objectifs non atteints	20%	23%	18%	20%	27%	
- Dont fin de nécessité d'intervenir	19%	20%	23%	20%	36%	

2) Vous avez dit concertation, mais de quoi s'agit-il ?

Nous avons choisi cette année d'illustrer notre travail par une vignette sur la concertation. L'appui aux professionnels se décline sous différentes formes : analyse de situation, soutien aux équipes, appui à la réflexion, recherches d'orientations, d'informations, et dans une forme plus construite appelée concertation (pluridisciplinaire et interinstitutionnelle).

Dans l'exemple qui suit, en parallèle du travail de concertation, une intervention directe (équipe mobile) du DAPSA auprès de Madame A avait également été sollicitée par la sage-femme de la maternité. Ainsi, une de mes collègues, éducatrice, a rencontré Madame A à plusieurs reprises durant six mois.

Ces deux axes de travail proposés par le DAPSA (concertation pluriprofessionnelle et soutien direct auprès du groupe familial ou de l'un ses membres) se développent le plus souvent et volontairement en parallèle et de façon assez autonome. Chaque axe est mené par une professionnelle distincte, chacune étant soutenue par le reste de l'équipe. C'est un choix de travail qui nous paraît pertinent d'une part pour garantir une écoute à chaque protagoniste et une confidentialité des propos. Cela permet d'autre part, de différencier les interrogations et attentes des professionnels et celles de la famille (ou personne concernée). En effet, l'objectif de la professionnelle en équipe mobile est de venir se proposer comme une interlocutrice « au service » de la personne (ou de la famille). Il s'agit d'une position différente de celle des professionnels déjà présents, qui eux se trouvent « missionnés » par le dispositif qu'ils représentent (par exemple : protection de l'enfance, maternité, soin spécifique...) -

Dans l'illustration qui suit, ces deux axes se sont déroulés côte à côte et ont cheminé chacun avec leurs rythmes, leurs questions, leurs moyens et objectifs... la perspective commune étant l'amélioration de la situation familiale.

D'un côté un groupe de partenaires constitué des professionnelles engagées dans leurs divers accompagnements auprès de la famille et la référente de concertation du DAPSA ; d'un autre un duo formé par Madame A et l'éducatrice du DAPSA.

Le travail d'articulation et de communication entre l'équipe mobile et la référente de concertation n'est pas décrit ici, car le développement en serait trop long et devrait faire l'objet d'un prochain texte. C'est pourquoi le travail de l'équipe mobile auprès de Madame A ne sera ici que cité.

Récit d'un travail de concertation durant presque deux ans ...

1ère phase : l'appel au DAPSA

Nous sommes mi-mai 2018. Coordinatrice au sein de l'équipe du DAPSA, je prends l'appel d'une sage-femme de maternité francilienne. Celle-ci nous contacte au sujet d'une femme enceinte, rencontrée récemment en consultation, à six mois de grossesse. La sage-femme fait le récit de ce qu'elle a appris de Madame A : celle-ci s'est présentée dans cette maternité où elle a été suivie pour une précédente grossesse sept ans plus tôt. Elle est mère de deux enfants aînés, confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) par mesure judiciaire, il y a sept ans, dans un contexte de violences conjugales. Madame A s'était stabilisée depuis 3 ans (séparation d'avec le père des enfants, hébergement, travail) mais elle a dû quitter précipitamment ce centre d'hébergement (CHRS) il y a 2 mois et vit depuis à la rue. Elle exprime son désespoir et son épuisement à tout devoir recommencer.

Puis la sage-femme poursuit son récit avec émotion : en fin de semaine dernière, Madame A perd le contrôle d'elle-même, et se rend au Service d'Accueil Familial Départemental (SAFD) où sont accueillis ses enfants aînés, âgés de 7 et 10 ans, dans un état de détresse et de grande agitation psychique. Elle est conduite aux urgences psychiatriques par les pompiers devant sa menace de passage à l'acte sur elle-même. Dès le lendemain elle revient au bureau du service social de la maternité confier son sac à dos avec ses affaires, répétant qu'elle ne veut pas « que ce bébé à naître lui soit pris également ». Depuis elle n'honore plus ses rendez-vous de suivi grossesse et aujourd'hui, lors d'un appel téléphonique de la sage-femme qui prend de ses nouvelles, Madame A tient des propos inquiétants : elle s'est réfugiée dans « une maison abandonnée très loin », a fait le plein de nourriture, bières et tabac, préfère accoucher seule plutôt que de voir son bébé placé, s'est préparée au pire en cas de venue de la police et se dit en possession d'une arme. Le service de maternité a fait aussitôt un signalement inter-maternités de crainte qu'elle n'accouche

prématurément comme pour sa précédente grossesse, risque dont Madame A semble consciente. La professionnelle s'interroge sur la conduite à tenir ne sachant pas où se trouve cette femme.

D'emblée j'entends ce qui domine et motive la demande : urgence-peur-émotion-drame-affolement. J'entends la temporalité qui s'impose à la professionnelle et qu'elle m'impose à son tour : celle de la maternité avec les risques de complications obstétricales, risques de prématurité, liés à la détresse psychique et à la situation de précarité de Madame A, risque fœtal lié à une éventuelle consommation d'alcool : il y a urgence à la poursuite du suivi grossesse associée à une mise à l'abri de Madame A car les risques sont réels.

Je suis touchée par l'émotion qui émane de la sage-femme au téléphone et qui donne envie d'aider cette femme dont elle parle avec ferveur. Mais la professionnelle attend un appui plus précis du DAPSA et je dois m'efforcer de résister moi-même au contexte émotionnel et d'urgence énoncé pour questionner plus précisément la sage-femme, réorganiser ce qu'elle dit, entendre ses difficultés d'accompagnements, comprendre ses attentes et commencer à réfléchir avec elle.

Je cherche à repérer avec elle quels sont ou seraient ses appuis en interne : l'équipe de maternité si Madame A est hospitalisée, un médecin-psychiatre dans l'équipe de liaison psychiatrique et addiction (ELSA) et deux assistantes sociales de l'hôpital, en alternance pour le service de maternité (absences et congés successifs). Puis je cherche à mieux définir la demande et l'attente de la professionnelle : « il faut faire quelque chose », « que peut faire le DAPSA » ? Que peu à peu je traduis par : comment faire pour amener cette dame à revenir vers l'hôpital, comment l'aider à sortir de cette situation de crise ? Et donc, comment soutenir la professionnelle dans cet objectif qui est le sien ?

Dans ce premier échange deux idées se dégagent comme pistes : la sage-femme pourrait tenter de garder le lien avec Madame A, par ce contact téléphonique auquel elle a été réceptive, et de mon côté je me tournerais vers mes collègues du DAPSA pour partager les réflexions évoquées par la présentation de cette situation, et rechercher des appuis possibles directs et indirects c'est à dire chercher à élargir la vision de la situation en comprenant mieux le contexte et l'enchaînement des événements qui mènent à la question d'aujourd'hui.

Un premier temps de soutien et de communication s'organise au jour le jour :

De fait, je colle en partie à la demande et temporalité du moment : la sage-femme appelle Madame A pour la soutenir et j'appelle la sage-femme pour prendre de ses nouvelles. Soutenir la sage-femme qui contient Madame A à distance, par le même moyen de communication.

Et en parallèle, m'appuyant à mon tour sur mon équipe au sein du DAPSA pour prendre du recul, je peux formuler quelques propositions. Je pourrais contacter, en collaboration avec les assistantes sociales de la maternité, les partenaires ayant accompagné Madame A dans une partie de son parcours et qui pourraient apporter leurs visions de la situation et leurs disponibilités éventuelles pour Madame A (Centre d'Hébergement, service d'urgences psychiatriques, Aide Sociale à l'Enfance, Service d'Accueil Familial Départemental). Il faudra pour cela attendre que Madame A ait été informée de l'appel au réseau DAPSA et qu'elle ait donné son accord.

En effet, tant que l'accord de Madame A n'est pas donné, nous évoquons la situation anonymement tant avec la sage-femme qu'en équipe DAPSA.

Avec l'accord de Madame A, un premier circuit de communication s'installe dans le présent, esquissant un mouvement et un lien dans lesquels s'inscrivent Madame A, les professionnelles de la maternité et le DAPSA : la sage-femme et les assistantes sociales m'informent des nouvelles qu'elles ont de Madame A et me transmettent les noms des professionnel-le-s « ressources » désigné-e-s par celle-ci, et à mon tour je les informe de l'avancée de mes contacts et recherches.

2eme phase : juin 2018 hospitalisation de Madame A et suite...

Un mois plus tard, mi-juin, la situation connaît une évolution positive par l'acceptation de Madame A à la proposition d'une hospitalisation, lui permettant de se mettre à l'abri et de faire un bilan de sa grossesse. C'est un premier pas rassurant pour la sage-femme et pour l'ensemble des professionnelles de la maternité qui entrevoient une affiliation possible avec Madame A (enceinte de 7 mois).

Lors de ce séjour hospitalier une nouvelle demande apparaît de la part de la sage-femme : cette professionnelle souhaiterait qu'une équipe mobile du DAPSA puisse venir rencontrer Madame A, comme point d'appui pour elle-même, à côté du suivi de grossesse. En effet très vite le quotidien à l'hôpital devient crispé car les attentes de Madame A sont fortes et « tous azimuts » auprès des équipes. Une professionnelle du DAPSA, extérieure au monde de l'hôpital et différente de ses (anciens ou actuels) interlocuteurs (notamment de protection des enfants) auxquels elle ne fait plus confiance ou avec lesquels le lien est tendu voire interrompu, pourrait se déplacer vers elle. La sage-femme a déjà évoqué cette possibilité d'équipe mobile à Madame A qui a donné son accord.

L'équipe du DAPSA se réunit rapidement et répond positivement à cette demande, à la fois pour rassurer la sage-femme et l'équipe de maternité (les professionnelles se sentiraient moins seules) et pour confirmer à Madame A qu'elle est entendue dans sa demande d'attention pour elle. Une de mes collègues, éducatrice, entre en contact avec Madame A et, après lui avoir expliqué qui elle est et de la part de qui elle lui téléphone, lui propose une rencontre dès que celle-ci le souhaite (ce que Madame A sollicitera effectivement d'elle-même deux mois plus tard en septembre juste avant la naissance de son enfant).

De mon côté (celui des professionnelles), je propose de venir rencontrer la sage-femme et les assistantes sociales rapidement, dans une réunion élargie aux différentes professionnelles qui entourent maintenant Madame A à l'hospitalisation et qui construisent sur place, et pas à pas, un accompagnement adapté pour leur patiente.

3eme phase : le travail en réunion de concertation

1^{ère} réunion de concertation dans les locaux de l'hôpital avec les professionnelles des équipes de maternité et de l'ELSA (équipe de liaison psychiatrie et addiction). Nous sommes fin juin et Madame A est à 7 ½ mois de grossesse.

Au cours de cette réunion, deux axes de travail apparaissent :

- Le questionnement des professionnelles devant le mode relationnel de Madame A avec elles, et comment s'ajuster ou supporter celui-ci. Les professionnelles se sentent assez désorientées face à une dame qui se montre tour à tour méfiante, revendiquante, voire menaçante mais aussi attachante, touchante, dans la recherche d'une relation exclusive. La collaboration « patiente-soignantes » est compliquée. En effet un décalage important apparaît dans la confrontation entre la réalité du service, les réponses des professionnelles et l'attente « d'une solution magique » de la part de Madame A. Les professionnelles qui contiennent au jour le jour l'anxiété et l'urgence présentées par leur patiente, sont envahies par ses demandes d'attention exclusive et de solutions miracles et la déçoivent (car elles n'ont pas la solution idéale !). Elles se sentent partagées, voire agacées ou agressées par ses changements d'humeur brutaux et spectaculaires.

Comment résister aux mouvements d'impatience, d'exigence, de désespoir... montrés par Madame A ? Quelle solution « originale » et « cousue main » pour répondre à son attente ? Quelle orientation dans l'attente de l'accouchement, sachant que l'hospitalisation en maternité n'est plus médicalement justifiée, que de ce fait le service ne peut plus « l'héberger », mais qu'elle refuse les propositions avancées par l'équipe : accueil en unité d'hospitalisation prénatale, mise à l'abri en hébergement-chambre d'hôtel... ? L'urgence médicale momentanément passée, il ne resterait qu'une urgence sociale et humanitaire pour une femme enceinte de sept mois ?

La concertation est un espace-temps où les participantes expriment leurs ressentis au contact direct avec leur patiente : « tout s'affole, elle me rend folle, c'est dingue, j'en peux plus, j'ai une boule au ventre quand je sais que je dois aller la voir... ». Nous constatons alors ensemble qu'un certain affolement général se diffuse au sein du groupe de professionnelles, qu'une forme de folie au sens large peut venir envahir tout l'espace (service, pensée, accompagnement) et empêcher la réflexion.

Alors ces professionnelles vont imaginer de nouvelles modalités : rencontrer Madame A en binôme, afin de ne pas la confronter à un face à face anxiogène et éviter de s'exposer elles-mêmes individuellement à ce qu'elles énoncent comme un « affrontement » ; et peu à peu proposer un changement de rythme, à savoir : écouter Madame A et différer les réponses, d'une heure puis d'un jour, pour continuer à contenir tout en se protégeant.

- Une seconde question « brûlante » est abordée : mais que fait l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ? Cette instance est en effet présentée par Madame A comme l'empêcheur (de voir ses enfants, de réponses adaptées à ses demandes, etc..). Ainsi les professionnelles de maternité (qui du coup se questionnent également sur cette instance qui viendrait freiner les rencontres de la mère avec ses enfants aînés) souhaitent que le DAPSA organise une réunion avec l'ASE « pour faire le point ». Je leur rapporte que les partenaires positionnés du côté des enfants placés, que j'ai pu contacter, ont exprimé leur accord pour une collaboration de travail, l'ASE comme le Service d'Accueil Familial Départemental (SAFD) s'inquiètent de Madame A, de même que ses enfants et suivent attentivement par téléphone ce qui se passe pour elle, car celle-ci les appelle ainsi que ses enfants et ce régulièrement. Or nous savons que parallèlement Madame A a demandé à la maternité de ne prévenir personne de son hospitalisation. La communication existe donc, mais orchestrée à sa façon par Madame A, maintenant ainsi un haut degré d'inquiétude et parfois de confusion chez les professionnelles et dans son entourage.

2^{ème} réunion en juillet avec les équipes de la maternité, de l'équipe de liaison psychiatrie et addiction (ELSA), de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), du Service d'Accueil Familial Départemental (SAFD), des représentants du service social de secteur et de la PMI (Protection Maternelle Infantile), dans les locaux de l'ASE :

Dans cette deuxième réunion, la situation de Madame A (enceinte de 8 mois), occupe toute la place. Et ce d'autant plus que Madame A se trouverait peut-être de nouveau à la rue ou peut-être hébergée par une connaissance, rejetant les propositions mobilisées par les assistantes sociales pour une mise à l'abri, refusant toujours l'attention de la psychiatre et de la psychologue appelées à l'aide par l'équipe désorientée.

- Les professionnelles d'un « camp » (du côté de la patiente) doutent du travail de l'autre « camp » (du côté des enfants aînés placés) et inversement : pourquoi n'y-a-t-il plus de professionnel référent ASE dans la situation ? Pourquoi l'ASE ne reçoit-elle pas et n'entend-t-elle pas cette mère ? Comment se fait-il que la maternité n'ait pas prévenu l'ASE de l'évolution de la situation de Madame A ? Pourquoi aucune orientation n'a été faite vers un centre maternel comme le souhaite Madame A ? Les professionnelles de protection des enfants rapportent que les enfants aînés qui suivent pas à pas les événements du parcours de leur mère sont bouleversés et ne comprennent pas « pourquoi elle n'est pas aidée » et ajoutent « les enfants reçoivent de plein fouet la folie de leur mère, on est obligé de faire tampon ».

Les professionnelles n'arrivent plus à s'écouter et je suis le témoin débordé de ce débordement. Nous sommes toutes désorientées par la cacophonie, il est impossible de penser, impossible d'entendre la voix de chaque service, de chaque personne.

Le retour en équipe DAPSA est alors pour moi un support essentiel, pour échanger, tenter de garder un fil de pensée et avancer quelques hypothèses :

- Lors de cette réunion, s'est peut-être rejoué le conflit intérieur ou l'organisation singulière de vie de Madame A dans ses relations complexes et passionnées, avec ses enfants aînés, avec les services s'occupant d'eux, avec les professionnelles de l'hôpital.

- Les professionnelles qui sont toutes extrêmement mobilisées, inquiètes et attentives pour Madame A, semblent empêchées, d'organiser leurs idées, leurs observations. De quelle nature serait ce frein ? Est-il lié à la part de rage et de colère exprimée par Madame A qui se diffuse ? A la complexité des superpositions des problématiques (protection des enfants dont celui à naître, défense de la parole de la patiente, priorité au soin, souffrances psychiques perçues) ? A la surcharge de travail de tous les services ? A l'absence de dispositif ad hoc ?
- Comment dès lors poursuivre le travail de concertation et soutenir les professionnelles ?

Peu à peu, l'idée de proposer deux groupes de travail de concertation s'élabore :

- Un groupe de professionnelles « du côté de Madame et de l'enfant à naître »
- Un groupe de professionnelles « du côté des enfants placés »

Cette modalité aurait l'avantage de permettre d'entendre la parole de chacun-e, professionnelle, membre de la famille ; de respecter les espaces et missions d'accompagnements différents ; de clarifier les temporalités propres à chacun-e ; de tenir compte d'un certain « clivage » ou d'une ambivalence, mis-e en place par Madame.

Dans un premier temps cette proposition imaginée par le DAPSA n'acquiert pas l'adhésion des professionnelles. Nous réalisons alors qu'il est difficile pour les professionnelles de « lâcher » une partie de l'histoire : elles ont, en effet, l'impression d'avoir besoin de tout connaître de l'actualité pour poursuivre leurs accompagnements. D'autant plus que les premières réunions ayant montré que même dans l'espace de concertation, il est compliqué de garder le recul nécessaire permettant de soutenir une réflexion sans se sentir envahi par l'événementiel créé par la situation. Il est donc inconfortable de demander aux partenaires de s'engager dans un travail sans garantie d'efficacité.

Août 2018 : 3^{ème} réunion et naissance du bébé

Rapidement pourtant cette proposition de travail va se mettre en place, par un concours de circonstances lors de la 3^{ème} réunion à laquelle plusieurs professionnelles ne pourront assister (changement de secteur, congés). De fait est constitué le « groupe 1 » du côté de Madame A et de l'enfant à naître, puis le « groupe 2 » suivra du côté des enfants confiés à l'ASE.

Le travail en deux groupes distincts se concrétise et sera réinterrogé à chaque réunion. Il va permettre progressivement de retrouver un peu d'air et de calme, de penser à chaque personne, n'en n'oubliant aucune : chaque enfant, Madame A, la grossesse, l'enfant à naître, la place des pères désignés. Il devient plus facile de nommer les désaccords, les contradictions, les « impasses thérapeutiques », les appuis nécessaires à construire en conséquence. Les échanges entre professionnelles et services deviennent plus fluides, moins tendus. Pour chaque groupe, un compte-rendu de réunion permet à la fois de garder en mémoire les questions qui ont traversé les participantes et de visualiser l'évolution des accompagnements, des propositions saisies ou non par les différents protagonistes de la famille, les effets sur les professionnelles.

Une communication s'installe entre les deux groupes par l'intermédiaire du DAPSA, dans un premier temps, qui transmet d'un groupe à l'autre les informations souhaitées par les professionnelles concernant les accompagnements en cours. L'engagement des professionnelles est toujours présent et attentif. Madame A, malgré ses refus (des propositions de mise à l'abri), n'a pas interrompu le suivi de sa grossesse à la maternité et les consommations épisodiques d'alcool sont arrêtées.

Dans le même temps, Madame A a sollicité ma collègue éducatrice (équipe mobile), les échanges se sont engagés par téléphone puis plusieurs rencontres suivront après la naissance de l'enfant. Elles travailleront ensemble à cerner qui sont ces professionnelles qui l'entourent, elle, et ses enfants ? Comment Madame A les comprend-t-elle ? Que perçoit-elle, elle-même, de sa situation ? Etc.

Mi-août, le bébé naît, à terme, dans la maternité qui a accompagné la période prénatale et dans de bonnes conditions. L'équipe de la maternité se concentre auprès de la dyade, la pédiatre est présente, l'unité mère-bébé (au sein de la maternité) est attentive et protectrice. Les échanges entre les professionnelles concernées (des deux groupes de travail) s'organisent autour de cette naissance. Une rencontre pour la fratrie est réalisée dans ce service. Les enfants aînés rencontrent leur mère et leur petit frère.

Les professionnelles de la maternité sont en mesure d'évaluer à partir de leurs observations le lien mère-enfant, les risques pour le nouveau-né d'une sortie du service avec sa mère et les besoins de suivis de celui-ci. Le service de la maternité s'organise pour permettre un séjour plus long de la dyade. Un étayage est pensé et construit avec les partenaires en réunion (suivis PMI et service social, accueil en chambre d'hôtel financé par l'ASE, intervention des TISF (Techniciennes de l'Intervention Sociale et familiale)).

Fin septembre, face au refus de Madame A d'adhérer à ce « programme », ainsi qu'à la persistance de l'instabilité de son comportement, l'équipe de la maternité est amenée à faire appel au juge des enfants qui décidera ce qu'il convient de faire. Un cadre de protection de l'enfant est ordonné par le biais d'une mesure d'AEMO (mesure judiciaire d'Aide Educative en Milieu Ouvert) et un étayage est contractualisé avec Madame A (hébergement, soins, suivis).

- Rappelons ici que le Dapsa n'interfère pas dans ce qui relève de la responsabilité des décisions de chaque service mais tient compte dans la suite du travail de concertation de chaque changement de positionnement des professionnels comme nouvelle donnée dans l'évolution de leurs accompagnements et des effets produits. Le DAPSA participe à, et soutient, la réflexion des professionnels mais ne prend pas lui-même de décision. Les réunions de concertation ne sont pas des réunions décisionnaires -

Fin 2018 puis durant le premier semestre 2019...

Les réunions se poursuivent. Chaque groupe de travail chemine selon ses missions et questionnements, réfléchissant à la pertinence d'intégrer ou d'inviter ponctuellement les nouveaux partenaires qui se positionnent au cours des étayages mis en œuvre et de l'évolution de la situation.

Certaines professionnelles se trouveront à la charnière des deux groupes. Par exemple la référente de la mesure d'AEMO concernant l'enfant dernier-né. Dans le cadre de sa mission judiciaire, cette professionnelle, invitée au groupe 1, doit être en lien avec le service de l'ASE (du groupe 2), ce qui fait l'objet d'une discussion dans chaque groupe.

Il apparaît donc important de maintenir une vigilance garantissant une certaine continuité de concentration pour chaque groupe tout en maintenant une communication entre les deux groupes.

Au cours de cette première année de travail de concertation, la composition des groupes change (les professionnelles de la maternité ont terminé leurs interventions, celles du secteur se sont positionnées lors de la mise en place de l'hébergement en chambre d'hôtel pour Madame A et son bébé, le cadre judiciaire a été posé puis a soutenu la nécessité d'un soin mère-bébé puis ordonné une mesure de tutelle ...). Les deux groupes constitués doivent absorber ces changements et accueillir les nouveaux partenaires.

L'attention portée à la circulation de l'information par les professionnelles entre elles, concerne également l'information transmise à la famille. Madame A est prévenue des réunions et un retour lui est fait par l'une des professionnelles de chaque groupe. Madame A peut également solliciter son interlocutrice de l'équipe mobile pour porter ses questions ou remarques par mon intermédiaire en tant que référente de concertation auprès des professionnelles. Les enfants accueillis au service d'accueil familial sont eux-aussi tenus informés des échanges interinstitutionnels pour ce qui les concerne.

D'une réunion à l'autre, une dynamique de travail se dégage, avec un plaisir à se retrouver en réunion de concertation. Les réunions se déroulent maintenant dans les locaux du DAPSA. Les professionnelles s'interpellent facilement et s'appuient les unes sur les autres.

Dans le groupe 1 : la puéricultrice de secteur (PMI), portée par son groupe, inventera des façons de rester en « contact informel » avec Madame et son bébé pour contourner le sentiment d'intrusion ou de contrôle de Madame A lors des visites à domicile ; l'assistante sociale de secteur sera introduite auprès de Madame A par la référente AE-MO ; des binômes de professionnelles se créeront, s'appuyant sur celle qui porte « au temps T » la confiance de Madame A. Certaines propositions de soins seront contractualisées entre Madame A et le juge des enfants à la demande des professionnelles soutenant le développement psycho-affectif du bébé. La psychiatre de l'hôpital de jour, avec l'accord de Madame A, pourra participer à une réunion et donner un éclairage pédagogique aux partenaires de la complexité que peut recouvrir un état psychique, la nécessité de relier les réactions d'une personne (parfois déroutantes) avec un parcours de vie et les limites du soin.

Dans le groupe 2 : la psychologue de l'ASE sera en place de proposer une analyse avec recul de la situation des enfants placés et de réinterroger la responsabilité de l'ASE face à certains freins ou blocages repérés dans la communication ou la représentation de Madame A avec ce service : l'ASE peut-elle accepter d'être le « mauvais objet » ? Faut-il s'entêter à proposer des rendez-vous (non honorés) qui renforcent l'hostilité de Madame A et l'agacement du service ? Les questions de la délégation, de l'adoption seront évoquées. Les enfants auraient-ils besoin d'entendre (ou ré entendre) le récit par l'ASE de l'histoire de leur fratrie et de leur famille ? Les deux psychologues du SAFD soutiennent les besoins spécifiques de chaque enfant en complément des observations et accompagnements individuels des référentes éducatives de chacun : quel soutien à la parole de (et pour) chacun confronté, à des âges différents, à des parents non disponibles ?

Une des professionnelles prendra peu à peu une place privilégiée auprès de Madame A qui donnera « congés » à l'éducatrice de l'équipe mobile du DAPSA.

Nous sommes en juin 2019. Le rythme des concertations s'espace : d'une réunion par mois durant le premier semestre, nous sommes passées à une réunion bimestrielle durant le second puis trimestrielle. Fin juin 2019, une rencontre pluri professionnelle réunit l'ensemble des partenaires à leur demande compte tenu de l'évolution de la situation (épisode d'accueil temporaire en pouponnière de l'enfant alors âgé 10 mois, durant une semaine). La confiance qui s'est créée entre les professionnelles dans chaque groupe, puis entre les deux groupes, permet de constater que les partis pris de travail peuvent cohabiter, se confronter, s'argumenter, évoluer, enrichissant les échanges et la réflexion.

En septembre 2019. La professionnelle de la mesure d'AEMO prendra progressivement une place de coordinatrice auprès de l'ensemble des partenaires. Un groupe soignant s'est construit autour de la famille. Le DAPSA dans son rôle de concertation peut, à son tour, s'écarter progressivement.

Quelques mois plus tard encore, Madame A choisira de quitter la région parisienne avec son enfant et les professionnelles transmettront aux prochains partenaires une part de leur travail d'accompagnement.

Ce travail de concertation représente : 14 réunions pluri professionnelles, 14 comptes rendus, 37 professionnel-le-s rencontré-e-s ou contacté-e-s, représentant 15 services ou structures, une équipe mobile du DAPSA durant 6 mois et 24 réunions cliniques en équipe interne DAPSA.

Nota bene : pour des raisons de confidentialité, les services, départements, noms et genres des personnes ont été changés et rendus anonymes.

Brigitte Dalet, DAPSA, avril 2020

