RESEAU DAPSA

Dispositif d'Appui à la Périnatalité

et aux

Soins Ambulatoires

Rapport d'activité 2012

SOMMAIRE

Sommaire **p. 3**

Introduction **p. 7**

1 La structure **p. 9**

1.1 La fiche d'identité de la structure **p. 9**
1.1.1 Les coordonnées de la structure p. 9
1.1.2 Le type de structure p. 9
1.1.3 La forme juridique p. 9
1.1.4 Les locaux p. 9
1.1.5 La date de création de l'établissement p. 9
1.1.6 Les jours et horaires d'ouverture p. 9
1.1.7 Le statut du personnel p. 9

1.2 L'organisation du dispositif **p. 10**
1.2.1 L'association p. 10
1.2.2 Le Comité de pilotage p. 10
1.2.3 L'équipe d'animation p. 11

2 L'activité du DAPSA, côté réseau : les activités en direction des acteurs et des institutions **p. 17**

2.1 Les temps d'échanges et de pensées **p. 17**

2.2 Expertise de réseau **p. 22**
2.2.1 Ateliers p. 22
2.2.2 Chantier p. 23
2.2.3 Interventions du réseau : formations, présentation, travail sur site,… p. 24
2.2.4 Site Internet p. 27

2.3 Les projets réseau **p. 28**

2.3.1 Le projet « Département » : l'état de la mission exploratoire p. 28
2.3.1.1 Projet général et mission spécifique *p. 28*
2.3.1.2 Bilan du travail exploratoire mené en Essonne *p. 29*
2.3.1.3 Bilan du travail exploratoire mené en Seine-Saint-Denis *p. 30*

2.3.2 La suite du projet Seine-et Marne : création de la cellule d'appui 77 p. 31
2.3.2.1 Détails du projet *p. 31*
2.3.2.2 Le bilan en fin d'année *p. 32*

2.3.3 Projet Prévention Précoce Petite Enfance (PPPE) p. 33
2.3.3.1 Détails du projet *p. 33*
2.3.3.2 Le bilan en fin d'année *p. 34*

2.3.4 Projet CAARUD « Parentalité et réduction des dommages » p. 35

2.3.4.1 Détails du projet *p. 35*
2.3.4.2 Le bilan en fin d'année *p. 36*

2.3.5 Le séminaire « Equipe mobile parentalité-addictions » p. 37

3 L'activité du DAPSA, côté clinique : les activités centrées sur le patient **p. 43**

3.1 Les situations de prises en charge **p. 44**
3.1.1 Caractéristiques de l'exercice 2012 p. 44
3.1.2 Caractéristiques des demandes p. 48
3.1.2.1 Origine des demandes *p. 48*
3.1.2.2 Nature des demandes *p. 51*
3.1.3 Caractéristiques des populations accueillies p. 52
3.1.3.1 Configurations familiales *p. 52*
3.1.3.2 Identités sociales des personnes désignées *p. 55*
3.1.3.3 Troubles repérés *p. 56*
3.1.3.4 La place des enfants *p. 58*

3.2 Le travail autour de ces situations **p. 61**
3.2.1 Le projet personnalisé d'intervention p. 62
3.2.2 Le travail auprès des usagers p. 65
3.2.2.1 Présentation du « plan personnalisé d'intervention » *p. 65*
3.2.2.2 L'activité EMEO sur les dossiers actifs en 2012 *p. 66*
3.2.2.3 Le détail des « actes patients » *p. 68*
3.2.3 Le travail partenarial p. 71
3.2.3.1 La concertation pluridisciplinaire *p. 71*
3.2.3.2 Le détail des actes « partenaires » *p. 72*

4 Le réseau, côté management et gestion **p. 75**

4.1 L'évolution du CREDES au rythme de la vie du réseau **p.75**

4.2 Démarche d'évaluation **p. 77**
4.2.1 Evaluation interne : protocole d'évaluation p. 77
4.2.2 Evaluation des actions p. 79
4.2.2.1 Des questionnaires d'évaluation *p. 79*
4.2.2.2 Des indicateurs adaptés *p. 80*

Conclusion **p. 82**

Glossaire **p. 85**

Rapport d'activité 2012

Introduction

La rédaction d'un rapport d'activité est un moment complexe ; c'est un retour sur l'année qui vient de passer alors même qu'on met en œuvre l'année actuelle.

Dans un réseau, cet exercice est encore plus compliqué. Par définition, un réseau est une structure en perpétuel mouvement car il se doit de repérer les questions émergentes, de les analyser et d'imaginer les réponses qui pourraient y être apportées.

Nous assistons donc à la consolidation des missions habituelles du réseau DAPSA telles que définies dans le dossier promoteur avec ses deux grands axes, sans oublier les actions spécifiques associées :

1. L'action dite « non centrée sur les patients » menée en direction des professionnels des différents champs concernés par cette double problématique – parentalité et addictions et plus largement la souffrance ou la vulnérabilité psychique en période périnatale : actions que nous développerons dans la partie II de ce document ;

2. L'action dite « centrée sur le patient » ou activité clinique qui elle-même se décompose en deux axes et qui fera l'objet de notre partie III du présent document :

    - La coordination, ou plus précisément la « concertation » visant à la création d'un « groupe soignant » composé des différents professionnels de première ligne travaillant auprès du groupe familial et facilitant l'évaluation, l'orientation et la construction d'un parcours de santé pour l'adulte et pour l'enfant ;
    - L'intervention directe ou « équipes mobile d'évaluation et d'orientation » qui interviennent à la demande du groupe soignant dans le cadre de l'accès aux soins afin que le groupe familial puisse construire son projet de soin, pour l'adulte et pour l'enfant. Cette action est co-financée, par le département de Paris par la Direction des Familles et de la Petite Enfance (DFPE).

3. Des projets spécifiques, en lien avec l'objet du DAPSA sont mis en œuvre.

    a. Certains sont la poursuite des actions menées en 2011 :
        - Les actions départementales et la cellule d'appui 77 ;
        - L'action « équipe mobile et alternative au centre maternel » (nommée ici sous sa nouvelle appellation usitée pour la prochaine année conformément aux nouvelles perspectives qui fondent la suite du projet : « prévention précoce petite enfance »)

    b. D'autres sont l'approfondissement d'actions ébauchées les années précédentes :
        - L'action menée auprès des CAARUD franciliens, grâce à un financement de la Fondation de France ;
        - Le séminaire des équipes mobiles « parentalité-addictions » grâce à un financement de la Direction Générale de la Santé et au soutien de la Mildt.

4. Enfin le travail de programmation stratégique a fait l'objet d'un écrit. S'il n'a pas encore servi de base à la rédaction d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), il est un document de référence pour la définition des axes de travail actuels et futurs.

1 La structure

Rappel des informations concernant le statut du réseau.

1.1 La fiche d'identité de la structure

1.1.1 Les coordonnées de la structure

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

Coordonnées :
59, rue Meslay
75003 PARIS
Téléphone : 01 42 09 07 17
Télécopie : 01 40 27 00 06
Adresse électronique : reseau@dapsa.org
Site web : www.dapsa.asso.fr
N° SIRET : 49442175300018
Code APE : 853K

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

1.2 L'organisation du dispositif

1.2.1 L'association

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

Mme Thoral-Janod, Trésorière, directrice administrative d'un CSAPA, représentante de l'association Horizons, membre fondateur de l'association DAPSA ;
Mme Eveline Le Sauce, Secrétaire générale, retraitée ;
Mme Sylvia Maddonni, Trésorière adjointe, dessinatrice ;
Mme Fabienne Baker, Secrétaire générale adjointe, assistante sociale.

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

L'association Ambroise Croizat, membre fondateur représentée par le Dr Claude Egullion ;
L'association Charonne, membre fondateur représentée par Mme Perlette Petit ;
Dr Dominique Brengard, pédo-psychiatre, secteur infanto-juvénile Paris 3 ;
Pr. François Pommier, psychiatre, professeur de psychopathologie à Paris X Nanterre ;
M. Claude Thiaudière, sociologue, maître de conférences à la Faculté Jules Verne II ;
Mme Monique Brioudes, avocate au barreau de Paris.

Deux nouveaux membres ont rejoint le conseil d'administration :
Monsieur François Petit, ancien administrateur civil ;
Pr Claude Lejeune, président du GEGA.

1.2.2 Le Comité de pilotage

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

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

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

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

- Marie ALEXANDRE, Pédiatre – Hôpital Trousseau (75)
- Julie CASTANEDA, Sage-femme – Hôpital Lariboisière (75)
- Martine CHOCHON, Médecin d'encadrement – PMI Paris (75)
- Françoise CORNEAU, Assistante sociale – Hôpital Cochin (75)
- Sophie FRANCEZON, Médecin, chargée de mission – PMI Seine-et-Marne (77)
- François GORSES, Chargé de mission – EDS (94)
- Virginie HARAULT, Sage-femme cadre – Hôpital Mère Enfant Est Parisien (75)
- Tamaha IMA, Coordinatrice santé – Sida Paroles Colombes (92)
- Bertrand KOHLER, Educateur spécialisé – CSAPA Dune (95)

- Emmanuelle PEYRET, Psychiatre addictologue – Hôpital Robert Debré (75)
- Pierre POLOMENI, Psychiatre - Service addictologie – Hôpital Jean Verdier (93)

Ce comité de pilotage du CPOM a été très actif dans l'élaboration du document final qui servira de base à la signature du prochain Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

1.2.3 L'équipe d'animation

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

- Composition
  - Dr Marijo Taboada, médecin psychiatre et directrice du réseau,
  - Cécile Peltier, cadre socio-éducatif,
  - Rosine Réat, psychologue clinicienne,
  - Nathalie Le Bot, sage-femme,
  - Catherine Machi éducatrice spécialisée,
  - Denise Montier, coordinatrice administrative,
  - Virginie Michel, chargée de projet,

Equipe à laquelle il faut adjoindre :

- Delphine Kuehn, chargée de mission « cellule 77 » (depuis août 2012)
- Nadège Mulot-Alonso, éducatrice spécialisée "cellule 77"

- Missions

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

La cadre socio-éducative participe à la coordination des soins et à la création de liens privilégiés avec le secteur social et le secteur « protection de l'enfance ». Elle participe également au développement et à l'animation du réseau (recherche de partenaires, animation des ateliers de travail…). Elle est chargée d'analyser les besoins émergents et de rechercher des actions nouvelles adaptées. Elle impulse et participe aux actions de prévention et d'éducation pour la santé liées à l'exercice de la parentalité.

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

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

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

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

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

La chargée de projet 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.

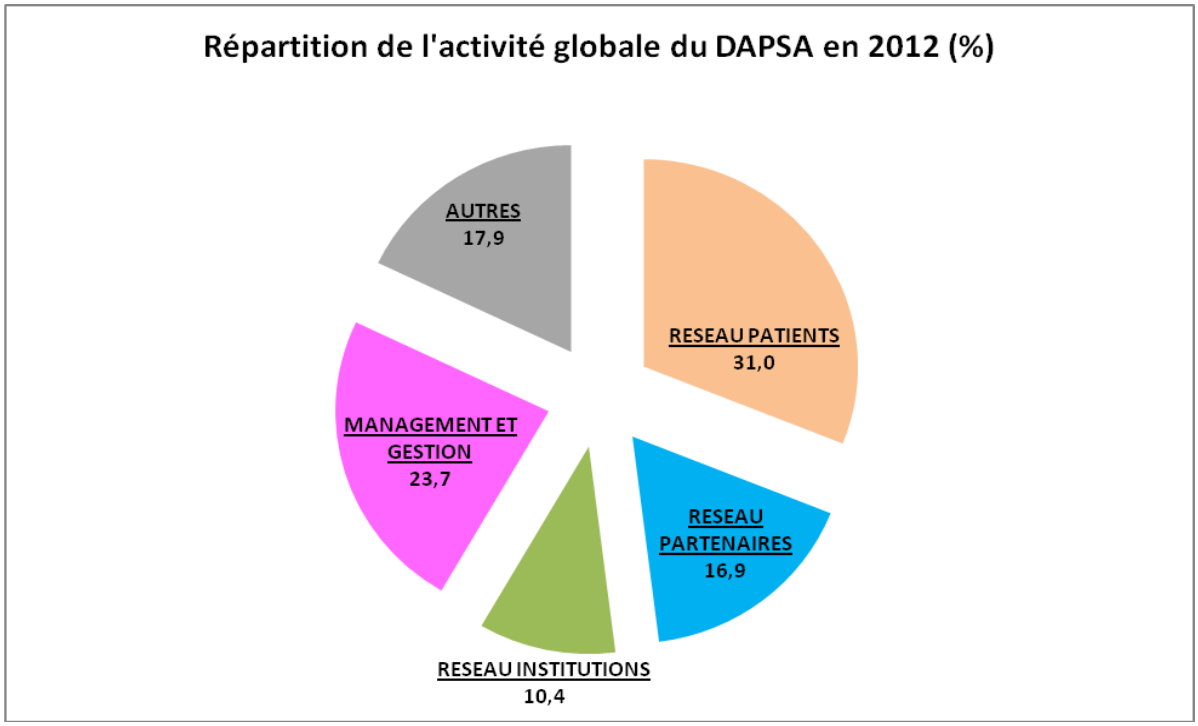
> *La cellule 77 est composée d'une chargée de mission coordinatrice (0.4 ETP) et d'une éducatrice spécialisée (0.4 ETP). De plus, un certain nombre d'intervention peuvent être assurée par des salariées d'institutions partenaires de la cellule. Cette action financée par l'ARS-Ile-de-France, département Prévention, Promotion de la santé fait l'objet d'un rapport d'activité annexe.*

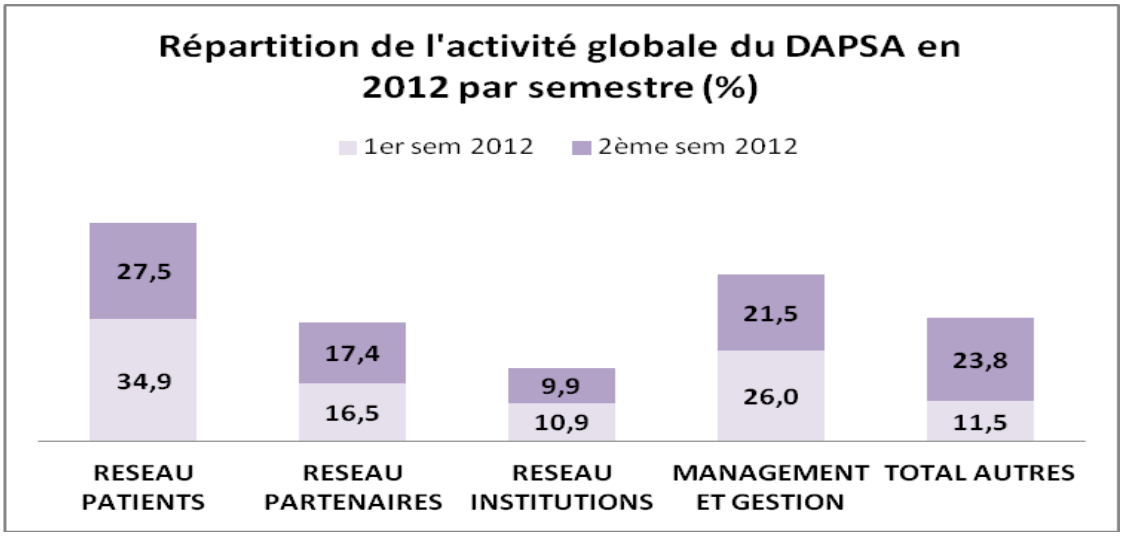
Le recueil des activités réalisées par chaque membre de l'équipe, répertoriées dans le tableau CREDES (outil élaboré dans le cadre du cahier des charges de l'évaluation externe des réseaux d'accès aux soins d'Île-de-France et mis en place au réseau courant 2011), permet d'appréhender le fonctionnement du réseau à travers le rôle et les missions de chacun : les graphiques ci-dessous illustrent la répartition journalière obtenue.
Cette répartition permet de mieux évaluer le poids respectifs des différents axes de travail menés par l'équipe d'animation du DAPSA.

Répartition temps/salarié/projets au 31 décembre 2012

	ARS-FICQS	**DFPE**	**ARS-PPS Cellule d'appui 77**	**ARS-PPS "PPPE"**
Médecin psychiatre	0,5	0,1	0,05	0,05
Cadre socio-éducatif	0,5	0,3		0,1
Psychologue clinicienne	0,4	0.1		0,1
Educatrice spécialisée	0,2	0,2		0,2
Sage-femme	0,2			
Coordinatrice administrative	0,5	0,1		
Chargée de projet	0,5			

Pour faire suite à la description de l'activité réalisée par l'équipe, et ainsi mieux la décrire, nous introduirons ici la description globale de l'activité totale du réseau au cours de cette année 2012 qui va nous permettre d'illustrer le rapport qui suit.





Ainsi, par définition, l'outil bien qu'adéquat au fur et à mesure des manipulations, comporte toujours une part d'imperfections, la réalité ne pouvant être approchée si facilement.
Mais après cette 2ème année d'expériementation, nous sommes de plus en plus satisfait de son usage.

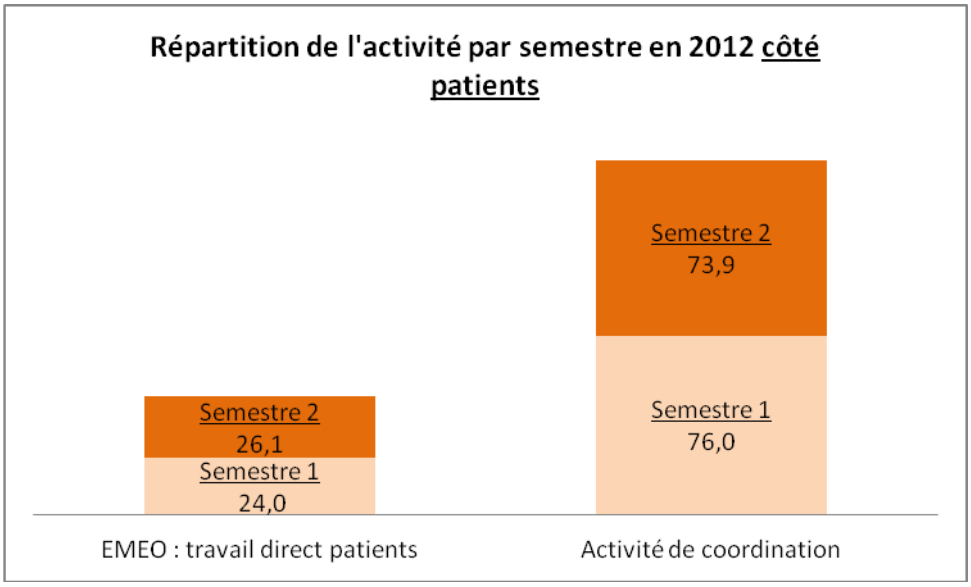
Quelques termes doivent être explicités dans cette grille de lecture (raccourci significatif pour tous). Ainsi :

- nous appelons « réseau patients » ce qui concerne l'activité clinique tant en direction des patients (travail direct envers les usagers) qu'en direction des professionnels (activité de coordination) ;

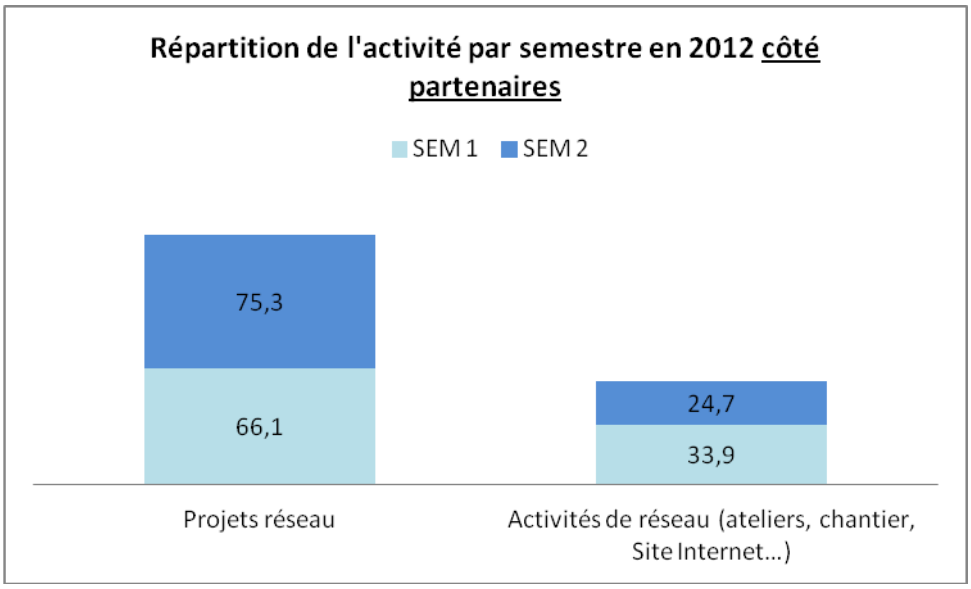
- le « réseau partenaires » a trait aux actions et projets spécifiques réalisés par le DAPSA en direction des partenaires (ateliers, chantiers, site Internet, projet « cellule d'appui 77 », mission départementale…) ;

- le « réseau institutions » renvoie aux actions menées par le réseau à la demande d'institutions (tutelles, conseils généraux, universités, etc.). il peut s'agir de modules de formation, d'expertise du travail de réseau ou d'expertise thématique ;

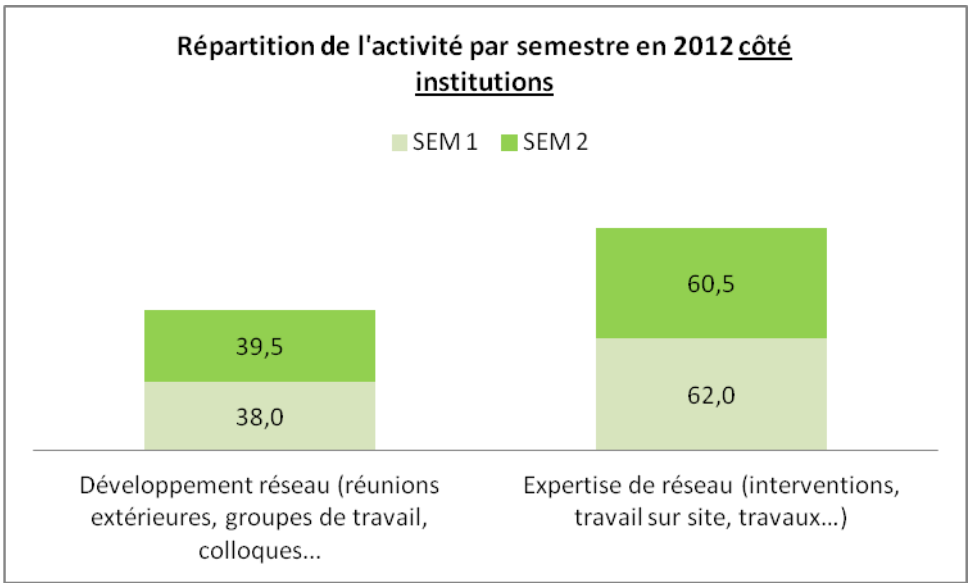
- on appelle « management et gestion » tout ce qui touche à la gestion concrète et administrative de la structure (comptabilité, gestion financière, rapports, bilans, vie associative, évaluation…) ; sans oublier de représenter la vie salariale (avec ses congés, absences…) pour approcher au mieux de la réalité de l'activité effectuée.



En tant que réseau, le DAPSA réalise un travail de coordination important ; cette activité occupe naturellement la plus grande place dans l'activité globale.



Cette année, plusieurs projets financés ont mis en œuvre (voir la partie 2.3) et ont mobilisé une grande partie de l'activité de l'ensemble de l'équipe.



Le DAPSA est très sollicité pour faire part de son expertise sur la question de l' « entre deux », à savoir un travail dans l'interstice entre deux ou plusieurs champs : addiction et parentalité, prise en charge des adultes et prise en charge des enfants, santé mentale et santé physique, soins spécialisés et droit commun, etc.

Le DAPSA en tant que structure associative nécessite une gestion d'autant plus soutenue que de multiples activités vivent, se renouvellent et se développent.

2 L'activité du DAPSA, côté réseau : les activités en direction des acteurs et des institutions

2.1. Les temps d'échanges et de pensées

Les modalités d'action du réseau DAPSA en direction des acteurs du champ sanitaire et médico-social, en dehors de la coordination de soins, pourraient se définir de la façon suivante :

- Impulser
- Initier
- Faire/expérimenter
- Faire faire/soutenir

Le DAPSA est donc un carrefour vers lequel convergent les questions, les idées, les observations faites sur le terrain par les partenaires du réseau (caractéristiques des populations concernées, problématiques émergentes, etc.) mais aussi les initiatives nouvelles, les tentatives de réponse apportées par ces mêmes partenaires.

Ce flux permanent d'informations plus ou moins formelles fait l'objet d'une réflexion ; c'est à partie de ce travail que sont proposés les thèmes qui alimentent chantiers, ateliers et écrits pour les colloques.

De plus, les membres du Dapsa, équipe salariée ou partenaires réguliers, sont sollicités pour participer à différentes instances sur des thèmes couverts par son champ d'intervention, et ce, sur le plan régional et sur le plan national.
Au delà de la pertinence des avis que peut donner le Dapsa, ces rencontres sont aussi de fabuleux lieux d'observation et de recueil de problématiques émergentes et de réponses apportées par les professionnels de terrain.

On note donc des réunions, manifestations, échanges, manifestant d'une implication spécifique quant à certains projets ainsi qu'un travail de réseau constamment en éveil. Ces événements – formels et informels – permettent le maintien et le tissage de liens avec plusieurs institutions.

Un certain nombre de réunions se justifient par une implication plus pérenne auprès de certaines structures ou organisations institutionnelles. En effet le DAPSA est :

- ✓ membre du Conseil d'Administration du GEGA (Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions) ;
- ✓ membre fondateur de la FEDERASIF –Fédération des Réseaux d'Accès aux Soins d'Ile-de-France ; et en a assuré la présidence jusqu'aux dernières élections ;
- ✓ membre actif du groupe de travail « femmes et addictions » de la MILDT. Le groupe de travail a pour objectif, depuis 2009, d'élaborer un cahier des charges pour des projets spécifiques sur « accueils des femmes » et « accueils de femmes avec enfants dans les structures spécialisées », et de recueillir des propositions en vue de l'élaboration du prochain plan ;
- ✓ participant au comité de pilotage de la recherche : "accueil des femmes en CSAPA et CAARUD" mené par la Fédération Addictions ;
- ✓ membre suppléant à la commission territoriale 75 (au titre des réseaux) ;
- ✓ participant aux groupes de travail sur les SROS "périnatalité" et "psychiatrie périnatale".
- ✓ Membre actif du groupe "femmes et addictions" de la Fédération Addictions…

- ✓ …et de son prolongement "accueil des enfants en CSAPA"

Tableau récapitulatif des activités « réseau » réalisées par le DAPSA en 2012

TYPE D'ACTIVITES	Nombre	Objet / Thème	Partenaires(s) concerné(s)	Secteur(s) concerné(s)	Temps consacré (min.)
Réunion de travail	4	Site Internet	—	—	480
	3	Partenariat	CSAPA BOUCEBCI (93)	Addictions	480
	1	Préparation de colloque	CSAPA BOUCEBCI (93)	Addictions	240
	1	Présentation réciproque des dispositifs et rencontre équipes	CSAPA Aurore (93)	Addictions	180
	1	Visite à l'équipe	CAARUD Boréal (75)	Addictions	150
	1	Rencontre de partenariat	Association Charonne (75)	Addictions	150
	1	Rencontre et échanges sur le travail en direction des femmes	Equipe mobile Boutique 18 (75)	Addictions	240
	1	Propositions de travail en commun	CSAPA Agata (92)	Addictions	180
	1	Projet de coopération franco-québécois	Centre Dollard-Cormier- Institut québecquois universitaire sur les dépendances	Addictions	180
	1	Rencontre de partenariat	Maternité Les Bluets (75)	Obstétrique / Périnatalité	60
	5	Staff Parentalité et Addictions	Maternité Lariboisière (75)	Obstétrique / Périnatalité	600
	1	Rencontre dans la cadre d'un projet du partenaire	Maternité Lariboisière (75)	Obstétrique / Périnatalité	120
	7	Staff Parentalité et Addictions	Maternité Robert Debré (75)	Obstétrique / Périnatalité	1682
	1	Rencontre	Pouponnière Mélingue (75)	Petite enfance	120
	1	Rencontre et présentation du réseau	CMP 10ème (75)	Petite enfance	45
	5	Préparation de colloque	DASES / A.P.H.P.	Institutionnel	570
	1	Réunion CPOM	FEDERASIF	Institutionnel	150
	5	Vie associative (Conseil d'Administration / Assemblée Générale, réunions institutionnelles …)	FEDERASIF	Institutionnel	720
	2	Ateliers de travail	ARS Ile-de-France	Institutionnel	360
	2	Dialogues de gestion	ARS Ile-de-France	Institutionnel	210
	2	Groupe de parole femmes et alcool	C.I.D.F.F. Boulogne (92)	Autre	300
	4	Projet Départements	voir tableau projets DAPSA	Entre-deux	480
	7	Projet Cellule d'appui 77	voir tableau projets DAPSA	Entre-deux	1110

	10	Projet Prévention Précoce Petite Enfance	voir tableau projets DAPSA	Entre-deux	1230
	10	Projet CAARUD	voir tableau projets DAPSA	Entre-deux	1560
Total Réunion de travail	78			193,3 heures	11597
Groupe d'expertise	5	Groupe de travail	Collectif Rue Centre de Paris	Addictions	660
	2	Réunion groupe Femmes	Fédération Addictions (75)	Addictions	540
	1	Groupe de travail	Collectif RDR - Réduction des Risques	Addictions	180
	1	Groupe de travail	Inter CAARUD 93	Addictions	180
	2	Action Femmes	OFDT	Addictions	360
	1	Groupe de travail psy et précarité	SOLIPAM	Obstétrique / Périnatalité	120
	7	SROS Périnatalité	ARS Ile-de-France	Institutionnel	1260
	2	Groupe de travail périnatalité	ARS 77	Institutionnel	360
	4	Réunion groupe Femmes	MILDT	Institutionnel	720
	2	Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions	G.E.G.A.	Entre-deux	420
	4	Projet Cellule d'appui 77	voir tableau projets DAPSA	Entre-deux	420
	4	Projet CAARUD	voir tableau projets DAPSA	Entre-deux	450
Total Groupe d'expertise	35			94,5 heures	5670
Colloque / Invitation	1	Journée des centres maternels	ADEMIE	Institutionnel	450
	1	Journée des Réseaux d'Accès aux Soins d'Ile-de-France	FEDERASIF	Institutionnel	240
	1	Colloque	DASES / A.P.H.P.	Institutionnel	1 journée
	1	Réunion des réseaux Ile-de-France	ARS Ile-de-France	Institutionnel	180
	1	Conférence Régionale de Santé - Débat public	Conseil Régional	Institutionnel	1 journée
	1	Assemblée Générale	UNRS	Institutionnel	180
	2	Soirées "Conférences du mercredi"	Société Psychanalytique de Paris	Psychiatrie enfant	240
	2	Soirées "Conférences du jeudi"	Société Psychanalytique de Paris	Psychiatrie enfant	240
	1	Colloque	A.N.P.A.A. (75)	Addictions	1 journée
	1	Fête annuelle	SIDA PAROLES (92)	Addictions	60
	1	AG	AFR	Addictions	60
	1	AG	PROSES (93)	Addictions	120
	1	Inauguration	CSAPA Victor Segalen (92)	Addictions	255

	1	Projet Départements	voir tableau projets DAPSA	Entre-deux	420
Total Colloque / Invitation	16			61,8 heures	3705
Formation / Intervention	1	Présentation du poster	Marcé Society	Obstétrique / Périnatalité	1 journée
	1	Intervention en soirée sur femmes enceintes et alcool	Réseau Périnat 92 sud (92)	Obstétrique / Périnatalité	60
	1	Formation	Réseau Strasbourg (67)		1 journée
	1	FMC Psychotropes	ARèS 92 (92)	Addictions	160
	1	Formation Grossesse et addictions	ARèS 92 (92)	Addictions	90
	1	Formation genre	Fédération Addictions (75)	Addictions	150
	2	Stand et intervention au forum	AFR	Institutionnel	2 journées
	1	Colloque	DASES / A.P.H.P.	Institutionnel	120
	1	Addictions Parentalités	ARABESQUE	Institutionnel	3 journées
	1	EPP	ARS 77	Institutionnel	180
	1	Diplôme Universitaire	Université de Rouen (76)	Institutionnel	1 journée
	1	Colloque Femme VIH	Médecins du Monde	Médical	120
	1	Diplôme Universitaire Périnatalité et Addictions	Université Bichat - G.E.G.A.	Entre-deux	1 journée
	1	Intervention au Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions	G.E.G.A.	Entre-deux	180
	1	Projet Cellule d'appui 77	voir tableau projets DAPSA	Entre-deux	2100
Total Formation / Intervention	16			115,7 heures	6940
TOTAL ACTIVITES RESEAU	**145**			**465,2 heures**	**27912**

** Approximativement on considère qu'une journée = 7heures = 420 minutes*

2.2. Expertise de réseau

2.2.1 Ateliers

Avant même que le DAPSA ne soit formalisé, des "ateliers" ont été mis en place (les plus anciens datent de 1998). Cette métaphore artisanale veut mettre en évidence qu'il ne s'agit pas de "formations" ni de "transmission de savoir" à proprement parler mais bien de la mise en commun d'un savoir à partager.
De janvier 2012 à décembre 2012 le Dapsa a renouvelé les 2 ateliers qui ont été mis en place l'an passé et dont la poursuite s'est justifiée au vu des sollicitations extérieures, des retours positifs et du souhait des animatrices. L'expérience acquise a donné envie de poursuivre l'aventure et a, de plus, permis d'optimiser la conduite de l'action durant cette nouvelle année.

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

Ces ateliers ont été intégrés dans le projet « Formations » pour lequel des subventions ont été demandées au cours de cette année 2012.

Les ateliers se sont déroulés dans des locaux prêtés gracieusement par un de nos partenaires (Hôpital Mère Enfant de l'Est Parisien) et ont réuni au total 23 professionnels de santé (soit 9 travailleurs sociaux, 3 psychologues, 8 Infirmiers/puériculteurs, 2 sages-femmes et 1 médecin addictologue) :

1. atelier intitulé : **« savoir pouvoir écouter l'alcoolisation maternelle »** (8 séances), animé par Fabienne Baker, assistante sociale, et Christine Caldéron, formatrice.

L'animation a été réalisée par les mêmes intervenantes extérieures que l'an dernier qui ont elles aussi appréciées l'expérience passée et ont souhaitées renouveler l'animation.

L'objectif de l'atelier était de permettre aux intervenants de mieux comprendre les enjeux des alcoolisations des femmes enceintes en regard des risques encourus par le fœtus, à travers un partage des connaissances et des pratiques autour de cette thématique croisée de l'alcoolisation et de la maternité.

Cet atelier s'est déroulé sur 8 séances mensuelles d'une durée de 3 heures à cheval sur 2012 et 2013 (de mai 2012 à février 2013), à raison d'un vendredi matin par mois (sauf juillet et août).

Les séances ont été composées de travail sur les représentations (outil : le blason), d'apports de connaissances (outils : articles et documents) et se sont appuyées sur des situations cliniques (outils : expériences et CD de témoignages des femmes de l'association Esper).

2. atelier intitulé : « **Grossesse et addictions : quels échos ?** » (9 séances) animé par Caroline Lambert et Hélène Guilloteau, respectivement psychologue clinicienne et psychanalyste.

L'objet de l'atelier était une analyse des pratiques. L'objectif était une amélioration de pratiques professionnelles concernant la thématique grossesse et addictions à partir des expériences vécues et du partage pluri-professionnel et pluri-institutionnel des participantes en présence.

Ce module constitué comme un groupe d'analyse de pratiques s'est déroulé sur 9 séances de 2h d'avril à décembre 2012.

Ces ateliers ont fait l'objet d'une évaluation (cf. annexe 3) au moyen d'indicateurs préalablement déterminés afin de savoir si les objectifs de l'action ont été réalisés : retours sur l'action qui ont permis de mesurer l'atteinte de nos objectifs mais aussi de la perfectionner comme l'atteste l'analyse de ces ateliers menés sur deux années consécutives.

La 2ème année d'exercice de ces ateliers s'est en effet trouvé facilité par l'expérience emmagasinée, pouvant alors être considérée comme un investissement pertinent profitant à la fois à l'équipe et aux partenaires (temps de préparation réduit, perfectionnement de l'action) ; par la satisfaction des animatrices désireuses de reconduire l'expérience ; par les demandes de professionnels motivés par une participation à un de ces deux ateliers (très bon écho) ; et par le prêt de locaux.

L'objectif de pluridisciplinarité et d'inter-institutionnalité, qui s'inscrit dans la perspective du réseau, a été une fois de plus atteint avec la grande diversité des professions, structures et secteurs d'exercice des participants.

Une fois de plus, le bilan positif de cette action incite à renouveler l'expérience, désir faisant écho aux demandes de poursuite de celles qui ont participé et aux demandes d'inscription de celles et ceux qui n'y ont pas encore assisté.

2.2.2 Chantier

Un 9ème chantier intitulé **« 1ère matinée de travail avec l'équipe de l'Hôpital Mère Enfant de l'Est Parisien : La procédure d'admission »** a été organisé en 2012 (voir annexe 2).

Le réseau a organisé cette année un chantier mettant en scène l'Hôpital Mère Enfant de l'Est parisien (HMEEP) à l'occasion de ses deux ans d'existence. Ce 9ème chantier depuis l'existence du réseau, proposait d'échanger autour de la procédure d'admission et de réfléchir ensemble à l'accompagnement et au traitement de cette demande. Des actes restituant l'action ont été rédigés et transmis aux participants et inscrits (voir annexe 5).

Plusieurs intervenants, partenaires du réseau, ont pu nous faire part de leurs expériences, discours, pratiques et idées :
- Dr Jean Ebert, Psychiatre, Médecin Directeur de l'Hôpital Mère Enfant de l'Est Parisien ;
- Dr Catherine Agbokou, Psychiatre auprès des maternités de Tenon et de Trousseau ;
- Mme Julie Castaneda, Sage-femme à la maternité de Lariboisière ;
- Dr Martine Chochon, Médecin à la PMI de Paris.

Ce chantier s'est déroulé lors d'une matinée, le Jeudi 14 Juin 2012 de 9h30 à 12h30, au Centre administratif et de conférence de Maison Blanche (Amphithéâtre) situé dans Paris.

Il a réuni 56 professionnels de santé venant de structures, d'institutions mais aussi de territoires différents : 38 structures différentes ont été identifiées, hôpitaux, PMI et structures psychiatriques étant les plus représentés, et ce sont 8 catégories de professionnels qui étaient représentés à cette occasion avec une majorité de psychologues (36%) et de travailleurs sociaux (21%).

L'analyse et l'évaluation de l'action (voir annexe 6) ont effectivement permis de constater le maintien d'une certaine diversité de nos partenaires et des participants à nos actions en terme de professions et d'institutions.
Ainsi c'est une pluralité de secteurs qui étaient représentés à ce chantier, illustrant la pluridisciplinarité qui se trouve au cœur du travail du DAPSA, avec en tête la mobilisation des

secteurs de la petite enfance (44%) et de l'obstétrique/périnatalité suivis par le secteur de la psychiatrie enfant lors de cette action.

Avec une variante constatée par rapport aux années précédentes : une augmentation de la participation des professionnels exerçant en banlieue parisienne, manifestation de l'extension de la couverture régionale de l'action du DAPSA suite aux actions départementales menées depuis 2009.

97% des participants évalués ont déclaré être satisfait (plutôt satisfait et très satisfait) de ce chantier.
L'évaluation a permis de révéler qu'ils ont particulièrement appréciés :

- Le thème de la journée qui a permis de rendre le fonctionnement de l'Hôpital Mère-Enfant de l'Est Parisien plus lisible, plus clair : meilleure connaissance de la structure comme réponse à un objectif d'amélioration des pratiques ;
- L'aspect pluridisciplinaire de l'événement grâce au thème abordé, aux différentes professions représentées et à la diversité institutionnelle qui composait le public ; et notamment pour les échanges et dialogues que cela a permis, ceux-ci favorisant l'acquisition d'une meilleure connaissance des secteurs et des partenaires pour un travail en réseau ;
- Les échanges libres qui ont permis un déroulement rythmé du débat.

Il est prévu par la suite d'organiser un autre chantier autour et sur l'Hôpital Mère Enfant de l'Est Parisien, mais cette fois-ci portant sur la sortie. C'est d'ailleurs un souhait des participants que d'aborder cet aspect qui n'a pas été approché lors de cette matinée : la dissociation de ces deux temps de travail, admission et sortie, avait été conçue sciemment.

2.2.3 Interventions du réseau : formations, présentation, travail sur site,…

Suite à diverses sollicitations, les membres du DAPSA ont consacré une partie non négligeable de leur temps à participer à différentes instances (sous différents formats : colloques, groupes de travail, formation universitaire,…) sur des thèmes couverts par son champ d'intervention ou sur la structure même du réseau.

Le DAPSA apparaît effectivement comme un lieu d'expertise du fait de son activité originale d' « entre-deux » avec la prise en charge de problématiques imbriquées impliquant un travail au niveau des interstices, et donc jusqu'ici peu appréhendé.

Au total, pendant l'année 2012, le DAPSA a répondu à 16 sollicitations donnant lieu à une intervention du réseau (activité qui a nécessité 116 heures de travail[1]) :

- le DAPSA a été invité à présenter une communication et à tenir un stand dans 5 colloques ;
- le réseau est intervenu au cours de 4 groupes de travail ;
- il y a eu 7 interventions du réseau dans le cadre de formation, dont 3 dans le milieu universitaire.

Le DAPSA ne s'est pas constitué en organisme de formation.
Toutefois, il peut organiser des séminaires de formation (cf. supra les «ateliers ») et répondre à une demande spécifique de tel ou tel organisme. Mais le plus souvent, il peut être intégré à un programme de formation plus large (DU d'addictologie, formation ANPAA-EMMAUS, formations proposées par l'UFANIT ou ARABESQUE, ou par d'autres réseaux de santé entre autres).

[1] Voir ci-dessous les problématiques liées au temps de préparation.

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

N'oublions pas le temps de préparation, de lecture, d'échange nécessaire à toute élaboration intellectuelle, le DAPSA revendiquant la réflexion au cœur de ce travail de réseau, mais la comptabilisation de ce temps reste complexe.

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

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

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

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

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

En 2012, l'équipe du DAPSA a mené 54 actions sur site, auprès de 9 institutions.
Pour 5 d'entre elles, il s'agit d'un travail régulier portant sur l'accompagnement des groupes familiaux en difficulté et avec l'addiction et avec l'accueil et/ou l'éducation d'un enfant.
Au total, cela a concerné 77 professionnels appartenant majoritairement cette année au champ de l'addiction.
Cette activité a nécessité 120 heures de travail (plus d'une journée par mois).

Tableau récapitulatif de l'activité réseau « Travail sur site » réalisée en 2012

Structure concernée	Champ d'exercice concerné	Fréquence	Participants	Durée (min.)
SITE REGULIER				
A.G.E. M.O.I.S.E.	Obstétrique / périnatalité	12	3	1440
Hôpital Mère Enfant de l'Est Parisien (HMEEP)	"entre-deux"**	18	27	2160
CSAPA Centre Dune*	Addictions	12	12	1440
CSAPA Victor Segalen*	Addictions	3	18	360
Le Fil Rouge (AMPTA-13)	"entre deux"	2	5	840
SITE PONCTUEL				
CSAPA Confluences	Addictions	3	9	315
CSAPA Carousel*	Addictions	2	5	210
CSAPA Bearn addictions*	Addictions	1	15	480
CAARUD Boutique 18 - Association Charonne unité mobile	Addictions	1	2	250
TOTAL		**52**	**77**	**7075**

** Notons la localisation de certaines structures (5 au total) qui manifestent de la présence et de la visibilité régionale et nationale du DAPSA et de ses activités.*

*** Le champ de l' « entre deux » définit une activité portant sur des problématiques imbriquées et qui agit au niveau des interstices, à l'image de l'activité du DAPSA qui travaille sur plusieurs champs indissociables.*

D'autres activités liées à l'expertise :

A défaut d'accueillir des stagiaires du fait d'une activité de coordination prédominante peu adéquate avec une activité de stage, le réseau accueille des étudiant-e-s pour des entretiens et aides aux mémoires et travail de recherche.

Cette année, une stagiaire assistante sociale a sollicité l'aide de l'équipe pour la rédaction de son mémoire ; et une stagiaire à l'Hôpital Mère Enfant de l'Est Parisien a souhaité rencontrer l'équipe pour échanger sur le milieu d'exercice plus longuement.

L'équipe du réseau fait elle-même l'objet de formations sur des thématiques diverses en fonction de leur position professionnelle, participant de fait au maintien d'une certaine expertise : 4 membres de l'équipe ont participé à 2 formations spécifiques et deux personnes (éducatrice spécialisée et psychologue) se sont inscrites à des conférences mensuelles.

Tableau récapitulatif des activités de formation suivies par l'équipe en 2012

Thème	Organisme formateur	Durée	Nb équipe
Formation de comptabilité (logiciel)	Cabinet Léo Jégard et Associés	2 journées	2
Formation "Psychologie et psychopathologie de la périnatalité : de la grossesse au 1 an de l'enfant"	COPES	8 journées	1
Soirées de conférence dans le cadre de la formation "Conférences du mercredi"	Société Psychanalytique de Paris	240	1
Soirées de conférence dans le cadre de la formation "Conférences du jeudi"	Société Psychanalytique de Paris	240	1

2.2.4 Site Internet

L'année 2012 est aussi l'année de la renaissance du site Internet laissé en désuétude depuis quelques mois du fait d'un surplus d'activité qui ne permettait pas à l'équipe de consacrer du temps à son actualisation.
Notre site a donc été réanimé en avril 2012 après avoir fait appel à un webmaster pour nous aider dans cette tâche et nous permettre de réaliser nos objectifs : refaire vivre le site, l'actualiser et le rendre plus attractif.

Une réflexion commune de l'équipe a permis d'envisager collectivement la manière de présenter et d'alimenter ce site : un nouveau découpage et de nouvelles rubriques sont apparus permettant d'optimiser la lisibilité de nos actions par les professionnels et par le public.
Le choix de la transparence a été fait : tout pourra être mis en ligne.

Un membre du DAPSA a été formé à l'interface SPIP qui apparaît comme un outil simple et polyvalent permettant ainsi de disposer de la plus grande autonomie possible par la suite à partir de ce qui a été convenu au moment de la conception.
L'interface SPIP est à la fois publique, et privée pour la gestion et l'administration du site géré par un « rédacteur », chargé de créer des contenus qui ne pourront être publiés qu'avec la validation de l' « administrateur ».

Le site permettra également de formaliser et simplifier les démarches en ce qui concerne la participation de professionnels aux activités réseau : il y aura la possibilité de s'inscrire en ligne pour les ateliers et chantiers.

Ce site renouvelé a été opérationnel à partir du mois de décembre au cours duquel nous avons reçu les premières inscriptions en ligne pour le prochain chantier de 2013.

2.3. Les projets réseau

2.3.1 Le projet « Département » : L'état de la mission exploratoire

2.3.1.1 Projet général et mission spécifique

La spécificité du public concerné, les caractéristiques départementales et la mobilité de la population concernée conduisent le DAPSA à intervenir et à créer des liens privilégiés avec des professionnels et des institutions des différents départements franciliens.

Une première mission exploratoire soutenue par le Conseil régional D'Île-de-France, a été menée dans les départements de la Seine-et-Marne (77) et du Val-de-Marne (94) en 2009-2010.
Cela a permis de vérifier notre hypothèse de départ : chaque département a une histoire singulière. Non seulement ses besoins et ses ressources diffèrent, mais le mode d'organisation et de liaison entre les partenaires sont toujours originaux.
Les suites de cette première mission ont donc différé également : le Val-de-Marne s'est appuyé sur ses réseaux existants et travaille avec le DAPSA de manière ponctuelle en faisant appel à nous pour des situations au cas par cas ; la Seine-et-Marne, au contraire, a souhaité poursuivre ce travail, ce qui a permis la création d'une cellule d'appui dédiée au département et soutenu par l'Agence Régionale de santé d'Ile-de-France (*voir la partie spécifique au projet « Cellule d'appui 77 »*).

Le DAPSA a poursuivi ce travail en 2011-2012 en étendant sa mission exploratoire aux départements de la Seine-Saint-Denis (93) et de l'Essonne (91).
Le choix de tous ces départements se justifie, au-delà des données démographiques existantes, par des raisons liées à la construction des réseaux de périnatalité, qui donnent par ailleurs une certaine cohérence au territoire francilien.

Plusieurs objectifs ont été assignés à cette mission :

- identifier les besoins spécifiques des professionnels,
- identifier les professionnels intéressés par la question de la parentalité et de l'addiction et susceptibles d'intervenir auprès de leurs pairs et des familles,
- repérer les possibilités (juridiques et socio-économiques) de mise en œuvre d'une antenne DAPSA.

Dans le cadre de cette action d'investigation, une aide du Conseil Régional d'Ile de France et du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) nous ont été accordée et c'est dans le cadre de ce soutien financier qu'un bilan de l'action composé des explications et des constats du travail réalisé, a été rédigé.

Pour mener à bien cette mission qui a été réalisée entre mars 2011 et mars 2012 :

- la même chargée de mission a réalisé cette deuxième « exploration », en répartissant son temps sur 12 mois à raison d'une journée par semaine en moyenne ;
- et si les départements ont chacun sa singularité, notre méthodologie d'approche, elle, est restée la même, et s'est articulé entre :

→ une phase « préparatoire » (repérage, observation et analyse préalables aux décisions d'activités à poursuivre et d'initiatives à entreprendre),

→ et une phase « exploratoire » au cours de laquelle les contacts ont été pris et les rencontres ont permis d'identifier les besoins de ces professionnels ;

- une lettre de mission présentant notre projet de déconcentration des actions du réseau sur chaque département a été envoyée à 40 professionnels appartenant à 30 établissements et/ou services afin de faciliter la prise de contact avec les professionnels ;

- 145 professionnels ont été rencontrés au total ;
- un temps important a été consacré pour la réalisation de ce travail : prise de rendez-vous par téléphone (professionnels pas toujours facilement joignables), déplacement (entre 30 mn à 45 mn l'aller), réalisation d'entretiens (entre 1 h et 1h30), rédaction des comptes-rendus (environ 1h), et réunions mensuelles de bilan (environ 1 h/mois).

2.3.1.2 Bilan du travail exploratoire mené en Essonne[2]

Ont été rencontrés 35 professionnels appartenant à 20 établissements et/ou services en Essonne.

- Les besoins identifiés

Dans le cadre de notre mission de 2011 à 2012, les professionnels rencontrés ont manifesté leur vif intérêt de s'associer à une démarche de dynamique partenariale, coordonnée par le DAPSA afin de traiter certaines questions particulières liés à des besoins spécifiques :

- Formation des professionnels, inter culturalité et travail en réseau : la majorité des personnes rencontrées pensent qu'un travail d'interdisciplinarité (PMI, CSAPAs, maternités..) est nécessaire afin de permettre aux professionnels de confronter leurs représentations et d'apprendre à se connaître. De plus, les professionnels des CSAPAs ont fait part d'un besoin de formation lié à l'impact de la consommation de produits sur les liens précoces mère/enfant.
- La question de l'hébergement dont les besoins sont importants dans le département, les prises en charge pouvant être compromises en raison d'un manque de places d'hébergement pour la mère et l'enfant.
- Un travail de communication semble nécessaire afin de faire connaître aux maternités les structures de prises en charge des addictions et les lieux d'accueil (CHRS, appartements thérapeutiques, centres maternels..) pour femmes avec enfants.
- Un travail de prévention apparaît pertinent quant à l'évocation des professionnels sur la difficulté de certains parents souffrant d'addiction de vivre la période d'autonomisation des enfants vers 2-3 ans.
- La perspective d'aller au-devant des familles, le département de l'Essonne étant assez étendu avec une densité de population concentrée sur le nord et nord-est du département, territoire en dehors duquel les communes ne bénéficient pas de structures de soins à proximité et où la prise en charge spécifique des femmes et familles isolées reste à inventer.

- Les principaux constats

Pas plus en Essonne qu'ailleurs il est possible d'obtenir des chiffres précis associant grossesse et addictions et parentalité et addictions. Les raisons en sont diverses (méconnaissance de la question, risque de stigmatisation, découverte tardive) et d'ailleurs ces situations ne sont pas forcément problématiques (dans nombre de cas, les mères et futures mères bénéficient de suivis aussi bien sur le plan obstétrical qu'addictologique tout à fait adaptés).

Cependant, les professionnels nous ont fait part de l'existence de nombreuses situations difficiles sur le département, situations souvent associées à des problématiques sociales importantes (précarité, exclusion des parcours de soins, mères isolées…) qu'il s'agit de traiter en priorité, mais aussi qui cachent parfois d'autres problématiques (violences intra familiales, pathologies psychiatriques plus ou moins lourdes).

[2] Pour un bilan plus développé et dans sa globalité, se reporter à l'annexe 4.

Plus spécifiquement, un état des lieux a permis de mettre à jour :

- un cloisonnement dans les dispositifs de soins entre structures hospitalières, médico-sociales et la médecine de ville, question bien connue mais que les réseaux, notamment les réseaux périnatals contribuent à réduire ;
- une difficulté de communication et de coordination entre les CSAPAs et les maternités, notamment au sujet des effets de certains produits ou des traitements de substitution liée à une méconnaissance réciproque des secteurs ;
- des services des PMI et de l'ASE confrontés au quotidien à ces familles et se demandant parfois quel serait le comportement le plus adéquat et quelle réponse apporter face aux mères consommatrices de produits ;
- la stigmatisation des comportements addictifs, notamment dans les situations de parentalité ;
- Enfin et toujours les situations à risque, notamment en ce qui concerne les problématiques alcooliques restent difficiles à prévenir et à repérer.

2.3.1.3 Bilan du travail exploratoire mené en Seine-Saint-Denis[3]

Ont été rencontrés 110 professionnels appartenant à 26 établissements et/ou services en Seine-Saint-Denis.

- Les besoins identifiés

Il existe un grand nombre de structures de soins existantes sur le territoire. Bien qu'il soit difficile d'obtenir des chiffres précis et représentatifs, la majorité des professionnels rencontrés sont convaincus de l'existence de nombreuses situations problématiques associant grossesse et addictions et parentalité et addictions sur le département, situations souvent associées à des difficultés sociales importantes (précarité, exclusion des parcours de soins) qu'il s'agit de traiter en priorité. Les professionnels rencontrés ont manifesté leur intérêt pour ce sujet, cherchant à trouver des réponses et à s'associer à une démarche de dynamique partenariale, coordonnée par le DAPSA.

Ceci nous confirme que le projet de déconcentration de nos actions en Seine Saint Denis doit s'appuyer sur les ressources locales existantes et sur les compétences des professionnels à travailler ensemble pour faciliter la prise en charge des femmes et des familles concernées.

- Les principaux constats

Notre investigation auprès de structures hospitalières ou médico-sociales du département, nous permet de faire état d'un certain nombre de remarques émises par les personnes rencontrées. Notons qu'il s'agit principalement de" ressentis" liés à la difficulté de prise en charge de telle ou telle situation familiale :

- Difficulté de liens entre les services intra hospitaliers (maternités, CSAPA hospitaliers, équipes de liaisons en addictologie) ;
- Faible transversalité traditionnelle entre l'intra et l'extra hospitalier ;
- Un sentiment de méconnaissance de la problématique addictive par les professionnels de santé non spécialisés, qui entraîne une difficulté à aborder le sujet avec la patiente ou la famille, voire à l'éviter ;
- un problème de repérage précoce par les maternités et la médecine de ville lors des suivis de grossesse (difficulté de mise en place de l'entretien prénatal précoce) ;

[3] Ibid

- une difficulté pour certaines sages-femmes et puéricultrices de PMI à aborder le thème des addictions avec les familles par crainte d'être perçues comme intrusives et de risquer ainsi de rompre le lien déjà établi.

    - Les suites

Un projet de partenariat avec le CSAPA Boucebci a été élaboré (CSAPA rattaché à l'hôpital d'Avicenne à Bobigny qui a obtenu, en 2011, un financement pour la mise en place d'une équipe mobile pluridisciplinaire « périnatalité et addictions » pouvant intervenir auprès des femmes et familles domiciliées dans le département).
Ainsi, il a été communément défini que pour le département 93, l'équipe mobile parentalités-addictions est l'interlocuteur premier, le DAPSA pouvant, si les intervenants le souhaitent, mettre en place le travail de coordination (notamment lorsque les familles et les suivis traversent allègrement le périphérique….).
Dans cette optique, des réunions de concertation régulières sont mises en place avec l'équipe du CSAPA Boucebci afin d'envisager une mutualisation de nos compétences et déterminer comment chaque structure peut s'appuyer sur les connaissances et compétences de l'autre afin de faciliter l'accès aux dispositifs de soins et d'accompagnement des parents usagers de produits psycho-actifs.

La création d'un réseau de partenaires sur le département va être amorcée.
Afin de construire une dynamique partenariale locale autour des situations complexes associant grossesse, parentalité et produits, nous envisageons une rencontre interinstitutionnelle en Seine Saint Denis, en janvier 2013, en partenariat avec l'équipe du CSAPA Boucebci, afin de mobiliser les différents professionnels locaux intéressés par ces questions et susceptibles de répondre aux problématiques des femmes enceintes et des familles du département.
Notre objectif consiste à soutenir et accompagner la mise en place d'un dispositif soignant composé d'équipes appartenant à des institutions sanitaires, sociales et médico-sociales et de professionnels libéraux. Ce réseau pluridisciplinaire sera ainsi en mesure d'accompagner les femmes enceintes dans un parcours de soin et de soutenir les familles dans leurs difficultés parentales, que les enfants soient ou non au domicile des parents.

2.3.2 La suite du projet Seine-et Marne : création de la cellule d'appui 77

2.3.2.1 Détails du projet

Suite à la mission exploratoire menée en Seine et Marne depuis novembre 2009, le réseau DAPSA a poursuivi ses travaux d'articulation entre professionnels de structures et de champs différents dans la perspective de mettre en place une cellule d'appui. Le projet est de faciliter le repérage et l'accompagnement des femmes enceintes en situation de vulnérabilité psychosociale vers les dispositifs de suivi de grossesses adaptés, et de favoriser l'accès aux soins et l'accompagnement des parents présentant un trouble lié à une addiction et en difficulté dans leur fonction parentale.

Rappelons que la Seine-et-Marne est un département complexe, urbain, périurbain et rural, de grande taille, au sein duquel les distances sont parfois importantes réduisant l'accès aux soins de certaines populations.
On constate de plus, malgré les efforts de chacun, une persistance des cloisonnements entre dispositifs hospitaliers et extrahospitaliers. Cette méconnaissance réciproque est réactivée face aux problématiques addictives des parents, dans des situations préoccupantes ou vécues comme désespérantes par certains professionnels qui estiment ne pas toujours bénéficier des relais nécessaires. Certaines familles sont très isolées, et les professionnels de proximité ressentent ce même isolement. Cette absence de ressources de soins, réelle ou ressentie, peut entraîner un retard dans la prise en charge des enfants si les parents se trouvent eux-mêmes en difficulté.

Les conditions de réussite de ce projet étant, selon nous, liées à l'implication des institutions et des professionnels locaux, le DAPSA a fait le choix d'élaborer avec eux un dispositif au plus près des préoccupations et des besoins des populations concernées.
Le groupe de partenaires, constitué depuis la mission exploratoire, a souhaité poursuivre ce travail et a soutenu la mise en place de la "cellule d'appui périnatalité et addictions 77".
Le projet est ainsi mené, depuis l'origine, avec la participation active de l'ensemble des professionnels concernés par cette double thématique : réseaux périnatals (Périnatif sud et réseau du Pays Briard), PMI, ASE, MDS, centres hospitaliers (maternités et néonatologie), CAMSP, CSAPA et CAARUD, réseaux d'accès aux soins (L'AVIH et RVH 77), secteur de pédopsychiatrie, …

Le budget obtenu de l'Agence Régionale de Santé en juin 2011 suite à la réponse de l'appel à projet a permis au DAPSA de mettre en place un certain nombre d'actions avec les partenaires locaux dans le but de construire la cellule d'appui sur le département de Seine et Marne.

Cette cellule départementale se conçoit selon trois axes de travail :

- Le travail de réseau : échanges inter- professionnels, inter- culturalité, colloques, formations, supervision, analyse de pratiques… ;
- La coordination des soins : dispositifs soignants, organisation de réunions, animation des réunions de concertation pluridisciplinaire autour des situations les plus complexes (et/ou conflictuelles), compte-rendus, évaluation des besoins et orientations des demandes des patients ;
- La mise en place d'une équipe mobile d'intervention et d'orientation ad hoc mandatée par le groupe soignant afin de travailler avec les familles l'élaboration d'un projet de soins, pour l'adulte et/ou pour l'enfant, et de favoriser, par un accompagnement de proximité, la mise en place du projet de soins de la famille.
  Le soutien serait donc double (simultanément ou successivement) :
  → aider les parents à trouver le cas échéant un lieu de soins pour eux ;
  → aider les parents à soutenir leur enfant.

2.3.2.2 Le bilan en fin d'année

L'année 2012 marque :

- l'implantation matérielle mais aussi partenariale de la cellule d'appui locale qui a permis de la rendre opérationnelle :
  - une permanence de la cellule d'appui a vu le jour au sein de l'hôpital Marc Jacquet de Melun grâce à la mise à disposition gracieuse d'un bureau (convention de partenariat). Elle est active depuis septembre 2012 tous les lundis ;
  - une coordinatrice chargée d'animer la cellule d'appui – et connaissant très bien le territoire et ses problématiques sur les questions concernées – ainsi qu'une éducatrice spécialisée, ont été embauchées ;
  - une plaquette spécifique a été élaborée comme outil de communication formel ;
- la poursuite et l'intensité du travail de réseau indispensable à la réalisation des actions entreprises :
  - la signature de deux conventions de partenariat créant des liens formalisés et permettant la mise à disposition de locaux et de personnels ;
  - des groupes de travail et un comité de pilotage composé des professionnels

locaux et partenaires du projet (72 actifs au total issus de 20 structures partenaires), sont constitués pour suivre, réfléchir et construire collectivement la vie de la cellule d'appui ;

- une action locale facilitant les échanges et permettant un transfert de savoir-faire, une sensibilisation des professionnels ainsi qu'un travail sur les représentations réciproques, dans la prolongation de ce qui a été organisé en 2011 et 2012 : un cycle de conférences a été organisé satisfaisant ainsi l'objectif de poursuite du travail d'inter culturalité professionnelle et pluridisciplinaire autour des problématiques croisées périnatalité et addictions[4].

- la mise en place progressive d'une équipe mobile d'évaluation et d'orientation :
  - des axes priorisés par les partenaires : le groupe opérationnel a estimé nécessaire de prioriser dans cette phase les familles avec des « touts petits » afin de favoriser la prévention et la prise en charge précoce de ces enfants, notamment en cas d'alcoolisation fœtale, en aidant les parents à devenir aidants pour leurs enfants ;

  - la mise en place d'une équipe mobile composée d'éducateurs spécialisés et de psychologues mise à disposition en fonction des demandes.
    Cela dit, cet objectif nécessaire à l'opérationnalité totale de l'équipe mobile n'a pas été totalement atteint, du fait d'un retard pris à l'embauche et/ou à la mise en place du personnel de l'équipe mobile. L'intervention directe auprès des familles a donc été moindre dans un 1er temps, ne permettant pas d'atteindre les objectifs prévus en matière de prise en charge.
    Néanmoins, petit à petit, la prise en charge devient effective : fin 2012, on comptabilise 9 situations seine-et-marnaises dont 6 situations prises en charge en 2012 (9 femmes, dont 4 femmes enceintes, 7 hommes, et 11 enfants sont concernés soit 27 personnes au total).

2.3.3 Projet Prévention Précoce Petite Enfance (PPPE)

2.3.3.1 Détails du projet

Depuis 2010, le DAPSA propose un accompagnement psycho-éducatif aux femmes enceintes et aux jeunes mères accompagnées d'enfant jeune en situation de vulnérabilité psychologique, et parfois en précarité sociale. Ces jeunes mères relèveraient éventuellement d'un accompagnement en centre maternel mais ne peuvent parfois, ou ne veulent, y accéder.
De plus, les séjours en maternité, hors problèmes médicaux, sont plus brefs et ne permettent pas toujours aux équipes de maternité, même aguerries, d'avoir une opinion suffisamment étayée quant à l'établissement d'un lien mère-enfant satisfaisant, difficile à évaluer si précocement.
Dans ces situations, il est souvent trop tôt pour proposer ou, pour que les mères acceptent une aide de type Aide Éducative à Domicile (AED) car les problèmes peuvent ne pas être identifiés ou identifiables à ce moment.
Sans oublier le poids de la problématique de la pénurie en hébergement « thérapeutique » ou « éducatif » permettant de soutenir ces mères et leurs enfants afin de favoriser l'établissement d'un lien mère-enfant satisfaisant, et la prévention de dysfonctionnements précoces des interactions.

Telle est la genèse du projet à travers sa construction progressive et rationnelle quant à la réponse à

[4] Un bilan d'une partie de l'action a été réalisé (évaluation des journées de formation). Voir annexe 9 : Bilan de l'action Cellule 77 « Journées d'échanges et de pratiques » (4ème trimestre 2012).

des besoins recueillis et analysés
Ce projet correspond à une démarche d'accompagnement pour l'accès vers des soins médicaux et/ou thérapeutiques des enfants ou des parents et vers un suivi éducatif et social.
Il leur est donc proposé l'alternative d'un suivi à domicile, ce domicile étant souvent un hébergement transitoire ou incertain (Samu social, hôtel ou résidence sociale, ou encore chez un tiers, … ce qui peut conduire à une action sur Paris et sa petite couronne).

Lors de la mise en place du projet en 2011, nous avons ainsi pu constater la fréquence d'enfants nés de petit poids, prématurés ou non.
De même, les collaborations antérieures avec l'HAD pédiatrique ont été réactivées, toujours à propos de ces enfants de petit poids, prématurés ou non, dont la mère avait eu une consommation problématique d'alcool pendant la grossesse. L'équipe mobile DAPSA peut prendre alors le relais du suivi fait par l'HAD pédiatrique, lorsque les problèmes médicaux passent au deuxième plan mais que la mère doit être soutenue face à un bébé en difficulté (ou soutenir un bébé face à une maman en difficulté…).
Ces questions ont ainsi orienté le projet en 2012 vers une meilleure prise en compte des problématiques infantiles, en s'appuyant notamment sur le réseau des nouveau-nés à risques.

Toujours dans la lignée du DAPSA et dans la continuité du projet amorcé en 2011, l'objectif général est identifié de cette manière : accompagner les situations de vulnérabilités de parents et futurs parents et de leurs jeunes enfants notamment afin de favoriser un lien mère-enfant de qualité.

2.3.3.2 Le bilan en fin d'année

Le bilan de cette action pour 2012 nous amène à mettre en avant des éléments significatifs démontrant la fiabilité (et fierté) de cette action sur cette année achevée :

- la création d'un comité de pilotage organisationnel (avec les partenaires associés) ;
- des réunions de présentation/coordination du projet gages d'un travail en réseau assuré ;
- poursuite des EMEO mises en place en 2011 ;
- mise en place d'autres EMEO en 2012 (7 nouvelles situations inclues en 2012 / 11 situations suivies au total) avec élargissement des critères d'inclusion : l'expérimentation a conduit à envisager des modifications en élargissant le mode d'action avec l'inclusion de nouveaux partenaires intervenant directement auprès des dyades tel que l'HAD pédiatrique, et l'inclusion des situations de nouveau-nés à risque (prématurés, hypotrophes, SAF...) qui rentrent bien dans le cadre de l'objectif de travail de prévention précoce de plus en plus central dans l'activité du DAPSA.

Autant d'éléments qui permettent de valider les objectifs définis au montage du projet :

- En matière d'intervention directe auprès des patients : plus de 80% des objectifs atteints en termes de prise en charge (difficulté de centraliser les demandes pour l'ADEMIE et pour le réseau de se faire connaître comme alternative de suivi socio-éducatif). On constate également une adhésion générale des mères à la proposition d'intervention à domicile ;
- En matière de coordination : renforcement du partenariat (104 professionnels identifiés impliqués et 48 structures) illustré par un travail commun qui a conduit à la création d'outils (comité de pilotage ; protocole de suivi).

2.3.4 Projet CAARUD « Parentalité et réduction des dommages »

2.3.4.1 Détails du projet

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'un travail collaboratif, soutenu par la Fondation de France, autour des questions de parentalité, et s'appuie sur l'hypothèse que les usager(e)s de SPA ont des

préoccupations parentales et que les CAARUD peuvent être le lieu d'expression de ses préoccupations.

Les CAARUD accueillent une population consommatrice de psychotropes dans le cadre de la réduction des risques sans demande explicite de soins liés à l'addiction.
L'accueil collectif opéré dans les CAARUD met en évidence de façon plus marquée les questions liées à un accueil différencié hommes/femmes.
Le mode de vie, la consommation mal maîtrisée de psychotropes expose le fœtus à des risques de dommages et l'accompagnement des femmes enceintes est difficile dans ce contexte particulier.

Précisons que la notion de genre ne concerne pas seulement un travail en direction des femmes mais aussi un travail en direction des hommes, la construction de l'identité sociale concernant les 2 sexes. Les hommes et le genre masculin s'inscrivent dans le projet, le féminin/masculin n'allant pas l'un sans l'autre dans l'analyse de phénomènes liés au genre, et la parentalité, trop souvent réduite au maternel, met au même niveau les hommes et les femmes (cf. le travail mené par le ministère de la santé suisse sur les femmes et addictions en 2000, puis sur les hommes et addictions en 2006).

Le DAPSA, dans le cadre de son travail habituel, a en effet été amené à rencontrer les personnels des CAARUD soit lors de groupes de travail (2009-2010 avec les CAARUD du nord-est parisien et la rencontre avec le CAARUD de Montpellier) soit lors de suivis de femmes enceintes ; ce projet correspondant bien à une identification collective des besoins, et de la part des CAARUD et du DAPSA.

L'objectif général du projet est donc de favoriser l'accueil genré et faciliter la prise en compte de la périnatalité et de la parentalité des usagers fréquentant les CAARUD d'Ile-de-France.
Pour ce faire, les objectifs spécifiques ont été définis comme tels :

- permettre aux personnels des CAARUD de donner aux usagers des informations validées (santé des femmes, protection de l'enfance, l'ASE et la PMI,...) ;
- leur permettre de travailler sur les représentations réciproques (milieu de l'addiction, milieu de la protection de l'enfance) ;
- leur permettre de pouvoir être des intermédiaires reconnus entre les usagers et les services compétents (gynéco-obstétrique, maternités, ASE, PMI, personnels de crèche...) ;
- leur permettre d'impulser des actions élaborées et portées par les CAARUD (individuellement et collectivement).

Nous partons du principe que pour répondre aux objectifs énoncés, il ne suffit pas et il peut être inopérant d'adresser d'emblée les usagers aux services "compétents".
Les personnels des CAARUD sont perçus par les usagers comme interlocuteurs légitimes, crédibles, "de leur coté" et leur parole, de ce fait, validée. Il s'agit donc d'un transfert de savoirs grâce à une sensibilisation et une information des équipes CAARUD aux questions de genre, de grossesse et de parentalité.

L'action du DAPSA est donc dans l'impulsion de la prise en compte de ces questions de genre, et de soutenir les projets et les initiatives futures et pérennes, qui seront, elles, menées par les CAARUD.

2.3.4.2 Le bilan en fin d'année

L'état d'avancée du projet suit son cours.
Voici quelques éléments permettant de définir l'exercice de ce projet sur l'année 2012 bien qu'il soit encore en activité.

Le co-financement demandé n'ayant pas été accordé, le nombre de CAARUD concernés a été réduit et ce sont 12 structures CAARUD qui ont été rencontrés ; celles-ci étant localisées dans plusieurs départements franciliens (75, 91, 92, 93, 77).

Les équipes appartenant à ces CAARUD ont été rencontrées dans un premier temps, et ces rencontres ont permis de mettre en discussion, comme il était prévu, des questions reliées aux grossesses et préoccupations parentales.
Au moyen d'une analyse –individuelle et collective– sur ce recueil des besoins et pratiques sur ces thématiques spécifiques, ont ainsi été constaté que, selon les lieux, les caractéristiques des usager(e)s fréquentant le CAARUD, les configurations des équipes, les modes de rencontres des usager(e)s, etc, les questionnements et les préoccupations des professionnels et des usager(e)s des CAARUD prennent des formes particulières qui mobilisent, avec des intensités variables, les différents intervenants.
En effet, les CAARUD rencontrés accueillent des usager(e)s/parents ou qui envisage de l'être.
Les équipes sont confrontées aux préoccupations parentales et il existe au sein des équipes des pratiques et des réflexions prenant en compte ces dimensions manifestant d'une certaine créativité très intéressante. Des difficultés sont perçues chez les usager(e)s et une volonté de les soutenir dans ces difficultés existent.

Plusieurs axes transversaux ont ainsi été repérés parmi les préoccupations qui ont été dégagées :

1- les situations de grossesses (en cours ou souhaitée),
2- les préoccupations parentales des usager(e)s et les demandes d'accompagnement des usagers/parents qu'elles suscitent,
3- les enfants,
4- l'articulation avec les partenaires engagés auprès des enfants.

Autant de pistes pour envisager les suites de réalisation du projet qui se poursuit en 2013.

La suite du travail se définit ainsi par le soutien du travail engagé en intégrant le cheminement de chaque équipe et en favorisant l'appropriation collective des réflexions.

Notons aussi, parallèlement mais aussi constitutionnellement, une première présentation de ce travail issu de ces rencontres et échanges avec les CAARUD franciliens dans le cadre des 4èmes Rencontres Nationales de la Réduction des Risques liés aux usages de drogues, forum lors duquel la parentalité et la périnatalité des personnes usagères de produits psycho actifs ont été abordées[5].
Afin d'approfondir davantage sur ces questions au cœur de notre projet CAARUD, l'initiative a été prise de profiter de la tenue d'un stand lors de ce forum – et donc de la rencontre avec une multitude de professionnels – pour recueillir leurs besoins et leurs pratiques quant à ces problématiques[6].
Les résultats ont permis de rendre le recueil plus riche et ainsi d'affiner notre analyse des besoins et des actions à prévoir.

2.3.5 Le séminaire « Equipe mobile parentalité-addictions »

Lors des appels à projets MILDT-DGS de 2010 et de 2011, possibilité était donnée de mettre en place une "équipe mobile parentalité-addictions". Trois équipes ont ainsi vu le jour : Le Fil Rouge

[5] « *Parentalité, périnatalité et usage de drogues : quelles problématiques, quel accompagnement ?* », 4èmes Rencontres Nationales de la Réduction des Risques liés aux usages de drogues, AFR, Paris, 25 et 26 octobre 2012.
[6] Au moyen d'un questionnaire réalisé par l'équipe du DAPSA en charge du projet CAARUD. Voir annexe 10.

(association AMPTA à Marseille) en 2010, l'équipe mobile de Charles Perrens à Bordeaux et l'équipe mobile de Boucebci (hôpital Avicenne à Bobigny), en 2011.

Il nous a paru intéressant de recueillir au début de cette pratique les réflexions des intervenants de ces différentes équipes. Grâce à l'appui de la DGS et de la MILDT, un séminaire de deux jours s'est tenu à Paris les 18 et 19 octobre 2012 afin de soumettre à la réflexion commune un certain nombre de points car la mise en œuvre d'un projet permet de le confronter à la réalité et suscite par là-même de nouvelles questions :
- penser une proposition de travail originale par son objet (travail sur la parentalité et l'addiction) et par ses modalités (équipe mobile et travail sur la demande de soin) ;
- repérer des éléments favorisant ou empêchant la synergie des acteurs présents auprès de ces familles ;
- jeter les bases d'une analyse de pratiques dans ce champ particulier (lien avec la justice, la confidentialité, la place des parents...).

Dans ce projet présenté ici, la question de la parentalité vient « bousculer » la question de l'addiction (l'inverse étant vrai également) : c'est le but de l'action que d'essayer de trouver un chemin pour ne pas laisser cette contradiction dans le silence, silence dans lequel et les parents et les enfants pourraient être enfermés.
Le Dapsa s'intéresse à la maternalité et à la paternalité des personnes adultes en difficulté, aux prises avec une dépendance pathologique, et parfois marginalisés. Mais il s'intéresse également aux enfants et à leur droit à être inclus dans le droit commun (ce sont des enfants « comme les autres »). Travailler au plus près de ceux qui sont le plus en difficulté avec les normes sociales s'inscrit dans la continuité de la mission du réseau.
Les équipes mobiles proposent une rencontre au nom de cette double contrainte -la parentalité et l'addiction- en amont de la demande de soins avec de co-construire un projet d'accompagnement pour les parents et/ou les enfants.
Travailler en articulant l'addiction parentale et la parentalité suppose d'articuler son travail à celui d'autres professionnels, dont les missions et les modes de fonctionnement sont éloignés voire en contradiction. C'est cette mise en tension qui doit permettre une dynamisation de la démarche de soins.

La mise en commun de ces questions permet de jeter les bases d'une réflexion clinique et organisatrice de tels dispositifs, nouveaux, sinon innovants, du moins dans le champ des addictions.
Etaient donc présentes à ces deux jours de travail : les équipes de Marseille, de Bordeaux et de Bobigny ainsi que l'équipe mobile du DAPSA et l'équipe mobile de l'antenne DAPSA 77.
Une présentation des premiers résultats de cette rencontre a été faite devant le groupe de travail "femmes" de la MILDT le 30 octobre 2012 (voir annexe 11).

Les actes seront disponibles en janvier 2013.

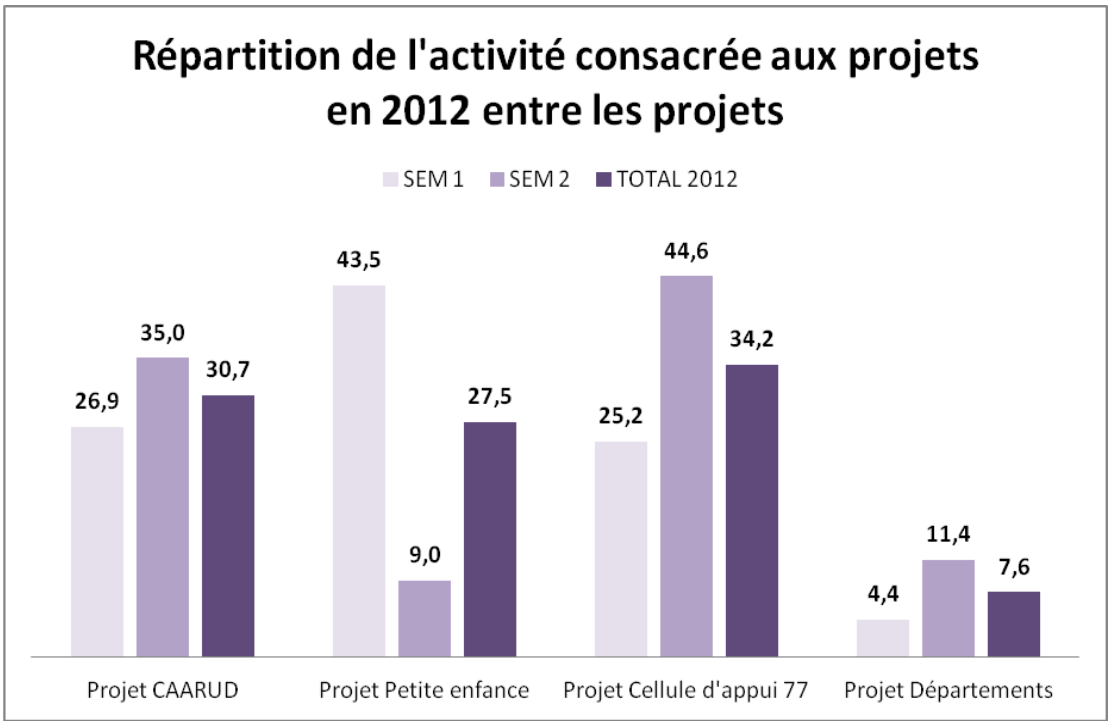
Tableau récapitulatif des activités réseau liées au projet et réalisées en 2012

TYPE D'ACTIONS	Type d'activités	Nombre	Partenaires(s)	Objet / Thème	Secteur(s) concerné(s)	Temps consacré (min.)
Projet CAARUD	Réunion de travail	1	CAARUD YUCCA	Rencontre dans le cadre du projet	Addictions	120
		2	CAARUD PROSES	Rencontre dans le cadre du projet	Addictions	300
		1	SIDA PAROLES	Rencontre dans le cadre du projet	Addictions	180
		1	CAARUD Emergence 77	Rencontre dans le cadre du projet	Addictions	120
		1	Les Suprêmes	Rencontre dans le cadre du projet	Addictions	120
		1	FREESSONNE	Rencontre dans le cadre du projet	Addictions	240
		1	CAARUD CSAPA EGO	Visite dans le cadre des suprêmes	Addictions	60
		1	CAARUD 77 SUD	Rencontre dans le cadre du projet	Addictions	300
		1	FIRST	Rencontre dans le cadre du projet	Addictions	120
	Total Réunion de travail	10				1560
	Groupe d'expertise	2	Les Suprêmes	Groupe de travail femmes	Addictions	210
		1	CAARUD NORD EST PARISIEN	Groupe de travail	Addictions	120
		1	Tous les CAARUD rencontrés pour le projet	Rendu du travail de relevé des besoins	Addictions	120
	Total Groupe d'expertise	4				450
TOTAL Projet CAARUD		14			33,5 heures	2010
Projet Cellule d'appui 77	Réunion de travail	1	ASE 77 Montereau	Présentation de la cellule 77	Petite Enfance	360
		1	CAMSP Fontainebleau	Présentation réciproque	Petite Enfance	240
		1	La Rose des Vents	Présentation de la cellule 77	Hébergement	120

		1	Centre Hospitalier de Meaux - Secteur psychiatrie	Présentation de la cellule 77	Psychiatrie	60
		1	CSAPA Hévéa	Présentation de la cellule 77	Addictions	120
		1	CSAPA Le Carrousel	Présentation de la cellule 77	Addictions	60
		1	Réseau Pays Briard	Rencontre	Obstétrique / Périnatalité	150
	Total Réunion de travail	7				1110
	Groupe d'expertise	1	Cellule 77	Comité de pilotage 77	Entre deux	120
		3	DAPSA	Formation membres cellule 77	Entre deux	300
	Total Groupe d'expertise	4				420
	Formation / Intervention	1	DAPSA	Formation Sage-femme 77	Entre deux	5 journées*
TOTAL Projet Cellule d'Appui 77		12			60,5 heures	3630
Projet Départements	Réunion de travail	2	Conseil Général 91	Développement de la cellule d'appui 91	Institutionnel	180
		1	Conseil Général 93	Développement de la cellule d'appui 93	Institutionnel	180
		1	Observatoire 93	Rencontre antenne 93	Institutionnel	120
	Total Réunion de travail	4				480
	Colloque / Invitation	1	Conseil Général 91	Les Assises de la Santé	Institutionnel	420
TOTAL Projet Départements		5			15 heures	900
Projet Prévention Précoce Petite Enfance	Réunion de travail	1	PSA Chemin vert	Réunion sur le projet d'accompagnement alternatif au centre maternel	Social	120
		1	Fondation de France	Echanges sur l'appel à projet	Institutionnel	120
		1	DFPE	Présentation du projet	Petite Enfance	90
		2	DAPSA	Comité de pilotage du projet	Petite Enfance	210

		1	ASE Paris	Rencontre et présentation du projet	Petite Enfance	120
		1	ASNR	Rencontre et présentation du projet	Petite Enfance	180
		2	HAD Pédiatrique	Rencontre et présentation du projet	Petite Enfance	270
		1	Maternité Pitié Salpêtrière	Rencontre et présentation du projet	Obstétrique / Périnatalité	120
TOTAL Projet Prévention Précoce Petite Enfance		10			20,5 heures	1230
TOTAL GLOBAL Projets DAPSA		**41**			**129,5 heures**	**7770**

Les graphiques suivants (en %) illustrent et détaillent donc la part qu'occupe cette activité spécifique par rapport à l'activité générale et suivant les différents projets menés.



3 Les activités centrées sur le patient

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

Ce principe impose la modalité de fonctionnement suivant :

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

↓

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

↓

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

Typologie des demandes et problèmes repérés

↓

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

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

Typologie des propositions d'interventions

↓

Mise en place du PIP

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

↓

Analyse de la situation (trimestrielle)

↙

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

↓

ARRET de l'INTERVENTION

↘

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

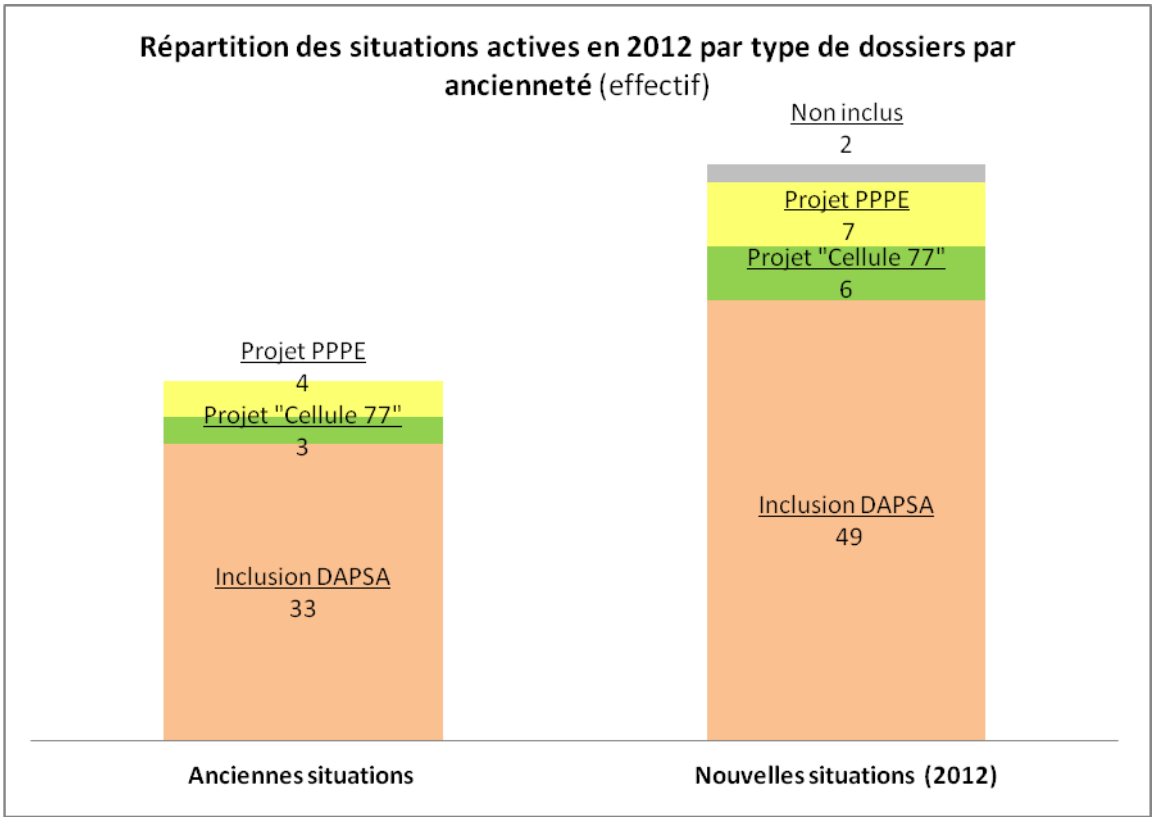
↓

POURSUITE DE L'INTERVENTION

3.1 Les situations prises en charge

3.1.1 Caractéristiques de l'exercice 2012

Au cours de l'année 2012, on comptabilise 104 situations cliniques (= dossiers actifs = file active) traitées et/ou prises en charge par le réseau DAPSA.



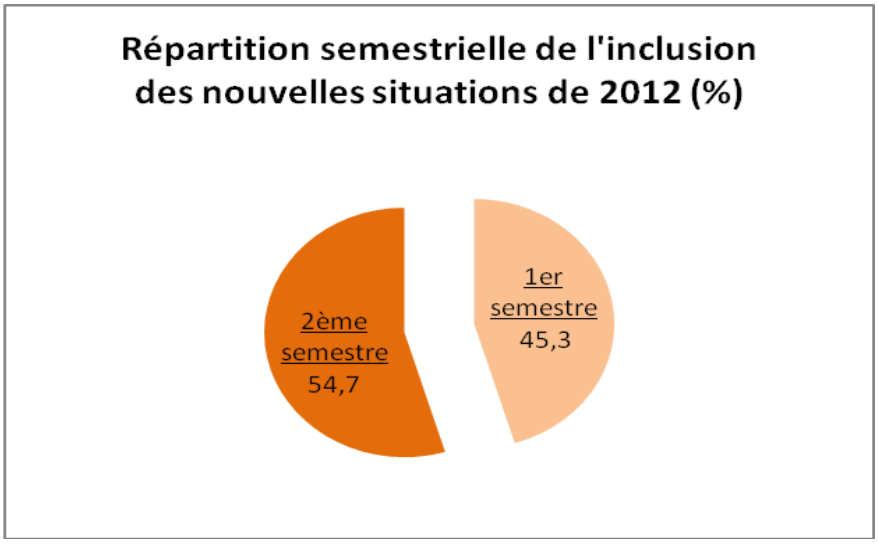
- **Nouvelles situations :** 64 demandes nouvelles ont été adressées au DAPSA en 2012 et ont fait l'objet d'une ouverture de dossiers.
  14 de ces situations ont été clôturées la même année[7].

Deux situations ne correspondent pas aux critères d'inclusion mais ont tout de même fait l'objet d'un traitement par l'équipe pour pouvoir orienter, car, une fois la demande réalisée auprès de l'équipe, un minimum d'investissement nous semble aller de soi (recherches, pistes de travail…).

Rappelons d'ailleurs que toutes les situations n'ont pas été prises en charge de la même manière, certaines faisant l'objet d'un accompagnement, tandis que d'autres se sont caractérisées par une veille active ou une orientation ou même par des réponses à des questions (cf ci-dessus).

Ces nouvelles situations représentent 61.5% de l'activité de 2012. On note une inclusion un peu plus importante au 2ème semestre (graphique).

[7] Indicateur à optimiser et peu renseigné. On retient cela dit 1 refus d'intervention, 2 orientations, et la majorité des situations clôturées suite à l'atteinte des objectifs qui peuvent être réalisés parfaitement, et par définition, dans un laps de temps court (perspective d'accès aux soins).



- **Parmi toutes les situations actives** :

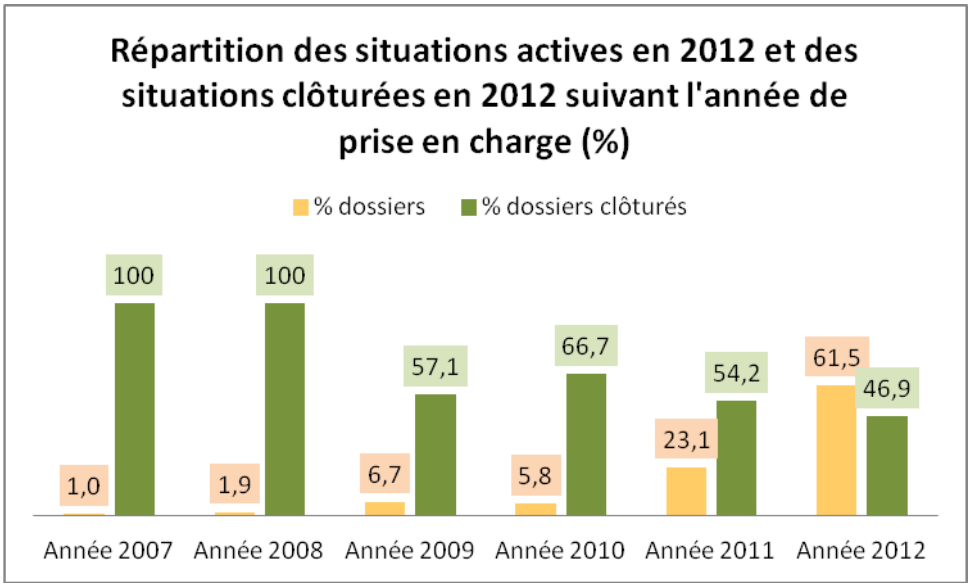
Voici comment se répartissent les situations d'après l'année de prise en charge :

Répartition des situations actives en 2012 suivant l'année de prise en charge (%)

ANNEE	Total	%
Année 2007	1	1,0
Année 2008	2	1,9
Année 2009	7	6,7
Année 2010	6	5,8
Année 2011	24	23,1
Année 2012	64	61,5
Total général	104	100,0

On comptabilise un nombre de 52 dossiers clôturés[8] au cours de l'année 2012, parmi lesquels les dossiers les plus anciens datant de 2007 et de 2008.

[8] Voir note 3. Sur l'ensemble des dossiers actifs clôturés, on note 1 refus d'intervention, 4 orientations, 6 patients « perdus de vue » et 2 professionnels demandeurs « perdus de vue » (sans nouvelles). Là aussi, la majorité des situations clôturées s'expliquent par des objectifs atteints.

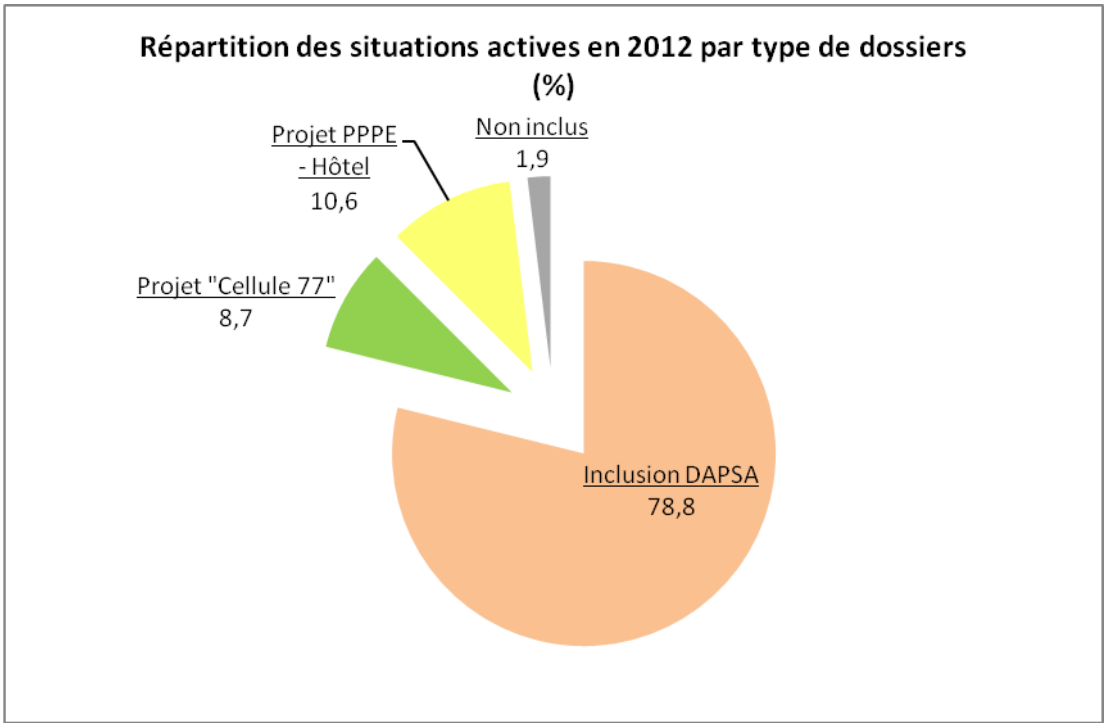


De manière logique, et approximativement, on constate que moins l'année est récente et plus le nombre de dossiers clôturés augmente : **l'activité du DAPSA s'inscrit bien dans une perspective d'accès aux soins et n'a pas vocation à s'inscrire de manière pérenne dans le parcours de prise en charge des usagers**[9]. Ainsi, 80% des situations sont prises en charge pour une durée inférieure à 12 mois ; le suivi dure moins de 6 mois pour près de 65% des situations. Par ailleurs, ce sont 22% des nouvelles situations qui ont été clôturées la même année.

Répartition de la durée de suivi des situations traitées et clôturées en 2012

Période	Effectif	%
0 - 6 mois	35	64,8
7 - 12 mois	8	14,8
13 - 18 mois	1	1,9
19 - 24 mois	3	5,6
25 - 30 mois	1	1,9
31 - 36 mois	3	5,6
< 36 mois	3	5,6
TOTAL	54	100,0

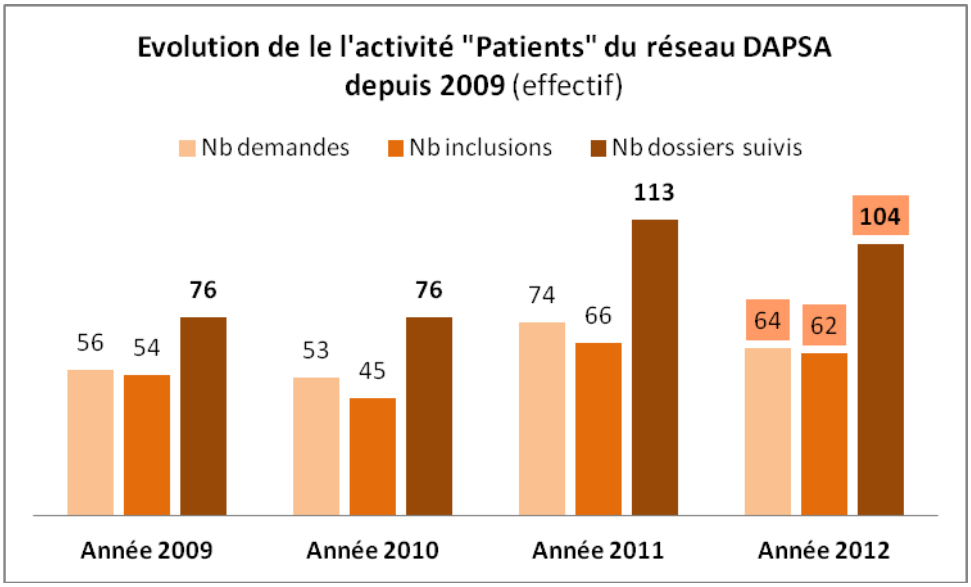
[9] La durée moyenne de prise en charge est de 9,5 mois, ce chiffre étant cela dit peu significatif puisque la durée de suivi des situations est très variable : elle va de 0 (pas de suivi mais recherche ponctuelle d'orientations ou d'informations) et a pu aller cette année jusqu'à plus de 2 ans.



Nous verrons par la suite, dans la partie consacrée au travail autour de ces situations, que ces projets incluent pour certaines situations une intervention auprès des patients, les équipes mobiles faisant alors l'objet d'un financement à part (les EMEO auprès de Parisiens sont financées par la DFPE[10]).

L'analyse annuelle des dossiers démontre cette année encore le surcroît d'activité auquel a du faire face le réseau et qui a déjà été observé l'an passé avec un nombre de demandes, un nombre d'inclusions et un nombre de dossiers suivis qui se sont amplifiés par rapport aux exercices précédents.
Plusieurs hypothèses sont valables : l'inscription du réseau –de plus en plus assise– dans les différents secteurs concernés (milieu des addictions, de la petite enfance, milieu hospitalier, secteur social,…) ; la connaissance du DAPSA grâce au temps et au bouche à oreille ; une attention plus grande avec les années à un travail en réseau ; une visibilité de la problématique de l'addiction à l'alcool…

[10] L'action EMEO financée par la DFPE et qui s'adresse aux familles résidentes dans le département de Paris (75) fait l'objet d'un rapport d'activité spécifique.



3.1.2 Caractéristiques des demandes

Les nouvelles situations incluses en 2012 ont à leur tour fait l'objet d'une analyse –actualisée– en terme de demandes : qui nous adresse les situations ? et pourquoi ? comment se caractérisent les signalements réalisés auprès du réseau ? pourquoi et pour qui fait t'on appel au DAPSA ?

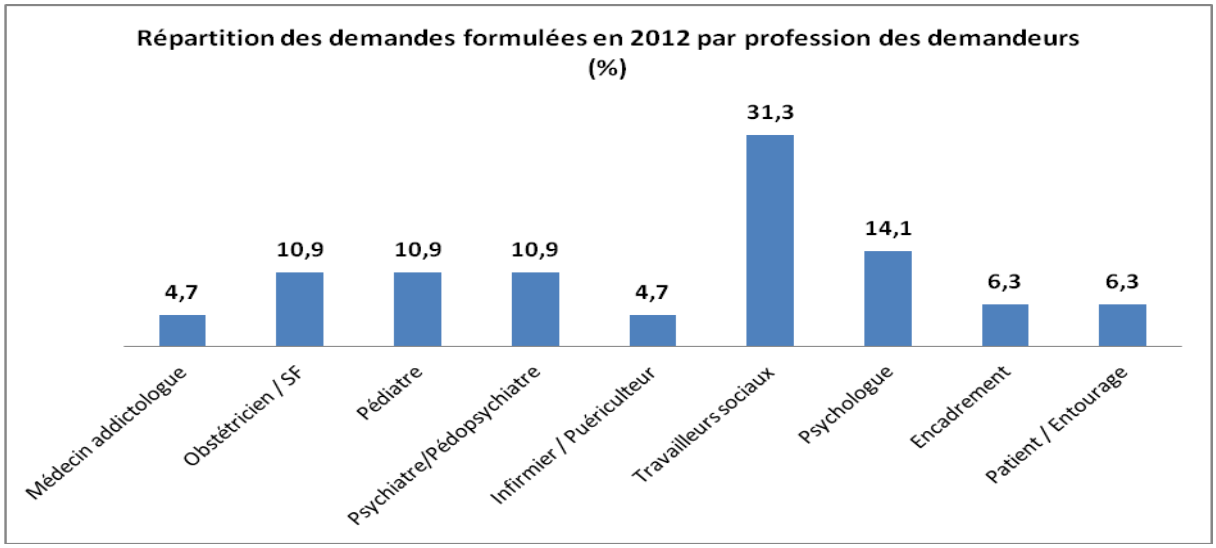
Cela nous permet également de savoir qui sont nos partenaires sur le plan clinique, et dans quels secteurs et structures le réseau dispose d'une visibilité et d'une certaine reconnaissance ; et d'identifier aussi cette reconnaissance.

(Ces calculs ne concernent donc pas la « file active » qui inclut des groupes familiaux issus des situations introduites les années précédentes et qui sont encore en cours).

3.1.2.1 Origine des demandes

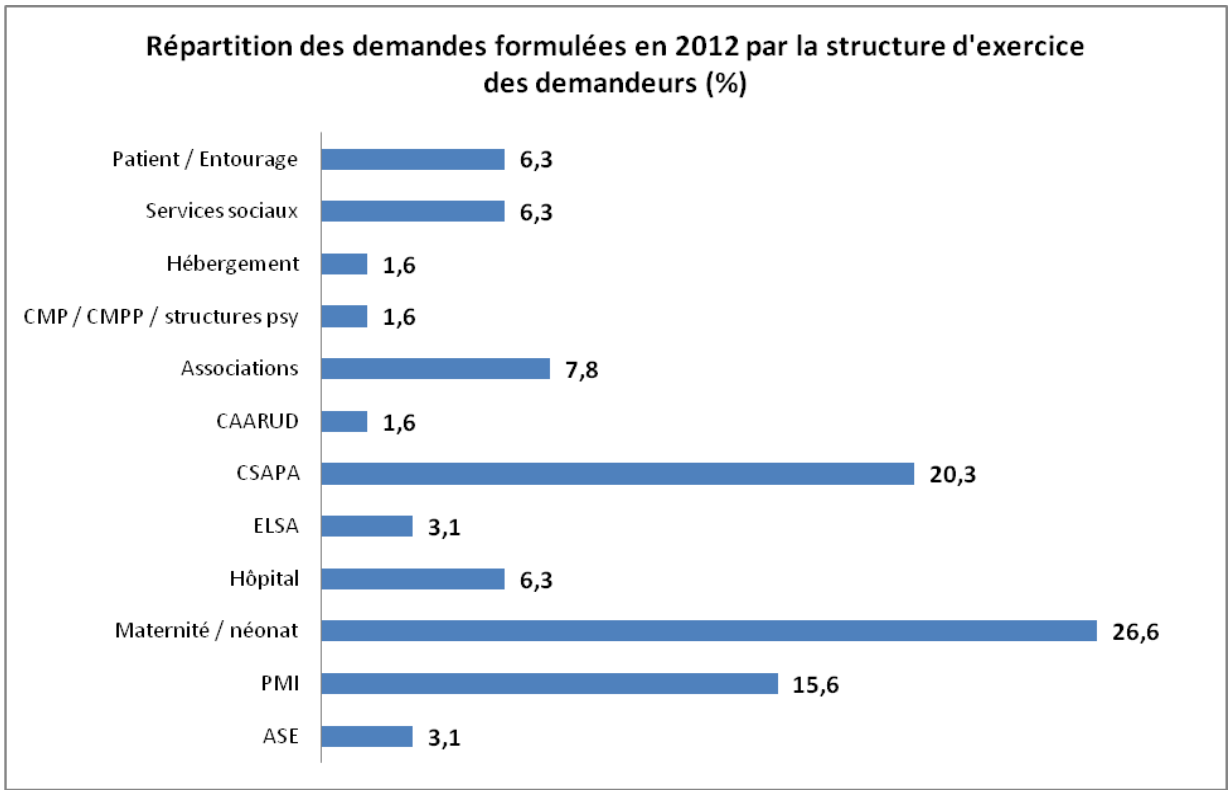
On constate, comme les années précédentes, que les travailleurs sociaux sont nombreux à faire appel au réseau (31% des demandeurs), et plus particulièrement les assistantes sociales (65% des travailleurs sociaux) : en effet, il est de tradition que ces professionnels soient chargés du lien avec l'extérieur.
C'est particulièrement vrai en milieu hospitalier : c'est l'assistante sociale qui est chargée de préparer la sortie et c'est à elle qu'incombera, le cas échéant et le plus souvent, de rédiger une information préoccupante si l'équipe estime que l'enfant court un risque. De plus, les AS peuvent plus facilement sortir des murs de l'hôpital et participer à ce titre, aux rencontres de concertation pluridisciplinaires en ante et en post natal.

En tant que réseau de santé, le DAPSA intervient essentiellement pour répondre aux besoins des professionnels déjà présents auprès d'un groupe familial. Cependant, il répond également à la demande des patients eux-mêmes ou de leur entourage familial ou amical, même si cette demande est actuellement exceptionnelle : en 2012, on relève que ce sont 4 patients ou personnes de leur entourage qui ont fait appel directement au réseau.



Certaines structures sont plus représentées que d'autres et trouvent leur résonnance dans l'historique des relations du réseau et de sa construction.
De façon assez logique, les structures les plus représentées sont les maternités/néonatologies (26,6%), puis les CSAPA (20,3%), puis les PMI (15,6%), structures et institutions appartenant aux deux champs bien différents qu'implique la problématique grossesse/parentalité et addictions.

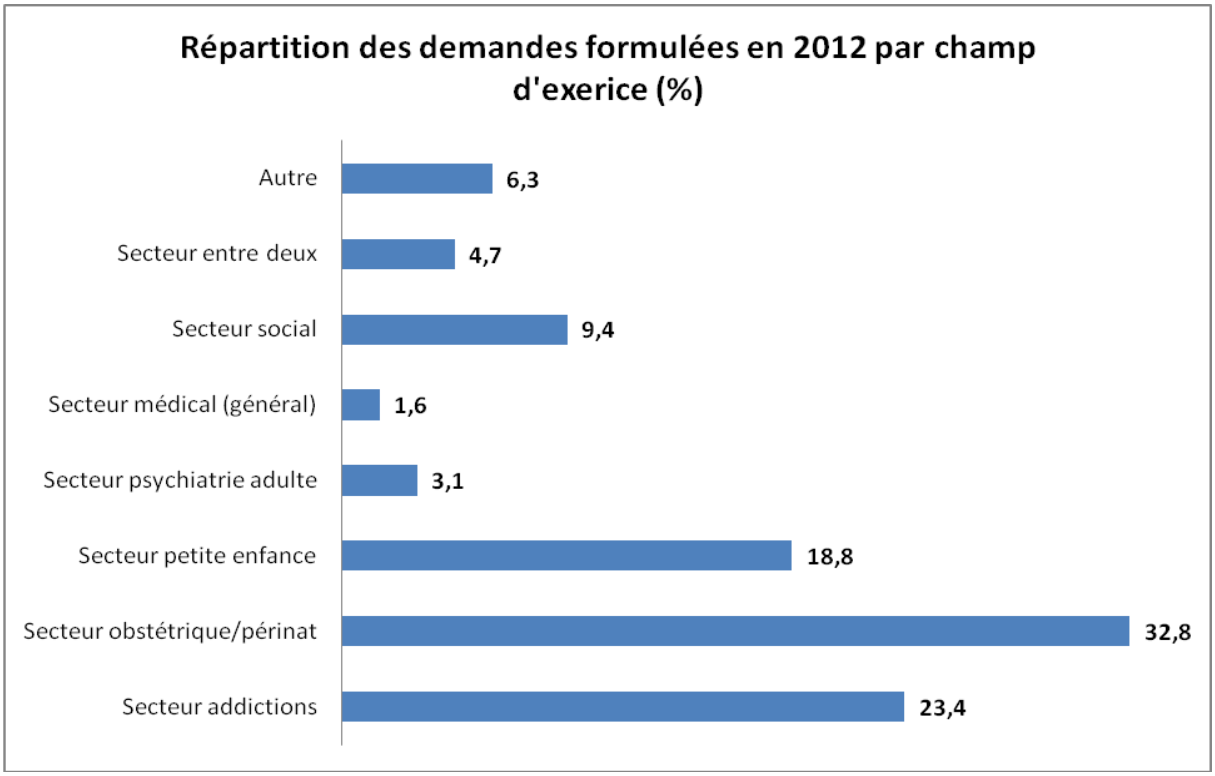
Cela dit, au fur et à mesure de l'évolution du réseau, d'autres champs pouvant être concernées par ces problématiques, de manière directe ou même indirecte, apparaissent (hébergement, ASE, services sociaux…).



Représentativité professionnelle, institutionnelle et disciplinaire qui témoigne de l'activité pluridisciplinaire du DAPSA qu'impose la prise en charge du réseau fondée sur une problématique de l' « entre-deux ».

Le secteur « entre-deux » est apparu l'an passé pour mieux signifier cet entremellement de champs différents qui caractérise certaines structures (à l'image du DAPSA) où l'activité ne peut pas être délimitée comme c'est fait habituellement, et met en présence/ fait intervenir différentes disciplines.

Il nous semblait donc important de montrer la répartition des demandeurs par champs d'exercice :



Le choix a été fait de définir également ces demandes à travers l'analyse géographique (départementale) des situations signalées.
En effet, étant donné la mobilité de certains patients, il nous a semblé plus pratique et plus concret de s'appuyer sur la domiciliation du professionnel demandeur, la proximité géographique constituant un facteur intervenant dans la relation patients / professionnels.
De même, le contexte actuel et la période de crise en matière de logements en Ile-de-France biaise les observations, des patients pouvant se retrouver dans des hébergements situés en banlieue parisienne, petite ou grande couronne (expulsion prévue, sortie problématique d'un centre maternel, hôtels plus ou moins adaptés à la présence d'un enfant, modes de financement des hôtels par l'ASE, etc.…).

Cette analyse départementale apparaît d'autant plus pertinente à cette échelle qu'elle nous permet d'objectiver l'impact de nos actions dans le cadre de la départementalisation.
C'est un indicateur pour notre activité « réseau » afin d'évaluer le travail partenarial.

Répartition des demandes initiales formulées en 2012 par domiciliation départementale du demandeur

Département	Total	%

Paris	28	43,8
Région Parisienne	21	32,8
Département 77	10	15,6
Département 92	4	6,3
Département 93	5	7,8
Département 94	2	3,1
Province	2	3,1
Non identifié	13	20,3
Total	64	100,0

On peut voir qu'au fur et à mesure des années, le poids des départements franciliens autres que Paris augmente progressivement.

La représentativité du département de Seine-et-Marne (77) s'explique majoritairement par l'action entreprise dans le cadre du projet « Cellule d'appui 77 ».
La situation en matière de logements peut contribuer à augmenter la représentativité francilienne (hébergements en banlieue) ; citons ici l'exemple de situations prises en charge dans le cadre du projet « Prévention Précoce Petite Enfance – Hôtel » signalées par des professionnels parisiens et suivies par l'équipe mobile amenée alors à se déplacer en grande couronne, l'hébergement en Hôtel par le Samu social ne pouvant être plus proche.

La capitale reste surreprésentée avec l'ajout des « non identifié » qui correspond, à l'échelle des patients, à une absence de résidence définie (S.D.F., squat, Hôtel…) et pour lesquels la demande provient majoritairement des professionnels parisiens (sur Paris, concentration de professionnels et d'infrastructures sanitaires et sociales, existence de professionnels avec expertise spécifique, …).

3.1.2.2 Nature des demandes

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

Répartition des demandes initiales formulées par motif(s) de recours

Motif(s) de recours	Effectif	%
Information/recherche/orientation	26	32,9
Analyse de situation suite appel direct	11	13,9
Analyse de situation en réunion institutionnelle	8	10,1
Intervention directe (EMEO)	25	31,6
Travail de coordination	9	11,4

Pour ce qui concerne les demandes formulées en 2012, 15 situations ont fait l'objet d'une double sollicitation, les motifs des appels les plus fréquents étant une demande d'information et/ou une demande d'intervention de l'équipe mobile, **le réseau DAPSA se caractérisant alors par une certaine expertise qui lui est propre.**
Notons aussi l'agmentation du recours au DAPSA pour une analyse de situation par rapport à l'année précédente.

3.1.3 Caractéristiques des populations accueillies

Voyons maintenant les caractéristiques des patients concernés par les situations de 2012 afin d'illustrer et de mieux visualiser l'activité du réseau DAPSA.

Rappelons que l'année 2012 a centralisé 64 nouvelles situations. Pour éviter l'aridité de la lecture, les chiffres sont calculés par groupe familial et l'analyse présentée par situation.

(Ces calculs concernent essentiellement les nouvelles situations incluses en 2012 –chaque rapport d'activité annuel analysant les caractéristiques des populations accueillies l'année concernée ; se reporter aux années précédentes).

3.1.3.1 Configurations familiales

La prise en charge du DAPSA s'adresse à des groupes familiaux puisque comme l'indique l'objet de notre activité, nous sommes bien dans une problématique de parentalité qui inclut la plupart du temps plusieurs personnes (le ou les parents, le ou les enfants, …).

Les compositions familiales sont très diverses d'autant que la notion de « couple » est assez fluctuante, que le compagnon n'est pas toujours le père désigné, ou plutôt que le père désigné n'est pas toujours le compagnon, que la cohabitation n'est pas forcément la règle, que la domiciliation et le domicile ne sont pas automatiquement liés, que… [11]

Précisons que cette typologie tente d'approcher au plus près la réalité sans toutefois la décrire totalement, celle-ci ne pouvant être rendue par définition que très impartialement : informations aléatoires, partielles, absentes, erronées, différentes et interprétées différemment suivant les personnes…, autant de facteurs nous obligeant à rester prudent dans l'analyse des situations suivies.

Le recueil de données obtenues nous permet d'avoir un aperçu de ce qui peut être donné à voir :

Répartition des situations de 2012 suivant le groupe familial identifié
(%)

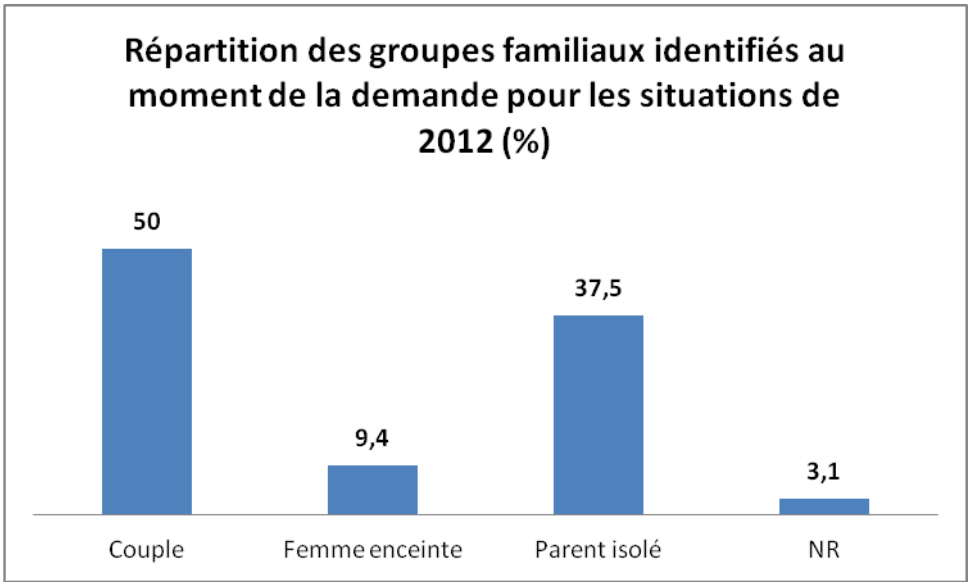
[11] Quelques illustrations de situations où la réalité est plus complexe : parfois, la sortie de maternité de la mère et du bébé n'est acceptée que si celle-ci est admise dans un lieu de soin « mère-enfant » d'où le père est exclu et donc, d'une certaine façon, privé de paternité ; la future mère et le futur père peuvent vivre chacun dans leur famille respective et l'arrivée de l'enfant va poser le problème du choix du domicile (sachant que les accueils en CHRS pour couples avec enfant et problèmes d'addiction restent difficiles voire impossibles en Ile-de-France).

Groupe familial	Total	%
Couple	**32**	**50**
Couple avec enfant(s)	***18***	***28,1***
femme enceinte avec conjoint	5	7,8
Couple avec femme enceinte avec enfant(s)	8	12,5
Couple seul	1	1,6
Femme enceinte	**6**	**9,4**
Femme enceinte	3	4,7
Femme enceinte avec enfant(s)	2	3,1
Femme enceinte seule (enfant(s) hors dom)	1	1,6
Parent isolé	**24**	**37,5**
Mère avec enfant(s)	***17***	***26,6***
Mère seule (enfant(s) hors dom)	5	7,8
Père avec enfant(s)	2	3,1
Non identifié*	2	3,13
Total général	64	100

** Information non connue ; dans ce cas précis, situations intervenues fin décembre et pour lesquelles beaucoup de choses n'avaient pas eu le temps d'être identifiées.*

Les configurations familiales restent, dans les grandes lignes, assez similaires d'une année sur l'autre, avec la prédominance des « mères avec enfant(s) » et des situations concernant un « couple avec enfant(s) ».

Cela dit, on constate que la présence de couples dans les situations est un peu plus importante d'année en année ; cela peut être d'ailleurs un des facteurs qui explique la même tendance d'augmentation que l'on constate pour les situations impliquant des pères.

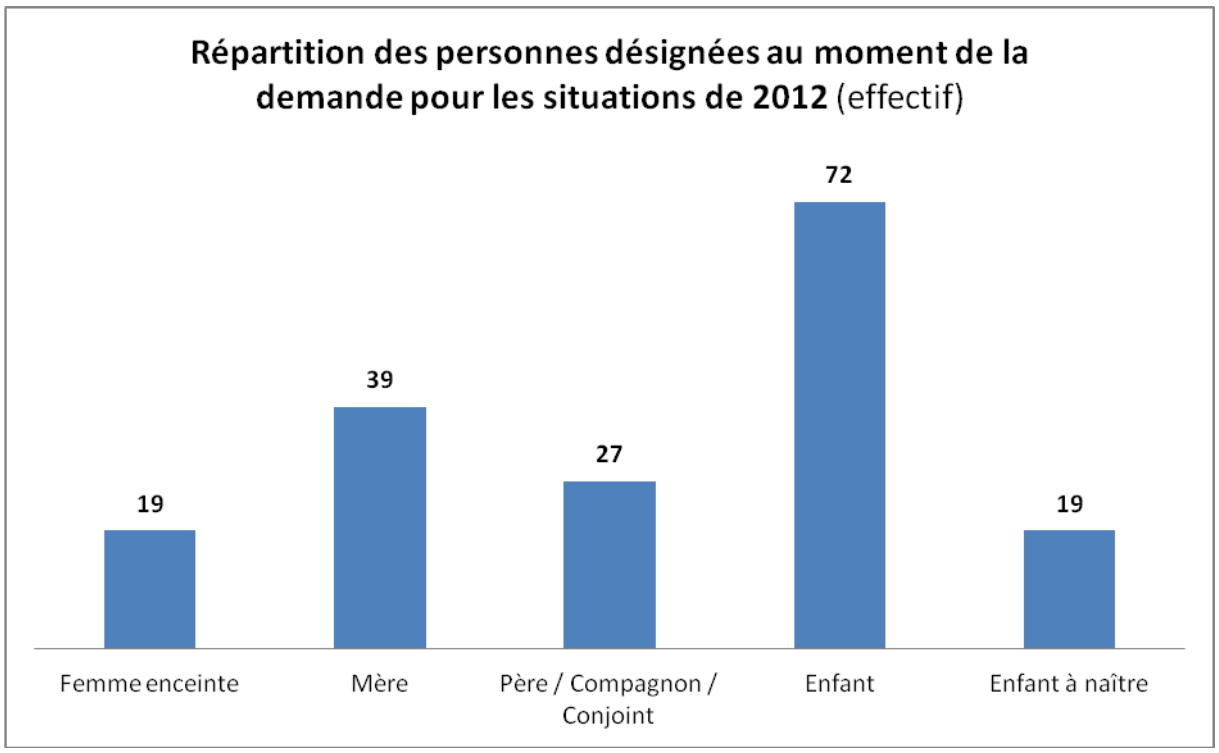


Il y a donc souvent plusieurs personnes concernées, qu'elles soient intégrées au groupe familial (noyau familial)… ou non : d'autres adultes sont aussi très présents dans les problématiques

exposées (grands-parents maternels et paternels, en couple ou séparés, voire remariés, des tantes ou des cousines, des amis…)[12].

Ce décompte ne rend qu'imparfaitement compte de l'organisation réelle des différents configurations et implications familiales, sur lesquelles on ne peut pas tout savoir non plus : l'item « autres personnes concernées » est très difficile à remplir et d'autant plus par rapport à l'identification du degré d'implication de ces personnes. C'est aussi pourquoi il est parfois très difficile de dissocier le statut de compagnon/conjoint à celui du père, l'information n'étant pas forcément connue[13].

Afin d'affiner cette réalité, il a été décidé de spécifier et de distinguer le groupe familial de la personne désignée, les personnes n'étant pas impliquées de la même manière et à un même niveau. Le ou les personnes désignées correspondent aux personnes pour lesquelles les professionnels font appel au DAPSA… bien que parfois cela ne représente pas vraiment la réalité. D'autres personnes qui peuvent aussi être concernées mais non désignées, ou bien désignées mais non concernées, etc.



Les enfants apparaissent comme les personnes les plus désignées (personnes les plus vulnérables par définition ? identification du réseau et signalement par les partenaires de la petite enfance ? développement du projet « prévention précoce petite enfance » ?).

La désignation des (futurs) pères, qui augmente cette année, est corrélée avec le nombre de situations concernant les couples. Evoquons ici l'indissociation volontaire du père du compagnon ou conjoint étant donné qu'il est objectivement difficile pour certaines situations de connaître le statut véritable de l'homme concerné et en présence.

[12] Dans le tableau de bord annuel, seules les personnes désignées et concernées sont prises en compte, la comptabilité des membres de l'entourage étant trop complexe.
[13] Malgré les tentatives d'amélioration des indicateurs.

Pour clore ce chapitre sur les configurations familiales, n'oublions pas la présence non rare d'animaux de compagnie surinvestis mais dont la cohabitation avec un bébé dans des espaces exigus peut inquiéter certains professionnels.

3.1.3.2 Identités sociales des personnes désignées

Le suivi des patients peut être réalisé de deux façons : le travail de coordination auprès des partenaires peut être complété d'une prise en charge effectuée par l'équipe mobile d'évaluation et d'orientation.

Dans ces deux cas, le suivi n'intègre pas un relevé précis d'informations concernant les patients qui nous dévoilent ce qu'ils ont envie de nous dévoiler, de même que les partenaires avec lesquels nous travaillons qui nous délivrent ce qu'ils ont envie de nous délivrer.

Les indicateurs été conçus afin de recueillir des informations permettant de mieux connaître la population prise en charge mais ne ce recueil n'est pas l'objectif premier.

Ainsi, nous avons mis en place, il y a peu, deux indicateurs concernant les femmes enceintes : le terme de grossesse et le poids des nouveau-nés. A cette date, ils sont peu remplis car nouveaux, mais peut-être aussi trop spécifiques, ces informations étant par définition généralement peu ou mal retenues par les mamans elles-mêmes de manière générale, et encore plus lorsqu'elles sont confrontées à des problèmes divers.

Au niveau de l'activité professionnelle des patients, c'est aussi une information peu recueillie (27% et peut-être biaisé par les situations de « sans emploi » plus facilement retenues et qui sont majoritairement citées).
L'âge des personnes désignées est partiellement connu (63%). On constate : une moyenne d'âge de 24 ans, expliquée par un nombre important de personnes âgées de moins de 20 ans et de personnes âgées de plus de 30 ans (la part des 35-39 ans est la plus importante).
Voici la répartition observée (toute relative du fait du manque d'exhaustivité des données) :

Répartition des situations de 2012 d'après l'âge recueilli des personnes désignées

Tranches d'âge	Total	%
enfants	4	6,3
<20	***7***	***10,9***
20-24	5	7,8
25-29	3	4,7
30-34	8	12,5
35-39	***9***	***14,1***
>40	4	6,3
NR	24	37,5
Total	64	100

Le mode de résidence et d'hébergement des patients est un indicateur mieux rempli (19% non identifié) : cela se justifie notamment car les problématiques de logement sont des problèmes qui interfèrent de manière inéluctable dans le parcours de vie déjà problématique sur certains aspects

des patients, et pouvant alourdir la complexité des situations. Cette information est donc souvent connue.
Si le DAPSA n'assure pas la prise en charge sociale, la question du logement est à prendre en compte, et il faut reconnaître que les problèmes sociaux interfèrent dans le soin.
L'hébergement est considéré ici comme un outil de travail et non comme une finalité, d'autant plus dans ces situations de dyades (mères-enfants) où la question du logement est un préalable nécessaire pour le lien mère-enfant : comment travailler les interventions précoces si le groupe familial ne sait pas où dormir ?

Autonome	Tiers (amis, famille…)	Centre maternel / Appartement thérapeutique	Hôtel / CHRS	Squat - S.D.F	Non identifié
25	10	3	8	6	12
39,1%	15,6%	4,7%	12,5%	9,4%	18,8%

On note que pas mal de situations sont concernées par un mode de résidence spécifique (hors logement indépendant et autonome) : les situations prises en charges sont caractérisées par un entremêlement des problèmes de différents ordres.
Relevons aussi que 30% des femmes enceintes vivent dans un endroit précaire (constat qui se recoupe avec la tendance relevée par le SAMU quant à une présence de plus en plus importante de femmes enceintes vivant dans la rue).

Un autre type d'indicateur social existe mais n'est pas exploitable car non renseigné dans les dossiers du DAPSA : l'item « couverture maladie » (42%).
Le plus souvent, les adultes font l'objet d'un suivi social de droit commun dans lequel le DAPSA n'a pas à interférer, sauf si cet aspect prend le pas dans le cadre de la coordination des soins.
Ce type d'informations reste secondaire dans le travail d'accompagnement des patients.

3.1.3.3 Troubles repérés

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

Ces troubles s'inscrivent dans la problématique parentalité/grossesse et addictions et peuvent concerner la consommation de produits psycho-actifs et les problèmes annexes tels que les problèmes psychiatriques, mais aussi la relation mère-enfant, ou d'autres problématiques familiales telles que les violences conjugales ou intrafamiliales.

Nombre de situations de 2012 caractérisées par les trouble(s) repéré(s) faisant l'objet de la demande du professionnel	
Trouble(s) repéré(s)	Total
SPA - alcool	***22***

SPA - cannabis	8
SPA - cocaïne et crack	3
SPA - opiacés	2
SPA - psychotropes	4
Troubles psychiques	***20***
TSO	6
Violence	3
Autre	9

Plusieurs troubles ou problématiques peuvent être repérés, et c'est le cas dans près de 39% des situations qui se caractérisent le plus souvent par des poly consommations (50%) où l'alcool est généralement une composante de la consommation problématique ou principale (voir ci-dessous) ; mais aussi par les troubles psychiques et des violences qui accompagnent très souvent (et systématiquement dans le cas des violences qui n'apparaissent jamais comme un problème isolé) d'autres troubles liés aux SPA.

Depuis 2010, il est en effet constaté l'augmentation de situations concernées par ce trouble auquel on accorde d'ailleurs l'augmentation du nombre de situations prises en charge et l'augmentation de l'activité du réseau.

Et ce d'autant plus que ce produit est très souvent associé à la prise et à la dépendance d'autres produits, et peut aussi être associé à d'autres conduites problématiques et/ou pathologiques : ce trouble est systématiquement cité en 1er lieu lors de la demande, et se trouve rarement isolé.
Cette augmentation peut être comprise comme impact de la sensibilisation effectuée auprès des professionnels médico-sociaux sur ce produit spécifique (légal, culturel, « légitime » par rapport aux autres SPA et difficile à aborder pour les professionnels). Mais aussi à cause de la gravité des effts de l'alcool sur le fœtus tout au long de la grossesse.
Les autres SPA occupent une part minoritaire et évoluent de manière inverse avec ce que l'on peut constater en matière de consommation d'alcool (réseau non repéré par rapport à l'addiction ? personnes dépendantes aux drogues illicites « dures » non considérées comme des parents ? tendance en France d'une diminution réelle de ces consommations ?...) : le cannabis est évoqué dans près de 13% des situations (avec l'alcool lorsqu'il apparaît en poly consommation) ; la consommation de psychotropes intervient dans 6% des situations ; en dernier lieu, on note 3 situations faisant état d'une consommation de cocaïne ou crack et 2 situations quant à un usage d'opiacés, ces consommations concernant la plupart du temps les autres personnes concernées de l'entourage de la personne désignée ; celle-ci est davantage concernée par un traitement de substitution aux opiacés (6 situations soit 9% de l'ensemble des situations).
On peut se demander d'ailleurs si la substance repérée, celle qui fait "appel", n'est pas celle la plus présente dans le discours médiatique…

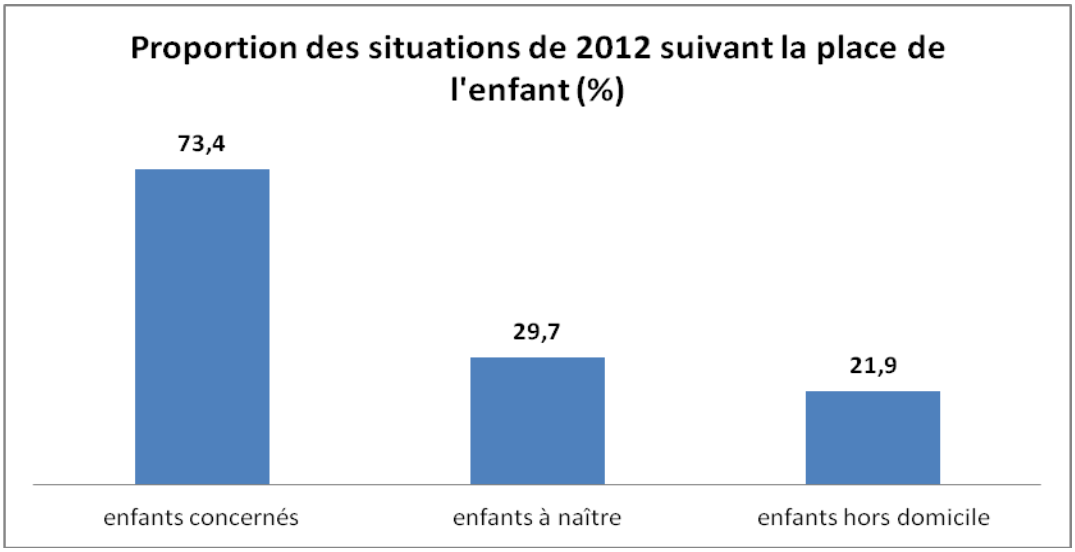
On constate aussi, et encore si l'on se réfère à 2011, un nombre non négligeable de situations où sont repérés les troubles psychiques qui apparaissent dans 20 situations, soit dans 31% des situations de 2012 suivies par le DAPSA.
L'item « troubles psychiques » est volontairement imprécis et peut concerner différents types de pathologies : problèmes psychiatriques, dépression,… Cela indique le souci des professionnels qui « sentent » bien les difficultés auxquelles ils vont devoir faire face pour une prise en charge coordonnée.

Historiquement, les troubles retenus notés portent sur les consommations de SPA ; les items concernant d'autres problématiques en rapport avec la parentalité ont été moins développés et sont donc moins représentés ici. Ces troubles, plus isolés (ou moins repérés ?), apparaissent généralement sous la dénomination « autre » et centralisent les problèmes en lien avec l'enfant : maltraitance de l'enfant, troubles de l'enfant, santé de l'enfant, relation mère-enfant,…
Cet axe a été moins développé jusqu'à maintenant mais constitue un nouveau pan de travail que nous nous entacherons à développer en 2013 et qui s'inscrit de manière cohérente dans le projet PPPE. Notre prochain objectif pour l'année à venir sera d'intégrer des items plus larges qui prennent en compte et développent ces autres types de problématiques.

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

3.1.3.4 La place des enfants

Le groupe familial inclut par définition des enfants nés ou à naître. On estime ainsi (le mieux que l'on puisse en fonction des données disponibles et de ce que l'on sait) :



- Dans près de 73% des situations (47 situations), un ou des enfants sont concernés (c'est-à-dire motif de l'appel) ; on comptabilise 72 enfants concernés au total[14] pour les nouvelles situations ;

- Il y a une proportion similaire de situations qui concerne 1 enfant et de situations qui concernent 2 enfants.

Ainsi, dans 23 groupes familiaux, il s'agit du premier enfant, né ou attendu, en tout cas déclaré, … On peut en effet apprendre ultérieurement que l'un ou l'autre membre du couple a déjà des enfants qui ne vivent plus au domicile et souvent perdus de vue depuis quelques années.

[14] Ne sont pas pris en compte les enfants « hors domicile ».

Quatre situations concernent 4 enfants et plus. Le nombre de grandes fratries a augmenté, mais en réalité, c'est notre vigilance par rapport à cette question qui a changé. Dans le cadre de la coordination des soins, la prise en compte de la fratrie est un élément important de traitement de la situation, mais aussi de pronostic.

- Dans 4 situations il n'a pas été possible d'identifier le nombre, ou parfois même la présence, d'enfants ;

- 19 enfants sont à naître au moment de la demande (19 situations concernent des femmes enceintes) ;

- 14 situations font état d'enfants hors domicile au moment de la demande (soit approximativement 22 enfants), c'est-à-dire vivant avec un autre membre de la famille (autre parent, grands-parents…) et non avec le parent concerné, ou placé par les autorités compétentes (pouponnière, famille d'accueil, foyer).

Nous avons pris en compte la situation de l'enfant concerné (sauf pour les enfants à naître…) mais aussi celle de la fratrie, quand nous disposons de l'information.

Répartition des situations de 2012 où l'enfant concerné ne vit pas le parent concerné suivant son lieu de vie

	au domicile d'un autre membre de la famille	placement familial	pouponnière	en attente de décision	hospitalisation	NR
nb	1	4	5	3	2	7
%	5,3	21,1	26,3	15,8	10,5	36,8

n.b. : le recueil de cette information n'est pas exhaustif, l'abord de ce sujet n'étant pas anodin.

Au cours de la prise en charge la situation des enfants peut évidemment changer (dans le sens d'un retour au domicile, comme dans celui d'un placement).

Concernant l'âge des enfants, qui est l'âge au moment de la demande initiale, l'information a été retenue dans 34 situations (cette information est absente dans 15% des situations) ; et nous avons la connaissance de l'âge de 2 enfants pour 15 situations (tableau récapitulatif ci-dessous à interpréter avec précaution faute d'exhaustivité suffisante et du manque de l'exactitude des informations recueillies).
Effectivement, nous avons ajouté depuis l'an passé un 2ème item pour recueillir l'âge des enfants : comme nous l'avons vu, le nombre de situations où il y a la présence de plus d'un enfant est important. Il nous reste cela dit à améliorer le recueil de ces indicateurs (âge de ou des enfants concernés vs aînés, lieu de vie de ou des enfants concernés vs aînés, nombre d'enfants total,…) ; d'autant plus que notre préoccupation grandissante envers les très jeunes enfants nous amène à éprouver le besoin et l'envie d'approfondir sur le sujet.

Répartition des enfants concernés parmi les nouvelles situations de 2012 en fonction de leur âge au moment de la demande

0-3 mois	4-12 mois	13-24 mois	25-36 mois	> 3 ans	NR
14	9	6	7	13	23

La proportion de tout-petits (sorties de maternité) apparaît importante par rapport aux autres classes d'âge (constat d'une augmentation des dernières années), ce qui est aussi un signe de l'intérêt que les équipes de maternité et de PMI trouvent dans l'action du DAPSA. Après une période de "silence", les demandent s'accroissent, correspondant au repérage lié aux modes de garde.

L'âge des autres enfants du groupe familial suivi, même si non concernés dans la demande mais concernés inéluctablement par ce vécu familial est difficile à ne pas prendre en compte (argument de plus pour un recueil élargi des indicateurs concernant les enfants). C'est pourquoi il a aussi été relevé. Peu significatif étant donné que c'est une donnée peu connue et/ou remplie (enfants absents du foyer depuis longtemps, voire absents du discours parental)[15], on apprend tout de même que dans les fratries, 5 aînés ont moins de 3 ans, 17 au total ont moins de 10 ans. Précisons également que compte tenu de l'accroissement de la file active, certains indicateurs présents les années précédentes, ont été abandonnés. Ainsi, nous ne disposons plus de données repérables ur les grandes fratries (+ de 3 enfants)

Avant d'analyser le travail partenarial réalisé autour de ces situations cliniques, précisons que d'autres indicateurs ont été expérimentés afin de recueillir davantage de données qui nous permettent de mieux connaître la population prise en charge.
Rappelons aussi que nous sommes dans une période d'expérimentation et que les résultats ne pourront être exploités qu'avec un temps de recul.
Ce qui est sûr, c'est que les informations relevées démontrent la complexité des situations prises en charge et un nombre important de difficultés qui jalonnent les parcours de vie rencontrés ; pour illustrer les quelques « événements » relevés au cours de la prise en charge : placement des enfants, accouchement (prématuré), nouveau-né en néonat, jugement, changement de lieu de vie, faits de violence conjugale…

[15] Age d'un aîné disponible dans 20 situations (37%) ; âge de deux aînés dans 7 situations.
Il n'a pas été possible de calculer la proportion de situations selon l'âge étant donné que le nombre même de situations totales avec la présence d'aînés est difficilement estimable.

3.2 Le travail autour de ces situations

Cette partie va prendre en compte l'ensemble des dossiers actifs en 2012, soit 104 situations cliniques (c'est-à-dire groupes familiaux composés d'au moins une femme enceinte ou un adulte et un enfant).

Rappelons ici le schéma d'intervention du DAPSA :

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

↓

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

↓

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

↓

Typologie des demandes et problèmes repérés

Elaboration d'une stratégie d'intervention (plan personnalisé de santé) :
Propositions d'intervention

Typologie des propositions d'interventions

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

↓

Mise en place du PIP

- réunions de concertation pluri-Institutionnelles et pluri-professionnelles régulières (avec comptes-rendus) – alias réunion de concertation pluridisciplinaire RCP-
- réunions cliniques (aspects psychopathologiques et médico-légaux)
- revue de dossiers interne (mensuelle)

↓

Analyse de la situation (trimestrielle)

↙

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

↓

ARRET de l'INTERVENTION

↘

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

↓

POURSUITE DE L'INTERVENTION

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

3.2.1 Le "plan personnalisé de santé "

Nous reprenons ici le texte de l'an passé, décrivant les modalités d'intervention du DAPSA dans ces situations.
À partir du recueil de la première demande, le DAPSA va élaborer avec le demandeur, et éventuellement les professionnels déjà présents, des propositions de travail et des objectifs qui pourront alors être proposés au groupe familial concerné.

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

Par ailleurs, l'item "suivi de grossesse" apparaît rarement. A cela plusieurs raisons :

- en premier lieu, il existe une bonne offre de soins en Ile-de-France, et, depuis plusieurs années, un meilleur accueil fait à ces femmes en difficultés.
- La configuration de notre réseau : on a vu que de nombreuses demandes proviennent du secteur obstétrical et ce qui nous est demandé c'est d'aider à mettre en place un soin pour cette femme pour faciliter un suivi de grossesse déjà entrepris.
-

Nous avons débuté un travail auprès des CAARUD qui accueillent des femmes plus en marge du système de soins pour lesquelles l'acceptation d'un suivi de grossesse régulier est plus complexe.

Les grands axes de travail restent :

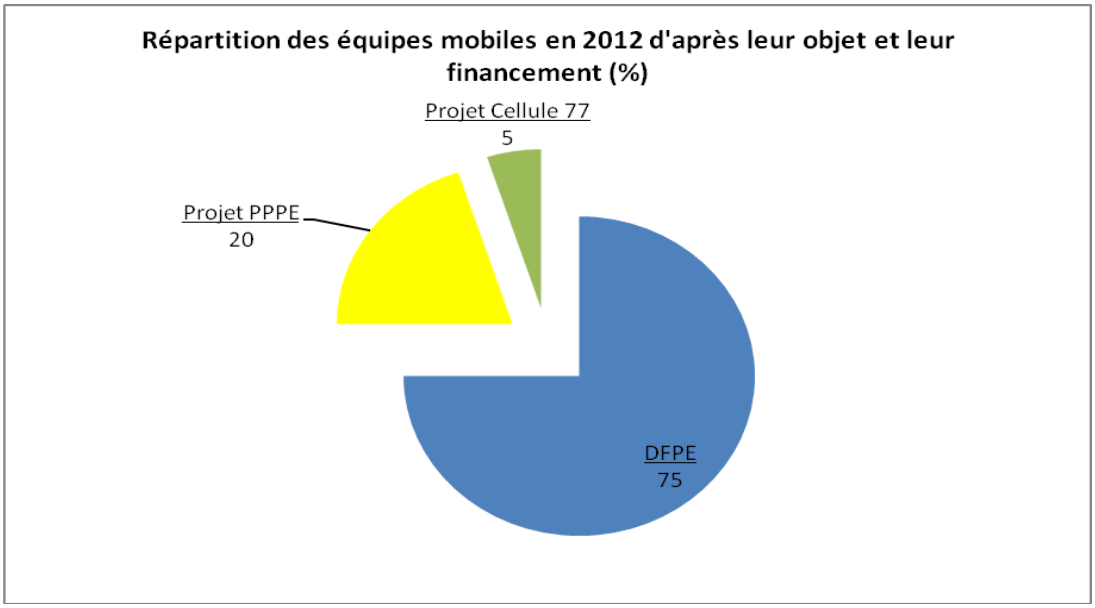
- La « *clinique réseau* », la mise en travail effective de professionnels de santé ou du champ socio-éducatif travaillant auprès d'un groupe familial. Comme, notamment dans les périodes de crise, celles où le DAPSA est convié, les intérêts des différents membres de la famille sont rarement convergents,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

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

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

Pour cette action, peuvent être sollicités des professionnels partenaires du réseau, salariés ou libéraux.
Pour Paris, et depuis juillet 2009, cette équipe mobile est financée par la Direction des Familles et de la Petite Enfance
.

En 2012, 40 situations ont bénéficié d'une EMEO : c'est donc un travail qui a été réalisé pour près de 39% des dossiers actifs en 2012 (voir 3.2.4.2).



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

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

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

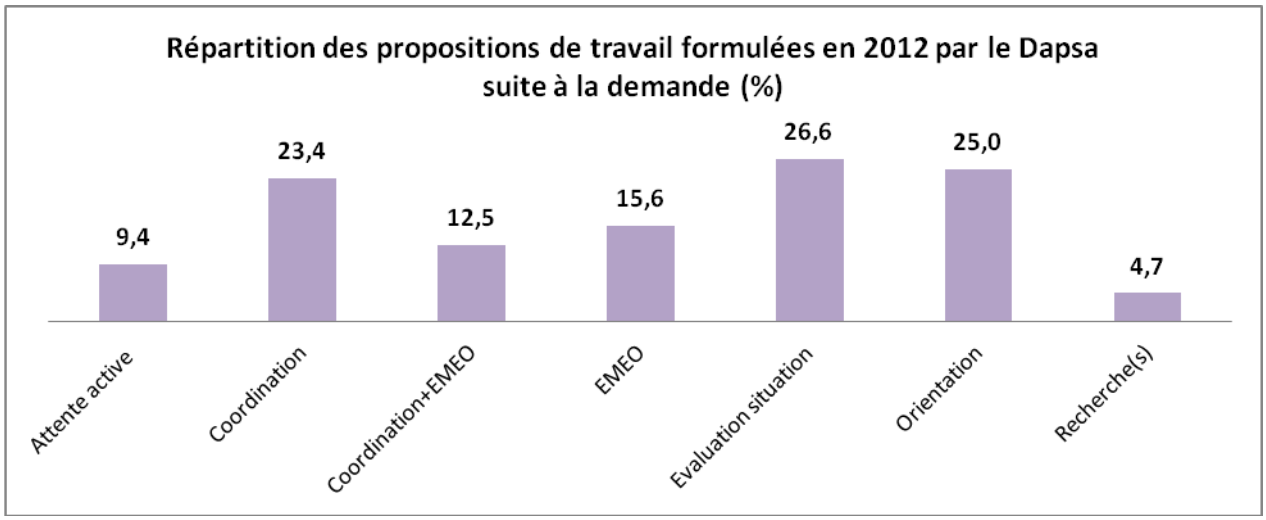
intervenir sous forme de passage à l'acte et ne disqualifier aucun des professionnels déjà présent.

Cette « *attente active* » a concerné 6 des nouvelles situations et peut se présenter de deux façons :

- Après la demande d'un professionnel qui nous a fait part de la situation et qui nous permet d'être vigilants quant à cette situation qui aura peut-être à se présenter ;
- Après une prise en charge avec les usagers avant de clôturer certains dossiers, dans le doute d'une atteinte des objectifs (par exemple, absence de nouvelles des patients).

Notons que la "coordination" et l'équipe mobile ne fonctionnent pas simultanément. Si l'intervention de l'équipe mobile est toujours accompagnée d'une coordination, celle-ci, en revanche, se poursuit même si l'intervention de l'équipe mobile est suspendue, notamment lorsque le patient apu adhérer au système de soins convenable.

Pour répondre à ces objectifs, une ou parfois des propositions de travail peuvent être formulées *(calculs réalisés pour cet item sur les 20 « nouveaux dossiers » inclus en 2012).*



L'analyse du travail réalisé auprès des partenaires et auprès des patients permet de voir que ces propositions sont généralement appliquées et suivies : 16 situations ont fait l'objet d'une intervention de l'équipe mobile (18 propositions EMEO avaient été formulées) ; le nombre de situations clôturées correspond au nombre de situations qui ont fait l'objet d'une orientation et/ou d'une recherche.
La cohérence des informations révèle une activité bien rôdée grâce à un ciblage pertinent lors de la demande.

Ces propositions ne sont pas immuables et peuvent changer au cours du suivi pour s'adapter à l'évolution des situations prises en charge, suivant les objectifs les plus pertinents à un moment donné et conformément à la personnalisation du projet de soins.

Comme signalé, le réseau de santé DAPSA se définit donc clairement :

- d'une part comme un réseau de santé, et non de soins, destiné à faciliter la prise en charge par les structures et les professionnels existants et non à se substituer à eux ;

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

Cette partie a donc été créée afin de mettre en valeur ces deux aspects : le travail auprès des usagers d'une part, et le travail partenarial d'autre part.

3.2.2 Le travail auprès des familles et des membres qui la composent

3.2.2.1 Présentation du « plan personnalisé d'intervention ou plan personnalisé de santé[16] »

Nous utilisons le terme "plan personnalisé d'intervention", calqué sur le "plan personnalisé de santé, car il nous paraît mieux rendre compte de ce travail de réseau et de coordination : à savoir la mise en place d'interventions coordonnées des uns et des autres.
La mise en place de ce « plan personnalisé d'intervention » peut comporter la proposition de rencontres directes avec les membres du groupe familial, ensemble ou séparément, au domicile ou dans tout autre lieu accepté par eux ; le DAPSA ne propose pas de consultation dans ses locaux afin de ne pas induire de malentendu : c'est un réseau d'accès aux soins et il n'est pas destiné à s'inscrire dans le soin pérenne.

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

Dans l'idéal, cette équipe est composée « ad hoc » et peut comporter des professionnels issus d'organismes partenaires ou du secteur libéral (notamment pour les consultations menées par des psychologues). Pour Paris, cette action est financée grâce à une subvention de la Direction des Familles et de la Petite Enfance depuis juillet 2009. Depuis 2011, d'autres équipes mobiles se distinguent dans le cadre des projets suivis par le réseau et pour lesquels ces EMEO sont financés.

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

La plupart du temps, la proposition de rencontre au domicile est acceptée avec soulagement. Des propositions alternatives peuvent être faites lorsque le domicile familial ne présente pas les garanties de confidentialité souhaitées par le ou la patiente (conjoint opposant ou violent, parents intrusifs, etc.). On peut également proposer des rencontres dans des lieux « tiers » évitant un surcroît de

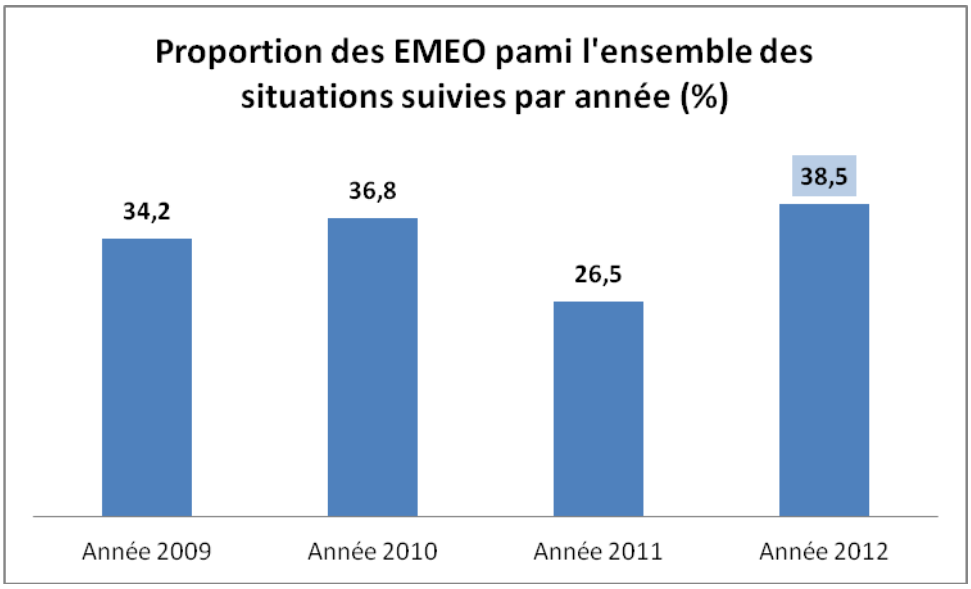
[16] Terminologie "CNAMTS" commune à l'ensemble des réseaux de santé

déplacements toujours fatigants pour des femmes en fin de grossesse ou en charge de très jeunes enfants (box en pédiatrie ou à la maternité, bureau au centre d'action sociale ou à la PMI,…). Le lieu importe peu pourvu que l'adulte et l'enfant se sentent en sécurité suffisante.

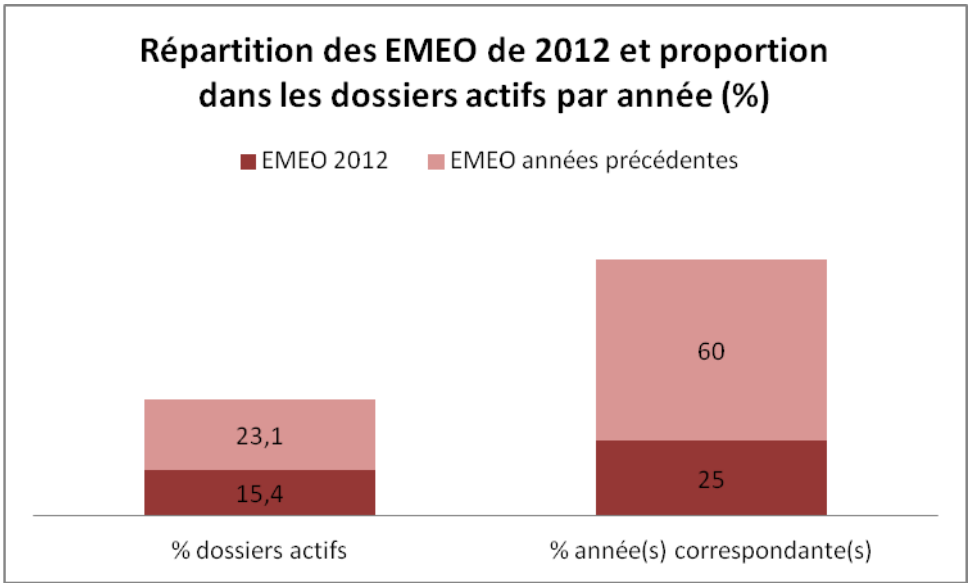
3.2.2.2 L'activité EMEO sur les dossiers actifs en 2012

En 2012, 40 groupes familiaux ont bénéficié d'une intervention directe par une EMEO : 39% de l'ensemble des dossiers de 2012 ont donc fait l'objet d'une EMEO.

Notons l'augmentation de ces interventions directes par rapport à l'année précédente, puisque en 2011, les EMEO concernaient 27% de l'ensemble des dossiers actifs cette année là ; notons également un chiffre élevé pour 2012 depuis le début même de l'activité du réseau.



Parmi les nouvelles situations (2012), 25% d'entre elles ont bénéficié d'une EMEO et 25% de ces EMEO ont été clôturées avant la fin de l'année (en cohérence avec l'objectif du réseau qui est l'accès aux soins).
Les nouvelles situations faisant l'objet d'une intervention directe auprès des familles constituent 15% de l'ensemble des dossiers actifs en 2012.



Ce sont la moitié des EMEO mises en place lors des années précédentes qui ont été clôturés fin 2012 ; ces dossiers ouverts avant 2012 et toujours actifs représentent 23% dans l'activité EMEO et constituent 60% des dossiers des années précédentes encore actifs (on peut penser que c'est aussi cohérent dans la mesure où l'intervention directe s'inscrit dans une période de crise pour des familles, la proportion d'anciennes situations avec EMEO se maintenant donc du fait d'une situation plus « lourde »).

Répartition, et proportion associée, des équipes mobiles et de leur activité sur 2012

EMEO - fin 2012	Situations 2012	Situations années précédentes	Total	**% dossiers actifs**
Dossiers actifs	12	12	24	**60**
Dossiers clôturés	4	12	16	**40**
Total	16	24	40	**100**
% activité totale	**40**	**60**	**100**	

Comme il l'a été précisé précédemment, les équipes mobiles se distinguent suivant leur financement (action spécifique, liée à un facteur géographique).

Répartition des équipes mobiles et de leur activité sur 2012 d'après leur objet et leur financement

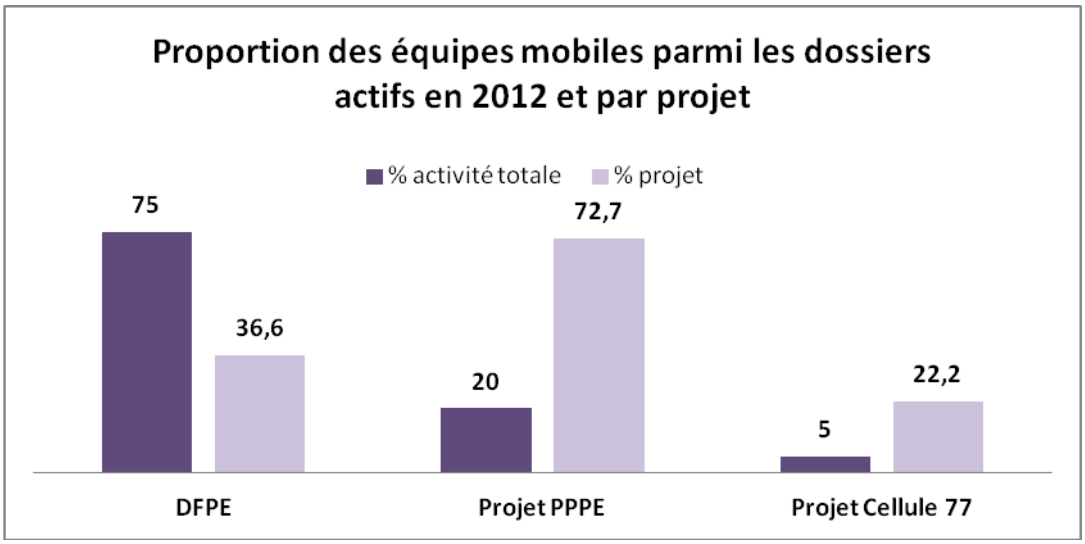
EMEO - fin 2012	Dossiers actifs	Dossiers clôturés	Total	*%*
DFPE	18	12	30	***75***
Projet PPPE	5	3	8	***20***
Projet Cellule 77	1	1	2	***5***
Total	24	16	40	***100***

On distingue :

- les EMEO intervenant sur Paris (financement DFPE) qui correspondent à 75% des interventions directes parmi la totalité des interventions réalisées auprès des familles.
  Ces interventions se réalisent auprès de familles résidant sur Paris[17].

- les EMEO réalisées dans le cadre du projet PPPE qui propose un accompagnement psycho-médico-éducatif en prénatal et en sortie de maternité afin de soutenir ces femmes et leurs enfants pouvant être hébergés en hôtel (financement projet ARS-PPS).
  20% de ces interventions directes ont été réalisées dans le cadre de ce projet qui centralise une part très importante d'interventions directes parmi les situations incluses dans le cadre du projet (73% de situations avec EMEO parmi les situations liées au projet).
  Quatre de ces situations ont fait l'objet d'une EMEO en duo pour pouvoir s'adapter au mieux aux besoins analysés et identifiés que certaines situations ont nécessité (intervention d'une éducatrice spécialisée + d'une psychologue).

- et les EMEO intervenant dans le cadre de la mise en place de la cellule 77 (financement projet ARS-PPS) qui représentent 5% dans le total des interventions directes.
- 22% des situations de ce projet ont fait l'objet d'une EMEO.



On peut donc constater que les EMEO constituent un peu plus d'1/3 de l'activité « patient » du réseau DAPSA (37%), proportion qui augmente avec la prise en compte des interventions directes auprès des patients réalisées —et financées— dans le cadre des deux projets.

3.2.2.3 Le détail des « actes patients »

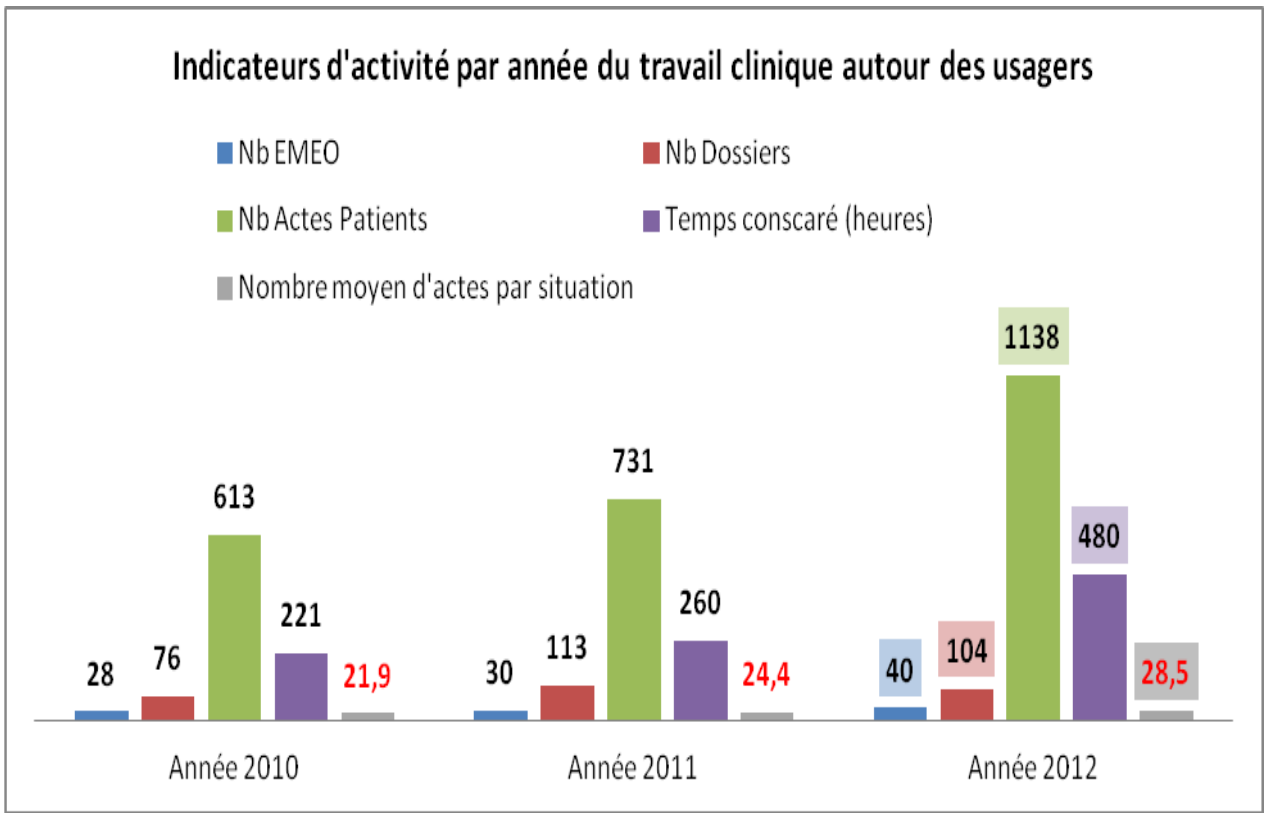
Cette année, nous comptabilisons 1138 actes en direction des patients qui ont nécessité près de 480 heures de travail. Le nombre moyen d'actes par situations EMEO s'élève à 28,5 actes par groupe familial[18].

La comparaison avec les années précédentes permet de constater l'essor du nombre d'actes réalisés par le réseau qui concrétise les ressentis de l'équipe quant à un surplus d'activité : les actes en direction des patients (ainsi que le nombre de demandes, le nombre de dossiers suivis et le nombre d'EMEO) font l'objet d'une augmentation chaque année ; le bond observé entre 2011 et 2012 peut

[17] Se reporter au rapport d'activité spécifique pour les EMEO Paris (destiné à la DFPE).
[18] On note 24,5 actes par groupe familial en 2011 ; 21,9 actes en 2010 ; et une moyenne de 18 actes en 2009.

se justifier à la fois par un nombre plus élevé d'EMEO qui contribuent de manière logique à l'augmentation du nombre d'actes (le nombre de VAD réalisées a doublé entre 2011 et 2012) et à l'élévation du temps consacré (quasi doublé lui aussi), ainsi que par une systématisation des pratiques de l'équipe qui s'est petit à petit familiarisé avec le nouveau système de relevé d'informations conçu afin d'optimiser le recueil des pratiques pour mieux rendre compte de la réalité de l'activité réalisée (habitudes de travail progressives…).
Hypothèses qui permettent ainsi de comprendre ce surplus d'actes avec un nombre de dossiers équivalent voire moindre.

Autre explication possible avec le constat de demandes de plus en plus précoces (dès la maternité) et plus "pointues" qui exigent souvent une intervention soutenue en début de prise en charge. D'ailleurs, le nombre d'actes par patients s'élève encore (28,5 actes en moyenne par groupe familial faisant l'objet d'une EMEO), et même si cela n'est pas représentatif de ce qui se passe dans la réalité, cela témoigne quand même bien d'un surcroit d'activité, tant dans l'effectif des situations suivies que dans l'intensité de celles-ci.



Ainsi ces 3 dernières années, on estime que l'équipe a réalisé 2482 actes en direction des patients, avec un nombre moyen de 25 actes par groupe familial, et y a consacré près de 1000 heures…

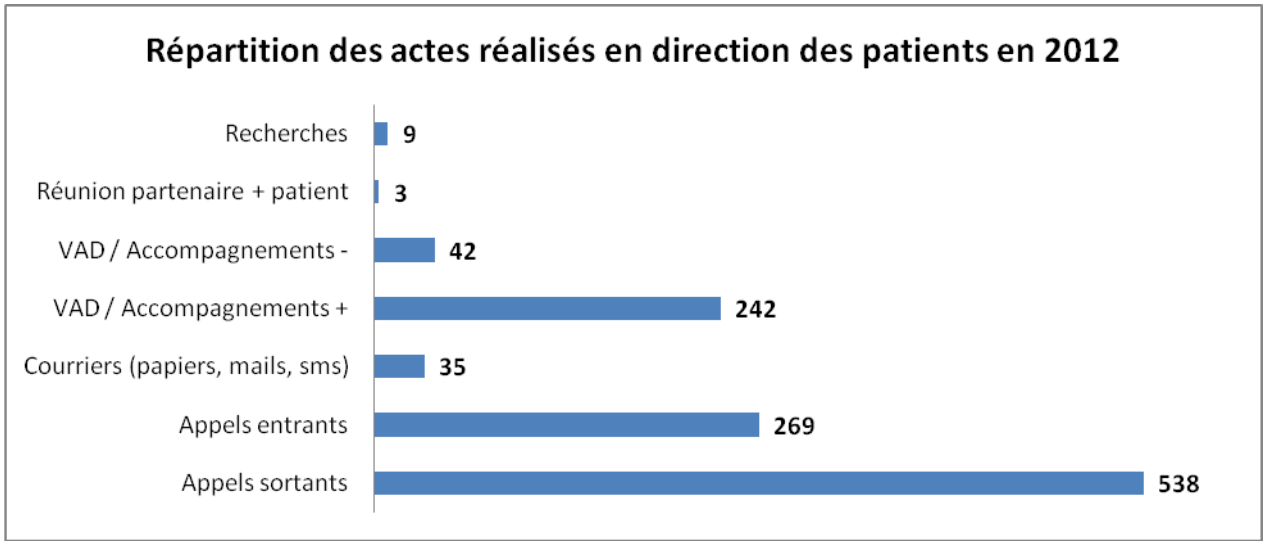
Répartition et proportion des actes "Patients" réalisés en 2012

ACTES "PATIENTS"	Nb 2012	Taux 2012
Appels sortants	***538***	***47,3***
Appels entrants	269	23,6
Courriers (papiers, mails, sms)	35	3,1
VAD / Accompagnements +	***242***	***21,3***
VAD / Accompagnements - [19]	42	3,7
Réunion partenaire + patient	3	0,3
Recherches	9	0,8
Total	1138	100,0
Temps total (min.)	*28 771*	
Temps total (heures)	*479,5*	

Cette année, on note, comme chaque année, un nombre important d'échanges téléphoniques qui composent 71% des actes totaux en direction des patients.
S'il est important de rencontrer les parents et leur(s) enfant(s) chez eux, ou dans tout autre lieu accepté par eux, le téléphone permet néanmoins de garder le lien, de signifier l'intérêt que nous leur portons dans les périodes difficiles qu'ils peuvent traverser et pendant lesquelles ils ne souhaitent pas être « bousculés » (audience chez le juge, attente d'un lit de sevrage,....). De plus, ces déplacements, et plus encore les accompagnements, sont chronophages, ce qui nous a, en début d'année, obligés à mesurer nos propositions.
Il faut aussi tenir compte de l'évolution des mœurs : le téléphone mobile, l'utilisation des SMS a changé la donne, et il n'est pas rare que les entretiens téléphoniques soient considérés, par les patients eux-mêmes comme de "vrais" entretiens et les SMS comme de "vraies" lettres. Nous nous sommes donc adaptés à ce changement.
Les coûts téléphoniques —non anodins pour certains patients— peuvent justifier le surplus d'appels sortants par rapports aux appels entrants. De plus, certains patients ne font pas de démarches dans leur parcours de soin, ceci faisant aussi partie de leurs problématiques très souvent, ces patients étant dans l'incapacité d'entamer des démarches et d'avoir une position active, et ce même s'ils acceptent l'intervention proposée.

Ces échanges téléphoniques sont suivis par les visites à domicile qui constituent la 2ème catégorie importante parmi l'ensemble des actes réalisés, et qui ont par ailleurs augmenté en comparaison avec les années passées.

[19] Les « VAD-» sont des visites à domicile non annulées et non honorées (patient absent ou ne répondant pas). Les VAD annulées (sans déplacement de l'intervenant, sans temps sacrifié ») ne sont donc pas comptabilisées ici.



3.2.3 Le travail partenarial

3.2.3.1 La concertation pluridisciplinaire

A la relecture du rapport de l'an passé, il a été décidé de reprendre certains éléments qui demeurent éclairants et pertinents puisque certaines choses en changent pas, du moins pas aussi vite.

La concertation…

Donc le réseau DAPSA mène toujours une action de concertation avec les professionnels autour des groupes familiaux. Précisons toutefois, et en respectant en cela la définition donnée dans le glossaire des réseaux des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), que chaque professionnel garde la responsabilité de sa conduite thérapeutique, le travail en réseau n'ayant pour but que de lui faciliter la prise de décision.
De même, le réseau est là pour faciliter la tâche du professionnel présent : le DAPSA n'exige donc pas de ses partenaires le recueil des actes posés afin d'éviter d'alourdir de façon inconsidérée et inutile le travail dit d'évaluation de l'activité.
Nous trouverons donc dans ce rapport d'activité les actes collectifs (de concertation pluridisciplinaire) menés au sein du DAPSA.

Nous proposons systématiquement une rencontre à nos partenaires afin de repérer le besoin qui se cache derrière la demande d'intervention, de pouvoir analyser ce qui fait crise, de repérer les forces déjà en présence pour pouvoir adapter nos modalités de réponses. Toutefois, pour certaines professions, ce temps de rencontre est difficile à dégager, même si une indemnité est prévue pour les professions libérales. Plus généralement les professionnels du champ sanitaire et du champ social ont plus de mal à dégager du « temps pour penser ». Le téléphone est devenu un outil indispensable. Il ne peut toutefois remplacer les réunions de concertation pluridisciplinaire qui, seules, permettent un véritable ajustement du dispositif soignant autour du groupe familial en difficulté.

Ces réunions font l'objet d'un compte-rendu, rédigé par nos soins, dont sont destinataires l'ensemble des participants. Ils comportent des éléments concernant le suivi du groupe familial mais pas d'éléments biographiques. Ils peuvent être communiqués à la famille le cas échéant et à sa demande.

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

Précisons enfin que les professionnels adhérents du réseau peuvent faire appel au réseau DAPSA pour une intervention directe auprès d'un groupe familial afin de faciliter ce travail d'accès aux soins grâce à une évaluation et une orientation.

…pluridisciplinaire

Au cours d'un suivi dans le cadre du DAPSA, le nombre et la qualité des professionnels présents va varier : si la demande parvient au cours de la grossesse, nous allons avoir les professionnels de l'obstétrique (sages-femmes, obstétriciens) qui vont ensuite laisser leur place aux professionnels de la petite enfance (pédiatres de PMI ou libéraux, infirmiers/puériculteurs, EJE) qui laisseront peu à peu leur place au personnel de crèche.
En fonction du projet de soin ou des événements qui vont émailler ce parcours, on va trouver les personnels sociaux, ceux de la protection de l'enfance, voire du judiciaire ; ainsi que les professionnels de santé qui peuvent provenir du secteur de l'addiction, de la psychiatrie (adulte ou infanto-juvénile) ou des pathologies somatiques.
La pluridisciplinarité qui caractérise d'ailleurs les demandes manifeste bien de la diversité des champs en présence.

Les groupes soignants, à l'instar des groupes familiaux concernés, sont assez hétérogènes et changeants : la question de la continuité et de la mémoire de l'accompagnement est d'autant plus importante.
Certains groupes ont un nombre impressionnant d'intervenants, mais n'oublions pas que ces groupes peuvent être composés de plusieurs personnes, adultes et enfants, ayant chacun ses interlocuteurs. D'ailleurs, lorsque les situations familiales sont très complexes, avec des filiations diverses, des enfants placés de longue date et pas forcément ensemble - ni même dans le même département -, il devient impossible de noter tous les intervenants, d'autant que ces intervenants ne participent pas tous au travail de coordination du DAPSA.
C'est la raison pour laquelle n'ont été répertoriés[20] que les professionnels présents auprès du groupe familial concerné. Certains professionnels ne sont pas « repérés », soit que la famille ne souhaite pas y faire référence, soit qu'elle ait oublié leur existence. Ainsi, lorsque les aînés ont fait l'objet d'une mesure de placement déjà ancienne, le souvenir du juge des enfants ou des éducateurs se perd souvent dans une nébuleuse mémorielle.
De plus, par le jeu des changements de fonction, on se trouve assez fréquemment confrontés à des « trous » que les parents ne peuvent remplir.

Cela dit, même répertorier les professionnels présents n'est pas toujours chose aisée (voir note de bas de page 12). Il faut préciser que certaines institutions privilégient l'appartenance institutionnelle (c'est « L'ASE » par exemple) sans forcément faire le distinguo des professions, alors que d'autres prennent garde à bien les distinguer (c'est le médecin du CSST ou l'infirmière puéricultrice de la PMI). Certaines professions ne sont pas « soignantes » au sens classique du terme et sont donc peu ou mal répertoriées, d'autant que l'organisation du travail ne permet pas toujours leur participation aux

[20] Un outil a été mis en place cette année afin de permettre de comptabiliser les professionnels présents autour d'une situation de manière la plus exhaustive possible en complément de leurs coordonnées (double objectif annuaire+analyse). Sont répertoriés par profession, structure d'appartenance, champ disciplinaire et département d'exercice les professionnels impliqués dans chaque situation concernée. La nouveauté de cet outil ne permet pas cette année de présenter les résultats mais il a déjà prouvé son efficience au quotidien. Comme indiqué en 2011, ce travail trop chronophage avait été suspendu suite à une réduction budgétaire qui avait nécessité la hiérarchisation des actions et des priorités, d'autant plus au vu du nombre plus important de situations souvent plus complexes qui alourdissait considérablement la tâche. Il est donc en cours de finition.

réunions de concertation (les techniciennes de l'intervention sociale et familiale notamment) alors même que leur présence et leur fonction est essentielle, notamment en sortie de maternité.

Enfin, rappelons que l'exercice en cabinet libéral ne permet pas de dégager facilement du temps de coordination, même si une indemnisation est prévue. Avec certains de ces professionnels, toutefois, la coordination téléphonique permet cette concertation indispensable.
D'autres, au contraire, paraissent très isolés, avec un seul intervenant portant à bout de bras cette famille qui semble n'adhérer à aucune proposition …ou n'intéresser personne.

3.2.3.2 Le détail des actes « partenaires »

Cette année, nous comptabilisons 1297 actes en direction des partenaires dans le cadre du travail clinique partenarial qui ont nécessité près de 408 heures de travail. Le nombre moyen d'actes par situation s'élève à 12,5 actes par groupe familial[21].

Répartition et proportion des actes "Partenaires" réalisés en 2012

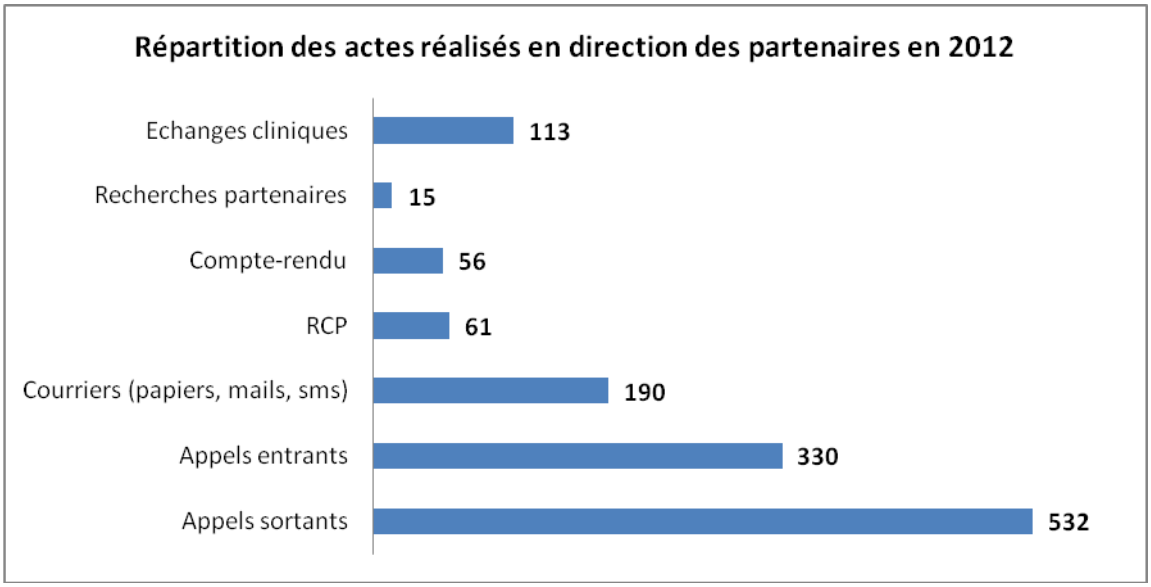
ACTES "PARTENAIRES"	Nb 2012	Taux 2012
Appels sortants	532	41,0
Appels entrants	330	25,4
Courriers (papiers, mails, sms)	190	14,6
RCP	61	4,7
Compte-rendu	56	4,3
Recherches partenaires	15	1,2
Echanges cliniques	113	8,7
Total	1297	100,0
Temps total (min.)	*24 473*	
Temps total (heures)	*407,9*	

On relève un nombre plus élevé d'actes que ceux relatifs aux patients, mais qui ont nécessité un peu moins de temps : le travail de coordination reste l'activité principale du réseau.
Les appels occupent la même place dominante (échanges téléphoniques qui représentent 67% de l'ensemble des actes « partenaires » réalisés) : les appels sortants sont majoritaires (ce qui est cohérent avec le rôle du DAPSA dans la coordination des différents partenaires pour la plupart des situations).
Les échanges écrits se manifestent surtout par des mails —alors que ce sont les sms qui priment pour les patients— et représentent 15% du travail réalisé avec les partenaires.

Précisons que les échanges cliniques, qui caractérisent les discussions plus informelles entre les membres de l'équipe ou avec des partenaires « entre deux portes », sont sous estimés. Il nous semblait en effet important de mettre en avant ces échanges qui font partie intégrante du travail. Ce nouvel indicateur nécessite un temps d'adaptation, d'autant plus que le côté informel complique la comptabilisation de cet acte jusque là non appréhendé (partie intégrante, confondue et absorbée du travail clinique).

[21] On note 24,5 actes par groupe familial (faisant l'objet d'une intervention EMEO) en 2011 ; 21,9 actes en 2010 ; et une moyenne de 18 actes en 2009.

Le temps dit de « recherche », c'est-à-dire le temps mis à chercher et trouver les orientations souhaitables pour les patients concernés, a tenté d'être objectivé. Il reste cela dit très difficile de relever ce temps qui, comme la plupart des activités de pensées, de réflexions, d'interrogations, est compliqué à estimer, ou non considéré, à tort, comme un véritable travail (indicateur non exhaustif). Nous supposons donc que le nombre de ces actes est minimisé par rapport à la réalité.

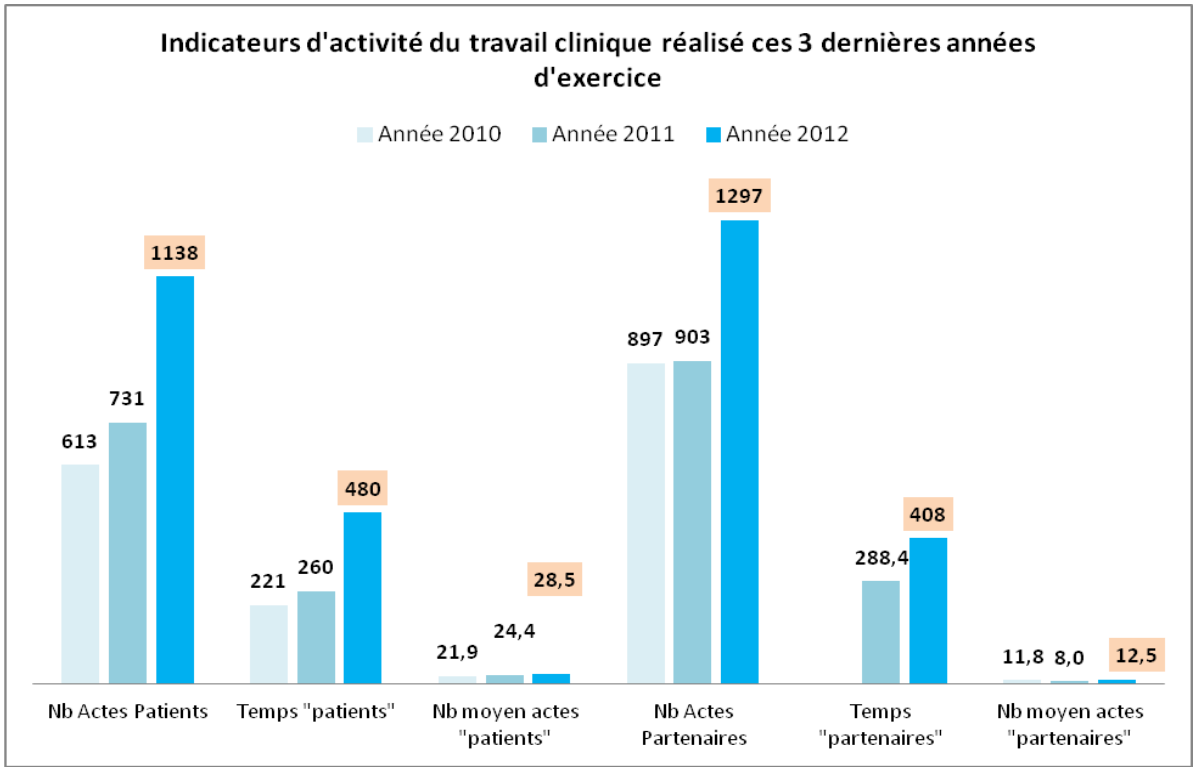


Là aussi, et même encore davantage, la comparaison avec les années précédentes permet d'appréhender objectivement l'augmentation de l'activité : le travail partenarial suit la même tendance que le travail avec les patients, avec un nombre moyen d'actes par situation qui augmente par rapport à l'année précédente, un temps de réalisation du travail quasiment doublé et un nombre d'actes « partenaires » qui a augmenté de près de 50%.

Notons que le nombre moyen d'actes de cette année est proche de celui de 2010, sans que cela ne relativise l'augmentation de l'activité : le nombre de dossiers actifs en 2010 est largement inférieur à celui de 2012 ; autrement dit le nombre d'actes réalisé en moyenne par groupe familial[22] est légèrement supérieur en 2012 (12,5 actes vs 11,8) pour un nombre beaucoup plus important de situations prises en charge (104 dossiers vs 76).

Cela s'explique par plusieurs facteurs. On a pu constater un nombre de demandes plus élevé, une demande d'implication du réseau plus soutenue de la part des partenaires.
Pour de plus en plus de situations, le travail est complexe : la précarité sociale, les comorbidités psychiatriques, les difficultés liées à la protection de l'enfant, une addiction sévère, des violences intra-familiales, toutes ces difficultés cliniques inquiètent les professionnels, obligent à de multiples rencontres de concertation et de coordination afin de préserver aussi bien l'enfant que l'adulte et de proposer les soins les plus adéquats.
Sans oublier la systématisation de la pratique de recueil de ces actes par l'équipe qui est en cours et qui permet d'approcher le rendu réel de l'activité.

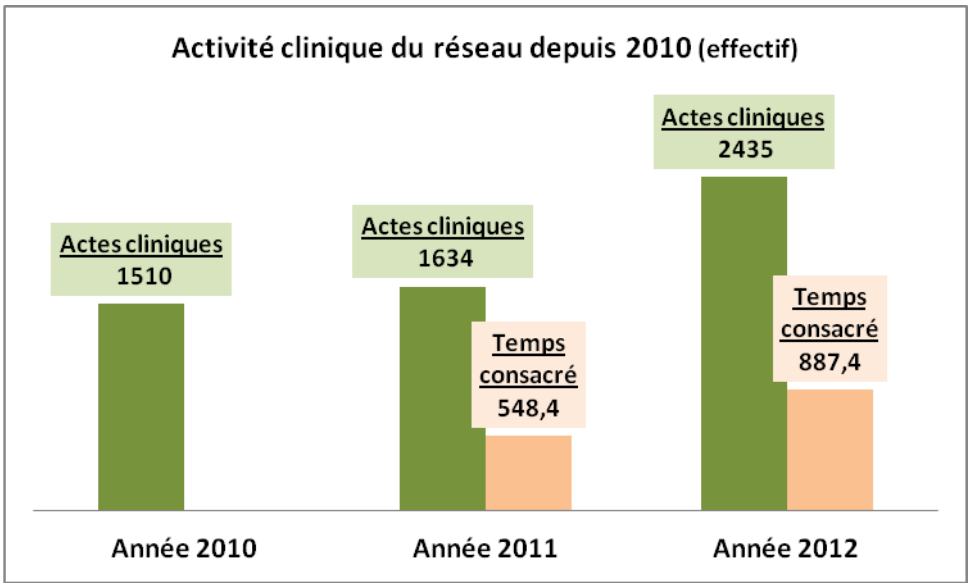
[22] Rappelons que cette moyenne n'est pas représentative du travail mais elle permet de témoigner du surcroit d'activité ressenti et observé.



N.B. : en 2010, l'indicateur sur le « temps consacré » aux activités n'était pas mis en place

Ainsi ces 3 dernières années, on estime que l'équipe a réalisé 3097 actes en direction des partenaires, avec un nombre moyen d'actes « partenaires » s'élevant à 10,8 actes par groupe familial. Sur deux années, ce travail a nécessité près de 700 heures…

Cette année 2012, le réseau DAPSA a réalisé 2435 actes cliniques.
Un nombre non négligeable de situations ont été signalées et incluses au réseau en fin d'année (18% de nouveaux patients en décembre 2012 ; 27% depuis novembre 2012), ceci impactant le nombre d'actes et minimisant le surcroît d'activité qui nous est apparu important et qui nous est révélé chaque année depuis les deux dernières années d'exercice.



4 Le réseau, côté management et gestion

4.1 L'évolution du CREDES au rythme de la vie du réseau

Petit rappel de son origine.
Dans le cadre de la FEDERASIF et de la réalisation d'un manuel qui démontrait l'homogénéité des réseaux d'accès aux soins pourtant très divers, le DAPSA a expérimenté le CREDES : outil d'auto-évaluation des ressources utilisées par le réseau, utiles à la structure pour illustrer et valoriser ses actions et interventions.

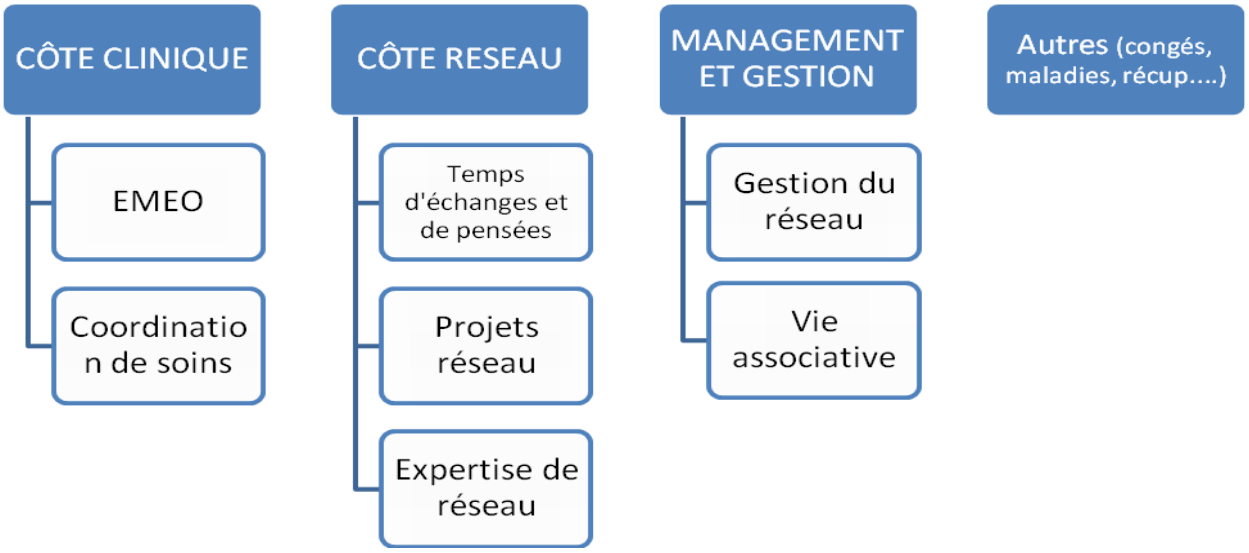
Afin d'analyser l'activité du réseau, pour mieux, d'une part, évaluer la répartition des coûts, et, d'autre part, connaître et agir sur les orientations de travail du réseau, une segmentation minimale des activités du réseau a été réalisée dans un premier temps pour permettre une lecture commune des activités des différents réseaux d'accès aux soins.

Après plusieurs mois d'expérimentation, cette répartition des activités a été revue au sein du DAPSA afin de maximiser une cohérence et une lisibilité interne, mais aussi afin de faciliter une adéquation avec le système de comptabilité interne.

L'outil a donc été modifié afin de l'intégrer au réseau de manière la plus adéquate possible : les grandes lignes restent quasi inchangés —les réseaux d'accès aux soins ayant effectivement une ligne commune d'actions— mais des détails sont survenus pour illustrer la spécificité propre à chacun et inhérente au fonctionnement de chaque réseau.

Cette nouvelle répartition constitue aujourd'hui la grille de lecture de l'activité du réseau à travers laquelle les actions et l'analyse de celles-ci s'organisent de manière logique fournissant ainsi une cohérence interne au réseau.
L'expérience permet de simplifier cette répartition, ce qui est favorable à un remplissage plus exhaustif.
Voici la dernière trame utilisée :

SCHEMA / GRILLE DE LISIBILITE DES ACTIVITES DU DAPSA



Cet outil comporte plusieurs étapes de réalisation :

- le recueil des activités
  Là aussi, le temps a permis à chacun d'expérimenter ses préférences quant à la gestion de l'outil (remplissage individuel ou collectif, temporalité,… impliquant la construction de tableaux adaptés aux types de recueil souhaités).
  Notons d'ailleurs l'aspect pédagogique de l'outil qui est conçu de telle manière qu'il favorise le partage entre les membres de l'équipe : il permet des temps d'échanges et de discussions des actualités sur la vie du réseau en interne et en externe, d'autant plus important que tous les membres sont à temps partiels et que les différents projets intègrent des personnes différentes ;

- la saisie de ces données pour chaque personne dans un tableau adapté qui centralise les informations mois après mois ;

- l'analyse de ces données sous plusieurs axes nécessaires à la connaissance globale de la répartition réelle des activités (analyse mensuelle, semestrielle, annuelle ; analyse par projets ; analyse individuelle et collective).

Le CREDES en est à sa 2ème année d'expérimentation. On pourra envisager avec plusieurs années de recul un retour sur le passé afin d'appréhender l'évolution de la répartition de ces activités qui pourront illustrer le chemin que prend le DAPSA.

L'année 2013 va d'ailleurs marquer la mise en route d'une variante de ce tableau pour le projet de la cellule d'appui 77 : projet à part entière et spécifique qui nécessite une répartition propre même si proche de l'activité générale afin de conserver une cohérence initiale recherchée.

4.2 Démarche d'évaluation

L'activité de l'évaluation s'est enrichie au cours de cette année grâce aux premiers pas d'expérimentation de l'année 2011 : les démarches réalisées en matière d'évaluation ont permis de perfectionner les outils déjà utilisés, d'en formaliser certains, et d'en créer d'autres.

Cette expérience et les demandes de bilan d'analyse des actions qui accompagnent l'activité générale et des différents projets financés, ont permis d'acquérir des acquis et d'optimiser cette activité.

4.2.1 Evaluation interne : protocole d'évaluation

Ainsi, comme nous l'avions annoncé l'an passé, nous avons adopté une démarche plus rôdée et plus systématisée qui puisse répondre de manière adéquate aux besoins de lisibilité du réseau et aux besoins de résultats des tutelles.

Afin de recueillir les informations nécessaires, et au-delà de cette volonté d'analyser et les actions entreprises par le DAPSA et le réseau lui-même, il était essentiel de se munir d'outils accessibles pour la plupart des activités.

Il s'agissait alors de créer les outils ; et de les intégrer dans le fonctionnement du réseau au moyen d'une démarche simplifiée afin d'optimiser les chances pour systématiser ce recueil d'informations ;

recueil d'informations devenu indispensable au développement de l'activité d'évaluation, et nécessaire pour optimiser le fonctionnement du réseau.

Voici les outils finalisés —crées ou modifiés, et toujours perfectibles— présentés par activités :

Côté clinique, on note :

- La feuille « code » : liste des dossiers en cours avec les principaux indicateurs de suivi *(n°dossier / date d'inclusion / date fin d'inclusion / personne(s) désignée(s) / département concerné / demandeur (nom, profession, structure, secteur) / présence EMEO ou non) ;*

- Le dossier de suivi[23] (ouvert à l'inclusion) a été reconfiguré afin d'avoir de nouveaux éléments d'information pour analyser la population prise en charge (indicateurs médico-sociaux présents dans le tableau de bord de suivi des patients) ;

- La feuille des actes : cette feuille de description des actes cliniques réalisés auprès des patients et/ou professionnels a été revue afin d'homogénéiser les données disponibles (listes déroulantes avec items prédominants) ;

- Le tableau des partenaires créé pour le suivi partenarial pour chacune des situations. Trois objectifs : rendre compte du travail partenarial (fréquence profession, structure, secteur en présence) ; rendre lisible l'activité partenariale pour chaque patient ; collecter les coordonnées actualisées (objectif d'annuaire en temps réel) ;

- Un tableau de bord de suivi des patients regroupant les indicateurs nécessaires (à partir des outils cités précédemment) : tableau créé afin de centraliser les informations utiles aux analyses et réalisations de bilans (objectifs de lisibilité et d'évaluation).

Ces outils s'ajoutent à d'autres déjà en activité et permettant d'homogénéiser les pratiques et les informations (compte-rendu type, protocole organisationnel d'inclusion, protocole organisationnel de suivi). L'homogénéité des informations est essentielle à la pratique de l'évaluation.

Côté réseau, on relève :

- Le tableau CREDES (général et 77) réajusté d'une année sur l'autre suivant les besoins et les actualités du réseau. Cet outil permet de rendre plus visible et plus lisible le travail réalisé par le DAPSA dans sa globalité, et permet d'optimiser l'organisation interne.
  Un tableau spécifique à la Cellule d'appui 77 va être mis en place en 2013, l'activité de la cellule d'appui étant expansive et importante à connaître ;

- Le tableau de bord de suivi des activités réseau regroupe toutes les activités non cliniques à partir d'indicateurs homogènes. Il a été créé afin de suivre et piloter l'état d'avancement des activités, toujours dans une optique de lisibilité des activités « réseau », ainsi que pour faciliter la réalisation des bilans (objectifs de lisibilité et d'évaluation).

- Le tableau général des actions en cours permet de suivre l'ensemble des activités du réseau ; ce tableau représente l'ensemble de l'activité et permet une mise au point de ce qui est fait ou pas, et de ce qui reste à faire. Reste à déterminer la temporalité de l'actualisation du document destiné dans l'idéal à l'affichage dans les locaux (outil interne à visée pratique) ;

[23] Se reporter à l'annexe 12.

4.2.2 Evaluation des actions

La démarche d'évaluation comprend à la fois l'analyse interne du réseau et de son fonctionnement, comme permet d'entrevoir la partie ci-dessus (voir chapitre 4.2.1), ainsi que l'analyse des actions mises en œuvre.

Là aussi des outils nécessaires à la réalisation de l'évaluation de certaines actions ont été constitués, —modifiés *(voir note bas de page*) —, et formalisés pour certains.

On distingue deux types d'évaluation conformément à l'objet d'analyse (en cohérence avec la temporalité de l'analyse) : celle qui mène à une analyse des résultats (analyse en aval des actions, utilisée pour la réalisation des bilans), et celle qui cherche la méthodologie et les indicateurs adaptés à chaque projet/action (analyse en amont des actions utilisée dans la soumission de réponses aux appels à projet).

4.2.2.1 Des questionnaires d'évaluation

Pour satisfaire un des objectifs de l'évaluation dans l'analyse des effets des actions entreprises, des questionnaires ont été instaurés en tentant une systématisation dudit outil.
Ces questionnaires ont été conçus de sorte que l'on puisse appréhender des éléments pluriels pour un rendu global et objectif : des éléments chiffrés, quantitatifs (proportion des participantes, échelle de cotation[24]), et qualitatifs (questions libres favorisant l'expression des participants).

Ils ont été formalisés de sorte à connaître 4 informations capitales indispensables dans l'analyse de l'atteinte des différents objectifs déterminés en début d'action :

- L'appartenance professionnelle et institutionnelle des participants ;
- La satisfaction des participants ;
- Le niveau d'acquisition des compétences/connaissances ressenti ;
- Le niveau de bénéfice ressenti pour leur pratique quant à leur participation à l'action.

Les évaluations d'actions ont un double objectif qu'a tenté d'approcher l'outil du questionnaire : mesurer l'atteinte des objectifs déterminés au préalable et connaître les résultats de l'initiative pour, respectivement, conclure sur l'efficacité de l'action et disposer d'éléments réels qui aideront au pilotage du réseau puisqu'ils vont aider à des choix décisionnels pertinents pour l'avenir.

Ce type d'évaluation est généralement pratiqué « à chaud », notamment pour sa facilité de mise en œuvre. Elles sont donc réalisées à « court terme », dès la fin de l'action entreprise.
Afin d'anticiper les actions de manière encore plus efficiente et adéquate aux besoins de professionnels, nous réfléchissons pour un recueil à plus long terme afin d'appréhender au mieux l'impact de ces actions dans les pratiques.

Grâce à l'outil du questionnaire, ces évaluations donnent une part primordiale aux partenaires et professionnels puisqu'une grande partie des indicateurs portent sur le ressenti des participants. C'est ainsi l'occasion pour eux d'exprimer leur opinion sur l'action suivie.

[24] L'échelle de cotation a été convertie par des items « texte » après une pratique sur plusieurs mois qui nous a permis de nous rendre compte qu'une cotation chiffrée de 1 à 4 pouvait induire en erreur (inversion de l'échelle), tandis qu'une cotation de -2 à 2 n'était pas pour autant efficient, le « négatif » étant alors trop parlant pour être sélectionné sans cela ne soit trop dévalorisant. Il a ainsi été décidé de ne pas traduire l'échelle au moyen de chiffres qui complexifie le remplissage (lecture de la légende).

- L'évaluation des ateliers a permis de formaliser plusieurs types de questionnaires suivant la temporalité souhaitée du recueil d'informations :

- Questionnaire de recueil des attentes (voir annexe 13-1) : destiné à la 1ère séance, il permet de faire un état des lieux des motivations, besoins et représentations de l'action des participants. Ces éléments permettront de mesurer l'atteinte de l'objectif en fin d'action.

- Questionnaire de satisfaction par séance (hors atelier d'analyse de pratiques) (voir annexe 13-2) : il permet de relever précisément les remarques des participants et ainsi permet aux animatrices d'avoir un retour en temps réel ; il permet également d'appréhender l'évolution du vécu des participants, ce qui est très aidant dans le cas d'un renouvellement de l'action.

- Questionnaire de bilan d'action (voir annexe 13-3) : destiné à la dernière séance permettant de relever la satisfaction générale concernant l'ensemble de l'action afin de disposer des éléments permettant de conclure à la réalisation des objectifs déterminés pour l'action.

Ainsi, dans le cadre de ces ateliers, on note la réalisation d'un rapport bilan portant sur les deux années d'exercice (voir annexe 3) afin de démontrer les acquis et le bénéfice de la conduite de ce type d'actions, et d'autant plus sur la durée et avec le renouvellement de leur action.

Comme expliqué un peu plus haut, un des ateliers (« savoir, pouvoir écouter l'alcoolisation maternelle ») a été conduit, avec quelques variations, dans le cadre de la cellule 77, action qui a également fait l'objet d'une évaluation (voir annexe 9).

- L'évaluation du chantier a permis de formaliser un questionnaire-type (voir annexe 13-4), notamment afin de pouvoir recueillir des informations homogènes au fur et à mesure de la conduite de ce type d'actions.

L'évaluation du chantier n°9 se trouve en annexe 6.

4.2.2.2 Des indicateurs adaptés

La constitution et la mise en place de différents projets depuis quelques années a nécessité l'adoption d'une méthodologie de projet, et donc de se pourvoir d'outils permettant de rendre compte des actions réalisées et de leur impact.
Il s'agit d'anticiper et de prévoir l'analyse pour le futur rendu objectif des résultats

Plusieurs appels à projet ont été déposés fin 2012, ceux-ci s'inscrivant dans la lignée d'action conduite durant l'année puisqu'il s'agit de projets renouvelés[25] (avec quelques variantes, les expérimentations permettant d'adapter au mieux le déroulé à venir de ces actions) :

- « Analyse de pratiques" : accompagner les femmes enceintes et les familles en difficulté avec l'alcool et les substances psycho actives » : il s'agit d'apporter aux professionnels de terrain des éléments permettant de favoriser la prise en charge des femmes enceintes et des parents ayant une problématique addictive, et développer une pratique de réseau

[25] Voir la partie 2.

- « Equipe Mobile Prévention Périnatalité Petite Enfance (PPPE) » : il s'agit d'accompagner les situations de vulnérabilité de parents et futurs parents et de leurs jeunes enfants notamment afin de favoriser un lien mère-enfant de qualité

- « Cellule d'appui périnatalité addictions DAPSA 77 » : L'objectif de ce projet est de favoriser le repérage et la prise en charge de futurs parents et de parents et de leur(s) jeune(s) enfan(t)s -moins de 3 ans- dans le cadre d'une vulnérabilité psychosociale, notamment avec des troubles reliés à une addiction parentale

Ces projets ont nécessité en 2012 un double travail d'évaluation, en plus du travail de réflexion sur la pertinence et la faisabilité de telles actions (analyse des besoins, objectifs financiers…) :

- La réalisation d'un bilan qualitatif de l'action réalisée avec un recueil précis du travail réalisé, et une analyse de l'action, conformément aux méthodes d'évaluation et indicateurs choisis en amont de l'action, afin de savoir si les objectifs ont été atteints ;
- La constitution d'une méthodologie d'évaluation de l'action lors de la constitution des projets en prévision, notamment au moyen d'indicateurs qui se doivent d'être réalistes, faisables et concrets, et qui doivent permettre de mesurer le degré d'atteinte des objectifs. Le renseignement des outils nécessaires à chaque indicateur a semblé pertinent, notamment dans une perspective « réaliste » de la démarche.

Notons la création pour 2013 d'un tableau de suivi des actions par projet pour une meilleure lisibilité de la réalisation de l'action, pour un suivi plus précis et pour une mise à disposition rapide des éléments nécessaires afin de faciliter le recueil des indicateurs pour évaluer.

Le guide pour les promoteurs d'actions de 2013 et ses annexes (annexes 4 et 5) ont participé à la construction de la démarche d'évaluation (éléments de piste pour une réalisation adéquate).

CONCLUSION

Nous avions omis les années précédentes de rédiger une conclusion.
Cette année encore nous allons éviter cet exercice contraignant qui oscille entre la répétition de ce qui a été dit précédemment et l'anticipation aventureuse sur l'année à venir.
Laissons place à l'avenir sous forme de petit conte clinique :

L'intervention directe ou l'accueil déambulatoire :

Demande initiale
Le psychiatre de liaison de l'hôpital où Mme D a fait suivre sa maternité et a accouché appelle le réseau pour demander si quelqu'un peut aller rencontrer cette jeune maman chez elle, car elle ne sort plus et s'enferme parfois avec son bébé, laissant son compagnon à la porte, en proie à une grande inquiétude. Mme D accepte un contact téléphonique avec ce médecin, mais ne vient pas aux rendez-vous qu'elle lui propose.
Inclusion et mise en place du Parcours personnalisé d'accès aux soins
Le Dapsa propose au médecin demandeur

- *un travail de coordination c'est-à-dire un suivi régulier de la situation de Mme D et de sa famille avec le cas échéant les autres professionnels concernés.*

- *la mise à disposition de sa patiente Mme D d'une intervention de l'équipe mobile qui peut aller la voir où cela l'arrange (chez elle, dans sa famille, dans un lieu public…) pour évaluer ses difficultés actuelles et chercher avec elle des ressources.*

Description de la situation initiale
Mme D vient d'accoucher de son premier enfant. Elle abuse des médicaments depuis une dizaine d'années. Elle se décrit comme mise au ban de sa famille, qu'elle continue néanmoins à fréquenter. Elle vit avec le père de son enfant depuis la naissance de son bébé, il y a trois mois, mais elle n'investit pas cet endroit dont elle espère partir au plus vite pour revenir dans la ville où elle a grandi et où vit sa famille. Si elle a pu suivre les prescriptions du psychiatre de la maternité pendant sa grossesse, elle abuse de nouveau de médicaments psychotropes, qui l'assomment et la font dormir. Elle-même s'inquiète de cette situation, surtout pour son enfant, qu'elle craint de lâcher quand elle la porte ou de ne pas entendre quand il réclame. Mme D respecte la préconisation de son psychiatre, qui lui recommande de ne pas rester seule avec l'enfant. Elle passe donc toutes ses journées auprès de sa famille, accompagnée jusqu'à la porte le matin et le soir par son compagnon, qui n'est pas le bienvenu dans cette maison.
Mme D accepte de rencontrer une éducatrice du Dapsa , dans un café proche du domicile de sa famille. Elle vient à ces rencontres d'abord seule, puis avec l'enfant dans une poussette.
Evolution de la situation et adaptation du Parcours personnalisé d'accès aux soins
Mme D et son compagnon obtiennent pour leur enfant la place en crèche demandée dès la naissance, avec l'appui du psychiatre de la maternité.
Mme D est contente de cette solution qui lui permet d'avoir un relais sans l'obliger à passer la journée dans sa famille. Elle peut ainsi rester chez elle. Le matin, c'est la père de son enafnt qui s'en occupe et l'emmène à la crèche en partant au travail, pendant qu'elle peut continuer à dormir. Le soir, elle trouve petit à petit la force d'aller chercher son enfant seule.
Elle refuse à cette période les propositions d'aide à domicile possibles, préférant se débrouiller « seule »
Au cours des trois mois de rencontres avec une éducatrice spécialisée qui vient au-devant d'elle, Mme D envisage son besoin de parler et de comprendre ce qui se passe pour elle…motivée par le fait qu'elle est maman. Mais elle ne veut pas aller vers la psychiatrie, qu'elle a déjà expérimenté, ni vers des

structures de soins où elle pourrait traiter sa dépendance aux psychotropes. Elle fait confiance au psychiatre de la maternité et elle n'en veut pas d'autres. Il n'y a que du côté de l'enfant que des choses semblent accessibles pour elle, car elle est sensible aux manifestations de son enfant.
Proposition à Mme D de pouvoir rencontrer un psychologue dans le cadre du réseau pour réfléchir à sa situation de mère et l'implication de ses soucis personnels dans sa relation avec son enfant… et envisager la possibilité d'un suivi psychologique ultérieur (dont on ne sait pas quelle forme il pourrait prendre : en libéral, gratuit au sein d'une structure, seule, avec son enfant, avec son compagnon…
Evaluation à l'issue de la prise en charge
Mme D a rencontré une psychologue libérale financée par le réseau dans le cadre des rémunérations spécifiques dans son cabinet 7 séances. Une première avec l'enfant, soutenue par l'accompagnement de l'éducatrice du réseau, une seconde avec l'enfant sans accompagnement, puis seule, pendant que l'enfant était accueilli à la crèche.
L'intervention de l'éducatrice de l'équipe mobile s'est fait plus légère durant cette période .
A l'issue de ces séances, Mme D a décidé de donner la priorité à des soins pour diminuer ses consommations de psychotropes et a organisé avec son psychiatre une hospitalisation pour un sevrage.
Du côté des professionnels, une réunion de concertation a permis aux soignants de Mme D de considérer la poursuite de son suivi et le psychiatre qui au départ souhaitait passer la main, a décidé qu'il pouvait continuer à suivre Mme D pour une consolidation au-delà de cette hospitalisation.
L'intervention de l'équipe mobile s'est arrêtée après la confirmation du maintien du suivi par le psychiatre initial... et parce Mme D allant mieux, avait envisagé une formation, et finalement opté pour un travail à temps partiel.

Pendant ce temps, … dans un exemple où l'on voit que la coordination n'est pas un mouvement spontané et qu'il n'est pas toujours facile ou possible de mettre tout le monde autour d'une table :

Travail de coordination avec le personnel de la crèche

Le lien avait été fait avec la PMI pour appuyer la demande d'une place en crèche. L'objectif était que la petite fille puisse découvrir la collectivité mais aussi que Mme D ait du temps pour faire ses démarches. Très rapidement, les parents ont exprimé de manière vive des remarques sur le fonctionnement de la crèche qui sont rapidement devenues des exigences. La crèche a envisagé de ne pas garder la place pour l'enfant.
Une première rencontre a eu lieu entre le DAPSA (coordination) et la crèche pour entendre les difficultés du personnel et tenter de préserver la place de l'enfant. Par la suite, un lien téléphonique très régulier a été mis en place entre la crèche et le DAPSA, permettant à l'équipe mobile de retravailler avec Mme D les moments de tensions. La coordination était devenue une forme de SAS où les personnels de crèche et les parents pouvaient exprimer leurs désaccords, sans mettre en péril la place de la petite fille à la crèche.

Travail de coordination avec l'hôpital

L'équipe éducative et médicale sur place a pu observer que Mme D se mettait en danger sur le plan relationnel lors de l'hospitalisation, la multiplication des intervenants ayant peut-être exacerbé ses difficultés relationnelles. De l'avis de l'équipe soignante, le travail proposé ne permettait pas de la contenir suffisamment. Au final, Mme D a arrêté le suivi sans donner de nouvelles. Lors de notre rencontre avec les soignants, le psychiatre de liaison de la maternité a accepté de reprendre le suivi médical initial.

Travail de coordination avec les services sociaux et la PMI

Lors d'une séparation avec son conjoint, Mme D est retournée avec sa fille dans le quartier où vit sa mère. Elle a fait une demande de mise à l'abri pour elle et sa fille auprès des services sociaux et exprimé à cette occasion des motifs d'inquiétudes quant au comportement de sa fille. Les services sociaux se sont mobilisés très rapidement, mais Mme n'a pas répondu aux différentes propositions d'évaluation de l'enfant, notamment par le médecin scolaire. Les services sociaux se sont alors vus dans l'obligation de faire partir une information préoccupante sur deux départements. Le DAPSA a été contacté par l'assistant social, ainsi que le médecin de PMI.

Travail avec la PMI mandatée par la CRIP pour faire une évaluation de la situation

Très rapidement Mme D a réintégré son domicile avec son conjoint.
Nous avons repris contact avec la PMI qui disposait alors de 4 mois pour faire ce travail d'évaluation.

remarques :

Aucune possibilité ne s'est présentée pour réunir les professionnels présents autour de cette famille pour réfléchir à un projet de soins pour Mme D.
Le travail de concertation a été mené sur un mode particulier, très individualisé, rythmé par des rencontres avec chaque intervenant dans sa structure de travail.

GLOSSAIRE

AED	Aide Educative à Domicile
AFR	Association Française de Réduction des Risques
ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie
APHP	Assistance Publique - Hôpitaux de paris
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogue
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CIDFF	Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
COPES	Centre d'Ouverture Psychologique Et Sociale
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DAPSA	Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires
DASES	Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé
DFPE	Direction des Familles et de la Petite Enfance
DGS	Direction Générale de Santé
DPC	Développement Professionnel Continu
DU	Diplôme Universitaire
EDS	Espace Départemental des Solidarités
EJE	Educateur Jeunes Enfants
ELSA	Equipe de Liaison de Soins en Addictologie

EMEO	Equipe Mobile d'Evaluation et d'Orientation
EPP	Entretien Prénatal Précoce
EPP	Evaluation des Pratiques professionnelles
FEDERASIF	Fédération des Réseaux d'Accès aux Soins d'Ile-de-France
FIQCS	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FMC	Formation Médicale Continue
GEGA	Groupe d'Etudes Grossesse et Addiction
HAD	Hospitalisation A Domicile
HMEEP	Hôpital Mère Enfant de l'Est Parisien
MDS	Maison Départementale des Solidarités
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
OFDT	Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
PIP	Plan d'Intervention Personnalisé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PPPE	Projet Prévention Précoce Petite Enfance
RCP	Réunions de Concertation Pluridisciplinaire
SAF	Syndrome d'Alcoolisation Fœtale
SDF	Sans Domicile Fixe
SF	Sage-femme
SPA	Substances Psycho-Actives
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
TSO	Traitement de Substitution aux Opiacés
UNRS	Union Nationale des Réseaux de Santé
VAD	Visite A Domicile
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine