Association DAPSA

RESEAU DAPSA

DISPOSITIF D'APPUI A LA PERINATALITE ET AUX SOINS AMBULATOIRES

RAPPORT D'ACTIVITE 2014

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

Présentation du Réseau Dapsa

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

2) **Les engagements et financements en 2014 et les projets en œuvre**

   a) **Le Fond d'Intervention Régional (ARS Ile de France)**
   b) **Prévention Promotion de la santé (ARS Ile de France)**
      Le projet Prévention Périnatalité Petite Enfance
      Le projet Cellule d'Appui 77
   c) **Direction des Familles et de la Petite Enfance (Département de Paris)**
   d) **Poursuite du projet financé en 2013 par la Fondation de France**

3) **Les activités non-centrées sur les patients**

   a) **Les interventions quotidiennes du réseau**
   b) **Les actions ponctuelles (ateliers, chantiers)**
      Les ateliers
      Les chantiers
   c) **Le développement du projet d'accès aux soins des nouveau-nés vulnérables**

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

   a) **Les questionnaires d'évaluation**
   b) **L'enquête auprès des partenaires de Seine et Marne (évaluation des attentes des partenaires)**
   c) **Développement des outils d'enregistrement de l'activité au quotidien**
   d) **Formalisation de la coordination des parcours patient**
   e) **Création d'un référentiel d'intervention**

5) **Les activités cliniques**

   a) **La file active**
   b) **Les demandes**
   c) **Les coordinations cliniques**
   d) **Les interventions directes des équipes mobiles**
   e) **Les axes de travail développés en direction des patients et des partenaires professionnels**
   f) **Exemple d'une situation suivie en coordination**

6) **Participation du Dapsa dans les instances de groupements des réseaux**

Conclusions

Annexe 1 : Tableau de bord 2014
Annexe 2 : Illustration clinique (extrait d'une présentation réalisée par les professionnels du Dapsa et les partenaires impliqués dans l'accompagnement de la patiente)

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 : 8899 B
Le type de structure : réseau de santé (Art. L.162-43 du Code de la Sécurité Sociale).
La forme juridique : association régie par la loi du 31 juillet 1901.
Le statut du personnel : le personnel est régi par la convention collective nationale du 31 octobre 1951.
La date de création de l'établissement : le 6 juin 2005.
Les jours et horaires d'ouverture : du lundi au vendredi, de 9 heures 30 à 17 heures 30.

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

Compte tenu du nombre de personnels et des temps partiels qu'ils effectuent, l'utilisation des pièces est la suivante :
- une grande pièce, servant d'accueil et comportant deux bureaux non fermés,
- une grande pièce, servant de salle de réunion et de formation, et offrant 4 postes de travail,
- un bureau, plus petit, dévolu au directeur et à l'assistante administrative 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.

L'organisation de l'association

L'association est dotée d'un bureau présidé par le **Dr Jean-Claude Genest, psychiatre** et composé de :
- Mme Thoral-Janod, Trésorière, représentante de l'association Estrelia, membre fondateur de l'association DAPSA ;
- Mme Fabienne BAKER, secrétaire générale, Assistante sociale
- Mme Sylvia Maddonni, Trésorière adjointe, dessinatrice ;
- Mme Catherine PATRIS, Secrétaire générale adjointe, médecin inspecteur.

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

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

1) Personnels et temps de travail

Equivalent Temps Plein selon personnels et projets	Financement "Réseau de Santé" (ARS FIR)	Financement "Direction des Familles et de la Petite Enfance" (CG75)	Financement "Prévention Périnatalité Petite Enfance" (ARS PPS)	Financement "Cellule d'Appui Dapsa 77" (ARS PPS)	Financement "Fondation de France"	Total par personnel
Directeur	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00
Assistante administrative	0,61	0,07	0,00	0,00	0,00	0,68
Médecin psychiatre coordinatrice	0,29	0,08	0,08	0,03	0,00	0,48
Cadre socio-éducative	0,52	0,28	0,10	0,00	0,00	0,90
Psychologue clinicienne	0,45	0,21	0,24	0,00	0,00	0,90
Educatrice spécialisée	0,35	0,18	0,20	0,00	0,00	0,73
Psychomotricienne	0,23	0,00	0,20	0,00	0,07	0,50
Sage-Femme	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20
Psycho-sociologue coordinatrice	0,15	0,00	0,00	0,26	0,00	0,41
Educatrice spécialisée (77)	0,02	0,00	0,00	0,48	0,00	0,52
Total par projet	3,82	0,82	0,82	0,77	0,07	6,32

a) Missions :

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

L'assistante administrative assure le suivi des outils de communication (standard téléphonique, boite mail, annuaire du réseau) et les liens entre les acteurs du réseau. Elle assure également le suivi administratif et financier en lien avec le directeur et la trésorière de l'association.

La médecin psychiatre coordinatrice est référente en termes de coordination des soins. Elle veille à l'élaboration d'une clinique du partenariat. Elle impulse le développement du volet « accès aux soins des nouveau-nés », en lien avec les réseaux de suivi des enfants vulnérables. Elle est enfin 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 les différents partenaires. 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. Elle participe aux interventions directes auprès des familles.

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

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.

La cellule 77 était composée d'une **psycho-sociologue coordinatrice** (en charge de la coordination autour des situations clinique et du développement et de l'animation du travail de réseau en Seine et Marne) et d'une **éducatrice spécialisée** (en charge des interventions directes auprès des familles). De plus, un certain nombre d'interventions peuvent être assurées par des salariés d'institutions partenaires de la cellule. La psycho-sociologue coordinatrice ainsi que l'éducatrice spécialisée ont quitté l'association en 2014 et ont été remplacées en janvier 2015 par une cadre socio-éducative en charge de l'animation de la cellule d'appui 77.

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

En 2014 l'équipe a connu certaines évolutions. En anticipation du départ en retraite du Dr Taboada qui a eu lieu le 30/09/2014, Tommy Caroff a été nommé directeur de l'Association à partir d'avril 2014. L'organigramme de l'association a ainsi été modifié : le directeur est en charge de l'administration, de la gestion, de l'animation générale des actions et de la représentation du réseau ; la médecin psychiatre coordinatrice restant jusqu'à son départ en charge de l'animation clinique du réseau et participant par ailleurs à la représentation du réseau et à la réflexion stratégique quant aux projets à mettre en œuvre ou à construire.

Après son départ en retraite, et suite aux difficultés rencontrées pour remplacer le poste, le Dr Taboada a été sollicitée en qualité de conseillère médicale honoraire pour trois missions :

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

Ces missions ont été réalisées pour environ trois demi-journées par semaine.

c) Formations professionnelles suivies par les salariés :

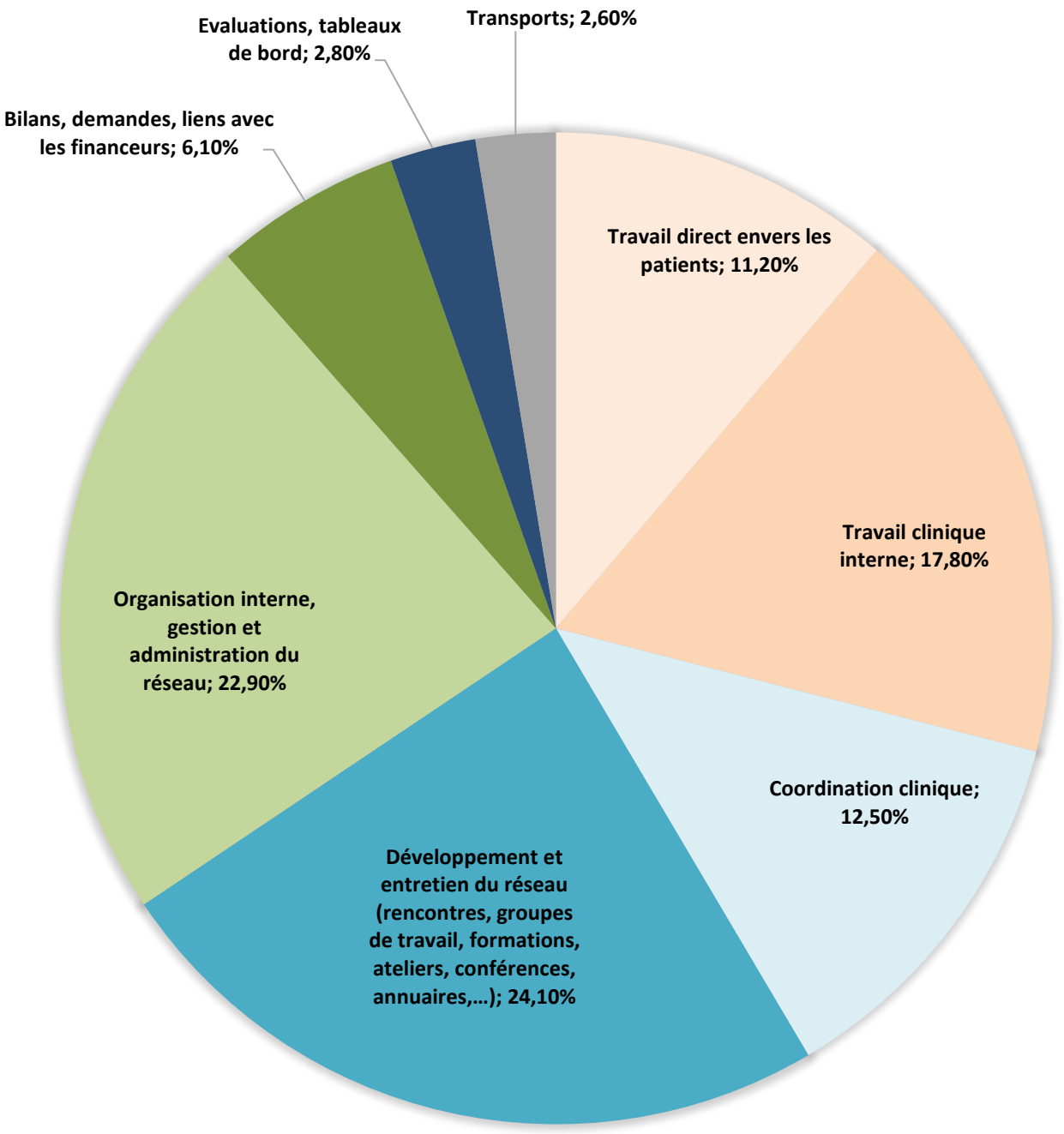
Assistante Administrative	Formation logiciel de comptabilité (1 jour, janvier 2014, Paris)
Directeur	Journées d'Etudes Pratiques sociales : « Familles et Parentalité » (3 jours, novembre 2014, Suresnes) / Formation logiciel de comptabilité (1 jour, janvier 2014, Paris)
Psychomotricienne	S'Pass Formation, « La thérapie psychomotrice mère-bébé » 5 jours de juin à septembre (Paris)
Educatrices spécialisées	COPES « Psychologie et psychopathologie de la périnatalité » (8 jours de février à mai 2014, Paris)
Educatrices spécialisées	COPES « L'accompagnement constitue-t-il un soin ? » (4 jours de mai à juin 2014 à Paris)
Cadre socio-éducative	Journées d'Etudes Pratiques sociales : « Familles et Parentalité » (3 jours, novembre 2014, Suresnes)
Psychologue clinicienne	Sainte Anne Formation « Observation d'un bébé dans sa famille selon la méthode d'Esther Bick » (7 jours de mars à décembre 2014, Paris)

d) Répartition du temps de travail :

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

Analyse des temps de travail, en heures (ici les temps de préparation / réflexion / organisation / analyse sont rattachés à l'activité dont ils dépendent)			
Typologie des actions développées		Dapsa régional + cellule d'appui 77	Pourcentage des heures travaillées
Côté patients	Travail direct : Visites à Domicile (seule activité pour laquelle les temps de transport sont inclus) Appels patients Courriers patients	1 071 heures	11.2%
	Travail en interne : Suivi de dossier Echanges cliniques en interne Tenue des actes	1 698 heures	17.8%
total		**2 769 heures**	**29.1%**
Côté réseau	Clinique du partenariat : Réunions de Concertation Pluri professionnelle Synthèses Comptes rendus cliniques Echanges avec partenaires autour des situations cliniques	1 189 heures	12.5%
	Réunions de travail avec partenaires Développement du réseau Rencontres et présentations réciproques Fédérasif / Grif	1129 heures	11.8%
	Participation (auditeur): - congrès - colloques - formation - mondanités	363 heures	3.8%
	Intervention : - congrès - colloques - formation - expertise	322 heures	3.4%
	Séminaires et chantiers du Dapsa	124 heures	1.3%
	Ateliers CAARUD	74 heures	0.8%
	Autres projets internes (annuaire, enquête partenaire,…)	290 heures	3.0%
total		**3 491 heures**	**36.6%**
Organisation interne	Préparation interne : - travaux intellectuels - recherches - lectures - développement des outils du Dapsa - site internet - mails	827 heures	8.7%
	Comptabilité /RH	681 heures	7.1%
	Démarches administratives et logistiques /Secrétariat	677 heures	7.1%
total		**2 185 heures**	**22.9%**
Gestion des actions (suivi de dossier, demandes, bilans, liens financeurs, tutelles,…)	ARS FIR	252 heures	2.6%
	ARS PPS - PPPE	70 heures	0.7%
	ARS PPS - CA 77	130 heures	1,4%
	CG 75 - DFPE	66 heures	0.7%
	DGS	11 heures	0.1%
	FDF	49 heures	0.5%
total		**578 heures**	**6.1%**
Evaluations, tableaux de bord	ARS FIR	83 heures	0.9%
	ARS PPS - PPPE	19 heures	0,2%
	ARS PPS - CA 77	103 heures	1.1%
	CG 75 - DFPE	16 heures	0,2%
	DGS	0 heures	0%
	FDF	44 heures	0,5%
total		**265 heures**	**2.8%**
transports	temps de transport (sauf Visites à Domicile)	242 heures	2.5%
	TOTAL	**9530 heures**	**100%**

REPARTITION DU TEMPS DE TRAVAIL PAR ACTIVITE



2) Les engagements et financements en 2014

En 2014 quatre projets ont été financés et certains projets qui n'étaient pas parvenus à leur terme en 2013 se sont poursuivis du fait de fonds dédiés restés disponibles.

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

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

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

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

Les différentes populations prises en compte par le DAPSA :

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

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

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

Par ailleurs, 50 000€ supplémentaires ont été attribués au Dapsa fin 2014 au titre du développement de l'activité de suivi des enfants vulnérables, en lien notamment avec les réseaux de suivi pédiatrique (Réseau de Santé Périnatal Parisien et Réseau Pédiatrique Sud et Ouest Francilien). Dans le cadre de ce projet les familles pourront être accompagnées par le Dapsa jusqu'aux six ans de l'enfant afin de soutenir les familles et les professionnels concernés sur une durée suffisamment importante pour que les bilans périodiques organisés par les médecins pilotes des réseaux pédiatriques puissent être réalisés en limitant les risques de discontinuité ou de lâchage.

En 2014, 148 familles (230 adultes, 101 enfants de moins de trois ans, 49 enfants à naître ou nés dans l'année) étaient incluses dans le réseau (dont 93 familles incluses dans l'année).

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

83 504€ ont été accordés par le département PPS de l'ARS Ile de France au titre de deux projets:
- Le projet Prévention Périnatalité Petite Enfance (32 000€)
- Le projet Cellule d'Appui 77 (51 504€)

Le projet Prévention Périnatalité Petite Enfance

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

L'intervention est réalisée par une équipe mobile pluridisciplinaire (un ou deux professionnels par intervention parmi les professions suivantes : éducatrices spécialisées, psychologue clinicienne, psychomotricienne) et est construite selon deux objectifs principaux :

- Accompagner les femmes enceintes et les parents vers les dispositifs de suivis adaptés.
- Faciliter le suivi des enfants nés hypotrophes et/ou ayant subi une exposition fœtale à des substances psychoactives.

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

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

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

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

En 2014 ce projet, cofinancé par la DFPE pour les familles domiciliées à Paris, a permis d'intervenir auprès de 42 familles (70 adultes, 38 enfants de moins de trois ans, 9 enfants à naître ou nés dans l'année).

Le projet Cellule d'Appui 77

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

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

Les objectifs de ce projet sont ainsi de :
- développer le travail en réseau
- permettre un accès aux soins et une meilleure prise en charge des familles, adultes et enfants

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

En 2014 25 familles étaient incluses dans le projet (32 adultes, 12 enfants, 9 enfants à naître ou nés dans l'année), parmi ces familles 6 ont été accompagnées par une équipe mobile (10 adultes, 2 enfants de moins de trois ans, 2 enfants à naître ou nés dans l'année). 3 conférences ont été organisées en Seine et Marne en 2014. Une enquête auprès des professionnels partenaires (présentée par la suite) a permis d'introduire certains ajustements.

Par ailleurs, le financement ayant été diminué de 24%, le temps de travail disponible a baissé rendant inadéquat l'utilisation du bureau mis à disposition par l'hôpital de Melun (les professionnels se retrouvant le plus souvent seuls à ce bureau et leurs emplois du temps ne permettant plus un travail en commun, nous avons décidé de rapatrier dans nos locaux parisiens l'animation du travail en Seine et Marne afin de rompre l'isolement professionnel qui s'était installé).

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

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

En 2014 une demande de cofinancement a été effectuée auprès des deux financeurs des équipes mobiles (DFPE et ARS « Prévention Promotion de la Santé ») afin de regrouper ces deux projets et d'harmoniser les critères d'inclusion des familles en ce qui concerne les interventions directes auprès d'elles (au domicile ou ailleurs). Une enquête effectuée en 2013 auprès des partenaires du réseau Dapsa avait permis de s'apercevoir d'un manque de lisibilité quant aux critères d'inclusion des familles, qui différaient de façon marginale et peu compréhensible, pour les partenaires, d'un projet à l'autre.

Les deux projets ont ainsi été regroupés en 2014 permettant un gain de lisibilité. La DFPE ne finance que des interventions dans Paris intramuros auprès de familles en difficulté d'accès aux soins en lien avec une vulnérabilité psychosociale le plus souvent liée à une addiction.

En 2014, uniquement à Paris, ce projet a concerné 36 familles (60 adultes, 32 enfants), dont 16 incluses en 2014 (28 adultes, 16 enfants).

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

d) Poursuite du projet « Fondation de France » financé en 2013

L'action « Accompagner les bébés, soutenir les parents », financée par la Fondation de France en 2012 avait commencé en 2013 avec l'embauche d'une psychomotricienne et s'est poursuivie jusqu'à juillet 2014.

Fondation de France – Projet Psychomotricienne : "Accompagner les bébés, soutenir les parents"

15 000€ avaient été accordés en 2012 afin de permettre la création d'un poste de psychomotricienne pouvant intervenir auprès des enfants inclus dans le réseau. La psychomotricienne ayant été embauchée en janvier 2013, ce projet ne s'est mis en place que cette année. L'action s'adresse aux familles concernées par la naissance d'un bébé prématuré et/ou hypotrophe et dont les parents sont concernés par une consommation problématique de psychotropes, notamment d'alcool (ces familles étant adressées au Dapsa par les partenaires professionnels du réseau).

Les objectifs du projet étaient d'inscrire les enfants dans un réseau de suivi, de dépistage et de soins (sur ce point il est à noter que les réseaux de nouveaux nés à risque n'intègrent pas, à ce jour, systématiquement les enfants atteints de syndrome d'alcoolisation fœtale, dont le diagnostic est par ailleurs difficile et rarement précoce); d'aider les parents à faire les démarches importantes pour leurs enfants et douloureuses pour eux; de faciliter la prise en charge par les parents eux-mêmes des difficultés de leur enfant.

Au-delà de ces objectifs, ce projet a entrainé une réflexion plus générale quant à la place des problématiques des enfants dans les actions du réseau. Un décalage s'est opéré et de plus en plus de situations nous sont soumises par des professionnels s'inquiétant de la santé et du développement de l'enfant. Le décalage a eu mécaniquement un impact sur les partenaires que le réseau est amené à rencontrer.

Elargissement des actions / pratiques :

Les compétences de la psychomotricienne ont permis d'élargir l'attention portée aux familles en permettant une évaluation plus fine des besoins des enfants et de leur développement à travers des pratiques nouvelles pour le réseau (prévention du développement psychomoteur, bilan psychomoteur, observation des interactions parents/enfants, soutien des liens parents/enfants, aide et conseil aux parents pour soutenir le développement de leur enfant).

Les nouvelles propositions d'intervention permises par le recrutement d'une psychomotricienne ont permis une approche différente institutionnellement, une autre porte d'entrée pour les familles, une autre modalité d'échange, plus concrète, autour du jeu, de pratiques corporelles. L'intervention de la psychomotricienne constitue une proposition dont il peut être plus facile pour les familles de se saisir étant donné qu'elle concerne l'enfant directement. Cette nouvelle approche est par ailleurs enrichie par le travail en binôme avec un autre professionnel (éducateur spécialisé ou psychologue) qui permet la mise en œuvre d'un travail avec les parents.

Elargissement des outils :

Création d'un annuaire des lieux d'hébergement (ou hébergement thérapeutique) parents-enfants. Cet annuaire comporte de nombreuses informations (publics et problématiques prises en charge, modalités d'admission, modalités de prise en charge, composition des équipes, prise en charge financière du séjour,…).

Elargissement du réseau de partenaires :

La psychomotricienne a investigué les possibilités d'accueil des enfants en Ile de France et a ainsi rencontré les structures susceptibles d'accueillir les enfants dont elle évalue les besoins de prise en charge. On remarque effectivement cette année que les inquiétudes concernant l'enfant motivent environ 32% des recours au réseau.

Ce travail a permis d'élargir le réseau des partenaires (en ce qui concerne les partenaires qui recourent au réseau, et encore davantage en ce qui concerne les partenaires vers qui le réseau oriente les patients). Ces partenaires sont principalement les CAMSP, l'HAD pédiatrique, les dispositifs spécialisés dans le soutien à la parentalité, les unités mère-bébé,…

Ce travail constitue également un enrichissement pour l'accompagnement des adultes étant donné que certains partenaires « côté enfant » peuvent recourir au réseau pour des inquiétudes concernant ce qu'ils observent des difficultés d'accès aux soins des parents ne bénéficiant pas de prise en charge pour eux-mêmes.

La psychomotricienne du réseau contribue également à la mise en lien des pratiques en psychomotricité :

- participation à des groupes de travail sur les pratiques (hôpital Avicenne, unités mères enfants, psychomotriciens de PMI et de crèche, psychomotricien en addictologie)
- projet de formations ou de groupe d'échange de pratiques en termes de problématiques cliniques (retard de développement / troubles du rythme / troubles de la régulation tonico-émotionnelle) et de modalité d'intervention au travers de la pratique du domicile.

Dans le cadre de ces missions conjointes avec l'équipe mobile "prévention périnatalité petite enfance" du Dapsa, le poste bénéficie d'un cofinancement de 0.20ETP de la part du département PPS de l'ARS. Etant donné que la psychomotricienne mène également un travail de réseau, un cofinancement de 0.25ETP a été mis en place pour 2014 auprès du FIR.

3) Les activités non-centrées sur les patients

d) Les interventions quotidiennes du réseau

Nombre de réunions dans le cadre du développement du réseau	**77**	Rencontres, présentations et enquête auprès des partenaires du réseau Dapsa: 682 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré) 307h dont 90h de transport Cette catégorie regroupe les différentes rencontres de professionnels du réseau avec d'autres professionnels intervenant (ou susceptible d'intervenir) auprès des familles que le réseau accompagne. Le développement de liens avec les professionnels et institutions du territoire francilien est un préalable indispensable à toutes les actions du réseau. Ces rencontres permettent de recenser les besoins, les capacités de prise en charge, les difficultés que rencontrent ces intervenants, à la fois dans le suivi de patients qui se trouvent dans des difficultés d'accès aux soins liées à leur situation de vulnérabilité psychosociale et à la fois dans les relations partenariales que les structures entretiennent entre elles. Ces rencontres sont également l'occasion de faire connaître nos actions et possibilités d'interventions aux partenaires afin que ceux-ci puissent nous contacter par la suite, si nécessaire, ou participer aux actions transversales du réseau visant à: - mettre en lien les professionnels au contact de situations familiales complexes (protection de l'enfance, obstétrique, addictologie, santé mentale, petite enfance, périnatalité,…); - Favoriser le développement d'interconnaissances permettant aux professionnels de travailler par la suite en partenariat sur les situations communes qu'ils ont à connaître; - Favoriser le développement d'une interculturalité professionnelle pour les intervenants au contact de situations familiales complexes.
Nombre de groupes d'expertise / groupes de travail / staffs MPS (médico-psycho-sociaux) de maternités	**43**	Groupes de travail où le DAPSA apporte son expertise sur les thématiques croisées grossesse/parentalité et addictions (Groupe Femmes, mineures enceintes, approche genrée des problématiques de santé, grossesse et addictions…) : 533 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré) 153h dont 26h de transports Ces temps de travail permettent de soutenir les réflexions et travaux en cours dans les différentes institutions ou entre institutions. Les professionnels du Dapsa peuvent ainsi apporter leur appui, un regard complémentaire ou parfois une expertise sur les problématiques qui animent le réseau. On enregistre également ici les participations aux staffs de parentalité (staffs médico-psycho-sociaux) des maternités. Ces rencontres permettent en outre de maintenir les liens avec les professionnels du territoire et d'en créer de nouveaux. De plus c'est l'occasion pour le réseau d'être informé de situations familiales pouvant être potentiellement incluses dans la file active du réseau et ainsi de se tenir disponible pour les professionnels qui pourraient nous solliciter.
Nombre de travaux sur site	**19**	Travail d'analyse de pratiques sur site: 6 structures concernées (Maternités des Bluets, CSAPA AMPTA, Hôpital Mère Enfant de l'Est Parisien, Pouponnière Melingue, Centre Maternel Melingue, AGE Moïse) 112 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré) 56h de travail dont 9h de transport Il s'agit principalement de mener des supervisions afin d'accompagner les équipes cliniques dans le suivi de leurs patients concernés par les problématiques de santé mentale, addictions, accès aux soins, parentalité, grossesse, petite enfance.
Nombre d'interventions de formation par le réseau	**11**	Formations dans le cadre de DU, de conférences ou de journée thématiques où interviennent des professionnels du DAPSA : 184 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré) 52h de travail dont 12h de transport
Nombre d'invitations à des colloques,	**18**	Présence d'un ou plusieurs membres de l'équipe à 18 colloques, conférences, inauguration de locaux, événements des partenaires auxquels les membres du réseau sont conviés.

conférences, mondanités		193h de travail dont 34h de transport Ces temps de travail permettent de se former continuellement, de se tenir au courant de l'actualité des partenaires professionnels, de connaître les modalités de travail des partenaires, de suivre l'évolution de l'offre de soins sur le territoire ou encore de créer ou réactiver des liens avec les professionnels qui participent à ces évènements. C'est parfois lors de rencontres informelles, à l'occasion de ces colloques, conférences ou mondanités, que le réseau a connaissance de situations familiales complexes qui seront par la suite incluses dans la file active.
Nombre d'étudiants et de stagiaires accueillis	**14**	10 étudiants ont été reçus en 2014 (école d'infirmier travaillant sur les interventions en partenariat) et 4 stagiaires ont été accompagnés sur des périodes courtes pour des travaux d'observation donnant lieu à des écrits sur le travail en réseau.
Nombre de rencontres institutionnelles	**14**	Rencontres avec les tutelles et présence aux groupes de travail des tutelles. 123 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré) 53h de travail dont 9h de transport

En plus de ces activités quotidiennes, le Dapsa construit et met à jour des annuaires professionnels « raisonnés », c'est-à-dire prenant en compte, au-delà des informations affichées (coordonnées, heures d'ouverture, missions), les modalités d'admission, les publics pris en charge en fonction des problématiques sociales, médicales, administratives, familiales, les disponibilités, les compositions des équipes, les modalités de prise en charge…

Ces annuaires sont constitués à partir de rencontres ou contacts avec les établissements concernés et permettent au réseau d'améliorer sa connaissance des offres de prise en charge en Ile de France, de développer des relations avec ces établissements et d'affiner ses orientations.

Ces annuaires ont été regroupés fin 2014 afin de constituer un répertoire de contacts (1300 professionnels) permettant de faciliter la diffusion des informations, plaquettes et charte du Dapsa.

e) <u>Les actions ponctuelles (ateliers, chantiers)</u>

Les ateliers : suite du projet « CAARUD » (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues), qui avait été initialement financé par la Fondation de France

Courant 2012/2013 plusieurs CAARUD franciliens ont été associés au projet alors financé par la Fondation de France sur les questions de parentalités des usagers et des usagères de drogues.

Ce travail a permis de comprendre que les professionnel(e)s des CAARUD pouvaient être les destinataires des préoccupations parentales des parents fréquentant leur lieu d'accueil. Le plus souvent il s'agit de pères qui ne vivent pas avec leur enfant et qui disent rencontrer des difficultés dans l'exercice de leurs parentalités. Ces situations ont conduit les équipes concernées à développer de nouvelles propositions d'appui en direction de leur public et à explorer de nouveaux champs de questionnements, la prise en compte des préoccupations parentales introduisant des changements en termes de postures, de pratiques professionnelles et de représentations des personnes accueillies.

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

Pour soutenir le travail engagé sur le terrain auprès des usagers et des usagères parents et favoriser la continuité de son élaboration, le Dapsa a organisé un travail collectif de réflexion dans le cadre d'ateliers destinés aux professionnel-le-s en lien avec cette population. Ce cycle d'atelier était intitulé « Comment prendre en compte les préoccupations parentales dans les CAARUD ? ».

Les objectifs:

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

Cet atelier était composé de 15 personnes, intervenant dans un CAARUD ou dans une structure ayant la pratique de l'accueil collectif des usagers et des usagères de drogues. Six séances se sont déroulées au DAPSA. Cet atelier a donné lieu à une

évaluation de la part des participants et des formatrices qui a conduit à proposer un renouvellement de l'action en 2015 avec quelques aménagements :

- La composition du groupe : en 2015 le Dapsa essaiera de faire en sorte qu'il y ait davantage d'hommes investis dans ces ateliers que ce fut le cas en 2014. Par ailleurs les ateliers seront ouverts aux CSAPA ayant une pratique d'accueil collectif d'usagers de drogues.
- Les apports de connaissances : en plus des apports des formatrices et des intervenants ponctuels les participants auraient souhaité bénéficier de supports pédagogiques en rapport avec les thèmes abordés. Nous travaillerons en 2015 à la composition d'un corpus documentaire à diffuser aux participants.
- Les thèmes : les thèmes abordés seront reconduits en 2015 avec toutefois une vigilance quant à la question des parentalités des pères, même séparés de leurs enfants (situations récurrentes souvent évoquées dans le travail préparatoire qui avait motivé la mise en place de ces ateliers, un thème que certains participants regrettent de n'avoir pu approfondir).
- Les intervenants : il serait certainement bénéfique de pouvoir solliciter l'intervention d'un professionnel de l'ASE sur les questions de droits des parents et des enfants. Par ailleurs cela permettrait certainement au groupe de travailler sur les représentations parfois ambivalentes quant à cette institution.

Les chantiers

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

4 chantiers ont été organisés en 2014, tous ont donné lieu à une évaluation de la part des participants :

- « Les sens de la sortie », Paris, 66 participants.
  « La sortie de l'Hôpital Mère-Enfant de l'Est Parisien est anticipée par les professionnels de l'hôpital (et peut-être pas de la même façon selon les missions de chacun) et se prépare avec la mère et son enfant. Mais cette sortie se pense par ceux qui étaient à l'origine de la demande, ceux qui seront là à l'extérieur, l'entourage familial…Pour chacun, des attentes et des craintes différentes, qu'il n'est pas toujours facile de partager. Les difficultés sociales et économiques actuelles viennent compliquer la tâche ; si elles sont terriblement prégnantes, elles ne doivent cependant pas nous empêcher de penser ensemble ce passage qu'est la « sortie ».

  Le chantier a été l'occasion pour les professionnels participants de venir discuter avec l'équipe de l'HMEEP des importantes questions que posent les sorties des patientes et de leur bébé…

- « L'évolution de l'enfant: le développement normal et les signes d'alerte de souffrance », Melun, 51 participants
  Ce chantier avait pour objectif de favoriser la prise en compte des signes d'alerte de souffrance chez l'enfant ; de favoriser la compréhension des priorités et enjeux qui pèsent sur les autres professionnels au contact de la problématique « développement de l'enfant et signes d'alerte de souffrance » afin de faciliter le travail en partenariat ; de permettre aux participants de mieux identifier les différents établissements en lien avec les problématiques évoquées, leurs missions et leur fonctionnement.

- « Devenir parent quand on n'a pas pu être enfant ou comment renoncer à ce que l'on n'a pas eu ? », Melun, 70 participants
  Ce chantier avait pour objectifs d'apporter des connaissances aux participants sur les mouvements psychiques qui traversent les parents dits vulnérables ; de permettre aux participants d'interroger leurs représentations sur la parentalité et les parentalités dites "vulnérables" ; de permettre aux participants de connaitre et comprendre les priorités et enjeux qui pèsent sur les professionnels intervenants dans ce secteur ; de mieux identifier les différents établissements en lien avec des jeunes enfants et les parents en difficulté dans leur fonction parentale.

- « Les risques liés à la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse», Melun, 35 participants
  Ce chantier avait pour objectif de présenter les risques liés à la consommation de produits psychoactifs pendant la grossesse ; de permettre aux participants d'interroger leurs représentations sur les femmes consommant des SPA pendant leur grossesse ; de permettre aux participants de comprendre les priorités des professionnels qui accompagnent la grossesse ; de permettre aux participants d'identifier les différentes structures qui peuvent accompagner les femmes enceintes consommatrices de SPA.

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

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

En 2014 un projet d'accès aux soins des enfants vulnérables a été développé en lien avec l'ARS Ile de France et les réseaux de suivis des enfants vulnérables. Ce travail a donné lieu à 13 rencontres organisées en vue de définir les modalités de coopération avec les réseaux RPPNE (Réseau Périnatal Paris Nord Est, récemment devenu RSPP – Réseau de Santé Périnatal Parisien) et RPSOF (Réseau Pédiatrique Sud et Ouest Francilien). Ce projet a fait l'objet d'un complément de subvention de la part de l'ARS IDF à hauteur de 50 000€ attribués en décembre 20104.

Origine du projet

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

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

Depuis sa création le DAPSA a le souci d'intégration dans un réseau de soins des enfants concernés (enfants ayant subi une exposition fœtale avec troubles mineurs). Au-delà des actions individuelles menées par les équipes mobiles auprès des familles, des actions ponctuelles ont été menées (projet Paris-Roubaix en 2008, plusieurs ateliers pluri-disciplinaires animés depuis 2009, recrutement d'une psychomotricienne dans le cadre du projet "aider les bébés, soutenir les parents", financé par la Fondation de France en 2013). La présence de la psychomotricienne a permis une accélération du processus. Une présentation du projet a été faite, à l'initiative de l'ARS IDF, à une séance du groupe pédiatrique (le 25 mars 2014).

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

Mise en œuvre du projet

Afin que ce projet puisse prendre forme nous avons essayé d'anticiper les différents niveaux de travail avec à chaque fois les actions à mettre en œuvre :

Le projet global comporte quatre niveaux d'intervention (cf. le schéma ci-après) :

1. Elaboration du projet au niveau « structurel/institutionnel » : travail réalisé en 2014 et à poursuivre en 2015
   Travail à construire avec l'ARS IDF, les divisions territoriales de l'ARS IDF, les réseaux périnatals et les réseaux de suivi des nouveau-nés vulnérables, les PMI, les services de néonatologie, l'ASE, les CAMSP, les CMPP :

- Identifier les partenaires amont (acquis) et aval (possibilités de prise en charge à investiguer)
- Identifier les possibilités d'inclusion dans les RNNV (possibilité de bilan par les médecins pilotes selon protocole)
- Identifier les possibilités d'appui des réseaux d'accès aux soins franciliens, des PMI, de l'ASE, des CSAPA/CAARUD et de la psychiatrie adulte, implantés sur les territoires des réseaux de suivi des nouveau-nés vulnérables.

2. Mise en œuvre au niveau « professionnel » non centré sur des situations cliniques identifiées : Il s'agit ici de proposer à des professionnels susceptibles d'intervenir auprès de parents et d'enfants concernés par le projet de participer à un programme de formation (financement attribué par la Fondation de France en décembre 2014).
   Ce programme de formation a un double objectif :

- transmettre des connaissances relatives : aux effets de l'alcool sur le fœtus / au fonctionnement des réseaux de suivi des enfants vulnérables / au travail autour du handicap de l'enfant (que ce soit directement avec l'enfant ou avec ses parents) ;
- servir de «comité de pilotage» du projet en permettant au Dapsa de profiter de cette formation pour identifier les freins et les leviers relatifs au projet que les participants seront amenés à relever.
  Cette phase 2 du projet commencera courant 2015 (le programme de formation et le financement sont déjà acquis)

3. Mise en œuvre au niveau « professionnel » centré sur des situations cliniques précises : Il s'agit ici de soutenir les professionnels en permettant une concertation des intervenants au contact des mêmes situations familiales, tout au long du suivi des enfants :

- Travail de coordination « vers le bilan » (travail déjà engagé pour des situations avec femmes enceintes): Sensibiliser les professionnels à l'intérêt de ces bilans /Permettre aux professionnels d'introduire ces bilans auprès des familles/ Recenser les observations des différents intervenants concernant le développement de l'enfant et l'acceptation du projet par la famille
- Travail de coordination « d'un bilan à l'autre » : réaffirmer l'intérêt des bilans à venir même si les précédents n'ont rien révélés/ Permettre aux professionnels d'avoir une action concertée dans le suivi des familles/ Permettre la continuité des bilans en maintenant la vigilance autour de l'enfant et autour de la capacité des familles à s'inscrire dans le temps long que suppose le projet
- Travail de coordination « vers l'aval » : Veiller à l'orientation et à l'introduction dans les dispositifs « aval » des enfants dont le bilan a révélé un trouble / Accompagner les professionnels en aval afin de faciliter le bon déroulement des prises en charges

Cette phase 3 du projet commencera courant 2015, avec l'inclusion des premiers enfants dans les réseaux pédiatriques concernés.

4. Travail avec les familles : les accompagner vers les bilans, entre les bilans, puis vers l'accès aux soins

- sensibiliser les familles à l'intérêt des bilans en valorisant leur capacité d'observation de leur enfant
- travailler avec les familles la compréhension et l'appropriation des résultats du bilan
- valoriser et développer les compétences des parents pour soutenir et stimuler leur enfant

Cette dernière phase pourra être menée par l'équipe mobile du Dapsa mais aussi (surtout), par les professionnels présents auprès des parents et des enfants. Cette phase 4 commencera avec l'inclusion des premiers enfants dans les réseaux pédiatriques concernés.

AMONT : Repérage → Inclusion → ENTRE-DEUX : SUIVI DES NOUVEAUX NES VULNERABLES → Orientation → AVAL : Prise en charge

1) Construction du projet

Repérage via :
- Maternités, néonatologie, ELSA
- HAD pédiatrique
- PMI
- Pouponnières non médicalisées
- Halte-garderie
- Autres professionnels du côté de l'adulte
- Equipe Mobile du Dapsa

Points de vigilance / freins : Eventuelle difficulté à aborder avec Les patientes le sujet des consommations pendant la grossesse.

Critères d'inclusion : - **Enfant < 1an et inclus dans le réseau DAPSA**
- **Exposition à l'alcool in utero ET**
- **Nés entre 33 et 37semaines ET/OU**
- **Retard de croissance <10e percentile ET/OU**
- **Présence de signes neurologiques (irritabilité, hypotonie,…) ou dysmorphies**

DAPSA « Travail vers le bilan »

Réseaux périnatal

Réseaux nouveaux nés vulnérables

Médecins pilotes (généralistes, médecins de PMI, pédiatres de ville, centre de santé, consultation hospitalières en pédiatrie, CAMSP)

Bilan réguliers + éventuellement bilans complémentaires (orthophonie, kinésithérapie),

SI LE BILAN NE REVELE PAS DE TROUBLE : travail **« d'un bilan à l'autre»**

SI LE BILAN REVELE UN TROUBLE : travail **« vers l'aval »**

DAPSA « Travail vers l'aval »

Dispositifs susceptibles d'accueillir les enfants dont le bilan révèle un trouble du développement/ un trouble de l'apprentissage :
- CAMSP
- CMP
- Pouponnière médicalisée

2) Accompagnement du projet, ateliers pluri professionnels

Organisation de deux sessions de quatre ateliers, ouverts aux professionnels identifiés en amont, dans l'entre deux et en aval. Ces ateliers ont vocation à : éviter les conduites stigmatisantes envers les familles, éviter les dénis protecteurs (induits par la crainte que les bilans ne puissent déboucher sur des prises en charge faute de disponibilités en aval, induits par la volonté de protéger les familles de l'angoisse générée par l'annonce de probables troubles de l'enfant), favoriser le travail en réseau, repérer les freins et les leviers pour en tenir compte dans la construction d'un travail collaboratif.

3) Accompagnement du projet, travail de coordination des professionnels vers les bilans, entre les bilans, puis si un trouble est révélé, vers l'aval

Travail de coordination **« vers le bilan »** : Recenser les observations des différents intervenants concernant le développement de l'enfant et l'acceptation du projet par la famille. Sensibiliser et informer professionnels et familles.
Points de vigilance / freins : l'acceptabilité du principe pour les professionnels soucieux du bien-être des parents.
Eventuelles résistances des professionnels à l'idée de « bilanter » un enfant qui (a priori) ne présente pas de trouble avéré, ce qui peut être perçu comme stigmatisant/persécutant/douloureux pour la mère ayant consommé pendant la grossesse et dont l'enfant semble bien se porter.

Professionnels présents tout au long du suivi côté enfants : PMI/ASE (AED/AEMO/ pouponnière)
Professionnels présents tout au long du suivi côté adultes : CSAPA/CAARUD/Psychiatrie/Réseaux d'accès aux soins
Professionnels présent tout au long du suivi « famille » : Centre maternel, Hébergement thérapeutique, médecin traitant (libéral, centre de santé)

Travail de coordination « d'un bilan à l'autre » : réaffirmer l'intérêt des bilans à venir même si les précédents n'ont rien révélés
Points de vigilance / freins: possible désinvestissement des professionnels s'il n'y a pas d'observations inquiétantes ou si d'autres sujets concernant la famille semblent prioritaires.

Travail de coordination **« vers l'aval »** : Veiller à l'orientation et à l'introduction dans les dispositifs « aval » des enfants dont le bilan a révélé un trouble. Accompagner les professionnels en aval afin de faciliter le bon déroulement des prises en charges.

Points de vigilance / freins : l'ampleur des listes d'attente risque de décourager l'investissement des professionnels auprès de ces familles si celles-ci sont irrégulières dans leur suivi ou mettent les professionnels en difficulté

4) Travail avec les familles, les accompagner vers les bilans, entre les bilans, puis vers l'accès aux soins

Travail avec la famille **« vers le bilan »** :
Sensibiliser la famille à l'intérêt de ces bilans.
Mettre en place un accompagnement psycho-éducatif vers les réseaux nouveaux nés vulnérables.
Repérer et valoriser les compétences des parents pour soutenir et stimuler leur enfant.

Points de vigilance / freins : possible difficulté à accepter l'éventualité d'un trouble à venir si l'enfant semble bien se porter. Possible sentiment de persécution/culpabilisation concernant les consommations ayant eu lieu pendant la grossesse.

La famille : le ou les parents, l'enfant ou les enfants

Travail avec la famille **« d'un bilan à l'autre »** :
S'assurer de la compréhension par la famille des résultats des bilans, clarifier/traduire si nécessaire.
Réaffirmer l'intérêt des bilans à venir.
Valoriser et développer les compétences des parents pour soutenir et stimuler leur enfant.
Valoriser les compétences de l'enfant auprès de son parent.

Points de vigilance / freins : possible désinvestissement de la famille s'il n'y a pas d'observations inquiétantes ou si d'autres sujets la concernant semblent prioritaires.
Angoisse induite par l'attente du prochain bilan.

Travail avec la famille **« vers l'aval »** :
S'assurer de la compréhension par la famille des résultats des bilans, clarifier/traduire si nécessaire.
Valoriser et développer les compétences des parents pour soutenir et stimuler leur enfant en attendant le début de la prise en charge.
Mettre en place un accompagnement psycho-éducatif vers les dispositifs en aval afin de préparer la famille à l'entrée de l'enfant dans le dispositif adapté.
Points de vigilance / freins :
Possible incompréhension concernant les troubles révélés par le bilan.
Possible souffrance/difficulté à accepter les troubles de l'enfant
Possible difficulté à accepter l'attente avant l'inclusion de l'enfant dans une prise en charge.
Une fois la prise en charge mise en place, possibles difficulté à suivre avec assiduité le déroulement des soins.

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

a) Les questionnaires d'évaluation

Des évaluations de la satisfaction des participants sont systématiquement réalisées pour chaque atelier, chantier ou séminaire organisé par le Dapsa. Pour les ateliers une évaluation initiale peut être produite afin de recenser les attentes et les motivations des professionnels qui y participent, en plus des évaluations finales réalisées systématiquement. Ces évaluations comportent une partie "cotation" où les participants notent des items se rapportant à la forme (lieu, durée, intervention magistrale ou interactive, …), au contenu (thèmes, qualité des intervenants, apports de connaissances) et à la satisfaction de leurs attentes (en termes de rencontres/échanges pluridisciplinaires, d'apports théoriques et d'apports pratiques). Par la suite une partie reprend les objectifs de ces ateliers et évalue le sentiment de progression de chaque participant vis-à-vis de ceux-ci. Cette partie se présente de la manière suivante (exemple pour les ateliers « Comment prendre en compte les parentalités des usagers de drogue dans les CAARUD ? ».

Pour chaque proposition, merci de donner une note de 0 à 5 avant et après formation : *- 0 : Pas du tout* *- 5 : Tout à fait*	Avant la formation	Après la formation
Je suis à l'aise pour écouter les préoccupations parentales des usagers.		
Je suis à l'aise pour prendre en compte les préoccupations parentales des usagers.		
Je suis en capacité d'appréhender l'impact éventuel des consommations sur la parentalité.		

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

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

En 2014 ces questionnaires d'évaluation ont permis de recenser l'avis des participants concernant cinq actions (le cycle de six séances d'ateliers et les quatre chantiers organisés en 2014). A partir de l'analyse de ces questionnaires et des observations des salariés nous ajustons nos propositions de travail afin de mieux répondre aux attentes des participants (et à nos propres attentes !).

b) L'enquête auprès des partenaires de Seine et Marne (évaluation des attentes des partenaires)

Suite à des interrogations des salariés de la Cellule d'Appui Dapsa 77 concernant les difficultés rencontrées en Seine et Marne, nous avons décidé de mettre en place une enquête auprès d'un groupe de professionnels du département travaillant ou susceptibles de travailler avec le Dapsa. Ce travail d'évaluation a été conduit en 2014 par des entretiens auprès de quatorze partenaires de Seine et Marne. Les objectifs de cette enquête ont été communiqués aux répondants en amont des rencontres :

- Comprendre la façon dont le réseau est perçu par les professionnels susceptibles d'y avoir recours ;
- Améliorer la communication externe du réseau ;
- Vérifier et améliorer la correspondance entre les actions développées par le réseau et les besoins du territoire (besoins/demandes des patients et besoins/demandes des professionnels) ;
- Vérifier et améliorer l'adéquation entre les modalités de fonctionnement du réseau et les besoins des professionnels.

Concernant l'activité de mise en réseau, les professionnels rencontrés dans le cadre des travaux d'évaluation manifestent une demande de repérage des possibilités d'orientation par un travail de recensement des offres de prises en charges sanitaires et sociales. Une demande de mise en lien, de développement des interrelations au niveau départemental est également mise en avant. On constate également une demande en termes de transfert de connaissances quant aux problématiques croisées parentalité, périnatalité, souffrance psychique, addiction (cf. évaluation des conférences thématiques 2014).

Concernant le travail d'accès aux soins, les professionnels manifestent une satisfaction quant au travail d'intervention directe auprès des patients (pour évaluation, élaboration d'un projet de soins et orientation), en particulier quand il y a un repérage de souffrance et d'isolement avec absence de prise en charge. Concernant le travail de concertation pluridisciplinaire autour de situations cliniques, les partenaires rencontrés estiment que ce travail permet une clarification des situations et parfois un repositionnement des professionnels quant aux propositions cliniques adressées aux patients (néanmoins la taille du département nécessite pour certain de fonctionner davantage par échanges bilatéraux téléphoniques que par réunions de concertation pluridisciplinaires, exigeantes en termes de déplacement).

Une demande d'élargissement des critères d'inclusion est également apparue pour des situations de parents dont la souffrance psychique (mais sans problématique addictive) constitue un frein à leur accès aux soins ou à celui de leur(s) enfant(s). Par ailleurs, certains professionnels rencontrés souhaitent un élargissement concernant l'âge des enfants pouvant être inclus, afin que le réseau puisse inclure des situations jusqu'aux six ou sept ans de l'enfant.

Si nous pouvons répondre favorablement à la première demande d'élargissement (souffrance psychique sans addiction mais constituant un frein à l'accès aux soins), pour la seconde (inclure jusqu'aux six ou sept ans) l'élargissement ne concernera que les enfants inclus dans les réseaux de suivi des nouveau-nés vulnérables (Réseau Pédiatrique Sud et Ouest Francilien en l'occurrence), jusqu'aux six ans.

Cette enquête a permis de relever quelques demandes importantes : étant donné l'ampleur du territoire et la dispersion des dispositifs, un travail de recensement des offres de prises en charge est demandé afin de permettre une information adaptée des partenaires quant aux besoins de leurs patients. De même, la taille du territoire et l'éparpillement des professionnels limite les possibilités de mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaires, il est ainsi demandé de fonctionner davantage par échanges bilatéraux, le travail de coordination du Dapsa devant permettre la circulation de l'information et la continuité des prises en charge.

De nombreuses remarques ayant trait à la taille du département et l'éparpillement des structures nous décidons de développer nos travaux de réseau par bassin de naissance (annuaires « raisonnés », groupes de travail à destination des sages-femmes, travaux de concertation clinique,…). Cette méthode devrait permettre d'éviter aux professionnels des déplacements trop importants tout en s'appuyant sur les relations préexistantes entre professionnels du département intervenant autour des mêmes bassins de naissance (Meaux – maternité type 3, Fontainebleau – maternité type 3, Lagny Marne la Vallée – maternité type 2B, Melun - maternité type 2B, Montereau – maternité type 2B, Provins – maternité type 2A et Coulommiers – maternité type 2A).

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

Nous disposons de trois types d'outils permettant d'enregistrer l'activité quotidienne des professionnels. Le premier concerne les activités dites "non-centrées sur les patients", le second type concerne les activités dites "centrées" sur les patients et le dernier concerne l'enregistrement du temps de travail.

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

Les activités centrées sur les patients sont enregistrées par situation familiale. Pour chaque situation familiale, un document recense les informations transmises au moment de la demande et un tableur permet par la suite d'enregistrer chaque acte effectué par les professionnels du Dapsa en rapport avec cette situation. Ces "tableaux des actes" permettent de préciser la nature des actes effectués pour chaque situation (appel, visite à domicile, échange clinique avec un partenaire sur cette situation, recherche pour un patient ou un partenaire, réunion de concertation sur cette situation,…), leur durée et s'ils s'adressent aux patients directement ou aux partenaires professionnels qui accompagnent cette famille.

Un tableur permet par la suite de compiler toutes ces données de façon anonyme. Chaque ligne correspond à une situation familiale identifiable par un numéro (la correspondance entre ces numéros et les noms des personnes est enregistrée dans un document à part). Les colonnes permettent ensuite de renseigner les données sur:

- L'identification du dossier (numéro de dossier, professionnel du Dapsa référent de la coordination pour ce dossier, professionnel en charge des éventuelles interventions directes auprès du patient, date d'ouverture du dossier, département concerné, projet concerné si intervention directe –DFPE ou PPPE ou Cellule d'appui 77)
- Le demandeur (nom du professionnel qui sollicite le réseau, profession, nom de la structure et type de structure)
- La demande (le type d'intervention demandée, les motifs de recours au réseau)
- La famille avec pour chaque adulte (l'âge, le sexe, le fait que la personne soit père/ mère/enceinte/futur père ou autre, les ressources, la protection sociale, les troubles ou inquiétudes signalés par le demandeur), pour chaque enfant (l'âge, le lieu de vie, les troubles éventuels ou inquiétudes signalées par le demandeur) et pour le ménage (l'hébergement, la composition du ménage, le nombre d'enfant à domicile et hors domicile)
- Les propositions de travail du Dapsa (il peut y en avoir plusieurs, notamment s'il y a une évaluation préalable de la situation ou une équipe mobile qui rencontre la famille)
- Les évènements majeurs ayant un impact sur la coordination (exemple: naissance, placement, hospitalisation,…)

- Les axes de travail développés en réponses aux problématiques des patients et ceux développés en réponse aux problématiques des professionnels
- Les objectifs de la coordination (ceux-ci sont révisés au moins tous les six mois par le professionnel référent, ils se cumulent pour conserver une lisibilité)
- La date et le motif de clôture des coordinations (objectifs atteints dont orientations, déménagement, échec, perte de vue du demandeur ou des patients,…)
- Les objectifs de l'équipe mobile s'il y en a une (ceux-ci sont révisés au moins tous les six mois par le professionnel référent, ils se cumulent pour conserver une lisibilité)
- La date et le motif de clôture de l'équipe mobile (objectifs atteints dont orientations, déménagement, échec, perte de vue de la famille,…)
- Les actes effectués pour cette situation (appel, visite à domicile, échange clinique avec un partenaire sur cette situation, recherche pour un patient ou un partenaire, réunion de concertation sur cette situation,…).

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

Un dernier outil nous permet d'enregistrer les temps de travail. Il s'agit du tableau CREDES dont les résultats pour l'année 2014 ont été présentés précédemment dans la partie "Personnels et temps de travail". Un fichier permet de disposer pour chaque professionnel, de façon nominative, d'un onglet permettant de renseigner quotidiennement dans un tableur la répartition du temps de travail pour la journée écoulée. Les différents onglets se cumulent automatiquement dans un onglet renseignant la répartition des temps de travail pour l'ensemble de l'association. Etant donné que les onglets sont nominatifs il est possible de multiplier pour chaque activité le nombre d'heures enregistrées par le coût horaire du professionnel en question (salaire brut et charges patronales proratisées par heure). Comme les résultats individuels se compilent automatiquement dans un autre onglet, cela nous permet de rattacher les charges de personnels aux activités effectuées. Il est par la suite plus facile de budgéter les différentes actions en fonction des professionnels qui s'en chargeront et du temps de travail qu'ils y consacreront.

Ces outils permettent une lecture fine de l'activité du réseau mais produisent par ailleurs quelques effets négatifs :

- La multiplicité de ces outils (fiche d'inclusion, tableur d'acte par famille, suivi du temps de travail, tableur récapitulatif des actions de réseau, tableur récapitulatif des suivis cliniques) génère un temps de saisie trop important et parfois une confusion quant aux informations à saisir par outil.
- L'utilisation d'Excel pour chacun de ces outils génère parfois des erreurs de saisie ou un manque de normalisation des données (chaque professionnel ayant son propre « style » d'utilisation des outils) ce qui génère un temps de correction.
- La possibilité de renseigner de nombreuses informations par l'utilisation de ces outils a produit une inflation des items à renseigner (les items « historiques », les items « conventionnels » relatifs à des financements particuliers et convenues en amont des projets, les items nouvellement ajoutés en lien avec de nouvelles nécessités de valorisation ou de description de l'activité ou de la file active).
- Les demandes nouvelles des financeurs exigeraient soit d'ajouter de nouveaux items relatifs aux professionnels et structures impliqués dans les travaux de coordination, relatifs à l'historique des prises en charges des patients (hospitalisations, passages aux urgences, délai d'intervention,…) soit de créer de nouveaux outils, les deux solutions n'étant plus réalistes eu égard au temps consacré par les salariés à l'enregistrement de l'activité et des informations concernant les patients et les partenaires.
- La compilation « manuelle » des données, qu'exige Excel rend chronophage la production des statistiques du réseau.

Afin de diminuer les temps de saisie et de compilation des informations, et afin de faciliter l'ajout ou la modification des items à renseigner, le Dapsa se dotera en 2015 d'un système d'information interne simplifié permettant une centralisation des informations, une normalisation des données et une compilation automatique des données pour la production de résultats statistiques.

d) Formalisation de la coordination des parcours patient

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

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

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

- La situation correspond-elle aux critères d'inclusion du Dapsa ?

NON (hors situation de parentalité ou enfant de plus de trois ans)➔ Traitement de la demande pour suggérer au demandeur un lieu plus adapté pour les patients

OUI ➔ Quelle est la problématique (a priori) de la famille et de chacun de ses membres ? / Quelle est la problématique (a priori) du demandeur, pourquoi appelle-t-il, que demande-t-il, quelles sont les difficultés exprimées et celles plus implicites ? Qui sont les autres intervenants, qu'est-ce qui est mis en place autour de la situation ?

On décide ensuite du ou des professionnels du Dapsa qui s'occuperont de la situation, en fonction des disponibilités de chacun, en fonction de la problématique (du type de demande, du type de problématique clinique), en fonction des éventuelles habitudes de travail avec le demandeur en question, en fonction des qualifications et expériences professionnelles des intervenants (psychologue, éducatrices spécialisées, psychomotricienne, psychiatre).

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

OUI

NON

3) Proposition :

A) EVALUATION DE LA SITUATION

- Contacter les différents intervenants
- Essayer de réunir les informations manquantes pour clarifier la situation
- Evaluer avec le demandeur et éventuellement les autres intervenants les besoins de coordination (information / recherches / orientation/ soutien / concertation / concertation avec équipe mobile d'évaluation et d'orientation en intervention directe auprès de la famille).

Il s'agit là de possibilités mais l'évaluation peut prendre des formes diverses.

4) Propositions :

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

B) ATTENTE ACTIVE

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

C) INFORMATION / RECHERCHES

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

D) ORIENTATION

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

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

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

Impact recherché :

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

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

S'il s'agit d'un besoin de relais il s'agira de **FAIRE PASSERELLE** entre les professionnels actuellement autour de la famille et ceux qui prendront la suite.

S'il s'agit d'un besoin de continuité, de clarté, il s'agira de faire un travail de **SECRETARIAT**, c'est-à-dire de réunir et faire circuler (en filtrant les informations qui n'ont pas à circuler) les informations nécessaires au bon déroulement des prises en charge, auprès des différents intervenants concernés.
S'il s'agit d'un besoin de cohésion (du fait de désaccord entre les différents professionnels, de conflits entre partenaires, de messages incompatibles ou contradictoires transmis à la famille) il s'agira plutôt de mettre en place un travail de **MEDIATION**, afin de faire en sorte que chacun comprenne et entende le travail des autres. Il s'agira de rechercher une forme de consensus sur la stratégie clinique à mettre en place autour de la famille.
S'il s'agit d'un besoin de cohésion (du fait de l'incompréhension réciproque entre professionnels de secteurs très différents et ayant des missions, priorités, limites, philosophie d'action et patientèles très différentes), alors il s'agira plutôt de mettre en place un travail de **TRADUCTION**, pour s'assurer que tous se comprennent et puisse travailler en bonne intelligence.
S'il s'agit d'un besoin d'être rassuré (relativement à des inquiétudes concernant l'enfant, son ou ses parents), conforté dans sa pratique professionnelle, ou d'un besoin d'être conseillé, il s'agira plutôt de mettre en place un travail de **SOUTIEN AUX PROFESSIONNELS.**

F) CONCERTATION AVEC EQUIPE MOBILE D'EVALUATION ET D'ORIENTATION – EMEO (chaque situation familiale pour laquelle une concertation et une équipe mobile sont mises en place donne lieu à la formulation d'au moins un objectif par concertation et d'au moins un autre objectif par EMEO, que le Dapsa se fixe pour favoriser l'accès aux soins pour la famille concernée. Ces objectifs sont révisés tous les six mois, c'est-à-dire poursuivis, reformulés ou renouvelés)
Si on se trouve l'une des situations nécessitant une concertation (D) et qu'en plus les professionnels constatent certains de ces éléments :
- que la situation entre dans le cadre des conventions de financement des équipes mobiles (ARS PPS – PPPE et DFPE – EMEO) ;
- que la famille ne peut pas faire les démarches indispensables à l'accès aux soins de ses membres ;
- qu'il y a une absence de prise en charge, éventuellement un refus de prise en charge de la part de la famille ;
- qu'il y a persistance des inquiétudes du fait de l'absence d'intervenants prenant en charge la problématique « inquiétante » ;
- qu'il est nécessaire que le Dapsa mette en place une évaluation des besoins de prise en charge de la famille ;
- que la famille ou certains de ses membres ont besoin de soutien psychologique, de soutien dans leur fonction parentale, ou besoin d'un accompagnement psycho éducatif ;
- qu'il est nécessaire pour les professionnels (demandeur et autres intervenants) que le Dapsa mène une action de prévention auprès de la famille et effectue un repérage précoce des éventuels dysfonctionnements dans les relations familiales (interactions, liens parent(s) - enfant(s), prévention du développement psychomoteur de l'enfant ou des enfants) ;
- qu'il est nécessaire de recenser le projet de la famille ou de l'aider à élaborer un projet de soins cohérent (qui intègre les différentes problématiques cliniques et individuelles des membres de la famille et qui correspondent aux besoins, désirs et capacités de la famille à s'inscrire dans ces prises en charges) :
Alors une EMEO pourra être mise en place en complément de la concertation. L'EMEO peut comporter l'évaluation de la situation par un ou deux professionnel(s) du Dapsa, un accompagnement psycho éducatif, du soutien à la parentalité, du soutien psychologique, de la réassurance, de la prévention et un repérage précoce des troubles du lien parent(s) – enfant(s), un repérage des difficultés de l'enfant (notamment ses compétences psychomotrices), de l'aide à l'élaboration d'un projet de soins.

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

Impact recherché :
Les intervenants ont une meilleure compréhension de la situation. Côté partenaire, ils savent ce que font les autres professionnels et pourquoi ils le font. Ils comprennent mieux les capacités et limites des partenaires soignants. Une fois que le groupe a connaissance des missions de chacun, des contraintes qui pèsent sur leurs prises en charge et de la philosophie d'action propre à chaque structure, ils sont plus indulgents les uns envers les autres, et peuvent disposer d'éléments permettant de les rassurer sur les dimensions cliniques extérieur à leur propre champ de compétence. Côté patients, ils comprennent mieux les problématiques de chaque membre de la famille (santé mentale, addiction, compétences parentales, interactions parent(s) – enfant(s), développement psychomoteur et psychologique de l'enfant). Ils ont une meilleure idée des désirs de la famille, de ses besoins, de ses capacités, de ses limites,…
Les soignants peuvent ainsi adapter leurs postures professionnelles et leurs décisions, et ce de façon individuelle (c'est-à-dire chacun dans son domaine de compétence).
Le travail partenarial pourra alors se dérouler en bonne intelligence.

Si l'équipe constate : - que l'objectif est atteint - qu'il y a inscription du ou des patients dans un soin pérenne - qu'il y a résolution de la crise - qu'il y a refus d'intervention de la part de la famille - qu'il y a eu déménagement de la famille (en-dehors du territoire couvert par le réseau)	Si l'équipe constate : - une demande de poursuite de l'intervention par les partenaires ou les patients - l'intégration de nouveaux soignants dans la concertation - une nouvelle grossesse ou une évolution de la situation des enfants nécessitant la poursuite du travail - un déménagement nécessitant un renouvellement du groupe soignant participant aux concertations - que l'objectif n'a pas été atteint, n'est pas atteignable ou n'est plus adapté et qu'il est donc modifié - qu'il est nécessaire de se fixer de nouveaux objectifs
ARRET DE L'INTERVENTION	**POURSUITE DE L'INTERVENTION**

e) Création d'un référentiel d'intervention

En 2014 le DAPSA s'est doté d'un référentiel d'intervention en vue de pourvoir :

- Communiquer sur nos interventions en les détaillant précisément ;
- Présenter le réseau aux tutelles, aux nouveaux salariés, éventuellement aux partenaires ;
- Identifier les écarts entre l'état « recherché » de nos interventions (que décrit le référentiel) et l'état réel de nos pratiques (que décrivent nos observations et indicateurs) ;
- Réfléchir à des moyens de rapprocher les interventions de l'état dit « recherché », quand cela est possible (ce qui n'est pas toujours le cas), afin d'améliorer la qualité des interventions.

Ce référentiel a fait l'objet d'un groupe de travail (secrétaire générale adjointe, médecin psychiatre coordinatrice, cadre socio-éducative, directeur). Nous avons listé l'ensemble de nos objectifs et l'ensemble des actions à mettre en œuvre pour y répondre. Par la suite nous avons proposé des « critères » que chacune de ces actions devraient respecter, pour être à nos yeux optimales. Le référentiel est donc un outil de présentation/communication et un outil de gestion/auto-évaluation permettant de faciliter le repérage des améliorations à mettre en œuvre en fonction du jugement porté sur la satisfaction des critères que doivent remplir les interventions.

Extrait du référentiel :
« Evaluer c'est porter un jugement. Ce jugement porte sur l'adéquation recherchée entre l'action mise en œuvre par le réseau et ses objectifs. Les objectifs découlent des textes juridiques encadrant les réseaux, et des missions confiées par les tutelles et fixées par convention, que le réseau décline en interventions. Il est également tout à fait possible pour le réseau de se donner d'autres objectifs afin de tenir compte de l'ensemble de ses projets, de l'ensemble de ses financements.

L'évaluation va ainsi comparer l'action « réelle » du réseau à un état optimal recherché qui se traduit en critères de références définis par la structure en amont des interventions, dans son référentiel d'activité. Le référentiel est au cœur de la démarche d'évaluation interne. En plus d'évaluer la conformité des pratiques, il illustre la philosophie d'action du réseau, ce qu'il identifie comme orientations théoriques pertinentes. Le référentiel ne décrit pas la réalité des activités mais plutôt un état optimal que le réseau cherche à atteindre. L'évaluation aura donc pour but d'analyser pour chaque critère de référence l'écart entre la réalité du travail et l'état optimal recherché.

Un critère est un élément auquel on se réfère pour porter un jugement, une appréciation sur la conformité des pratiques. Le critère de référence est celui qui permet la satisfaction de l'objectif. La démarche demande donc de valoriser le travail mis en œuvre pour satisfaire le critère, puis de décrire les obstacles qui justifient l'écart au critère. Enfin le réseau propose des pistes d'améliorations (si certaines sont envisageables) pour rapprocher la situation réelle de celle optimale que le critère représente. Il peut arriver que l'écart entre la situation réelle et le critère de référence ait été réduit au maximum sans pour autant que l'on parvienne à respecter parfaitement le critère. Ce cas de figure peut être lié à un manque de moyens ou au fait que la satisfaction du critère dépende de l'action d'autres personnes (patients, partenaires, institutions, cadre juridique…). »

Le référentiel complet est disponible sur le site internet de l'association. Le plan du référentiel est le suivant :

A) Soutenir l'intervention des professionnels confrontés à des situations complexes nécessitant un travail d'accès aux soins

1) Identifier les besoins des partenaires en matière d'accès aux soins
2) Contribuer à la construction collective de réponses aux problèmes généraux des partenaires face aux populations prises en charge par le réseau

B) Coordonner l'intervention des professionnels pour permettre l'accès aux soins des patients/ familles

3) Accueillir la demande, le signalement
4) Inclure la situation dans la file active du réseau
5) Identifier les besoins de prise en charge et les freins à l'accès aux soins
6) Elaborer un projet de soins accessible pour la famille et tenant compte des besoins et difficultés identifiés par le réseau
7) Coordonner et suivre ce projet de soins avec les partenaires concernés jusqu'à la sortie du réseau, c'est-à-dire la ou les prises en charge dans le système de droit commun

C) Intervention complémentaire éventuelle : Soutenir directement l'accès des patients/familles aux dispositifs adaptés à leurs besoins de santé

8) Rencontrer les familles pour identifier leurs besoins et capacités d'accès aux soins
9) Elaborer avec les familles un projet de soins accessible pour elles et soutenir leur accès aux dispositifs adaptés

D) Mettre en place un suivi de l'activité du réseau et veiller à la qualité des interventions

10) Enregistrer l'activité du réseau
11) Analyser l'impact des interventions du réseau
12) Rendre visible les interventions et le fonctionnement du réseau
13) Favoriser la montée en compétence de l'équipe
14) Assurer la gestion administrative et financière

5) Les activités cliniques

a) La file active

Nombre de situations familiales totales par année de la demande : 148 familles		
2009 et année antérieures	3	Soit 2.02 % des situations prises en charge en 2014
2010	1	Soit 0.69 % des situations prises en charge en 2014
2011	2	Soit 1.35 % des situations prises en charge en 2014
2012	8	Soit 5.41 % des situations prises en charge en 2014
2013	41	Soit 27.7 % des situations prises en charge en 2014
2014	93	Soit 62.83 % des situations prises en charge en 2014

Adultes	230
Enfants à naître	49
Enfants de 0 à 3 ans	101
Autres enfants (plus de trois ans) non inclus mais pris en compte car membres des fratries	204
Total des personnes incluses (adultes et enfants de 0 à 3 ans)	331

Les "personnes incluses" ne prennent pas en compte les enfants à naître (49) et les enfants de plus de trois ans membres des fratries (204). Dans les deux cas ces enfants (ou enfants à naître) sont pris en compte dans les travaux effectués auprès des autres membres de leur famille. Ils ne sont néanmoins pas comptés comme "inclus".
En 2014 93 nouvelles situations familiales ont été incluses dans la file active et 89 situations ont été fermées. Sur les 93 situations ouvertes cette année, 20 sont suivies par l'équipe mobile du Dapsa. Sur les 55 situations ouvertes avant 2014, 28 ont été suivies par l'équipe mobile en 2013. La file active a augmentée de 10% en 2014 par rapport à 2013.

Nombre de situations par départements impliqués dans la demande	
Département de Paris (75)	92
Département de Seine-et-Marne (77)	25
Département de l'Essonne (91)	1
Département des Hauts-de-Seine (92)	9
Département de Seine-Saint-Denis (93)	18
Département du Val-de-Marne (94)	0
Département du Val d'Oise (95)	1
Département des Yvelines (78)	1
Autre département	1

Aucune situation dans le Val de Marne n'est suivie en 2014. Une situation non incluse est à noter hors Ile de France. On note l'importance des situations à Paris que l'on peut imputer à la surreprésentation des maternités parisiennes. Les situations domiciliées en Seine Saint Denis sont pour moitié issues de sollicitations de CSAPA ou CAARUD, l'autre moitié provient majoritairement de maternité et PMI parisiennes.

L'important travail à mettre en œuvre pour la coordination des situations familiales parisiennes complexes (+23% de situations à Paris en 2014 par rapport à 2013) réduit le temps disponible pour le développement régional.

En terme : INDIVIDUEL 331 personnes incluses (parents, futurs parents, enfants de 0 à 3 ans) et 204 enfants non inclus mais pris en compte. En 2014, 230 adultes étaient inclus pour 101 enfants (au moment de la demande).		
Mère	93	*une mère enceinte est enregistrée dans "femme enceinte"
Père	62	
Femme enceinte	49	
Futur père	18	
Femme	2	*il y a eu de rares cas de femmes s'interrogeant sur l'opportunité d'une grossesse
Autre (ami, conjoint, ex-conjoint, membre de la famille)	6	*ne sont enregistrés que s'ils occupent (ou ont occupé) un rôle dans la situation familiale
Enfants: 101 enfants inclus + 204 de plus de 3 ans + 49 à naître		
Enfant de 0 à 3mois	*46*	Il s'agit de l'âge au moment de la demande. Ne sont pris en compte ici que les enfants qui font l'objet de la demande. Mais dans les faits, nous n'oublions pas l'existence de la fratrie (plus de trois ans) qui est prise en compte dans le rapport d'activité et dans le suivi bien sûr. Certaines situations concernent plusieurs enfants. Toutes les situations, par définition, incluent des enfants nés ou à naître.
Enfant de 4 à 12 mois	*26*	
Enfant de 13 à 24 mois	*13*	
Enfant de 25 à 36 mois	*16*	
Enfant de + de 3 ans	*204*	
Enfant à naître	49	Les enfants à naître ne sont pas comptabilisés (pas de statut légal) mais ils peuvent être considérés comme "enfants concernés".

L'âge moyen des hommes était de 37 ans et pour les femmes 32 ans (29 ans pour les femmes enceintes). Parmi les parents et futurs parents de moins de 25 ans on dénombre 3 hommes et 39 femmes (+ 43% de femmes de moins de 25 ans en 2014 par rapport à 2013), dont 14 femmes enceintes.

Ressources des adultes (l'analyse porte sur 119/230 adultes pour lesquels l'information est disponible)		Protection sociale des adultes (l'analyse porte sur 116/230 adultes pour lesquels l'information est disponible)	
Salaire	34	CMU /CMU-C	44
RSA	31	Sécurité sociale	32
sans	28	Sans	12
Autre	17	Sécurité sociale + mutuelle	11
AAH	8	AME	8
Indemnité chômage	1	Sécurité sociale du conjoint(e)	6
		autre	3

L'analyse porte sur 119 adultes pour lesquels l'information est disponible. L'information est recueillie auprès des partenaires ou des patients eux-mêmes. On note cependant qu'il s'agit d'une photographie de la demande et que les droits et statuts des personnes évoluent au cours de l'année. Par ailleurs l'information ne nous est pas toujours nécessaire si elle n'est pas la cause de la difficulté d'accès aux soins, elle n'est donc pas systématiquement renseignée.

Nombre de troubles repérés chez les adultes désignés au moment de la demande	
SPA - alcool	120
Troubles psy	51
TSO et psychotropes	38
SPA - cannabis	37
autre	22
Poly consommations	17
Violence	16
SPA - opiacés	12
trouble somatique	11
Autre conduites à risques	11
lien parent enfant	6
SPA - cocaïne et crack	4
Troubles conjugaux	4
SPA - Médicaments	2
traitement prescrit	0

Nombre de troubles ou inquiétudes repérés chez les enfants inclus au moment de la demande	
Petit poids / développement	31
Négligence/ Besoins de base	25
Trouble du lien/ interactions	24
Développement fœtal	21
Trouble somatique	13
Troubles psychologiques	13
Autre	18
SAF / ETCAF diagnostiqué	4
Maltraitance	1

Il s'agit du trouble (ou inquiétude) repéré par le professionnel demandeur (ou l'entourage) justifiant (pour partie) l'appel au DAPSA. Cela ne préjuge pas de l'importance réelle de ce facteur dans la difficulté de prise en charge.

Concernant les adultes, il peut y avoir jusqu'à 5 troubles repérés par patient mais la moyenne est de 1,53 (351 troubles pour 230 adultes). Les inquiétudes dont nous font part les partenaires concernent le plus souvent des consommations (alcool en particulier), des troubles psychologiques, des contextes de violence, des difficultés dans les interactions parents-enfants, … Les situations où l'inquiétude concerne l'alcool ont doublé en 2014 par rapport à 2013. En revanche il y a une forte diminution des situations où la violence est le sujet d'inquiétude.

Concernant les enfants, il peut y avoir jusqu'à trois troubles repérés mais la moyenne est de 1.48. On relève 150 troubles (pour 101 enfants de 0 à 3 ans) qui souvent sont en fait des inquiétudes (sauf pour la catégorie « SAF/ETCAF » diagnostiqué) nécessitant une évaluation de la part des professionnels. Le projet de suivi des nouveau-nés vulnérables doit permettre de lever l'inquiétude ou de poser un diagnostic (en particulier quand on note une inquiétude concernant le développement fœtal ou le petit poids ou le développement de l'enfant, corrélée à une alcoolisation maternelle : 26 situations en 2014).

Composition des ménages suivis en 2014		
Monoparental	54	Que des situations où la mère est la seule adulte présente.
Famille nucléaire	27	
Femme enceinte seule	22	
Parents séparés	11	
couple avec femme enceinte	8	Les deux adultes sont les futurs parents mais n'ont pas encore d'enfants.
Recomposé	8	Les deux parents sont présents dans la situation mais vivent séparés.
Famille nucléaire avec femme enceinte	5	
Recomposé avec femme enceinte	4	L'un des deux adultes n'est pas le parent.
Non renseigné	4	
femme seule	3	Situations très confuses où il n'est pas possible de rattacher à l'une des catégories définies au-dessus
autre	2	rares cas de femmes s'interrogeant sur l'opportunité d'une grossesse

Les compositions des ménages sont très variées en 2014, comme les années précédentes. On note cependant une augmentation du nombre de femmes seules (mères ou femmes enceintes) qui étaient 55 en 2013 et sont désormais 79 en 2014 (soit une augmentation de 43%).

Nombre de situations par type d'hébergement des ménages (ou de la personne désignée si les couples sont séparés) au moment de la demande	
Autonome	65
Hôtel / CHRS	20
Famille	18
Hébergement thérapeutique	14
Squat / S.D.F	9
Centre maternel	7
Autre	6
Non renseigné	6
Amis	3

43.92 % des situations concernent des groupes familiaux en hébergement autonome, 27.7 % sont en hébergement social, en insertion ou à but thérapeutique, 6.08 % n'ont pas d'hébergement, 14.19 % sont hébergés chez des membres de leur famille ou chez des amis et 4.05 % des situations sont trop confuses ou fluctuantes pour être rangées dans l'une de ces catégories. Pour 3.38 % des cas, nous ne disposons pas des informations.

Nombre de dossiers clos par durée d'inclusion	
1 à 3 mois	27
4 à 6 mois	26
7 à 9 mois	17
10 à 12 mois	8
13 à 15 mois	3
16 à 18 mois	2
19 à 21 mois	0
> à 21 mois	6
Durée moyenne d'inclusion	8 mois
Mediane	5 mois

b) Les demandes

Nombre de structures partenaires demandeuses	
Maternité / néonatologie	31
PMI	27
CSAPA	18
ELSA	10
ASE	9
CAARUD	8
HAD pédiatrique	8
Hébergement	7
Unité Mère Enfant	7
CMP / CMPP / structures psy	5
Centre maternel	4
Services sociaux	4
Autre	2
CAMSP	2
Libéral	2
Perso/Entourage	2
Associations	1
clinique	1

Nombre de professionnels à l'origine de la demande (dont 2 patients)	
Assistant social	34
SF / Obstétricien	25
Infirmier / Puériculteur	19
Psychologue	16
Psychiatre/Pédopsychiatre	16
Encadrement	10
Educateur spécialisé	10
Pédiatre	5
Médecin addictologue	5
autres travailleurs sociaux	5
Patient(e)	2
Educateur de Jeunes Enfants	1
Néonatologiste	0
Médecin généraliste	0

Les demandes proviennent majoritairement des secteurs liés à la maternité, puis ceux concernant la petite enfance et les addictions. C'est à l'image des domaines pluridisciplinaires qui fondent l'activité du réseau. Les professionnels en lien avec les problématiques de santé mentale (psychologues, psychiatres, pédopsychiatres) et les travailleurs sociaux (AS, ES, EJE, autres travailleurs sociaux) constituent des professions toujours autant représentées dans les partenaires du réseau. En 2014 on remarque une augmentation des sollicitations de sages-femmes et puéricultrices. On observe une pluralité d'autres professions concernées, ces professions étant généralement exercées dans des structures et secteurs très variés : les interlocuteurs sont donc multiples (et il ne s'agit ici que des professionnels « demandeurs », la liste ne tient pas compte des autres intervenants et structures qui interviennent par la suite dans les travaux de coordination.

Nombre de situations par type de demande de coordination	
Analyse de situation	21
Information / Recherche / Orientation	33
Intervention directe (EMEO)	39
soutien des professionnels	12
Travail de concertation	16
Travail de concertation + Intervention directe (EMEO)	27

Il s'agit de la demande telle qu'elle est formulée par la structure qui prend contact avec le Dapsa. Cependant le travail qui sera mis en place ne correspondra pas forcément à ce qui avait été demandé. Une première évaluation de la situation viendra déterminer la nature du travail à entreprendre.

Par exemple, il y a moins de familles concernées par l'intervention d'une équipe mobile en 2014 (48 familles suivies par l'équipe mobile, dont 20 incluses en 2014) qu'en 2013 (56 familles), alors même que les demandes d'intervention d'une équipe mobile ont augmentées de 77% (22 demandes en 2013 contre 39 en 2014)

Nombre de situations par motif de recours au réseau	
Prise en charge difficile	65
Inquiétude vis-à-vis de l'enfant	47
Besoin de continuité	45
Souffrance psychique	41
Absence de prise en charge	34
Isolement professionnel	29
multiplicité des structures	10
Réfléchir avec le DAPSA	8
Problème de partenariat	6
Recherche de relais suite à sortie de file active	5
Maladie somatique	5
Patient refuse la prise en charge	4
Non inclusion du patient	3
Peur de la stigmatisation	2

Depuis début 2013 chaque demande fait l'objet d'une analyse de la part des professionnels du Dapsa. Nous avons ainsi réfléchi aux raisons qui poussent les professionnels à faire appel au Dapsa et les avons listées. Par la suite chaque appel est analysé afin de recenser le motif du recours au Dapsa. Il peut y avoir jusqu'à 4 motifs de recours au réseau par demande. La moyenne est d'environ 2.05 motifs par demande.

En 2014 on observe une augmentation des sollicitations pour « prise en charge difficile », « souffrance psychique » et « isolement professionnel ». Les autres problématiques sont stables par rapport à 2013.

c) Les coordinations cliniques

La coordination peut se décliner de différentes façons. Elle consiste à fournir un appui aux professionnels en charge de l'accompagnement et des soins aux patients. Elle prend des formes variées en fonction des besoins des partenaires et des familles, en fonction de l'existant et de ce qu'il faut mettre en place, en fonction des temporalités des professionnels et des familles… Ces différentes modalités de coordination ont été présentées précédemment dans le protocole de traitement des situations cliniques.

Nombre de propositions de travail de coordination du DAPSA : Plusieurs propositions de travail peuvent être formulées pour une situation		
Concertation avec Equipe Mobile	48	Comme pour la concertation décrite ci-dessous, mais un professionnel de l'équipe (ou un binôme éducatrice/ psychologue ou éducatrice/ psychomotricienne ou psychologue / psychomotricienne) fait également le lien entre les intervenants présents et le professionnel du Dapsa qui rencontre la famille (équipe mobile d'évaluation et d'orientation).
Evaluation de la situation	43	Cette proposition est généralement couplée avec une autre : en effet, l'évaluation permet de mieux cerner les situations et aide ainsi à la prise de décision.
Concertation sans Equipe Mobile	38	La concertation consiste à organiser la réflexion collective du groupe de soignants concerné par une même situation (s'il existe déjà, sinon il faut contacter et réunir les différents professionnels concernés). Chacun expose où il en est de la situation, le travail qu'il effectue auprès de la famille ou de l'un de ses membres, chacun expose ses difficultés ou inquiétudes, ce qu'il connait des désirs, capacités et limites de la famille. Les différents professionnels mettent à plat ce qui existe (en termes de prise en charge) pour chaque membre de la famille et ce qui est perçu comme un besoin, un manque, un défaut d'accès aux soins. Chaque RCP donne lieu à un compte rendu diffusé à l'ensemble des intervenants.
soutien aux professionnels	37	Fournir un appui, un avis complémentaire pour soutenir les professionnels dans leur travail. Cette catégorie est en forte hausse par rapport à 2013, notamment en raison de l'augmentation des recours au Dapsa pour motif « d'isolement professionnel ».
Orientation	20	Généralement, en 2ème proposition après évaluation de la situation ou concertation.
Information/ Recherche	12	Fournir un renseignement, informer un professionnel sur les structures susceptibles de prendre en charge un patient, rechercher un contact pour aider les professionnels à se mettre en lien,…
Attente active	11	Correspond à des situations pour lesquelles il n'est pas pertinent que le réseau agisse pour le moment défini bien qu'il reste en alerte sur ces situations signalées en attente d'un déblocage, ou autre.
Hors critères - Orientation vers dispositifs adaptés	13	Si la situation fait l'objet d'un court travail et d'une réponse sans pour autant qu'elle entre dans les critères d'inclusion du réseau.

En 2014, la concertation a concerné 86 situations familiales parmi lesquelles 48 ont été suivies par l'équipe mobile du Dapsa. C'est le type d'intervention le plus rependu. On constate cependant que cela ne correspond pas toujours à ce qui était initialement demandé par les partenaires. Sur les 86 situations faisant l'objet d'un travail de concertation, seules 30 situations correspondent à des cas où ce travail a été sollicité par un partenaire. De même, mais inversement, il y a eu 66 demandes d'intervention de l'équipe mobile alors que seules 48 ont été mises en place.

Le tableau ci-dessus recense donc les propositions des professionnels du Dapsa pour mieux appréhender la complexité des situations. De plus les professionnels n'ont pas toujours connaissance du détail de nos possibilités d'intervention et demandent parfois un appui ou une analyse de situation qui peut nécessiter par ailleurs un travail de concertation.

Ci-dessous le détail des structures et des professionnels rencontrés dans le cadre des travaux de concertation.

Nombre de professionnels rencontrés/contactés dans le cadre des travaux de coordination	**662 Professionnels soit en moyenne 4.5 partenaires professionnels en coordination pour chaque famille**	
Assistant Social	140	Il s'agit des professionnels rencontrés ou contactés dans le cadre des travaux de coordinations. Un professionnel est compté autant de fois qu'il y a de situations dans lesquelles il est impliqué (et non pas autant de fois qu'il est contacté).
Infirmier / puériculteur	87	
Encadrement	72	
Pédiatre / Néonatologiste	70	
Educateur Spécialisé	62	
Psychologue	55	
Sage-Femme / Obstétricien	50	
Psychiatre / Pédopsychiatre	44	
Autre	30	
Autres travailleurs sociaux	20	
Médecin Généraliste	15	
Médecin Addictologue	7	
Educateur de Jeunes Enfants	6	
Psychomotricien	4	
Nombre de structures rencontrées dans le cadre des travaux de coordination	**465 structures soit en moyenne 3.1 structures partenaires en coordination pour chaque famille**	
PMI	96	Il s'agit des structures rencontrées ou contactées dans le cadre des travaux de coordinations. Une structure est comptée autant de fois qu'il y a de situations dans lesquelles elle est impliquée (et non pas autant de fois qu'elle est contactée). Il nous arrive de travailler avec plusieurs professionnels de la même structure.
Maternité, Néonatologie	74	
CSAPA	45	
Services Sociaux	36	
ASE	31	
Autre	22	
Associations /AED / AEMO	21	
CMP / CMPP / structures et services psychiatriques et pédopsychiatriques	20	
Unité mère-enfants et soins de suite mère enfant	20	
Hébergement	19	
ELSA	16	
CAARUD	15	
Pouponnière / MECS / services de placement familial	12	
Ecole / Crèche	10	
Libéral	10	
HAD Pédiatrique	8	
Centre Maternel	5	
CAMSP / Soins enfants / éducation spécialisée	3	
Réseau de santé	2	

Comme précisé dans le protocole de traitement des situations cliniques, un objectif est formulé pour chaque situation suivie en concertation (cette règle s'applique à l'ensemble des coordinations et pas uniquement aux concertations). Cependant certaines interventions ne s'y prêtent pas (l'objectif d'une analyse de situation est par définition d'analyser/évaluer pour mieux comprendre / l'objectif d'une recherche d'information est par définition de renseigner un professionnel). Cet objectif définit ce que le Dapsa souhaite apporter aux partenaires afin d'améliorer la prise en charge des patients. Les objectifs sont vérifiés tous les six mois pour chaque situation. Si l'objectif est atteint et que la situation se débloque, alors le dossier sera clos. Sinon l'objectif sera poursuivi ou un nouvel objectif peut être formulé.

Quelques exemples d'objectifs que le réseau se fixe dans le cadre de ses travaux de concertation:

Objectif initial vis-à-vis des partenaires	***Objectif à 6 mois***	***Objectifs à 12 mois***	***Motif de clôture***	***Date de clôture***
Soutenir les professionnels. Faire le rapprochement avec l'équipe de périnatalité du IX-Xème	*Le rapprochement n'a pas eu lieu. Néanmoins les inquiétudes se sont estompées et la PMI et le service social suivent la situation (+ crèche +CMP adulte). Maintenir la vigilance autour de la situation à la demande des professionnels. Intégration de la problématique du père dans la situation, qui se plaint de l'attitude de Madame auprès de l'Assistante Sociale. Contacter l'AS, réévaluer la situation avant de se retirer.*	*l'AS a été contacté, les professionnels sont apaisés et le Dapsa a pu se retirer*	*Objectif(s) atteint(s)*	*mars-14*
Suivre la situation, intégrer les nouveaux partenaires et soutenir ceux déjà en place. Faciliter le lien entre les partenaires, les soutenir. Maintenir la vigilance autour de la situation.	*Soutenir les professionnels auprès de l'enfant et de l'adulte, après la décevante séparation mère bébé. Réorienter donc les projets.*	*investiguer du côté des soins adultes et enfants s'il est nécessaire que le Dapsa reste disponible sur la situation. Prendre des nouvelles pour voir si on envisage l'arrêt.*	*Fin de nécessité d'intervenir*	*septembre-2014*
Proposer à l'équipe du centre maternel une intervention pour réfléchir avec eux à la situation.	*finalement l'intervention n'a pas eu lieu car l'échange a suffi à lever les préoccupations problématiques.*		*Objectif(s) atteint(s)*	*mars-14*
Orienter sur la cellule d'appui 77			*Déménagement*	*mars-14*
Organiser la rencontre entre les structures côté adulte et celles côté enfant pour un travail de réflexion entre professionnels concernant le devenir du bébé. Réfléchir à un accompagnement adapté pour les parents	*Répondre à la sollicitation de la pouponnière qui accueille l'enfant afin de permettre/organiser la concertation des intervenants côté adulte et enfant. FAIT*	*rester disponible pour permettre la continuité*		*En cours*
Délimiter le qui fait quoi entre ELSA CSAPA MATER DAPSA			*Perdu-e de vue - patients*	*mars-14*
Assurer la continuité pour les autres professionnels suite au retrait du demandeur (PMI 18)	*Faire en sorte que les difficultés de la mère qui mobilisent les professionnels n'empêchent pas d'avancer du côté des enfants.*	*Juste prise en compte de l'ensemble des prises en charges (adultes et enfants simultanément). 18 mois : articulation des différents intervenants côté parent et enfant. Rester présent pour faire le lien avec l'EMEO. 22 mois: rappeler les partenaires pour informer de la fin de l'EMEO et de la fin probable de prise en charge.*	*Objectif(s) atteint(s)*	*juin-14*

89 dossiers ont été clos en 2014 (tout type de coordination confondu). Parmi ces situations :

- **84 avaient fait l'objet d'au moins un objectif formulé**
- **56 dossiers ont été clos avec atteinte de l'objectif quand celui-ci a été préalablement formulé (dont 17 qui ont débouché sur une orientation). Quand un objectif est noté "atteint", cela n'est pas uniquement le fait de l'action du Dapsa mais également de l'ensemble des professionnels au contact d'une famille, et des patients eux-mêmes.**
- **16 situations pour lesquelles au moins un objectif avait été formulé mais n'a pas été atteint ont été fermées. Cela ne signifie pas nécessairement que la prise en charge ait été un échec, parfois les patients déménagent (4), ou la concertation s'interrompt (perte de vue du professionnel demandeur : 9 / perte de vue du patient : 1 / échec : 1)**
- **Parmi ces 16 situations, il y a eu 1 situation pour laquelle nous nous étions fixés un objectif mais pour laquelle l'intervention proposée a été refusée.**
- **17 situations closes pour « fin de nécessité d'intervenir », ce qui signifie soit que le Dapsa se tenait présent en cas de crise mais que les professionnels ont pu travailler en autonomie (avec le DAPSA informé par souci de prévention primaire), soit que ce qui faisait « blocage » a disparu. Il ne s'agit pas d'un "échec", ni d'un "objectif atteint", ni d'une orientation, mais plutôt d'une fin de nécessité d'intervenir.**

d) Les interventions directes des équipes mobiles

Si on se trouve dans l'une des situations nécessitant une concertation, et que la situation entre dans le cadre des conventions de financement des équipes mobiles (ARS PPS – PPPE et DFPE – EMEO) ; et qu'en plus les professionnels constatent certains de ces éléments :

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

Alors une EMEO (Equipe mobile d'Evaluation et d'Orientation) pourra être mise en place en complément de la concertation. L'EMEO peut comporter l'évaluation de la situation par un ou deux professionnel(s) du Dapsa, un accompagnement psycho éducatif, du soutien à la parentalité, du soutien psychologique, de la réassurance, de la prévention et un repérage précoce des troubles du lien parent(s) – enfant(s), un repérage des difficultés de l'enfant (notamment ses compétences psychomotrices) ou de l'aide à l'élaboration d'un projet de soins.

En 2014, Les équipes mobiles sont intervenues auprès de 48 groupes familiaux, dont 36 groupes familiaux parisiens, 6 groupes familiaux en petite couronne et 6 groupes familiaux en Seine et Marne. Au total se sont 80 adultes, 40 enfants de moins de trois ans et 11 enfants à naître ou nés dans l'année qui ont bénéficiés d'une équipe mobile d'évaluation et d'orientation avec comme intervention :

- 292 visites à domicile
- 40 orientations « adultes » (principalement CMP, structures et services psychiatriques, CSAPA, hébergements, unités mère-enfant)
- 34 orientations « enfants » (principalement PMI, ASE, CMPP, soins spécialisés enfants, éducation spécialisée)
- 919 échanges téléphoniques avec les patients
- 9 rencontres réunissant les patients et les professionnels
- 39 autres interventions (recherches, courriers, services ponctuels comme apporter des documents à un patient hospitalisé)

Quelques exemples d'objectifs que le réseau se fixe dans le cadre de ses interventions directes en direction des patients:

Objectif initial vis-à-vis du patient	**Demande éventuelle**	**Objectif à 6 mois**	**Objectifs à 12 mois**	**Motif de clôture**	**Date de clôture**
Soutien parentalité. S'assurer du bon développement psychomoteur de l'enfant. S'assurer du maintien des liens avec les professionnels positionnés autour d'elle	Demande de soutien. Demande de réassurance quant aux capacités de son enfant.	Maintenir le soutien à la parentalité, veiller au développement de l'enfant (léger retard observé). S'assurer du maintien des liens avec les professionnels.	Maintenir le lien malgré l'éloignement géographique actuel (Madame est actuellement dans la Drôme). S'assurer qu'elle se rend à la PMI et à la maison de l'enfance pour que l'enfant bénéficie de temps d'éveil auprès de professionnels disposés à le prendre en charge. Travailler avec la dame l'impossibilité de son insertion sur le territoire. Elaborer avec elle un projet adapté à la protection de son enfant. Soutenir la dame dans ses liens avec les intervenants locaux. 18 mois: retour sur Paris, observation et soutien du développement de l'enfant, notamment par rapport à l'instabilité géographique et psychique de sa maman. S'assurer que l'enfant va à la PMI.	*Déménagement*	*Décembre-2014*
Evaluer les besoins de la mère et de l'enfant, S'assurer de l'accès aux soins de l'enfant, S'assurer du maintien des liens avec les professionnels positionnés autour d'elle	trouver une prise en charge adaptée pour son enfant	enfant: inscrit en crèche et maintien du suivi kiné (rester disponible autour de la situation de l'enfant), à 10 mois: soutien au développement psychomoteur en amont du CAMSP. Madame côté parentalité : Laisser la mère s'organiser avec autonomie, ce qu'elle semble bien faire. Madame côté Femme : S'assurer du maintien de l'assiduité (en la soutenant) dans le suivi au CMP. FAIT	15 mois. Enfant: suivi au CAMSP et à la crèche, suivi médical + kinésithérapie. Rencontres ponctuelles pour reprendre avec la maman et l'enfant les propositions du CAMSP. Aider la maman à suivre les recommandations du CAMSP à la maison (aménagement de l'espace et des jeux par rapport au développement de l'enfant). Madame côté parentalité: Soutenir les relations entre la mère et le CAMSP (douloureux pour la mère) afin d'éviter le décrochage.		En cours
Soutien, appui à madame dans ses démarches. Accompagner Madame dans ses projets de prise en charge (addiction et psy). La soutenir pour que ça tienne. Soutenir Madame dans ses difficultés conjugales. Soutenir monsieur dans son parcours de soins afin que ça tienne. Soutenir madame dans sa future parentalité (anticiper la naissance)	aucune	Rester disponible pendant l'hospitalisation mère enfant afin d'être à l'écoute, d'être soutenant et de préparer la sortie du Vésinet (Unité mère enfant). Soutien à Madame dans le cadre de son sevrage (Baclofène®) FAIT	L'enfant a été placé et la dame a du mal à suivre les soins en cours (rechutes). Il y a eu deux hospitalisations en HP. Difficulté à soutenir le couple. La multiplicité des personnes à accompagner nécessite de réactiver la concertation et de recentrer le travail sur madame (sujet de la demande initiale). Recadrer l'intervention (sortir de la place d'arbitre et de psy à laquelle la famille a placé l'intervenante). FAIT Rester disponible durant les hospitalisations à l'HP de Nemours. Suspendre le suivi de monsieur qui prend trop de place et se recentrer sur madame. Proposer un soutien à la parentalité en anticipation de la sortie de l'HP.	*Orientation (accès aux soins)*	*Novembre-2014*

16 situations suivies par l'équipe mobile ont été closes en 2014, dont 13 pour lesquelles au moins un objectif avait été formulé. 3 situations n'ont pas permis la formulation d'un objectif pour refus d'intervention de la part de la famille.

Sur les 13 situations closes pour lesquelles un objectif avait été formulé, 7 ont été closes suite à l'atteinte de l'objectif (dont 3 orientations). 6 situations pour lesquelles au moins un objectif avait été formulé mais n'a pas été atteint ont été closes. Cela ne signifie pas nécessairement que la prise en charge ait été un échec, parfois les familles déménagent (1), ne donnent plus de nouvelles (3), ne sont plus joignables ou estiment qu'ils n'ont plus besoin de notre intervention (1). Les partenaires et les patients eux-mêmes concourent à l'atteinte de ces objectifs quand cela est le cas. Il y a eu une situation où un objectif avait été posé mais où la situation de blocage a été résolu rendant obsolète l'objectif qui avait été posé.

e) Les axes de travail développés en direction des patients et des partenaires professionnels

Il s'agit du pourcentage de familles concernées, il faut par exemple lire : « Pour 13.5% des familles, le Dapsa travaille autour de la question du petit poids ou du développement de l'enfant »

AXES DE TRAVAIL ADULTES	2013	2014	Variation (en points de pourcentage)
Consommations problématiques de substances psychoactives	47,0%	36,5%	-10,5
Troubles psychologiques adulte	37,3%	36,5%	- 0,8
Difficultés d'accès aux soins et aux institutions	25,4%	34,5%	+9,1
Compétences parentales	23,9%	23,6%	-0,2
Isolement de l'adulte	16,4%	18,2%	+1,8
Inquiétudes envers le développement du fœtus	12,7%	17,6%	+4,9
Trouble du lien/ interactions parent-enfant	10,4%	16,2%	+5,8
Problèmes sociaux	9,7%	14,9%	+5,2
Elaborer ou faire émerger un projet, une demande	6,7%	12,8%	+6,1
Troubles somatiques adultes	5,2%	7,4%	+2,2
Complications obstétricales	3,0%	6,1%	+3,1
Soutien à la parentalité	2,2%	8,1%	+5,9
Stigmatisation de l'adulte	1,5%	3,4%	+1,9
Troubles conjugaux	1,5%	0,7%	-0,8
Violence	1,5%	0,7%	-0,8
AXES DE TRAVAIL ENFANTS			
Petit poids / développement de l'enfant	11,2%	13,5%	+2,3
Protection des enfants	6,0%	12,2%	+6,2
Troubles psychologiques de l'enfant	6,0%	6,8%	+0,8
Négligence/besoins de base	5,2%	8,1%	+2,9
Prévention développement psychomoteur	4,5%	8,8%	+4,3
Troubles somatiques enfants	2,2%	2,7%	+0,5
Maltraitance de l'enfant	0,7%	1,4%	+0,6
Maladie / trouble fonctionnel enfant (catégorie ajoutée en 2014)	NR	4,7%	
Travailler le mode de garde (catégorie ajoutée en 2014)	NR	1,4%	

Ces axes de travail avaient été initialement développés lors de la rédaction du CPOM du Dapsa. Ils ont été remis à jour en 2013 en fonction des problématiques les plus prégnantes qui sont travaillées entre les professionnels du réseau et les divers intervenants au contact des patients. 2 items ont été ajoutés en 2014 concernant les axes de travail développés en direction des enfants. Le fait qu'une famille ne soit pas concernée par un axe de travail (dans 63.5% des cas par exemple le Dapsa ne travaille pas la question des consommations de produits psychoactifs) ne signifie pas que la problématique n'existe pas, elle peut être travaillée par un partenaire sans pour autant que cela ne soit le sujet du travail partenarial.

Pour chaque situation qui entre dans le cadre de la coordination il est possible d'enregistrer jusqu'à six axes de travail. Sur les 148 situations familiales traitées cette année, 130 ont pu faire l'objet de cette analyse. On enregistre en moyenne 2.7 axes de travail "patient" par situation. Cet outil est "dynamique", les axes de travail peuvent donc évoluer entre le moment de la demande et la sortie de notre file active. Il est possible d'en ajouter si la situation évolue, mais les axes initialement définis restent enregistrés.

Les problématiques les plus récurrentes relèvent des consommations de produits psychoactifs, des troubles psychologiques des adultes, des difficultés d'accès aux soins, des compétences parentales, des inquiétudes concernant l'enfant,… Les variations constatées témoignent d'un investissement croissant dans le travail d'accès aux soins des enfants.

Parfois il s'agit davantage de travailler les problématiques des professionnels (articulation des interventions, divergences) que celles des patients si ceux-ci sont déjà pris en charge.

Il s'agit du pourcentage de familles concernées, il faut par exemple lire : « Pour 33.1% des familles, le travail de coordination auprès des partenaires consiste à soutenir les professionnels confrontés à des situations complexes »			
AXES DE TRAVAIL DEVELOPPES EN DIRECTION DES PARTENAIRES DANS LE CADRE DES TRAVAUX DE COORDINATION	**2013**	**2014**	**Variation (en points de pourcentage)**
Soutien aux professionnels	33,6%	33,1%	0,5
Assurer le relais entre deux prises en charges différentes (entre deux partenaires)	27,6%	29,1%	-1,4
Maintenir, créer un espace de pensée nécessaire pour une situation complexe	25,4%	25,0%	0,4
Clarifier, faire circuler l'information entre partenaires	17,2%	18,9%	-1,8
Intégration des partenaires / répartition du travail selon les missions de chacun	14,2%	18,2%	-4,1
S'assurer de l'effectivité de la prise en charge de l'enfant	11,9%	14,9%	-2,9
S'assurer de l'effectivité de la prise en charge de l'adulte	10,4%	18,2%	-7,8
Soutenir un professionnel isolé	9,0%	10,1%	-1,2
Travail sur les représentations, stigmatisation des patients	6,0%	8,1%	-2,1
Réorienter le travail suite à une nouvelle évaluation	4,5%	2,7%	1,8
Restitution organisée de l'évolution des prises en charge	4,5%	4,1%	0,4
Réorienter le travail suite à un événement important	2,2%	4,1%	-1,8

On enregistre jusqu'à quatre axes de travail en direction des partenaires par situation familiale. L'analyse porte sur 133 situations familiales. La moyenne est de 2.1 axes de travail en direction des partenaires par situation familiale. Cet outil est "dynamique", les axes de travail peuvent donc évoluer entre le moment de la demande et la sortie de notre file active. Il est possible d'en ajouter si la situation évolue, mais les axes initialement définis restent enregistré.

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

Le plus souvent les situations commencent par un travail de repérage du « réseau » de professionnels impliqués, de mise en lien, de continuité entre les partenaires (réunir, faire circuler les informations jugées pertinentes, soutenir, servir de référent,…). Elles peuvent évoluer par la suite vers des travaux plus précis (assurer le relais d'une prise en charge après sortie de maternité par exemple, veiller à ce que chacun comprenne les capacités et limites des partenaires professionnels et des familles afin de construire un projet de soins adapté,…). On ne constate pas de variation significative depuis 2013.

f) Exemple d'une situation suivie en coordination

Le Dapsa a eu l'occasion de présenter un travail collectif au colloque d'une association de recherche en intervention en périnatalité, colloque qui a eu lieu au mois de novembre 2014. Le thème du colloque était l'empathie, l'équipe avait proposé un travail sur l'empathie professionnelle et a été retenue pour présenter ce travail dans un atelier. Ce travail a par la suite été présenté lors d'un chantier organisé par le Dapsa en février 2015.

Il s'agissait de présenter concrètement la manière dont le travail de concertation est mis en œuvre par le Dapsa à partir d'une situation particulière. L'équipe avait alors demandé aux différentes personnes ayant participé à cet accompagnement de présenter leur point de vue. Les professionnels ont choisi de s'intéresser à la période prénatale.

Afin d'illustrer l'activité clinique du Dapsa et de valoriser le travail de narration collective qui a été réalisé par les professionnelles de l'équipe et les partenaires impliqués, nous présentons en annexe le récit à plusieurs voix de l'accompagnement d'une patiente par un groupe de soignants de différentes structures, un groupe soignant.

g) Participation du Dapsa dans les instances de groupements des réseaux

Le Dapsa est présent au sein de la Fédération des Réseaux d'Accès aux Soins d'Ile de France (FEDERASIF) et au sein du Groupement des Réseaux de santé d'Ile de France (GRIF).

La FEDERASIF

La FEDERASIF –Fédération des Réseaux d'Accès aux Soins d'Île-de-France-, a été créée afin de capitaliser et de mutualiser les expériences de travail et de soutenir les réflexions en cours, à la fois sur la formalisation des interventions relevant de l'accès aux soins et sur les évolutions à venir concernant la place des réseaux d'accès aux soins au sein des nouvelles organisations territoriales.

La FEDERASIF constitue donc un espace de travail inter-réseaux permettant une mise en commun des réflexions, des ressources et des outils mobilisés par les réseaux d'accès aux soins. La FEDERASIF a notamment pour activité de défendre la pertinence et la spécificité de la thématique « accès aux soins » afin que celle-ci perdure indépendamment des évolutions à venir concernant l'organisation des réseaux de santé sur le territoire. La FEDERASIF est également en charge de la gestion et de l'évaluation des rémunérations spécifiques en psychologie dans les réseaux d'accès aux soins (cette enveloppe ayant pour objet de faire bénéficier aux patients d'un soutien assuré par des psychologues libéraux permettant de travailler l'acceptation et le suivi des soins). En 2014 le Dapsa a eu recours aux rémunérations spécifiques pour deux consultations concernant une patiente.

En 2014 le Dapsa s'est fortement investi dans le travail mis en œuvre par la Fédérasif autour de deux axes :

- Formalisation du volet « accès aux soins » : En appui de la consultante missionnée pour ce projet, nous avons activement participé au travail de mutualisation des rapports d'activité des différents réseaux d'accès aux soins afin d'en extraire les modalités d'intervention mis en œuvre pour lever les freins à l'accès aux soins faisant obstacles aux prises en charges des patients. Ce travail a donné lieu à un rapport (en cours de relecture) permettant une formalisation des interventions à mettre en œuvre auprès des patients, et principalement auprès des professionnels, pour favoriser l'accès des patients en fonction des difficultés rencontrées par chaque catégories de population que rencontrent les réseaux d'accès aux soins.

- Gestion, administration, comptabilité de la Fédérasif : Après le départ du salarié de la Fédérasif et le déménagement de celle-ci fin juin 2014, le Dapsa a accueilli la Fédérasif (les archives et fournitures de bureau) et en a assuré la gestion et l'administration avec l'appui notamment des réseaux ASDES et RAVMO. Par ailleurs le Dapsa assure les fonctions de trésorier de la Fédérasif et est donc en charge de sa gestion financière et comptable (là encore avec l'appui important du réseau ASDES qui assure les fonctions de trésorier adjoint)

Le GRIF

Le GRIF – Groupement des réseaux d'Ile-de-France a tenu son Assemblée Générale constitutive le 16 avril 2013. Le Dapsa a participé activement aux débats et est membre du Conseil d'Administration.

Le GRIF, qui rassemble une grande partie des réseaux franciliens, toutes thématiques confondues, apporte sa contribution à la réflexion sur les adaptations du système de soins aux réalités actuelles et mouvantes et à la place des réseaux dans ce dispositif.

En 2014 il a été demandé par l'ARS Ile de France de regrouper les différentes Fédérations thématiques de réseau de santé (dont la Fédérasif) au sein du GRIF. Un travail de rapprochements entre les fédérations et le GRIF est donc toujours à l'œuvre en 2015.

Conclusions

En 2014 le réseau a poursuivi ses différentes activités, avec une augmentation de la file active en coordination. En revanche le nombre de situations avec équipe mobile a diminué passant de 56 en 2013 à 48 en 2014 (la majeure partie de la baisse étant liée à la diminution des capacités d'intervention en Seine et Marne).

En termes d'enregistrement du temps de travail on constate que l'activité « enregistrée » a diminué de 8% ce qu'il faut imputer aux départs de trois salariés en cours d'année (les postes ont été remplacés début 2015).

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

2014 a été une année d'importantes réorganisations en interne :

- Le changement de direction a été opéré en avril 2014, en anticipation du départ en retraite de la médecin psychiatre coordinatrice qui assurait jusqu'alors, et depuis la création du réseau Dapsa, les fonctions de directrice de l'association.
- L'absence prolongée de l'assistante de direction a obligé l'équipe à investir certaines de ces fonctions (mailing, informations aux partenaires, gestion du standard téléphonique,…) et a contraint le directeur à davantage de travail administratif.
- La médecin psychiatre coordinatrice a progressivement réduit son temps de travail afin de permettre le passage de relais concernant les fonctions de direction, tout en permettant une continuité de la coordination clinique en interne, du développement de l'accès aux soins des nouveau-nés en lien avec les réseaux pédiatriques et de l'animation de la cellule d'appui Dapsa 77 suite au départ des deux salariées de cette cellule. Par ailleurs, une supervision clinique interne a été mise en place en sollicitant l'intervention d'une psychanalyste extérieur afin de soutenir les professionnels engagés dans les travaux de l'équipe mobile (financement DFPE).
- La baisse de financement disponible pour les interventions spécifiques à la Seine et Marne nous amené à repenser nos interventions sur ce département. Les salariés ayant quitté la cellule d'appui 77, nous avons restitué à l'hôpital de Melun le local qui avait été mis à notre disposition et avons rapatrié l'animation de ces interventions dans nos locaux parisiens. Ceci a permis d'impliquer davantage l'équipe dans le développement des projets en Seine et Marne, l'animation étant confiée à la médecin psychiatre coordinatrice.

2014 a également été l'année de la rédaction et de la mise en œuvre d'un nouveau dossier promoteur (2014-2016). Les axes principaux de la programmation du travail pour les trois années concernées, au-delà de la poursuite du travail « historique », concernent le développement de l'accès aux soins des nouveau-nés vulnérables, le développement régional et la conceptualisation/formalisation de notre travail de concertation pluridisciplinaire. Suite à la présentation du dossier promoteur à l'ARS Ile de France le séminaire annuel a été organisé en juillet 2014 avec l'ensemble de l'équipe afin de réfléchir et de programmer la mise en œuvre des engagements portés au dossier promoteur.

Ce séminaire annuel a une fonction importante pour le réseau. L'équipe étant composée de professionnels majoritairement à temps partiel et intervenant principalement hors les murs de l'association, ce temps de travail permet une mise en commun de l'activité générale, une implication de l'ensemble des professionnel dans l'ensemble des projets, une polyvalence garante de la capacité de tous les salariés à représenter le réseau auprès des partenaires.
Ce temps de travail permet également une réflexion quant à nos pratiques qui questionne et fait progresser les travaux de formalisation et d'évaluation de l'activité. Un travail de conceptualisation de la concertation a été entamé lors de ce séminaire et s'est poursuivi avec l'intervention d'une pédopsychiatre en décembre 2014 auprès de l'ensemble des salariés.

Du côté du travail clinique, l'activité d'accès aux soins des enfants se pérennise. Les possibilités d'intervention de la psychomotricienne et de l'ensemble des professionnels concernant l'accès aux soins des enfants sont bien repérées. Le réseau se développe du côté des partenaires en charge du suivi des enfants et on constate une augmentation de la file active « enfant » et des sollicitations extérieurs concernant leur accès aux soins.

Le projet d'inclusion des nouveau-nés vulnérables a d'ailleurs nécessité un investissement important de l'équipe, particulièrement au second semestre 2014, un travail de construction et de formalisation du projet, autant qu'un travail de rencontres et de programmation avec les réseaux pédiatriques concernés. Par ailleurs un financement a été obtenu auprès de la Fondation de France pour animer des ateliers interprofessionnels qui permettront de soutenir la construction du projet tout en diffusant des apports de connaissances sur les thèmes de l'alcoolisation fœtale, du handicap de l'enfant, du partenariat autour de situations complexes.

En revanche les réorganisations internes, la diminution transitoire du temps de travail de l'équipe (en attente du remplacement des salariés parties en 2014) et l'augmentation de la file active, en particulier à Paris (+23% de familles incluses à Paris), ont limité nos possibilités d'investissement dans le développement régional du réseau. Le développement régional a principalement concerné les territoires couverts par les réseaux pédiatriques, dans le cadre du projet d'accès aux soins des nouveau-nés.

Perspectives 2015…

En 2015 nous prévoyons une réorganisation de la cellule d'appui 77, une cadre socio-éducative a été recrutée pour ce projet en remplacement des salariées parties en 2014. Afin de limiter les risques d'éparpillement liés à la taille du département, la cellule d'appui Dapsa 77 développera ses travaux de réseau autour de deux axes (servir de ressource au professionnels seine et marnais et favoriser l'accès aux soins des familles) et par bassin de naissance. Cette méthode devrait permettre d'éviter aux professionnels des déplacements trop importants tout en s'appuyant sur les relations préexistantes entre professionnels du département intervenant autour des mêmes bassins de naissance.

Nous prévoyons également de renforcer les capacités d'intervention de l'équipe mobile, celle-ci ayant parfois été contrainte de renoncer à intervenir faute de disponibilité en 2014. Un mi-temps de psychologue supplémentaire sera recruté à cet effet.

Suite aux difficultés occasionnées par un enregistrement de l'activité chronophage (car n'étant plus dimensionné pour la file active actuelle, n'étant plus raisonnable en raison de l'inflation des outils et des indicateurs à renseigner et ne permettant pas une automatisation des résultats statistiques), nous prévoyons d'investir en 2015 dans un système d'information « sur mesure » qui permettra de dégager du temps à l'équipe pour les travaux de développement du réseau sans renoncer à la finesse des informations recueillies.

Enfin, les développements les plus conséquents concerneront la mise en œuvre du projet d'accès aux soins des nouveau-nés vulnérables, avec les premières inclusions dans les réseaux pédiatriques, la mise en œuvre des travaux de coordination pour les familles concernées et la mise en place des ateliers interprofessionnels qui réuniront des professionnels impliqués dans ce travail afin notamment de co-construire ce projet.

Annexe : Tableau de bord 2014

INDICATEURS	RESULTATS 01/01/2014 au 31/12/2014	Commentaires promoteurs *Les indications concernant le temps de travail, quand celui-ci est précisé, sont approximatives dans la mesure où les temps de préparation, de réflexion et les divers échanges (informels) inhérents à la vie d'une structure ne sont pas toujours comptabilisés ici.*
COTE CLINIQUE		
TOUS LES CHIFFRES SONT EXPRIMES EN GROUPES FAMILIAUX (sauf si précisé)		
Nombre de nouvelles situations signalées au réseau	**93**	**62,83 % de l'ensemble des dossiers actifs en 2014**
Nombre de nouvelles situations non incluses	**13**	**Les critères de non inclusion sont : enfants de + de 3 ans, hors Ile de France et hors situation de parentalité. Ces situations font l'objet d'un traitement qui est enregistré.**
Nombre de situations familiales totales par année de la demande : 148 familles		
2009 et année antérieures	3	Soit 2.02 % des situations prises en charge en 2014
2010	1	Soit 0.69 % des situations prises en charge en 2014
2011	2	Soit 1.35 % des situations prises en charge en 2014
2012	8	Soit 5.41 % des situations prises en charge en 2014
2013	41	Soit 27.7 % des situations prises en charge en 2014
2014	93	Soit 62.83 % des situations prises en charge en 2014
Nombre de situations avec EMEO (Equipe Mobile d'Evaluation et d'Orientation)	**48**	**représente 32.43 % des situations actives en 2014**
Dont 2014	20	21.51 % des nouveaux dossiers 2014 font l'objet d'une EMEO
Dont Années précédentes	28	50.91 % des dossiers des années précédentes font l'objet d'une EMEO en 2014.
Nombre de situations prises en charge dans le cadre des projets spécifiques	**67**	**soit près de 45.27 % de l'ensemble des situations**
Projet Prévention Précoce Petite Enfance PPPE (ARS PPS) + DFPE (CG75)	42	dont 18 nouvelles situations en 2014
(ARS PPS) Projet Cellule d'appui 77	25	dont 14 nouvelles situations en 2014
Nombre de situations prises en charge dans le cadre des projets spécifiques avec Equipe Mobile au contact des patients.	**48**	**soit 32.43% de l'ensemble des situations**
Projet Prévention Précoce Petite Enfance PPPE + DFPE	42	Dont 18 nouvelles situations en 2014
Projet Cellule d'appui 77	6	dont 2 nouvelles situations en 2014
FILE ACTIVE 2014		
TOTAL DES SITUATIONS FAMILIALES : 148		
Adultes	230	Les "personnes incluses" ne prennent pas en compte les enfants à naître (49) et les enfants de plus de trois ans membres des fratries (204). Dans les deux cas ces enfants (ou enfants à naître) sont pris en compte dans les travaux effectués auprès des autres membres de leur famille. Ils ne sont néanmoins pas comptés comme "inclus".
Enfants à naître	49	
Enfants de 0 à 3 ans	101	
Autres enfants (plus de trois ans) non inclus mais pris en compte car membres des fratries	204	
Total des personnes incluses (adultes et enfants de 0 à 3 ans)	331	

TOTAL DES DOSSIERS ACTIFS EN 2014 : Cumul des patients en file active: 148 dont 93 en 2014

Nombre de structures partenaires demandeuses

Maternité / néonatologie	31
PMI	27
CSAPA	18
ELSA	10
ASE	9
CAARUD	8
HAD pédiatrique	8
Hébergement	7
Unité Mère Enfant	7
CMP / CMPP / structures psy	5
Centre maternel	4
Services sociaux	4
Autre	2
CAMSP	2
Libéral	2
Perso/Entourage	2
Associations	1
clinique	1

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

Nombre de professionnels à l'origine de la demande (dont 2 patients)

Assistant social	34
SF / Obstétricien	25
Infirmier / Puériculteur	19
Psychologue	16
Psychiatre/Pédopsychiatre	16
Encadrement	10
Educateur spécialisé	10
Pédiatre	5
Médecin addictologue	5
autres travailleurs sociaux	5
Patient(e)	2
Educateur de Jeunes Enfants	1
Néonatologiste	0
Médecin généraliste	0

Les professionnels en lien avec les problématiques de santé mentale (psychologues, psychiatres, pédopsychiatres) et les travailleurs sociaux (AS, ES, EJE, autres travailleurs sociaux) constituent des professions toujours autant représentées dans les partenaires du réseau. En 2014 on remarque une augmentation des sollicitations de sages-femmes et puéricultrices. On observe une pluralité d'autres professions concernées, ces professions étant généralement exercées dans des structures et secteurs très variés : les interlocuteurs sont donc multiples.

Nombre de situations par départements impliqués dans la demande

Département de Paris (75)	92
Département de Seine-et-Marne (77)	25
Département de l'Essonne (91)	1
Département des Hauts-de-Seine (92)	9
Département de Seine-Saint-Denis (93)	18
Département du Val-de-Marne (94)	0
Département du Val d'Oise (95)	1
Département des Yvelines (78)	1
Autre département	1

Aucune situation dans le Val de Marne n'est suivie en 2014. Une situation non incluse est à noter hors Ile de France.
On note l'importance des situations à Paris que l'on peut imputer à la surreprésentation des maternités parisiennes.

Les situations domiciliées en Seine Saint Denis sont pour moitié issues de sollicitations de CSAPA ou CAARUD, l'autre moitié provient majoritairement de maternité et PMI parisiennes.

Nombre de situations par type de demande de coordination

Analyse de situation	21
Information / Recherche / Orientation	33
Intervention directe (EMEO)	39
soutien des professionnels	12
Travail de concertation	16
Travail de concertation + Intervention directe (EMEO)	27

Il s'agit de la demande telle qu'elle est formulée par la structure qui prend contact avec le Dapsa. Cependant le travail qui sera mis en place ne correspondra pas forcément à ce qui avait été demandé. Une première évaluation de la situation viendra déterminer la nature du travail à entreprendre.

Nombre de situations par motif de recours au réseau		
Prise en charge difficile	65	Depuis début 2013 chaque demande fait l'objet d'une analyse de la part des professionnels du Dapsa. Nous avons ainsi réfléchi aux raisons qui poussent les professionnels à faire appel au Dapsa et les avons listées. Par la suite chaque appel est analysé afin de recenser le motif du recours au Dapsa. Il peut y avoir jusqu'à 4 motifs de recours au réseau par demande. La moyenne est d'environ 2.05 motifs par demande. Les demandes antérieures à 2013 ont également fait l'objet d'une analyse a posteriori. En 2014 on observe une augmentation des sollicitations pour « prise en charge difficile », « souffrance psychique » et « isolement professionnel ». Les autres problématiques sont stables par rapport à 2013
Inquiétude vis-à-vis de l'enfant	47	
Besoin de continuité	45	
Souffrance psychique	41	
Absence de prise en charge	34	
Isolement professionnel	29	
multiplicité des structures	10	
Réfléchir avec le DAPSA	8	
Problème de partenariat	6	
Recherche de relais suite à sortie de file active	5	
Maladie somatique	5	
Patient refuse la prise en charge	4	
Non inclusion du patient	3	
Peur de la stigmatisation	2	

Nombre de troubles repérés chez les adultes désignés au moment de la demande		
SPA - alcool	120	Il s'agit du trouble (ou inquiétude) repéré par le professionnel demandeur (ou l'entourage) justifiant (pour partie) l'appel au DAPSA. Cela ne préjuge pas de l'importance réelle de ce facteur dans la difficulté de prise en charge. Il peut y avoir jusqu'à 5 troubles repérés par patient mais la moyenne est de 1,53 (351 troubles pour 230 adultes). Les inquiétudes dont nous font part les partenaires concernent le plus souvent des consommations (alcool en particulier), des troubles psychologiques, des contextes de violence, des difficultés dans les interactions parents-enfants, … Les situations où l'inquiétude concerne l'alcool ont doublé en 2014 par rapport à 2013. En revanche il y a une forte diminution des situations où la violence est le sujet d'inquiétude.
Troubles psy	51	
TSO et psychotropes	38	
SPA - cannabis	37	
autre	22	
Poly consommations	17	
Violence	16	
SPA - opiacés	12	
trouble somatique	11	
Autre conduites à risques	11	
lien parent enfant	6	
SPA - cocaïne et crack	4	
Troubles conjugaux	4	
SPA - Médicaments	2	
traitement prescrit	0	

Nombre de troubles ou inquiétudes repérés chez les enfants inclus au moment de la demande		
Petit poids / développement	31	On relève 150 troubles (pour 101 enfants de 0 à 3 ans) qui souvent sont en fait des inquiétudes (sauf pour la catégorie « SAF/ETCAF » diagnostiqué) nécessitant une évaluation de la part des professionnels. Le projet de suivi des nouveau-nés vulnérables doit permettre de lever l'inquiétude ou de poser un diagnostic (en particulier quand on note une inquiétude concernant le développement fœtal ou le petit poids ou le développement de l'enfant, corrélé à une alcoolisation maternelle : 26 situations en 2014).
Négligence/ Besoins de base	25	
Trouble du lien/ interactions	24	
Développement fœtal	21	
Trouble somatique	13	
Troubles psychologiques	13	
Autre	18	
SAF / ETCAF diagnostiqué	4	
Maltraitance	1	

Nombre de propositions de travail de coordination du DAPSA : Plusieurs propositions de travail peuvent être formulées pour une situation		
Concertation avec Equipe Mobile	48	Comme pour la concertation décrite ci-dessous, mais un professionnel de l'équipe (ou un binôme éducatrice/ psychologue ou éducatrice/ psychomotricienne ou psychologue / psychomotricienne) fait également le lien entre les intervenants présents et le professionnel du Dapsa qui rencontre la famille (équipe mobile d'évaluation et d'orientation).
Evaluation de la situation	43	Cette proposition est généralement couplée avec une autre : en effet, l'évaluation permet de mieux cerner les situations et aide ainsi à la prise de décision.
Concertation sans Equipe Mobile	38	La concertation consiste à organiser la réflexion collective du groupe de soignants concerné par une même situation (s'il existe déjà, sinon il faut contacter et réunir les différents professionnels concernés). Chacun expose où il en est de la situation, le travail qu'il effectue auprès de la famille ou de l'un de ses membres, chacun expose ses difficultés ou inquiétudes, ce qu'il connait des désirs, capacités et limites de la famille. Les différents professionnels mettent à plat ce qui existe (en termes de prise en charge) pour chaque membre de la famille et ce qui est perçu comme un besoin, un manque, un défaut d'accès aux soins. Chaque RCP donne lieu à un compte rendu diffusé à l'ensemble des intervenants.
soutien aux professionnels	37	Fournir un appui, un avis complémentaire pour soutenir les professionnels dans leur travail. Cette catégorie est en forte hausse par rapport à 2013, notamment en raison de l'augmentation des recours au Dapsa pour motif « d'isolement professionnel ».
Orientation	20	Généralement, en 2ème proposition après évaluation de la situation ou concertation.
Information/ Recherche	12	Fournir un renseignement, informer un professionnel sur les structures susceptibles de prendre en charge un patient, rechercher un contact pour aider les professionnels à se mettre en lien,…
Attente active	11	Correspond à des situations pour lesquelles il n'est pas pertinent que le réseau agisse pour le moment défini bien qu'il reste en alerte sur ces situations signalées en attente d'un déblocage, ou autre.
Hors critères - Orientation vers dispositifs adaptés	13	Si la situation fait l'objet d'un court travail et d'une réponse sans pour autant qu'elle entre dans les critères d'inclusion du réseau.

Nombre d'enfants par lieux de vie au moment de la demande (l'analyse ne porte que sur les 101 enfants de 0 à 3 ans)		
Domicile du ménage	35	
Avec parent(s) hors domicile	35	Centre maternel, hospitalisation mère-enfant, hôtel, autre
néonatologie / maternité	17	
Placement familial	9	
Pouponnière	2	
Domicile d'un autre membre de la famille	2	
Garde alternée	1	
Proportion d'enfants séparés de leurs parents	29.7 %	30 enfants de 0 à 3 ans vivent séparés de leurs parents au moment de la demande. Cette situation peut être provisoire (hospitalisation) ou durable (placement). Si l'analyse porte sur les 305 enfants (101 inclus et 204 de plus de trois ans), ce taux est de 35.08 % avec 107 enfants séparés de leurs parents.

Nombre de personnes concernées au moment de la demande		
En terme : INDIVIDUEL 331 personnes incluses (parents, futurs parents, enfants de 0 à 3 ans) et 204 enfants non inclus mais pris en compte. En 2014, 230 adultes étaient inclus pour 101 enfants (au moment de la demande).		
Mère	93	*une mère enceinte est enregistrée dans "femme enceinte"
Père	62	
Femme enceinte	49	
Futur père	18	
Femme	2	*il y a eu de rares cas de femmes s'interrogeant sur l'opportunité d'une grossesse
Autre (ami, conjoint, ex-conjoint, membre de la famille)	6	*ne sont enregistrés que s'ils occupent (ou ont occupé) un rôle dans la situation familiale
Enfants: 101 enfants inclus + 204 de plus de 3 ans + 49 à naître		
Enfant de 0 à 3mois	*46*	Il s'agit de l'âge au moment de la demande. Ne sont pris en compte ici que les enfants qui font l'objet de la demande. Mais dans les faits, nous n'oublions pas l'existence de la fratrie (plus de trois ans) qui est prise en compte dans le rapport d'activité et dans le suivi bien sûr. Certaines situations concernent plusieurs enfants. Toutes les situations, par définition, incluent des enfants nés ou à naître.
Enfant de 4 à 12 mois	*26*	
Enfant de 13 à 24 mois	*13*	
Enfant de 25 à 36 mois	*16*	
Enfant de + de 3 ans	*204*	
Enfant à naître	49	Les enfants à naître ne sont pas comptabilisés (pas de statut légal) mais ils peuvent être considérés comme "enfants concernés".

En terme : GROUPE FAMILIAUX – Données sociodémographiques		
Monoparental	54	Que des situations où la mère est la seule adulte présente.
Famille nucléaire	27	
Femme enceinte seule	22	
Parents séparés	11	
couple avec femme enceinte	8	Les deux adultes sont les futurs parents mais n'ont pas encore d'enfants.
Recomposé	8	Les deux parents sont présents dans la situation mais vivent séparés.
Famille nucléaire avec femme enceinte	5	
Recomposé avec femme enceinte	4	L'un des deux adultes n'est pas le parent.
Non renseigné	4	
femme seule	3	Situations très confuses où il n'est pas possible de rattacher à l'une des catégories définies au-dessus
autre	2	rares cas de femmes s'interrogeant sur l'opportunité d'une grossesse
Nombre de situations par type d'hébergement des ménages (ou de la personne désignée si les couples sont séparés) au moment de la demande		
Autonome	65	43.92 % des situations concernent des groupes familiaux en hébergement autonome, 27.7 % sont en hébergement social, en insertion ou à but thérapeutique, 6.08 % n'ont pas d'hébergement, 14.19 % sont hébergés chez des membres de leur famille ou chez des amis et 4.05 % des situations sont trop confuses ou fluctuantes pour être rangées dans l'une de ces catégories. Pour 3.38 % des cas, nous ne disposons pas des informations.
Hôtel / CHRS	20	
Famille	18	
Hébergement thérapeutique	14	
Squat / S.D.F	9	
Centre maternel	7	
Autre	6	
Non renseigné	6	
Amis	3	
Age moyen des adultes au moment de la demande		
Hommes	37 ans	L'analyse porte sur les 22 hommes (sur 80) ayant communiqué leur âge (ou dont l'âge nous a été communiqué par un partenaire). Sur ces 22 hommes qui déclarent leur âge au moment de la demande, 3 ont moins de 25 ans.
Femmes	32 ans	L'analyse porte sur les 111 femmes (sur 144) ayant communiqué leur âge (ou dont l'âge nous a été communiqué par un partenaire). Sur ces 111 femmes qui déclarent leur âge, 39 ont moins de 25 ans au moment de la demande.
Dont Femmes enceintes	29 ans	L'analyse porte sur les 41 femmes enceintes (sur 49) ayant communiqué leur âge (ou dont l'âge nous a été communiqué par un partenaire). Sur ces 41 femmes enceintes qui déclarent leur âge au moment de la demande, 14 ont moins de 25 ans.
Ressources des adultes (l'analyse porte sur 119/230 adultes pour lesquels l'information est disponible)		
Salaire	34	Informations recueillies auprès des patients ou des partenaires.
RSA	31	
sans	28	
Autre	17	
AAH	8	
Indemnité chômage	1	
Protection sociale des adultes (l'analyse porte sur 116/230 adultes pour lesquels l'information est disponible)		
CMU /CMU-C	44	Informations recueillies auprès des patients ou des partenaires.
Sécurité sociale	32	
Sans	12	
Sécurité sociale + mutuelle	11	
AME	8	
Sécurité sociale du conjoint(e)	6	
autre	3	

ANALYSE DES PROBLEMATIQUES DES PATIENTS ET DES PROFESSIONNELS TRAVAILLEES DANS LE CADRE DES COORDINATIONS

Axes de travail développés dans le cadre des coordinations, en direction des patients adultes (230 adultes inclus).	
Consommations problématiques de substances psychoactives	54
Troubles psychologiques adulte	54
Difficultés d'accès aux soins et aux institutions	51
Compétences parentales	35
Isolement de l'adulte	27
Inquiétudes envers le développement du fœtus	26
Trouble du lien/ interactions parent-enfant	24
Problèmes sociaux	22
Elaborer ou faire émerger un projet, une demande	19
Soutien à la parentalité	12
Troubles somatiques adultes	11
Complications obstétricales	9
Stigmatisation de l'adulte	5
Troubles conjugaux	1
Violence	1
Axes de travail développés dans le cadre des coordinations, en direction des patients enfants (101 enfants inclus au moment de la demande)	
Petit poids / développement de l'enfant	20
Protection des enfants	18
Prévention développement psychomoteur	13
Négligence/besoins de base	12
Troubles psychologiques de l'enfant	10
Maladie/trouble fonctionnel enfant	7
Troubles somatiques enfants	4
Maltraitance de l'enfant	2
travailler le mode de garde	2

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

Pour chaque situation qui entre dans le cadre de la coordination il est possible d'enregistrer plusieurs axes de travail. Sur les 148 situations familiales traitées cette année, 130 ont pu faire l'objet de cette analyse. On enregistre en moyenne 2.7 axes de travail "patient adulte" et 0.6 axes de travail « patient enfant » par situation.

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

Les problématiques les plus récurrentes du côté des adultes relèvent des consommations de produits psychoactifs, des troubles psychologiques, des difficultés d'accès aux soins, des compétences parentales, des inquiétudes concernant l'enfant,…

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

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

Axes de travail développés dans le cadre des coordinations, en direction des partenaires professionnels	
Soutien aux professionnels	49
Assurer un relais de prises en charges	43
Maintenir, créer un espace de pensée nécessaire pour une situation complexe	37
Clarifier, faire circuler l'information entre partenaires	28
Intégration des partenaires / répartition du travail selon les missions de chacun	27
S'assurer de l'effectivité de la prise en charge de l'adulte	27
S'assurer de l'effectivité de la prise en charge de l'enfant	22
Soutenir un professionnel isolé	15
Travail sur les représentations, stigmatisation des patients	12
Restitution organisée de l'évolution des prises en charge	6
Réorienter le travail suite à un événement important	6
Réorienter le travail suite à une nouvelle évaluation	4

Le même travail que ci-dessus mais cette fois-ci du côté des problématiques des partenaires.

On enregistre jusqu'à quatre axes de travail en direction des partenaires par situation familiale. L'analyse porte sur 133 situations familiales. La moyenne est de 2.1 axes de travail en direction des partenaires par situation familiale.

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

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

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

ANALYSE DES PROFESSIONS ET STRUCTURES IMPLIQUEES DANS LES TRAVAUX DE CONCERTATION DU RESEAU

Nombre de professionnels rencontrés dans le cadre des travaux de coordination - 662 Professionnels

Assistant Social	140	Il s'agit des professionnels rencontrés ou contactés dans le cadre des travaux de coordinations. Un professionnel est compté autant de fois qu'il y a de situations dans lesquelles il est impliqué (et non pas autant de fois qu'il est contacté).
Infirmier / puériculteur	87	
Encadrement	72	
Pédiatre / Néonatologiste	70	
Educateur Spécialisé	62	
Psychologue	55	
Sage-Femme / Obstétricien	50	
Psychiatre / Pédopsychiatre	44	
Autre	30	
Autres travailleurs sociaux	20	
Médecin Généraliste	15	
Médecin Addictologue	7	
Educateur de Jeunes Enfants	6	
Psychomotricien	4	

Nombre de structures rencontrées dans le cadre des travaux de coordination – 465 structures

PMI	96	Il s'agit des structures rencontrées ou contactées dans le cadre des travaux de coordinations. Une structure est comptée autant de fois qu'il y a de situations dans lesquelles elle est impliquée (et non pas autant de fois qu'elle est contactée). Il nous arrive de travailler avec plusieurs professionnels de la même structure.
Maternité, Néonatologie	74	
CSAPA	45	
Services Sociaux	36	
ASE	31	
Autre	22	
Associations /AED / AEMO	21	
CMP / CMPP / structures et services psychiatriques et pédopsychiatriques	20	
Unité mère-enfants et soins de suite mère enfant	20	
Hébergement	19	
ELSA	16	
CAARUD	15	
Pouponnière / MECS / services de placement familial	12	
Ecole / Crèche	10	
Libéral	10	
HAD Pédiatrique	8	
Centre Maternel	5	
CAMSP / Soins enfants / éducation spécialisée	3	
Réseau de santé	2	

ANALYSE DES ORIENTATIONS ADULTES ET ENFANTS

Total <u>orientations adultes</u> (dont adultes suivis par l'équipe mobile) - 83 adultes orientés (dont 40 suivis par l'équipe mobile)

CMP / CMPP / structures et services psychiatriques et pédopsychiatriques	15 (8)	Il s'agit des orientations effectivement proposées aux patients, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un partenaire. Nous n'avons pas enregistré les projets d'orientations qui sont trop nombreux pour être suivis avec rigueur. De même toutes ces orientations n'ont pas forcément été effectives, il faudrait trop de temps afin de pouvoir le déterminer. Une orientation ne signifie pas que la situation est close, en revanche cela ajoute souvent un partenaire aux travaux de coordination.
Maternité / néonatologie	13 (1)	
CSAPA	10 (6)	
Unité Mère Enfant et soins de suites Mère Enfant	8 (3)	
Hébergement	6 (3)	
Services sociaux	5 (3)	
Police / Justice / avocat /Autre	5 (2)	
PMI	5 (3)	
Centre maternel	3 (1)	
Libéral	2 (2)	
HAD pédiatrique	2 (2)	
ASE / CRIP	2 (0)	
Ecole / Crèche	2 (2)	
ELSA	1 (1)	
CAARUD	1 (1)	
CAMSP/ soins enfants / éducation spécialisée	1 (1)	

Total orientations enfants (dont enfants suivis par l'équipe mobile) - 72 enfants orientés (dont 34 suivis par l'équipe mobile)

PMI	18 (10)	Il s'agit des orientations effectivement proposées aux patients, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un partenaire. Nous n'avons pas enregistré les projets d'orientations qui sont trop nombreux pour être suivis avec rigueur. De même toutes ces orientations n'ont pas forcément été effectives, il faudrait trop de temps afin de pouvoir le déterminer Une orientation ne signifie pas que la situation est close, en revanche cela ajoute
ASE / CRIP	11 (5)	
CMP / CMPP / structures et services psychiatriques et pédopsychiatriques	8 (5)	
Unité Mère Enfant et soins de suites Mère Enfant	6 (2)	
AED / AEMO / Associations	6 (3)	
Ecole / crèche	5 (3)	

Police / Justice / avocat /Autre	5 (2)	souvent un partenaire aux travaux de coordination.
Maternité / néonatologie	3 (1)	
Centre maternel	3 (1)	
Pouponnière / Foyers/ service de placement familial	2 (0)	
CAMSP/ soins enfants / éducation spécialisée	2 (2)	
CSAPA	1 (0)	
Hébergement	1 (0)	
HAD pédiatrique	1 (0)	

Analyse des situations closes en 2014		
Clôtures de coordination (ventilées par motif de sortie de file active)	**89**	**89 situations pour lesquelles un travail de coordination était engagé ont été closes en 2013 (9 situations étaient non incluses)**
Objectif(s) avai(en)t été formulé(s) Objectif(s) atteint(s) Dont Orientations (une ou plusieurs par groupe familial) Pourcentage d'objectifs atteints (parmi les situations closes pour lesquelles au moins un objectif avait été formulé). Les orientations sont considérées comme des "objectifs atteints" mais sont comptabilisés à part afin de conserver une lisibilité sur cet item.	84/89 56 17 67 % (=56/84)	Situations pour lesquelles au moins un objectif avait été formulé (les objectifs sont révisés tous les six mois). Quand un objectif est noté "atteint", cela n'est pas uniquement le fait de l'action du Dapsa mais également de l'ensemble des professionnels au contact d'une famille, et des patients eux-mêmes.
Objectifs non atteints: Perdu-e de vue - demandeur Déménagement Refus d'intervention Echec A la demande du patient Perdu-e de vue - patients	16 9 4 1 1 0 1	16 situations pour lesquelles au moins un objectif avait été formulé mais n'a pas été atteint. Cela ne signifie pas nécessairement que la prise en charge ait été un échec, parfois les patients déménagent, ou la concertation s'interrompt. Il y a eu 1 situation pour laquelle nous nous étions fixés un objectif mais où l'intervention proposée a été refusée.
Fin de nécessité d'intervenir	17	Signifie soit que le Dapsa se tenait présent en cas de crise mais que les professionnels ont pu travailler en autonomie (avec le DAPSA informé par souci de prévention primaire), soit que ce qui faisait « blocage » a disparu. Il ne s'agit pas d'un "échec", ni d'un "objectif atteint", ni d'une orientation, mais plutôt d'une fin de nécessité d'intervenir.
Nombre de situations closes, suivies par l'équipe mobile, par motif de sortie de file active	**16**	**16 situations ont été closes en 2014. La fin d'intervention de l'équipe mobile ne signifie pas nécessairement que la coordination s'arrête également. 3 familles ont refusé la visite de l'équipe mobile.**
Objectif(s) formulé(s) Objectif(s) atteint(s) Dont Orientations (une ou plusieurs par groupe familial) Pourcentage d'objectifs atteints (parmi les situations closes pour lesquelles au moins un objectif avait été formulé). Les orientations sont considérées comme des "objectifs atteints" mais sont comptabilisés à part afin de conserver une lisibilité sur cet item.	13/16 7 3 54 % (=7/13)	Trois familles ont refusé l'intervention de l'équipe mobile, il n'y a donc pas eu d'objectif posé. Situations pour lesquelles au moins un objectif avait été formulé (les objectifs sont révisés tous les six mois) Quand un objectif est noté "atteint", cela n'est pas uniquement le fait de l'action du Dapsa mais également de l'ensemble des professionnels au contact d'une famille, et des patients eux-mêmes.
Objectifs non atteints : Perdu-e de vue – patient(e)(s) Echec Déménagement A la demande du patient	5 3 0 1 1	15 situations pour lesquelles au moins un objectif avait été formulé mais n'a pas été atteint. Cela ne signifie pas nécessairement que la prise en charge ait été un échec, parfois les patients déménagent, ne donnent plus de nouvelles, ne sont plus joignables ou estiment qu'ils n'ont plus besoin de notre intervention.
Fin de nécessité d'intervenir	1	Un objectif avait été posé mais la situation de blocage a été résolu rendant obsolète l'objectif qui avait été posé.
Refus d'intervention	3	

Actes réalisés en 2014 dans le cadre de l'activité clinique		
Nombre d'interventions directes réalisées en direction <u>des patients</u> (EMEO) :	**1259**	**Soit un temps consacré pour ces prestations en direction des patients de 1071 heures (dont 226h pour la cellule 77), et un nombre moyen d'actes par groupe familial de 26 actes "patients"**
Visites à domicile (VAD) ou rendez-vous, accompagnements	292	251 VAD réalisées et 41 VAD non annulées et non honorées (patient absent ou ne répondant pas). Les patients ne préviennent pas toujours ou ne peuvent pas toujours prévenir.
Entretiens téléphoniques	919	676 appels sortants et 243 appels entrants. Les échanges téléphoniques constituent la catégorie d'échanges la plus importante.
Courriers	19	
Recherches	11	Il peut s'agir d'un travail de recherche d'information sur des points précis (visite d'un enfant à son parent incarcéré, les modalités de parrainage, les possibilités de vacances, lieux d'écoute très spécifique comme parent en deuil d'un enfant, etc.)
Nombre de réunion patients + partenaires	9	Parfois une rencontre avec un partenaire se tient avec le ou les parents concernés
Autre	9	Petit service très ponctuel rendu au patient (exemple: apporter des documents à un patient hospitalisé)
Nombre d'interventions directes réalisées en direction <u>des professionnels</u> :	**1440**	**Soit un temps consacré pour ces prestations en direction des professionnels de 1189h heures (dont 40h pour la cellule d'appui 77), et un nombre moyen d'actes par groupe familial de 9.73 actes "partenaires"**
Entretiens téléphoniques	1016	659 appels sortants et 357 appels entrants
Courriers	245	Papiers, fax, mails
Recherches	46	
Réunion de Concertation Pluridisciplinaire / réunion de synthèse	86	Réunion des différents professionnels au contact d'une même famille et où se déroule le travail de concertation.
Compte-rendu	84	Les réunions de concertation pluridisciplinaires donnent généralement lieu à un compte rendu diffusé aux professionnels impliqués.
Autre	44	Exemples :" relecture d'un compte rendu pour un partenaire"
Temps de préparation interne au Dapsa (échanges cliniques au sein de l'équipe, réunions cliniques internes, suivi et tenue des dossiers patients, enregistrement de l'activité au quotidien,…)	**Enregistrement par action trop lacunaire**	**1698 heures (1515 heures pour le Dapsa régional et 183 heures pour la cellule d'appui 77)**
Nombre TOTAL DES ACTES CLINIQUES (hors travail interne)	**2699**	**Soit un temps total consacré pour ces prestations de 2260 heures (hors travaux de préparation interne)**

Temps total consacré au travail clinique, hors travail interne (hors cellule d'appui 77) : 1994 h	**Temps total consacré au travail clinique (cellule d'appui 77 incluse) : 3958 h**
Temps total consacré au travail clinique: cellule d'appui 77 hors travail interne: 266 h	
Temps de préparation / réflexion, en interne, autour des activités cliniques (patients et professionnels) : 1698 h	

COTE RESEAU		
Nombre de réunions dans le cadre du développement du réseau	**77**	**Rencontres, présentation, préparation et enquête de satisfaction des partenaires du réseau Dapsa (en entretien individuel sur site): 682 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré) 307 h dont 90h de transport**
Nombre de groupes d'expertise / groupes de travail / staff hospitaliers	**43**	**Groupes de travail où le DAPSA apporte son expertise sur la thématique croisée grossesse/parentalité et addictions (Groupe Femmes, mineures enceintes, approche genrée des problématiques de santé, grossesse et addictions…) : 533 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré) 153h dont 26 heures de transports**
Nombre de travail sur site	**19**	**Groupes d'analyse de pratiques: 6 structures concernées et 112 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré). 56h de travail dont 9h de transport**
Nombre d'interventions de formation par le réseau	**11**	**Formations dans le cadre de DU ou de journées thématiques où interviennent des professionnels du DAPSA : 184 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré) 52h de travail dont 12h de transport**
Nombre d'invitations à des colloques, conférences, mondanités	**18**	**Présence d'un ou plusieurs membres de l'équipe à 18 colloques, conférences, inauguration de locaux, événements des partenaires auxquels les membres du réseau sont conviés : 193h de travail dont 34h de transport**
Nombre d'étudiants et de stagiaires accueillis	**14**	**10 étudiants ont été reçus en 2014 (école d'infirmiers) et 4 stagiaires pour un travail d'observation.**
Projet Cellule d'appui 77	33	Développement de la cellule d'appui seine et marnaise, rencontres, groupes de travail, présentations, interventions: 744 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré) 158h de travail dont 59h de transport
Rencontres dans le cadre du projet d'accès aux soins des nouveau-nés vulnérables	13	Rencontres organisées en vue de définir les modalités de coopérations avec les réseaux RPPNE et RPSOF (78h de travail dont 11h de transport)
Atelier "Comment prendre en compte les préoccupations parentales dans les CAARUD »	6	Il s'agissait d'un cycle d'ateliers de six séances 24h et 10 participants par séance (en moyenne).
Nombre de colloques, séminaires et chantiers organisés : 4		
Chantier « le sens de la sortie », Paris	*5h*	Chantier organisé autour du thème de l'organisation de la sortie d'hospitalisation (Hôpital Mère Enfant de l'Est Parisien), 66 participants le 9/01/2014
Chantier « L'évolution de l'enfant, le développement normal et les signes d'alerte de souffrance », Melun	*4h*	4/03/2014 51 participants
Chantier «Devenir parent quand on n'a pas pu être enfant ou comment renoncer à ce que l'on n'a pas eu ? », Melun	*4h*	Chantier autour du thème des mouvements psychiques qui traversent les parents dits « vulnérables » et de l'incidence sur l'enfant. 70 participants le 20/03/2014
Chantier « Les risques liés à la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse. », Melun	*4h*	35 participants le 3/04/2014
Nombre de rencontres institutionnelles	14	Rencontres avec les tutelles et présence aux groupes de travail : 123 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré) 53h de travail dont 9h de transport
Nombre de réunions dans le cadre des fédérations de réseaux	28	142h de travail
FEDERASIF (fédération des réseaux d'accès aux soins d'ile de France)	18	Participation à la fédération des réseaux d'accès aux soins franciliens: 120h de travail dont : - CA/AG/bureau/ Compte-rendu : 32h - Groupe de travail « formalisation du travail d'accès aux soins » : 48h - Trésorerie et gestion administrative : 50h
Grif (Groupement des Réseau de santé d'ile de France)	10	Participation à la mise en place du groupement des réseaux de santé d'Ile de France: 22h de travail
Temps total consacré au travail de développement du réseau (hors cellule d'appui 77)	**1063h**	**dont 191h de transport (18% du temps de développement du réseau). Ces temps ne tiennent pas compte des travaux de réflexion, préparation interne, analyse, organisation, évaluation…**
Temps total consacré au travail de développement du réseau : cellule d'appui 77	**158h**	**dont 59h de transport (37% du temps de développement du réseau). Ces temps ne tiennent pas compte des travaux de réflexion, préparation interne, analyse, organisation…**

MANAGEMENT ET GESTION DU RESEAU		
Nombre de réunions internes (AG / CA / Bureau)	**3**	**1 AG, 2 bureaux**
Nombre de convention de financement	**4**	
ARS FIR	*1*	finance le fonctionnement du réseau et de la coordination
DFPE	*1*	finance l'équipe Mobile d'Evaluation et d'Orientation (EMEO)
Fondation de France	*1*	finance en partie le travail de repérage précoce par la psychomotricienne
ARS-PPS	*1*	finance 2 projets dans le cadre de "prévention promotion de la santé" : «cellule d'appui 77" et "prévention périnatalité petite enfance"
Nombre d'outils en lien avec l'activité d'évaluation	**7**	**Enumération et détails des outils internes élaborés et développés**
Tableau CREDES (relevé d'activité mensuel)	1	Pour une meilleure connaissance des actions de chacun et de l'activité globale du réseau afin de pouvoir optimiser l'organisation interne. Ce tableau permet pour chaque professionnel de restituer la répartition de son temps de travail sur les différents projets et de budgéter ce temps à partir du coût horaire que représente chaque professionnel pour la structure. On a ainsi une bonne lisibilité du travail effectué et une meilleure imputation des charges de personnel par projet.
Enquête auprès des partenaires	1	Objectifs : - comprendre la façon dont le réseau est perçu par les professionnels susceptibles d'y avoir recours - améliorer la communication externe du réseau - vérifier et améliorer la correspondance entre les actions développées par le réseau et les besoins du territoire (besoins/demandes des patients et besoins/demandes des professionnels) - vérifier et améliorer l'adéquation entre les modalités de fonctionnement du réseau et les besoins des professionnels
Questionnaire d'évaluation	5	Systématisation des questionnaires d'évaluation pour les activités réalisées par le réseau en direction des partenaires et professionnels (ateliers, chantiers).
Récapitulatif raisonné des activités cliniques	1	Récapitulatif, par patient, du travail clinique engagé auprès des familles et auprès des professionnels en contact avec ces familles.
Récapitulatif raisonné des activités réseau	1	Récapitulatif des différentes actions - hors situations cliniques - réalisées dans le cadre des activités de réseau.
Tableau de bord	1	Réalisé à partir des données récoltées via le tableau "CREDES" qui enregistre l'utilisation du temps ainsi que par les tableaux récapitulatifs des actions cliniques et réseaux.
Comptabilité analytique	1	Logiciel de gestion comptable « IBIZA » mis à disposition par le cabinet d'expertise comptable.

Annexe 2 : Illustration clinique (extrait d'une présentation réalisée par les professionnels du Dapsa et les partenaires impliqués dans l'accompagnement de la patiente)

« La concertation, c'est quoi ce machin ? »

1/Introduction

Marijo Taboada, psychiatre – réseau DAPSA

Nous avons eu l'occasion de présenter ce travail au colloque d'une association de recherche en intervention en périnatalité, colloque qui a eu lieu au mois de novembre 2014. Le thème du colloque était l'empathie, nous avions proposé un travail sur l'empathie professionnelle et avions été retenus pour présenter ce travail dans un atelier. Après avoir fait cette présentation, nous avons voulu faire la même chose en Ile de France puisque beaucoup d'entre vous sont habitués à participer au travail de concertation et en vienne souvent à nous demander : « C'est quoi ce machin ? ». Il n'est pas toujours évident de vous l'expliquer, d'où l'idée de vous le montrer un peu à la manière d'une représentation théâtrale, ce qui nous apparait peut être comme plus facilement appréhendable.

Pour ceux qui ne connaissent pas le réseau DAPSA, nous sommes un réseau de santé qui travaille autour de la périnatalité et de la petite enfance, initialement le soin des addictions même si maintenant nous avons un petit peu plus élargi la question autour de la souffrance psychique notamment des parents. C'est un réseau d'accès aux soins, nous travaillons à ce que ces adultes en difficulté ainsi que leurs enfants puissent avoir un accès aux soins.

Nous avons donc choisi de vous présenter concrètement la manière dont ce travail se passe. Nous ne présentons pas le travail du DAPSA mais une situation particulière et nous avons demandé aux différentes personnes ayant participé à cet accompagnement de présenter leur point de vue. Nous allons tenter de vous présenter la tentative de construction d'un groupe de soignants, ou mieux encore d'un groupe soignant lors de l'accompagnement d'une femme enceinte, lors de sa deuxième grossesse et de la naissance de son enfant.
Nous avons choisi de vous représenter ce fonctionnement, avec les différents protagonistes de ce groupe. Il a été animé par Rosine Réat, psychologue clinicienne au Dapsa, et qui aura cette fonction aujourd'hui aussi.

Y participait également :
Elodie Da Silva (sage-femme, service de maternité), Julie Tauziede (assistante sociale, service de maternité), Zorka Domic (psychiatre, CSAPA - « Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie »), Marlène Fabro (assistante sociale, CSAPA), Vanessa Vertueux (éducatrice spécialisée, CSAPA), Murielle Wambach (infirmière, CSAPA), Charlise Kameni (assistante sociale, Centre Hébergement Urgence). Pour l'Aide Sociale à l'Enfance de Paris, Myriam Gaudry (assistante socio-éducative) et le placement familial Alexandra Berto (éducatrice spécialisée référente de Mimosa) et Fiorine Barret (éducatrice spécialisée référente du nouveau-né) qui ne sont pas présentes aujourd'hui.
Comme dans la vraie vie, toutes n'ont pu venir aujourd'hui, certaines ont changé de poste, mais comme dans la vraie vie, une des fonctions de ce groupe était de créer une continuité, les absentes sont représentées et leur parole rapportée, soit par un autre membre de leur institution, soit par l'animatrice du groupe.

Nous avons choisi de nous intéresser à la période prénatale d'où l'absence aujourd'hui des personnes de l'ASE puisque l'enfant n'était pas né. Ce qui ne signifie pas que le travail ne s'est pas fait avec elles ou qu'il ne se continue pas avec elles. Nous ne parlerons pas particulièrement aujourd'hui de la clinique de la patiente, mais plutôt de la clinique des professionnels autour d'une situation donnée. Nous avons demandé à Cécile Peltier, éducatrice spécialisée chez nous, qui avait mené un travail à Paris III Sorbonne Nouvelle autour du travail en réseau et avait donc eu l'occasion de réfléchir sur ces questions, de conceptualiser un peu ce que nous voulions mettre en place pour un sens « vivant » du réseau. Elle nous apportera donc ses éclairages.

2/L'Accompagnement d'Olive, l'entre deux grossesses

Demande initiale adressée au Dapsa par le Samu social et accompagnement des équipes qui ont suivi Olive et sa première grossesse :

Rosine Réat, Psychologue clinicienne – DAPSA

C'est en décembre 2012 que le DAPSA reçoit le premier appel du SAMU social à propos d'Olive. La demande concerne une femme enceinte de 6 mois. Sa situation inquiète à plusieurs titres : elle a des consommations abusives d'alcool, le suivi de grossesse ne semble pas engagé, elle est sans domicile fixe, sans domiciliation, sans couverture sociale. Par ailleurs des prises de risque sont évoquées, on craint notamment des expositions à la violence, peut être à la prostitution.
Suite à cet appel, le DAPSA a proposé deux choses : une équipe mobile présente auprès d'Olive jusqu'en avril 2013, avant qu'Horizons prenne le relais, ainsi qu'un travail auprès, et en direction, des professionnelles engagées autour du cas d'Olive dont je me suis occupé. J'ai mené ce travail autour de la première grossesse, puis autour de la deuxième grossesse.

Côté social

Marlène Fabro, Assistante Sociale – CSAPA Horizons (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), lu par Vanessa Vertueux, Educatrice Spécialisée – CSAPA Horizons

Olive arrive au Centre Horizons en avril 2013. J'ai entendu parler d'elle lors d'une réunion d'équipe ou entraperçu à l'accueil cette petite jeune femme brune, un téléphone portable vissé à l'oreille, parlant tantôt roumain tantôt espagnol, toujours à une vitesse hallucinante, laissant derrière elle une odeur alcoolisée. Elle interpellait indifféremment les professionnels, leur collant son téléphone portable si précieux à l'oreille, un interlocuteur francophone pouvant expliquer sa demande du jour… Elle voit les infirmières et son médecin référent. Elle veut tomber enceinte, a un fils placé. Elle confirmera par la suite une grossesse, dès les premières semaines. La « vraie » rencontre avec Olive a eu lieu le 26 septembre 2013 dans le cadre d'un entretien social, dans un bureau. Olive n'était pas seule mais accompagnée de Popeye, son compagnon et père de son futur enfant. Olive s'exprimait peu, son compagnon servant d'interprète mais pas seulement, déjà impliqué dans cette paternité. Je découvre…. Les demandes sont multiples : hébergement en couple, couverture sociale, aide alimentaire, garder auprès d'elle son enfant à venir…

Côté psy

Zorka Domic – Psychiatre – CSAPA Horizons

Olive a été reçue en premier entretien par la psychologue, qui malgré ou grâce à la barrière de la langue fait une évaluation de l'état de la patiente. Il est important de noter que cette évaluation peut s'effectuer malgré la barrière de la langue. Elle est adressée pour un suivi médico psycho social à « Horizons », institution créée pour accompagner les difficultés de « la parentalité et des addictions ».
Elle est rapidement orientée vers le médecin-psychiatre parlant une des langues dans laquelle s'exprime la patiente : l'espagnol. Elle présente aussi un problème d'alcool qui nécessite bien évidement l'intervention médicale psychiatrique-magique…dont l'efficacité a une réputation limitée mais qui permettrait au patient, dans l'imaginaire collectif, de moins consommer d'alcool...

Il s'agit d'une femme d'une trentaine d'années, menue, qui me parle dès que je viens la chercher à l'accueil. Nous ne sommes pas encore dans mon bureau que j'entends des phrases en espagnol. Elle s'exprime sans me donner le temps de me présenter, ni de répondre à ma question. Je lui demande si on peut faire connaissance. La réponse c'est : «On m'a arraché mon enfant, pourquoi ? Pourquoi ? Aide moi, je veux mon enfant, il est à moi ! »

Elle parle vite : des paroles et la voix de la tristesse, de l'angoisse, de l'impuissance. Elle me parle avec le vocabulaire d'une langue apprise dans la rue, avec la politesse du pauvre. « Aide-moi amie » répète-telle, sans attendre une réponse de ma part. Elle est ailleurs ou nulle part, accompagnée de sa solitude…

J'insiste pour faire connaissance : Comment s'appelle-t-elle, où est-il son enfant ? Elle me donne différents papiers et me demande de les lire et d'appeler ces différentes instances : juge, avocat, ASE… «Aide-moi Amiga» répète-elle. Nous nous quittons pour nous revoir une prochaine fois.

Olive est une femme d'origine Roumaine, non francophone, sans « papiers », sans ressources. Dépendante à l'alcool et enceinte une nouvelle fois... Elle me laisse avec mes réflexions, avec mon impuissance même.

Je vais donc à mes lectures parlant de cette question. Je trouve ainsi cette phrase : *« Une blessure secrète, souvent inconnue de lui-même, propulse l'étranger dans l'errance » (...) « Je suis au moins aussi singulier et donc je l'aime » se dit l'observateur; « or je préfère ma propre singularité et donc je le tue » peut-il conclure. » (Julia Kristeva)*
La réflexion autour du rejet, de la fascination, prendra en compte les multiples singularités « identitaires » : femme, mère, émigrée, alcoolisme, grossesse, maternité. Droits / non droits d'accès aux soins…

Nous essayerons d'aborder le travail de l'historicisation, de l'inscription de la patiente. Elle ne parle pas, mais elle agit : le pain quotidien de notre clinique. Mais il y a les singularités : femme, enceinte, alcoolique, émigrée…. Y a-t-il un dispositif ? Que faire ? Qui fait quoi ? Les peurs mutuelles violentes paralysent les relations et se résument souvent à un malaise ?!
Le corps physique, unique porteur de vie ? Cette passion de grossesse et de maternité est-elle une sorte de « traitement de substitution » pour « le manque existentiel » qu'elle sentirait ? Quels soins proposer afin d'éviter ou du moins de contenir la violence passionnelle de l'expérience maternelle ?

Marijo Taboada, psychiatre – DAPSA

Elle fait donc à ce moment l'annonce officielle de la grossesse au CSAPA Horizons et Murielle Wambach qui était infirmière du CSAPA Horizons à l'époque fait le premier lien avec la maternité pour proposer quelque chose autour du suivi de cette grossesse.

3/L'Accompagnement d'Olive et de sa seconde grossesse :

Suivi de grossesse à la maternité :
Elodie Da Silva, Sage-femme – Lariboisière (lu par Nathalie Le Bot, sage-femme - DAPSA)

Je suis Mme DA SILVA Elodie, sage-femme depuis 9 ans à la maternité de l'hôpital LARIBOISIERE située dans le 10ème arrondissement de Paris, bassin géographique de population dite vulnérable, notamment en lien avec des situations de grande précarité et d'addiction aux substances psychoactives pouvant être à l'origine de troubles de la relation mère-enfant.
De ce fait, j'anime depuis 2 ans des entretiens mensuels destinés aux femmes enceintes consommatrices de substances, dans une collaboration médico-psycho-sociale intra et extra hospitalière autour de leurs besoins.
C'est ainsi que j'ai collaboré dans la situation d'Olive avec Julie Tauziede, assistante sociale de la maternité de l'hôpital LARIBOISIERE.

Olive est connue du service depuis janvier 2013, période de suivi plus ou moins régulier de sa première grossesse d'ores et déjà marquée par des épisodes de consommation massive d'alcool alors déniés ; accouchée et sortie de la maternité en février 2013, le service social de la maternité avait été avisé du placement de son 1er enfant en avril 2013, dans un contexte d'ivresse sur la voie publique.

Depuis, Olive s'était présentée à trois reprises aux urgences gynécologiques de LARIBOISIERE entre juillet et août 2013 afin de s'assurer d'une nouvelle grossesse, très désirée, qui sera datée au 06 juillet 2013. Elle est alors suivie par HORIZONS depuis avril 2013, dont l'infirmière Murielle Wambach me contacte par téléphone, afin de procéder à l'inscription de son suivi de grossesse à la même maternité que pour son 1er, comme le souhaite Olive.

Au vu des antécédents, ma 1ère réaction ne fut-elle pas : « elle veut le garder ? »
L'inscription fut dès lors effective et ce, sous un seul et même nom (contrairement à la grossesse précédente où Olive endossait, à chaque consultation d'urgence en état d'ébriété, plusieurs identités résultant d'anagrammes de son patronyme initial).

L'ouverture de son suivi de grossesse se fit avec une sage-femme de PMI qui ne la reconnut pas ; en plus de la barrière linguistique, Olive reste très floue sur le suivi et l'accouchement de son 1er enfant (« à Paris ») bien que dans la même structure. C'est lorsqu'une Sage-Femme du service la reconnait que le dossier antérieur d'Olive est ressorti et son histoire rappelée.

Pour ma part, je la rencontrai en octobre 2013 : elle est alors à 18 semaines d'aménorrhée, avec son compagnon et père de l'enfant à naître, Popeye, interprète mais surtout soutenant et engagé dans cette paternité. Olive est claire par rapport à ses antécédents, compliante et rassurée du co-suivi HORIZONS/LARIBOISIERE. Elle déclare des épisodes de consommation d'alcool massive depuis le début de grossesse liés à des moments de stress ou de tristesse, dont elle espère se sevrer via un traitement médicamenteux, surtout en post-partum. Enfin, elle reste claire quant à sa/leur demande : garder son enfant à venir auprès d'eux, dans un hébergement stable, et récupérer son 1er enfant.

Des propositions de centre maternel ou d'unité mère-enfant lui sont faites à plusieurs reprises par moi ou par Julie Tauziede (assistante sociale de la maternité de l'hôpital LARIBOISIERE) qu'elle rencontre en novembre 2013, refusées en raison de la présence de Popeye, et difficiles à mettre en place en raison d'absence de couverture sociale et d'une situation administrative précaire.

Organisation hébergement
Marlène Fabro, Assistante Sociale – CSAPA Horizons (lu par Vanessa Vertueux, Educatrice Spécialisée – CSAPA Horizons)

Olive est hébergée en hôtel depuis quelques mois par le SAMU social, logique opaque de ce dispositif d'hébergement d'urgence : « une nuit avec, une nuit sans », des changements d'hôtels quotidiens ou au mieux hebdomadaires, en plus il y a des alcoolisations et des violences conjugales… « Liste noire » pour le SAMU social qui est dépassé par le nombre des demandes, par le manque de places : il faut prioriser. Olive le comprend et s'engage à respecter un certain cadre, pourvu qu'elle soit avec son compagnon. A force de mails et de coups de fil, un centre d'hébergement et de stabilisation est trouvé pour accueillir le couple et ainsi pouvoir évaluer si une prise en charge en couple est envisageable… C'est déjà ça ! Olive connait, elle y a été accueillie lors de sa première grossesse… Une fois le couple hébergé, ça se passe bien.

Hébergement et suivi au CHU
Charlise Kameni, assistante sociale - Centre d'Hébergement d'Urgence

Ma première rencontre avec Olive s'est faite lors de sa première grossesse dans le cadre d'une mise à l'abri par le Samu social sur le CHU de Villejuif en Décembre 2012. Lors de ce premier accompagnement social, Madame n'était pas accompagnée quant à sa problématique par rapport à l'alcool. Madame était déjà enceinte de x mois et n'était pas du tout consciente du danger qu'elle faisait courir à son bébé et à elle-même. Quant à moi, s'était la première fois que je me retrouvais confronter à l'addiction d'une future maman. Elle ne se dissimulait pas pour boire, nous expliquant que dans son pays d'origine les femmes

enceintes boivent sans que cela soit un problème. De plus d'après elle, elle buvait relativement peu par rapport à son entourage familial dans les mêmes conditions (de grossesse).

Pour nous et pour le Samu social, notre accompagnement consistait à essayer de lui faire prendre conscience du danger encouru par le bébé. C'est ainsi, que le Pôle famille du 115 m'a dirigé vers le DAPSA.

Au-delà de la barrière de la langue, ce premier accompagnement fut très frustrant car Madame n'adhérait alors à rien, elle était imperméable à nos inquiétudes. De plus elle mettait à mal son suivi médical. Pour moi durant cette première grossesse Madame n'a pas vraiment intégré ou accepté son état.

Lorsque je rencontre Olive lors de sa première grossesse, c'est mon premier poste en tant qu'assistante sociale et mon premier mois de travail. Cette rencontre fut donc très brutale pour moi et également pour mes collègues, en majorité des hommes, qui la voyaient tous les jours 24h/24 se dégrader et me demandaient de faire quelque chose.

Ainsi lorsqu'on nous annonce le retour d'Olive quelques mois plus tard se fut réellement très violent pour toute l'équipe.

Tensions autour de la grossesse….
Rosine Réat, Psychologue clinicienne – DAPSA

Après l'orientation d'Olive vers le centre Horizons, le Dapsa avait poursuivi son travail d'arrière fond auprès des professionnelles engagées, en participant aux staffs de parentalité organisés à la maternité et en entretenant les liens téléphoniques avec les différents protagonistes. Courant décembre, plusieurs signes d'inquiétudes apparaissent chez les professionnelles.
Nous (le DAPSA) recevons notamment un appel d'une cadre du SAMU social qui résume bien la situation « La situation s'est tendue depuis quelques jours. Olive s'alcoolise énormément suite au départ de son compagnon. Nous envisageons de changer Olive de lieu, puisque l'accueil au centre d'hébergement d'urgence était prévu pour accueillir le couple. Même si Olive demande plutôt un hébergement à l'hôtel, nous envisageons plutôt une prise en charge en structure collective, car l'expérience de l'hébergement hôtelier lors de la grossesse précédente avait été très déstructurant pour Olive. Le contact avec Olive est plus facile que l'année dernière, même si la prise en charge est très difficile. Pour nous, se pose la question du degré de supportabilité, pour les professionnels de terrain, de ce qu'elle expose comme comportement et mise en danger.

Point de vue de l'éducatrice
Vanessa Vertueux, Educatrice spécialisée - CSAPA Horizons

La première fois que j'ai rencontré Olive, elle avait été dirigée vers moi par une des infirmières, afin que je l'aide à contacter le 115 (…) Suite à cette première rencontre, je l'ai revue régulièrement car elle venait voir le médecin-psychiatre qui la suivait régulièrement et prendre son traitement à l'infirmerie. Au fur et à mesure des différentes rencontres, j'ai pu observer des périodes d'alcoolisation massive d'Olive, qui était dans un déni de sa problématique, puis d'autres où elle semblait moins, voire pas du tout, consommer… Cette alcoolisation m'a semblé s'accroitre suite à la « disparition » de son compagnon (…) Olive semblait noyer son chagrin et pallier son absence par l'alcool. J'étais, comme l'ensemble de l'équipe, impuissante face à la mise en danger de cette dernière et l'important danger qu'elle faisait courir à l'enfant qu'elle portait. Nous avons essayé à maintes reprises de lui faire entendre raison et de lui proposer le soin, l'hospitalisation, afin qu'elle et surtout l'enfant puissent être protégés. Etre le témoin de l'alcoolisation de ce fœtus qui n'avait aucun moyen de se défendre face à une mère n'ayant aucune limite à sa consommation et qui s'enlisait dans ce déni de consommation, me faisait violence. Cette grossesse arriverait-elle à terme ? Si oui quel serait l'état de santé de cet enfant à sa naissance ? Ces questions qui me chamboulaient me firent mettre un peu de distance avec Olive. Nous échangions régulièrement en équipe, avec les différents partenaires et surtout avec le médecin psychiatre d'Horizons. Cela m'a permis de ne plus voir uniquement en Olive une femme enceinte, mais aussi et peut-être avant tout, un individu dans toute sa complexité, exprimant un mal-être. De plus malgré ces épisodes d'alcoolisation, Olive ne s'est montrée que très rarement désagréable avec l'équipe. Il y avait un « je ne sais quoi » de touchant chez ce petit bout de femme …

Point de vue de la psychiatre
Zorka Domic, psychiatre - CSAPA Horizons

Je continue donc avec mes réflexions : la femme enceinte pour elle-même : « il s'agit d'une « elle-même » trouble, au narcissisme tout à la fois renforcé et déstabilisé : la femme enceinte est en perte d'identité puisque, à la suite de l'intervention de l'amant-père, elle se dédouble en abritant un tiers inconnu…La femme enceinte « regarde » sans « voir » ni le père ni le monde ; elle est ailleurs ».

Le comportement de cette patiente complique notre capacité à établir une relation de soins. Au premier abord elle nous semble imperméable à nos propositions de soins pour l'alcool, pour ses angoisses… Le mot qui s'impose pour qualifier cette situation est celui de « patate chaude ». Face à cette patiente on se trouve dans une certaine solitude, il faut donc sortir de là. Je voudrais donc dire que c'est cette patiente qui nous a choisi, qui à décider de travailler avec nous, nous avons presque été

guidés par elle. C'est devenu un cas que nous avons apprivoisé autrement, ça a été très fort. Elle a rencontré presque l'ensemble de l'institution : on ne parle que d'elle. Je pense que c'était pour elle une manière d'exister. Il y a donc l'aspect important de ce que la situation de cette femme provoque chez nous, une femme alcoolique, enceinte, ça provoque un sentiment insupportable.

Il était très important pour cette patiente le fait qu'elle considérait s'être fait enlever son enfant et qu'elle n'avait pas conscience de son problème d'alcoolisation. Elle nous disait que les femmes buvaient beaucoup plus dans son pays. Nous l'avons pourtant prévenue qu'elle perdrait certainement aussi cet enfant, que son premier enfant avait des problèmes. Elle refusait de voir, elle niait. On sait qu'il y a chez elle un lien presque culturel avec l'alcool, on sait par exemple que son père consommait beaucoup. On comprend également qu'elle a eu des relations très dures avec ses parents, on apprend également qu'elle a en Espagne une fille d'une dizaine d'année. Nous travaillons donc sur ce thème de la perte et de l'abandon.

Le point de vue du service de la maternité
Elodie Da Silva, sage-femme – Lariboisière

La situation d'Olive est rapidement, dès novembre 2013, intégrée aux staffs de parentalité mensuels de la maternité. Lors de celui de janvier 2014, l'infirmière, Murielle Wambach d'HORIZONS, nous signale leurs préoccupations liées à des périodes d'alcoolisation massive et prises de risques de la part d'Olive depuis la disparition récente de son compagnon ; à cela se rajoute la problématique de son hébergement, jusqu'alors prévu pour couple. Une mise en lien avec le service d'alcoologie de Fernand Widal (service de psychiatrie référent de la maternité) devient urgente afin qu'une infirmière spécialisée vienne la rencontrer et lui proposer une éventuelle hospitalisation pour sevrage.
Une première rencontre des équipes de de la maternité, du CSAPA HORIZONS, de l'Aide Sociale à l'Enfance et du DAPSA sous forme de synthèse a lieu le 17 janvier 2014, exposant les inquiétudes généralisées pour Olive, sa grossesse (de déroulement normal jusqu'alors) dont elle échappe au suivi en janvier, la santé et les conditions d'accueil de son enfant à venir, dans un contexte de consommations d'alcool déniées, nous amenant à un signalement inter maternité préventif. D'autre part, un entretien médical avec une infirmière mandatée par le service d'alcoologie est organisé le 20 janvier au décours de l'entretien d'Olive avec Julie Tauziede (assistante sociale service de maternité). Toutes les inquiétudes lui sont énoncées en espagnol, justifiant ainsi la proposition d'hospitalisation pour sevrage qu'elle refuse catégoriquement. A défaut, un contrat stipulant l'importance de sa présence /48h à HORIZONS pour un suivi de sevrage lui est proposé, écrit, puis signé par Olive.

Lors de la synthèse suivante (mensuelle), l'équipe d'HORIZONS témoigne d'une diminution des consommations d'alcool d'Olive, qui honore son contrat, ce dont doute l'équipe du centre d'hébergement d'urgence. Olive se présente non alcoolisée à tous ses rendez-vous de suivi de grossesse, sauf le 24 février 2014 au soir, où elle est amenée par la Police en état d'ébriété aux urgences maternité et s'y présente sous une autre identité, pour finalement fuguer avant la consultation. Cet incident sera repris avec Olive lors de son entretien mensuel avec moi, mais dénié. La grossesse est alors marquée par un retard de croissance intra-utérin échographique fin janvier 2014 à 31 semaines d'aménorrhée, suivi dès lors ; toutes les explorations (virale, génétique, chromosomique) sont normales.

Le point de vue du centre d'hébergement d'urgence
Charlise Kameni, assistante sociale - Centre d'Hébergement d'Urgence

Contrairement à sa première grossesse, Madame est très investie lors de sa seconde grossesse. En effet, son suivi en maternité est beaucoup plus régulier. Lorsque Madame arrive sur le centre d'hébergement d'urgence avec son compagnon elle est enceinte d'environ cinq mois. Elle porte entièrement sa grossesse c'est-à-dire qu'elle la montre (par des tenues très ajustées et par son maintien), qu'elle la revendique. Malgré cette totale prise en main de sa grossesse, Madame boit régulièrement et souvent en grande quantité et est dans une attitude de déni très élevé de son alcoolisme. Pendant ces moments d'alcoolisation, Madame peut se montrer agressive verbalement et physiquement avec les autres hébergés et le personnel du Centre.

Dans les premiers temps de son séjour sur le centre d'hébergement d'urgence, Madame maitrisait à peu près son alcoolisme. En effet, je pense que la présence de son compagnon et de l'Association Horizons l'aidait dans ce sens, même si elle buvait elle essayait d'en limiter la quantité puisque son attitude alors n'avait jamais débordé.
Au début du mois de décembre 2013, son compagnon a été à plusieurs reprises absent du centre d'hébergement d'urgence pour le travail (loin du Centre). Peu avant sa première absence (environ une semaine), Madame avait commencé à venir de plus en plus alcoolisée sur le centre d'hébergement d'urgence en soirée. Lors d'un entretien suite à cet état Monsieur avait demandé à sa compagne d'arrêter de boire pour le bébé. Malgré la promesse de Madame d'arrêter de boire, son état s'est de plus en plus aggravé surtout après le dernier départ de Monsieur en Suisse. Celui-ci, parti pour y travailler, a été arrêté suite à une bagarre et à ce jour y est toujours emprisonné.

Depuis cette période, Madame revient pratiquement tous les soirs alcoolisée (sauf pendant une petite semaine en Janvier). Elle se montre souvent violente avec mes collègues du soir et de la nuit ainsi qu'avec les autres hébergés lorsqu'elle est ainsi alcoolisée.

Il faut noter que Madame à une résistance à l'alcool très élevée c'est-à-dire qu'elle peut conserver toutes ses capacité physiques et intellectuelles alors qu'elle a un taux d'alcool très élevé dans le sang.

Madame est arrivée (le soir) à plusieurs reprises sur le Centre complètement ivre, chancelante, ne tenant pas debout, accompagnée par des voisins car elle ne tenait pas seule debout. Malgré tous ces incidents, Madame n'accepte pas d'être une malade alcoolique et s'enferme alors dans son déni avec désespoir. En effet, Madame continue de faire des projets de vie commune avec son futur bébé et Mimosa alors que son attitude par rapport à l'alcool ne change pas.

C'est pour toutes ces raisons que j'ai décidé d'interpeller la cellule de recueil des informations préoccupantes au début du mois de février 2014 même si j'étais consciente qu'elle n'interviendrait pas. Il n'existe en effet pas de droit juridique pour un fœtus. Mais il était nécessaire que je fasse quelque chose en raison de la pression de mes collègues qui ne supportaient plus l'attitude d'Olive et pour moi-même. J'ai envoyé cette information pour retrouver un équilibre, bien que sachant que rien ne serait fait.

Retour sur le travail collectif
Rosine Réat, psychologue clinicienne – DAPSA

Face aux difficultés rencontrées par les différentes professionnelles dans le cadre des accompagnements, des soins proposés à Olive, nous avons proposé et organisé un temps de concertation collectif.

Ce premier temps de travail collectif a été l'occasion pour chaque professionnelle d'exprimer les avancés et difficultés rencontrées par chacune dans le cadre de son accompagnement respectif. Chacune à sa place a exprimé la perplexité, le sentiment d'impuissance voire le désarroi ressenti. Chacune a eu la possibilité d'écouter le savoir de l'autre et de comprendre comment l'autre travaille.

Enfin, le groupe s'est accordé sur l'objectif d'essayer de favoriser au mieux, chacune à sa place les conditions de naissances les meilleures possibles pour la mère et l'enfant et de préparer au mieux l'arrivée de l'enfant alors que les parents ne semblaient pas être en situation de s'en occuper.

Travail collectif en amont et aval de la grossesse …

Accouchement et travail autour de l'envoi de l'information préoccupante, séparation mère/enfant
Elodie Da Silva, sage-femme – Lariboisière

Du fait du retard de croissance intra-utérin suivi depuis la 31ème semaine d'aménorrhée et du terme avancé, une indication de déclenchement est posée par l'équipe médicale le 17 mars 2014, refusée par Olive qui souhaite la présence de Popeye (incarcéré en Suisse).
Une nouvelle synthèse a lieu le 18 mars 2014 ; l'équipe d'HORIZONS relate deux épisodes d'alcoolisation préoccupante sans doute liées à des examens ou des consultations de suivi en maternité. Plusieurs épisodes d'alcoolisation massive sont rapportés par l'équipe du centre d'hébergement d'urgence. La référente de l'aide sociale à l'enfance mentionne le retard psycho moteur de son premier enfant, récemment diagnostiqué. Elle mentionne qu'une place est disponible pour l'enfant à venir dans la même famille d'accueil que son ainé, si décision de placement.

En conclusion de cette synthèse, un accompagnement physique soutenant par l'infirmière et l'éducatrice spécialisée pour le déclenchement prévu dès le lendemain est convenu. L'enfant à naître sera admis dans les suites de sa naissance en néonatalogie compte-tenu du contexte médical et psycho-social. Une information préoccupante sera rédigée dans les 1ers jours de vie. Enfin, une évaluation puis un suivi en cours de séjour par le psychiatre de liaison et de l'équipe de liaison et de soins en addictologie, avisé par courriel, devra être réalisée dans le but d'une éventuelle hospitalisation en psychiatrie à Fernand Widal pour sevrage et dans un but de soutien dans un contexte de séparation mère-enfant à risque d'effondrement.

Olive ne s'étant pas présentée à son rendez-vous prévu en maternité le lendemain, elle fut accompagnée et amenée par l'infirmière et l'éducatrice spécialisée d'HORIZONS le 20 mars 2014 à la maternité en vue du déclenchement. J'ai débuté celui-ci à 13h35, Olive a accouché rapidement et normalement à 19h14, donnant naissance à un garçon de 2475g, qu'elle a pu accueillir et allaiter avant qu'il soit transféré en néonatalogie à 22h.

Dans les suites, Olive s'est montrée adaptée aux soins du nouveau-né mais persistaient des difficultés à travailler avec elle un cadre guidant, sécurisant et protecteur pour eux. Ainsi, elle a rencontré le Dr Guillem, psychiatre de liaison hispanophone, dès J1, dans le but d'une mise en lien et évaluation rapide. L'information préoccupante a été adressée comme prévue à J4, donnant lieu à une ordonnance de placement provisoire, dont l'annonce a été faite à J5 en présence de Julie Tauziede (assistante sociale service de maternité) et du Dr Guillem. Dès le lendemain, nous (les Dr Domic, Guillem et moi-même) avons été voir Olive, alors effondrée, afin de lui proposer une hospitalisation soutenante et adaptée à un sevrage dans ce contexte, qu'elle a d'abord refusé puis accepté bien qu'appréhendant la réaction de son compagnon (date de retour floue). Celle-ci fut organisée pour le 31 mars 2014, jour du départ prévu du nouveau-né pour Sens, même lieu de famille d'accueil que son frère ainé, Mimosa.

Le 31 mars 2014 au matin, au moment de l'arrivée de l'ambulance dans le service, Olive pleurait, serrait son enfant dans les bras, refusant à nouveau toute la prise en charge ; Julie Tauziede (assistante sociale service de maternité) et moi, rejointes par l'équipe d'HORIZONS, l'avons doucement amenée à déposer le bébé dans son berceau et lui laisser une couverture rouge et ses vêtements qu'elle avait choisi. Olive fut ainsi transférée en ambulance, accompagnée par Vanessa Vertueux (Educatrice spécialisée, CSAPA) et Murielle Wambach (infirmière, CSAPA), en alcoologie le matin même et le nouveau-né, à Sens, auprès de son frère, l'après-midi même.

Marlène Fabro, assistante sociale - CSAPA Horizons

Olive a été hospitalisée pendant trois semaines à la suite de l'accouchement, l'équipe d'Horizons lui rendait régulièrement visite. Sa place au centre d'hébergement d'urgence n'étant plus bloquée car elle n'avait plus d'enfant à charge, il fallait lui trouver un hébergement. Sortir d'une période de sevrage de trois semaines pour se retrouver à la rue n'aurait pas eu de sens. Elle a donc été hébergée à l'hôtel pendant trois mois, son état c'est grandement stabilisé à cette période, elle venait encore quotidiennement à Horizons, notamment voir Zorka Domic, le médecin psychiatre.

Hospitalisation et sevrage d'Olive

Mise à l'abri et continuité du suivi à Horizons
Zorka Domic, psychiatre – CSAPA Horizons

Il était très difficile pour cette femme qui pensait avoir tout fait pour pouvoir garder son enfant de l'avoir vu lui être retiré. Mais je pense que si nous n'avions pas mené ce travail avec elle cela aurait pu être bien plus brutal. Il faut faire attention à cette femme fragilisée qui m'avait dit vouloir se suicider si son enfant lui était retiré. On a donc naturellement voulu une hospitalisation psychiatrique après l'accouchement pour Olive. Olive pose également une question de droit et des questions administratives, il était difficile de trouver pour elle la solution la plus adaptée. Après une certaine période, Olive est devenue très proche de nous. Je me suis engagé à trouver un hébergement pour elle durant trois mois suite à cette hospitalisation.

Retour sur les réunions
Rosine Réat, psychologue clinicienne – DAPSA

L'accompagnement des professionnelles a été ponctué par quatre réunions mise en place de janvier à avril.
Un premier temps de travail avait permis aux professionnelles de se rencontrer, d'écouter ce que chacune se proposait de mettre en œuvre dans sa fonction au sein de son institution et de partager les difficultés et les limites rencontrés dans les accompagnements.

Lors de la seconde rencontre, dans un contexte contrasté, avec des évolutions positives mais aussi des éléments alarmants, les professionnelles ont essayé de penser ensemble des offres d'appui à Olive et à son enfant à naitre :

- Etait-il possible de penser en post-natal un temps de vie commune entre la mère et l'enfant ?
- Dans quelle condition ceci pourrait-il avoir lieu ?
- Malgré les réticences d'Olive, un accueil thérapeutique pourrait-il être encore être travaillé en prénatal, en postnatal ?
- Si un lieu thérapeutique n'était pas accessible pour Olive, serait-il envisageable que la mère et l'enfant vivent ensemble dans un lieu d'hébergement classique compte tenu des évolutions et des difficultés d'Olive?
- Si une vie commune entre la mère et l'enfant n'était pas possible, comment soutenir néanmoins la parentalité d'Olive ?
- Quelles que soient les perspectives après la naissance, pour la mère et l'enfant, comment assurer à Olive la continuité du soutien des professionnelles?

Ici, le travail d'alliance à l'œuvre au sein du groupe, a rendu possible l'exploration d'une palette de propositions d'appui prenant en compte les difficultés d'Olive mais aussi les espoirs des professionnelles, sans tenter de résoudre les aspects paradoxaux de cette polyphonie propositionnelle et de viser la synthèse.
Le dynamisme psychique du groupe s'est sans doute beaucoup appuyé sur cette possibilité « à se préparer au pire tout en continuant à rêver au meilleur ».
Cette posture a permis de se centrer sur ce qui était possible, supportable, accessible pour Olive plutôt que de rester fixé sur l'insoluble, l'inaccessible.

La réunion du mois de mars, a été centrée sur l'arrivée du bébé. Plusieurs dimensions ont été prévues pour préparer son arrivée, sous-tendue par plusieurs préoccupations autour de la protection de ce bébé, mais aussi de l'état psychique de sa mère à la naissance :

- l'accompagnement physique d'Olive pour le déclanchement de son accouchement.
- l'accueil du bébé en néonatalogie ou unité kangourou ou encore dans la chambre avec sa mère.
- la rédaction de l'information préoccupante dans les premiers jours de vie de l'enfant sera rédigée depuis la maternité.
- le soutien d'Olive dans cette séparation qui semble impensable pour elle.

- l'évaluation du médecin (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie - Lariboisière) pendant le premier temps des suites de couches.
- la prise en compte de la demande du père de l'enfant quand celui-ci sera de retour.

Lors de la réunion du mois d'avril, les professionnelles sont revenues ensemble sur :

- l'accompagnement organisé pour l'accouchement d'Olive à la maternité de Lariboisière :
- les dispositions prises pour le bébé:
- le travail effectué autour du placement du second fils d'Olive
- l'organisation de la prise en charge ASE (Aide Sociale à l'Enfance) pour le nouveau-né
- l'organisation de la poursuite des soins pour Olive.

Pendant ce temps de travail a été fait retour sur les aspects difficiles de l'accompagnement : l'envoi de l'ordonnance de placement provisoire, l'information de la mère, l'accompagnement de la séparation de la mère et de l'enfant, la situation médicale de l'enfant, le placement de l'enfant…

Mais les réussites de ces accompagnements : avoir réussi à réunir ensemble les conditions les meilleures possibles pour l'accouchement, pour l'accueil de l'enfant, pour l'accompagnement de la séparation, n'ont pas été oubliées.
Après la naissance Olive a accepté ce qu'elle avait jusqu'alors toujours refusé : une hospitalisation.

Malgré les déceptions, malgré le placement du bébé, malgré le maintien de l'alcoolisation pendant la grossesse et ses conséquences pour l'enfant, cet accompagnement n'a pas été l'incarnation mortifère de ce que l'accompagnement de la première grossesse pouvait laisser craindre.
Le groupe a pensé et construit des accompagnements où la mère et l'enfant ont été pris en compte pendant la grossesse et après la grossesse. Chacun des patients a été pris en compte dans son actualité et sa spécificité de besoins. Personne n'a été négligé.
Dans ces situations, entrainées loin des idéaux professionnels, les différentes professionnelles ont maintenu des objectifs et des ambitions cliniques.

Face aux situations qui échappent, qui confrontent à l'impuissance, nous pensons que travailler à plusieurs, penser à plusieurs est un atout majeur.

A distance de la situation clinique (je n'ai jamais rencontré Olive), notre ambition a été d'accompagner et soutenir ce travail collectif. Nous pensons, que celui-ci permet aux professionnelles d'œuvrer malgré les vents contraires (le maintien des alcoolisations durant la grossesse, l'exposition à l'alcool du fœtus, la demande de placement, les tensions que cela génère chez les professionnelles et au sein du collectif soignant). Malgré l'intensité de la tempête, chacun a pu travailler pour offrir le meilleur accompagnement possible pour son patient : la femme enceinte, la femme, la mère, le fœtus, l'enfant.

Investies dans la situation du côté des professionnelles depuis décembre 2012, nous savions que l'accompagnement de cette seconde grossesse, risquait d'exposer à nouveau les professionnelles à des éprouvés pénibles vis-à-vis de la patiente et/ou vis-à-vis des collègues de son institution ou des institutions partenaires : sentiment de recevoir une patiente « la patate chaude », mouvement d'antipathie ressentis vis à vis de la patiente, sentiment d'impuissance, sentiment de désarroi et/ou de colère au vue des alcoolisations majeures et manifestes de la patiente, douleur et empathie vis-à-vis de l'enfant à venir, sentiment de doute et de peur…

L'ambition a été pour le Dapsa, de construire un dispositif qui permette à l'intervenante du Dapsa, engagée auprès des professionnels au contact des familles, de tenir une posture empathique vis-à-vis des professionnelles exposées au risque d'être mises à mal, par moment, par les aléas d'accompagnement d'Olive et de sa grossesse. Ce genre de prise en charge, de fait, expose les professionnels aux turbulences, aux trous noirs, aux tensions inter et intra-professionnelles. Pour y faire face et pour soutenir l'empathie dans ces conditions défavorables, l'accompagnement du travail collectif a été notre outil….

Le travail en direction du collectif soignant, la mise en lien partenariale, peut permettre de créer les conditions de développement d'une enveloppe empathique soutenant les professionnelles et contenant la patiente.