Association DAPSA

RESEAU DAPSA

DISPOSITIF D'APPUI A LA PERINATALITE ET AUX SOINS AMBULATOIRES

RAPPORT D'ACTIVITE 2017

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

Présentation du réseau DAPSA……p.3

Bref rappel du contexte de travail ……p.4

1) Personnels et temps de travail ……p.5
a) Missions ……p.5
b) Evolutions de l'équipe, départs et recrutements……p.6
c) Formations professionnelles suivies par les salariés……p.6
d) Répartition du temps de travail ……p.7

2) Les engagements et financements en 2017……p.8
a) Le Fond d'Intervention Régional (ARS Ile de France)……p.8
b) L'équipe mobile financée par l'ARS Prévention Promotion de la Santé……p.11
c) Direction des Familles et de la Petite Enfance (Conseil général de Paris)……p.12
d) Fondation de France « Appui à des parents dont les enfants sont placés »……p.13
e) Cellule d'Appui Périnatalité Ile de France, financement « Prévention Promotion de la Santé » (ARS Ile de France)..p.16

3) Les activités non-centrées sur les patients……p.19
a) Les interventions de routine du réseau……p.19
b) Les ateliers organisés par le Dapsa……p.20
c) Les chantiers du Dapsa……p.22

4) Les activités d'évaluation, de formalisation et d'enregistrement des activités au quotidien……p.23
a) Les questionnaires d'évaluation……p.23
b) Développement des outils d'enregistrement de l'activité au quotidien……p.23

5) Accès aux soins des nouveau-nés vulnérables……p.25

6) Bilan des activités cliniques en 2017……p.29
a) File active 2017……p.29
b) Les demandes d'inclusion……p.30
c) Données sociodémographiques concernant les familles……p.34
d) Analyse des freins à l'accès aux soins que le DAPSA et les partenaires essaient de lever ou de contourner……p.36
e) Axes de travail développés par le DAPSA, en direction des familles et des partenaires, suite à l'évaluation de chacune des situations……p.37
f) Les partenaires et structures impliqués dans les travaux de concertation……p.39
g) Les orientations ou suivis mis en place pendant l'inclusion dans le réseau DAPSA……p.41
h) Analyse des situations closes en 2017……p.43
i) Les interventions des salariés en 2017……p.45

7) Participation du Dapsa dans les instances d'autres structures……p.46

Conclusion……p.47

ANNEXE 1 / COMPARAISON 2014 /2015 / 2016 / 2017……p.49
ANNEXE 2 / PROTOCOLE DE TRAITEMENT DES SITUATIONS CLINIQUES……p.52
ANNEXE 3 / ARTICLE DU DAPSA « Addictions, développement précoce et stratégies de holding »……p.54

Présentation du réseau DAPSA

Coordonnées :
59, rue Meslay
75003 PARIS
Téléphone : 01 42 09 07 17
Adresse électronique : reseau@dapsa.org
Site web: www.dapsa.asso.fr
N° SIRET : 49442175300018
Code APE : 8899 B
Le type de structure : réseau de santé (Art. L.162-43 du Code de la Sécurité Sociale).
La forme juridique : association régie par la loi du 31 juillet 1901.
Le statut du personnel : le personnel est régi par la convention collective nationale du 31 octobre 1951.
La date de création de l'établissement : le 6 juin 2005.
Les jours et horaires d'ouverture : du lundi au vendredi, de 9 heures 30 à 17 heures 30.

Les locaux : le réseau DAPSA est situé au premier étage d'un immeuble situé au 59 rue Meslay 75003 PARIS. Ce local comprend 4 pièces, un sas d'accueil, une cuisine et des toilettes, donnant sur rue et sur cour.

Compte tenu du nombre de personnels et des temps partiels qu'ils effectuent, l'utilisation des pièces est la suivante :
- un sas servant d'accueil et de salle de repas pour les salariés,
- une grande pièce, servant de salle de réunion et de formation, et offrant 2 postes de travail,
- un bureau dévolu au directeur et à l'assistante de direction et offrant également un troisième poste de travail et une possibilité de réunion en groupe restreint,
- un bureau, plus petit, offrant deux postes de travail
- un grand bureau comportant trois postes de travail et une petite table ronde pour des réunions en groupe restreint.

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

L'organisation de l'association

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

Le Conseil d'Administration est composé, en plus des membres du bureau, de :
- Claude Lejeune
- Catherine Pequart, représentante de l'association Charonne
- François Petit
- François Pommier
- Marie-Odile Stephan, représentante de l'AGE MOISE
- Françoise Corneau
- Association Ambroise Croizat

Bref rappel du contexte de travail

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

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

- liés aux patients eux-mêmes (rejet des propositions de soins, non-demande, manque d'assiduité, difficultés à aller vers, difficulté à prendre des décisions, à formuler une demande pour soi-même ou pour l'enfant, troubles relationnels, mobilité géographique…)
- du fait des professionnels (manque d'information, manque de connaissance des partenaires potentiels, représentations, difficulté dans le travail en partenariat, manque de continuité…).

Ces difficultés d'accès aux soins génèrent une complexité elle-même alimentée par le croisement de différentes problématiques cliniques (sociales, médicales, psychiques) concernant différents membres du groupe familial. Par ailleurs le désordre à l'intérieur de ces familles se rejoue souvent au sein des équipes qui les accompagnent, et dans les relations entre partenaires, mettant en difficulté le travail. De plus, chaque professionnel ou structure est porteur d'une partie de l'histoire de la famille qui est possiblement en contradiction ou en dissonance avec les parties d'histoire à la disposition des autres partenaires ; ainsi, la reconstitution de la situation globale, nécessaire pour une prise en charge adaptée et efficace, peut s'avérer délicate voire infaisable sans l'intervention d'un tiers...

Le réseau DAPSA intervient en appui des professionnels et à leur demande, afin de les aider à mettre en place un travail concerté. Il crée pour cela un espace de réflexion pluridisciplinaire où, concrètement, les différentes parties prenantes à la prise en charge de la famille vont pouvoir se réunir, constituer un groupe soignant en vue de permettre une évaluation croisée de la situation familiale et l'élaboration d'un projet d'accès aux soins pour chaque membre de la famille tenant compte à la fois des enjeux, missions et capacités de chaque structure et à la fois des besoins et capacités de chaque membre de la famille.

Les intervenants pourront ainsi appuyer leurs décisions individuelles sur une meilleure compréhension de la situation. L'objectif consiste à faire en sorte que les professionnels confrontés à des situations complexes ne se sentent pas seuls, ni envahis par des problématiques débordant le cadre de leur possibilité d'intervention. Savoir que d'autres partenaires interviennent sur les autres problématiques permet à chacun de travailler plus sereinement sur son propre champ de compétence. Le réseau ne se positionne pas en coordinateur pilote mais créer un espace de réflexion pluridisciplinaire. Par sa contribution de médiateur expert, il contribue à la (re-)circulation des informations et au maintien des liens entre les partenaires qui constituent ainsi un réseau ad hoc autour de chaque famille.

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

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

Pour remplir ces missions, le DAPSA a constitué une équipe pluridisciplinaire de professionnels d'horizons variés (éducatrice spécialisée, assistante sociale, psychomotricienne, psychologue, psychiatre, pédopsychiatre) qui connaissent les métiers et contextes de travail des partenaires, ainsi que l'offre de soins spécialisés en Ile-de-France.
Le Dapsa dispose ainsi d'une expertise en termes de constitution et d'animation de groupes soignant pluridisciplinaires. Il est principalement financé par l'Agence régionale de santé Ile-de-France.

1) Personnels et temps de travail

Equivalent Temps Plein selon personnels et projets	Financement "Réseau de Santé" (ARS FIR-ACORS)	Financement "Direction des Familles et de la Petite Enfance" (CG75)	Financement "Equipe Mobile Prévention Périnatalité Petite Enfance" (ARS PPS)	Financement "Cellule d'Appui Périnatalité Ile de France" (ARS PPS)	Financement "Fondation de France"	Total par personnel
Directeur	0,9200	0,0000	0,0000	0,0640	0,0160	1,0000
Assistante de direction	0,8614	0,0730	0,0000	0,0656	0,0000	1,0000
Médecins coordinatrices (2 salariées)	0,1350	0,0826	0,0228	0,0095	0,0186	0,2685
Cadres socio-éducatives (3 salariées)	1,6448	0,3692	0,3972	0,3033	0,0771	2,7916
Psychologues cliniciennes (2 salariées)	1,0716	0,2468	0,0396	0,0000	0,0420	1,4000
Psychomotricienne	0,2618	0,1370	0,0929	0,0083	0,0000	0,5000
Sage-Femme	0,1000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,1000
Total par projet en 2017	4,9946	0,9086	0,5525	0,4507	0,1537	7,0601

a) Missions :

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

L'assistante de direction assure le suivi des outils de communication (standard téléphonique, boite mail, annuaire du réseau inclus dans le système d'information, site internet renouvelé en 2016) et les liens entre les acteurs du réseau. Elle assure également le suivi administratif et financier en lien avec le directeur et la trésorière de l'association. Elle participe activement à l'organisation des ateliers, chantiers, séminaires du Dapsa. Elle participe à l'animation de travaux en interne (système d'information, évaluation interne, …).

Le médecin pédopsychiatre coordinatrice est référente en termes de coordination des soins. Elle veille à l'élaboration d'une clinique du partenariat. Elle anime les réunions cliniques en interne. Elle participe au développement du volet « accès aux soins des nouveau-nés », en lien avec les réseaux de suivi des enfants vulnérables et les autres partenaires positionnés du côté des enfants. Elle est enfin la garante de la confidentialité pour les patients et pour les professionnels.

Les trois cadres socio-éducatives participent aux interventions d'appui à la coordination des soins auprès des professionnels au contact de familles incluses dans le réseau. Elles entretiennent et impulsent des liens avec les différents partenaires. Elles participent également au développement et à l'animation du réseau (recherche de partenaires, tenue d'annuaires, animation des ateliers de travail…). Elles sont chargées d'analyser les besoins émergents et de rechercher des actions nouvelles adaptées. Elles participent aux interventions directes auprès des familles. L'une des trois cadres socio-éducatives est responsable de l'animation de la cellule d'appui périnatalité Ile de France.

Les deux psychologues cliniciennes participent aux interventions directes auprès des familles et ont des compétences en petite enfance. L'une des deux est plus particulièrement chargée du développement du réseau en direction des femmes en situation d'exclusion et de grande précarité et participe aux interventions d'appui à la coordination des soins auprès des professionnels au contact de familles incluses dans le réseau.

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

La sage-femme est chargée du lien et du développement du réseau en direction du secteur obstétrical et de périnatalité (liens avec les sages-femmes libérales, les réseaux périnatalité, les maternités). Elle apporte un éclairage concernant la dimension obstétricale pour les femmes enceintes incluses dans le réseau. En 2017 elle a particulièrement travaillé sur l'organisation et l'alimentation des nouvelles bases de données de contacts et d'établissements de santé au sein du système d'information du Dapsa, avant de quitter le réseau pour s'installer en province.

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

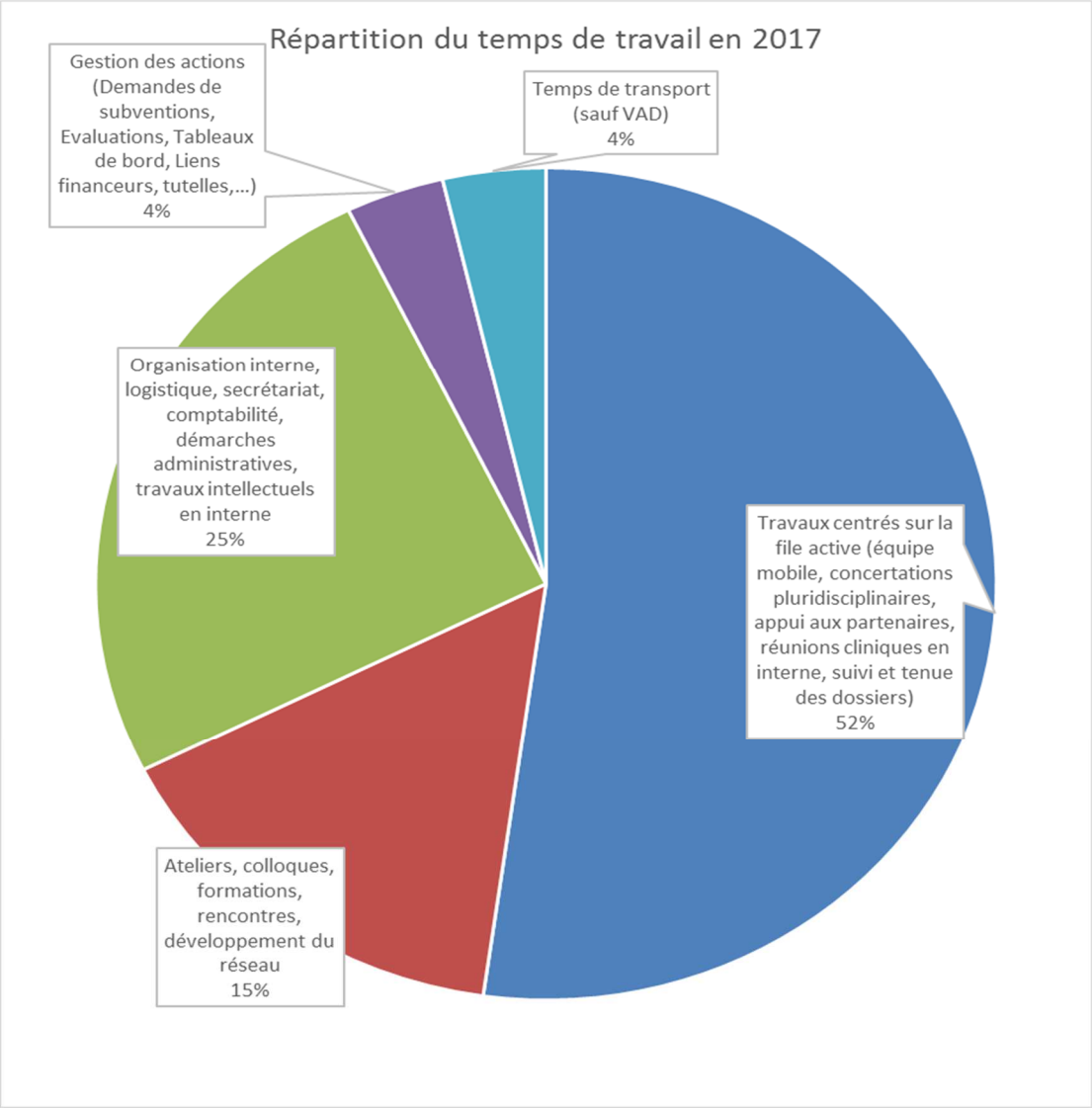
Départ de la sage-femme (30/06/2017), non remplacée. Ce poste de sage-femme spécialisée dans la prise en charge des grossesses avec maintien de consommations de produits psychoactifs a été très utile pour développer les partenariats avec les partenaires côté périnatalité. Nous faisons le choix aujourd'hui de nous appuyer sur ces partenaires pour les questions d'expertise gynécologiques ou obstétricales.
Départ du médecin psychiatre (31/12/2017) et recrutement d'un médecin pédopsychiatre (28/08/2017) ayant une expérience de généraliste en alcoologie.
Evolution du poste d'assistante administrative qui devient assistante de direction avec davantage de responsabilités dans l'organisation du travail interne au Dapsa.

c) Formations professionnelles suivies par les salariés :

Cadres socio-éducatives (2 salariées)	TRANSITION "Conduite de groupe" 3 jours, Paris (1 salariée) FEDERATION ADDICTION "7èmes Journées Nationales", 2 jours, Le Havre (1 salariée) COPES "Sensibilisation à l'échelle de Brazelton", 2 jours, Paris (1 salariée) ARIP "Le bébé et les familles", 3 jours, Paris (2 salariées)
Psychologue clinicienne (1 salariée)	COPES "Sensibilisation à l'échelle de Brazelton", 2 jours, Paris AIDOBB "Congrès International AIDOBB", 4 jours, Turin
Assistante de direction (1 salariée)	URIOPSS "Fiscalité des associations", 2 jours, Paris

Les formations ci-dessus sont celles qui ont été suivies au cours de l'année 2017 dans le cadre du plan de formation annuel (prise en charge par l'organisme UNIFAF).
En dehors des formations retenues dans le plan de formation, les salariés participent également à d'autres temps formateurs (journées des réseaux, séminaires, congrès).

d) <u>Répartition du temps de travail :</u>



REPARTITION DES HEURES TRAVAILLEES	2017		2016		2015		2014	
Travaux centrés sur la file active (équipe mobile, concertations pluridisciplinaires, appui aux partenaires, réunions cliniques en interne, suivi des dossiers)	**5596**	**52,23%**	**5153**	**45,36%**	**4828**	**48,66%**	**3955**	**41,60%**
Ateliers, colloques, formations, rencontres, développement du réseau	**1648**	**15,38%**	**2230**	**19,63%**	**2160**	**21,77%**	**2297**	**24,10%**
Organisation interne, logistique, secrétariat, comptabilité, démarches administratives, travaux intellectuels en interne	**2695**	**25,16%**	**3135**	**27,59%**	**2138**	**21,55%**	**2182**	**22,90%**
Gestion des actions (demandes de subvention, bilans, évaluations, liens financeurs, tutelles,…)	**379**	**3,54%**	**462**	**4,06%**	**437**	**4,40%**	**848**	**8,90%**
Transport (sauf VAD)	**396**	**3,69%**	**382**	**3,36%**	**358**	**3,61%**	**238**	**2,50%**
TOTAL	**10715**	**100,00%**	**11361**	**100,00%**	**9921**	**100,00%**	**9520**	**100,00%**

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

- Une diminution des heures travaillées en 2017 par rapport à 2016 (départ non remplacé de la sage-femme, congé maternité d'une psychologue, diminution du temps de travail médecin de 0.4 ETP en 2016 à 0.27 ETP en 2017).
- Une diminution des temps de formation, de rencontres, d'ateliers, du fait d'une augmentation de 29% de la file active (soit 43 situations familiales incluses en plus en 2017 par rapport à 2016).
- Une augmentation continue du nombre d'heures consacrées aux interventions centrées sur la file active.

2) Les engagements et financements en 2017

En 2017 le Dapsa a bénéficié de cinq financements différents :

- 360 000€ ARS FIR pour financer le travail d'appui aux professionnels (appui à la coordination, analyse de situations, interventions diverses, rencontres de développement régional du réseau,…)
- 75 000€ DFPE Département de Paris, pour financer les interventions de l'équipe mobile sur le territoire parisien
- 50 000€ ARS PPS, pour cofinancer les interventions de l'équipe mobile et permettre la réalisation de visites à domicile hors du territoire parisien
- 44 100€ ARS PPS, pour financer la mise en place de groupes de travail locaux autour des problématiques de repérage des consommations d'alcool pendant la grossesse et d'accès aux soins des femmes et des nouveau-nés
- 14 000€ Fondation de France, pour financer une expérimentation d'interventions auprès d'adultes dont les enfants sont placés à l'ASE de Paris et pour lesquelles des difficultés à travailler sur la parentalité sont observées en lien avec des ruptures de liens et/ou des troubles psychiques (pouvant être en lien avec des consommations de produits psychoactifs).

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

En 2017, 360 000€ ont été accordés par le FIR, qui est le financeur principal du réseau. Par ailleurs une autorisation à récupérer la somme de 22 208€ dans nos produits non-consommés des exercices antérieurs nous a été transmise pour permettre de financer le déménagement du Dapsa.

Le financement ARS FIR est attribué au titre des interventions d'appui aux professionnels. Ce financement permet principalement de proposer un appui à la coordination autour de familles, en difficultés d'accès aux soins, incluses dans le dispositif (femme enceinte, mère et/ou père avec enfant). Ces difficultés peuvent être la conséquence de souffrances psychiques, d'addiction (drogues, alcool, dépendance pharmacologique, etc.), il peut également s'agir de difficultés de partenariat, d'impuissance professionnelle, de rigidité du système de santé. Ces difficultés sont identifiées par les professionnels des secteurs médicaux, médico-sociaux et sociaux qui sollicitent l'appui du Dapsa.

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

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

Les différentes populations prises en compte par le DAPSA :

- Les femmes enceintes ayant ou ayant eu une consommation problématique de substances psychoactives et/ou présentant ou ayant présenté des troubles psychiques.
- Les adultes ayant ou ayant eu une consommation problématique de substances psychoactives et/ou présentant ou ayant présenté des troubles psychiques et en difficulté dans l'exercice de leur fonction parentale auprès d'au moins un enfant de 0 à 3 ans.
- Les enfants de 0 à 3 ans, et leur fratrie, présentant ou susceptibles de présenter des difficultés en relation avec un adulte en position parentale ayant ou ayant eu une consommation problématique de substances psychoactives et/ou présentant ou ayant présenté des troubles psychiques.
- Ces mêmes groupes familiaux, mais jusqu'aux sept ans de l'enfant quand celui-ci présente des facteurs de vulnérabilité nécessitant des bilans préventifs et/ou des prises en charges adaptées (prématurité, hypotrophie, syndrome d'alcoolisation fœtale, troubles causés par l'alcoolisation fœtale, maladies et troubles somatiques graves mettant en jeu le développement de l'enfant).
- Les professionnels engagés auprès des familles.
- L'entourage familial, amical et social des familles accompagnées.

Ce financement permet au réseau de mener à la fois un travail de coordination autour de situations cliniques complexes (car supposant de multiples problématiques et donc de multiples intervenants – périnatalité, obstétrique, addictions, santé mentale, petite enfance, 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 que les frictions pouvant émaner de la confrontation de logiques différentes ne débouchent sur des impasses (certains

intervenants auprès des adultes, d'autres auprès des enfants, et chacun selon des missions et des objectifs qui leur sont propres). Ces deux types d'actions (centrées sur les patients et non-centrées sur les patients) seront présentées par la suite.

En 2017, 193 familles (chiffres au 31/12/2017 : **313 adultes, 170 enfants de moins de trois ans**, 6 enfants à naître, 172 enfants de plus de trois ans -membres des fratries- dont **17 enfants de 3 à 7 ans inclus** au titre de leurs vulnérabilités) étaient incluses dans le réseau (dont 123 familles nouvellement incluses dans l'année).

Pour les 193 familles inclues dans le dispositif en 2017 nous avons essayé de décrire cette année la mobilité régionale en termes de soins, de domiciliation, d'hébergement. Pour les deux premiers tableaux nous n'avons pas de possibilité de comparaison avec 2016 car l'information n'était alors pas enregistrée (nous n'enregistrions alors que le département à l'origine de la demande sans description de l'ensemble des départements impliqués dans la situation).

Départements *(plusieurs possibles pour une même famille dont les soins et hébergements peuvent se répartir sur différents départements : le total n'est donc pas 193)*	Nombre de familles incluses y ayant des soins, des suivis, un hébergement ou une domiciliation
Paris	154
Seine Saint Denis	44
Hauts de Seine	29
Val de Marne	27
Yvelines	13
Seine et Marne	12
Hors Ile de France	8
Val d'Oise	6
Essonne	4

Lecture : Sur 193 familles incluses en 2017, 154 ont des soins, des suivis, un hébergement ou une domiciliation à Paris.

Nombre de département concernés	Nombre de familles concernées
1	114
2	59
3	15
4	5

Lecture : Pour 114 familles, l'accompagnement par le Dapsa est resté centré sur un département, pour 5 familles l'accompagnement par le Dapsa a concerné 4 départements.

Origine de la demande d'inclusion	Nombre de familles concernées en 2016	Nombre de familles concernées en 2017	Variation
Paris	109	124	14%
Seine-Saint-Denis	15	17	13%
Val-de-Marne	8	15	88%
Hauts-de-Seine	8	12	50%
Seine-et-Marne	5	8	60%
Yvelines	3	7	133%
Val-d'Oise	0	5	
Hors IDF	2	3	50%
Essonne	0	2	
Nombre total de familles incluses	**150**	**193**	**29%**

Départements	Nombre de professionnels concernés en 2016 par l'appui à la coordination d'une famille incluse en fonction du département d'exercice	Nombre de professionnels concernés en 2017 par l'appui à la coordination d'une famille incluse en fonction du département d'exercice	Variation
Paris	550	676	23%
Seine-Saint-Denis	98	108	10%
Hauts-de-Seine	64	81	27%
Val-de-Marne	43	62	44%
Seine-et-Marne	29	25	-14%
Dispositif régional	21	25	19%
Yvelines	12	14	17%
Essonne	10	2	-80%
Hors IDF	5	17	240%
Val-d'Oise	2	9	350%
Total	**834**	**1019**	22%

Le travail de régionalisation est principalement porté par :

- L'activité clinique qui, à l'occasion de l'accompagnement du parcours d'une famille, nous amène à rencontrer de nouveaux partenaires susceptibles à leur tour de recourir au réseau pour d'autres situations ou susceptibles de nous inviter à venir nous présenter plus largement au sein de leur structure.

- Les groupes de travail locaux mis en place en partenariat avec les réseaux périnataux et pédiatriques pour lesquels nous devons identifier les partenaires potentiellement concernés, avec l'appui des réseaux périnataux et pédiatriques qui nous aident à identifier les forces vives des maternités, néonatologie, PMI, ou par nos propres moyens en réalisant des recherches et en contactant les professionnels des autres champs (addictologie, psychiatrie, pédopsychiatrie, CAMSP, …).

- Les publications ou interventions dans des colloques, formations, DU, groupe d'expertises, soirées thématiques…, locaux, régionaux, nationaux, qui permettent au Dapsa de se faire connaître.

- Les rencontres qu'initie le réseau dans les départements de grande couronne, parfois avec l'appui de nos partenaires des réseaux périnataux et pédiatriques (exemple : invitation de RPVO à se présenter aux professionnels des services de néonatologie du département, invitation de RPVM à intervenir lors d'une soirée thématique sur addiction et grossesse auprès de ses adhérents).

- Les travaux d'annuaire qui sont l'occasion de se présenter aux professionnels que nous cherchons à identifier pour alimenter notre connaissance des lieux possibles d'orientation.

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

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

- Le fait que la population vulnérable et à la marge, qui correspond aux critères d'inclusion du Dapsa est plus représentée à Paris qu'en banlieue éloignée (constat qui est également celui de partenaires de grande banlieue), notamment en raison de l'abondance de dispositifs susceptibles de leur venir en aide.

- Le fait que le réseau travaille en appui des professionnels et que l'offre de soins soit nettement plus fournie à Paris et en petite couronne qu'en grande banlieue. Par ailleurs le réseau, étant donné la population accompagnée, travaille très peu avec les professionnels libéraux : 6 libéraux sur un total de 1019 professionnels concernés en 2017 par l'appui à la coordination des soins d'une famille incluse. L'importance du nombre de recours au Dapsa pour un département donné est donc en partie fonction de la densité des services publics et associatifs dans le département en question.

- Le financement de l'équipe mobile qui est la proposition de travail la plus facile à se représenter pour les partenaires et qui n'est pas accessible pour toute la région.

	Financement PMI	Financement ARS PPS*	Total
Paris	75 000€	12 500€	87 500€
Hauts de Seine	0	12 500€	12 500€
Seine Saint Denis	0	12 500€	12 500€
Val de Marne	0	12 500€	12 500€
Seine et Marne	0	0	0
Essonne	0	0	0
Yvelines	0	0	0
Val d'Oise	0	0	0

**50 000€ : la répartition identique entre département couverts par le financement est une présentation mais elle n'est pas fixée conventionnellement.*

- L'histoire du Dapsa, sa construction : Le Dapsa est la poursuite du travail de réseau développé par l'unité de coordination créée en 1996 au sein du CSST centre Horizons (soins à des toxicomanes parents), en appui aux professionnels confrontés à des situations de maternités à risques (VIH et toxicomanie). Ce réseau s'est constitué d'intervenants centrés sur le VIH, la grossesse, le soin à la toxicomanie en région parisienne. La scène de consommation d'héroïne d'alors était principalement nord parisienne et les professionnels partenaires étaient donc centrés sur cette zone géographique. Les partenaires qui ont constitué ce réseau dès son origine étaient ceux particulièrement intéressés à la question de l'accueil des femmes toxicomanes au moment de leur maternité (Port Royal, Louis Mourier, Fernand Widal, Marmottan, PMI de Paris…). Par ailleurs, le réseau est également une affaire de personnes et d'interconnaissances et historiquement celles-ci étaient localisées à Paris et en petite couronne. L'historique de ce travail, son lieu d'émergence, explique donc le constat d'un ancrage plus ancien et plus important à Paris.

b) L'équipe mobile financée par l'ARS « Prévention Promotion de la Santé »

Il s'agit d'intervenir en équipe mobile auprès de parents, de futurs parents et de leurs jeunes enfants afin d'accompagner les situations de vulnérabilité et de favoriser l'accès et la continuité des soins et suivis. Ce projet cofinance, avec la Direction des Familles et de la Petite Enfance du département de Paris, l'équipe mobile du Dapsa pour les interventions réalisées à Paris et en petite couronne.

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

- des familles pour lesquelles les professionnels repèrent des besoins non-couverts en termes de soins, des refus de soins, des impossibilités à formuler une demande ou d'accepter des propositions ;
- des familles en mobilité géographique contrainte (Samu Social) ou non et présentant une souffrance psychique et / ou une addiction ;
- des familles pour lesquelles les professionnels repèrent une ou des problématiques de santé n'entrant pas dans leur champ de compétence, sans qu'il soit possible d'orienter ;

- des familles dont un jeune enfant présente une vulnérabilité particulière (prématurité / hypotrophie / exposition à l'alcool pendant la grossesse), en particulier en sortie de néonatologie ou après l'intervention de l'HAD pédiatrique, quand celle-ci sollicite une poursuite du soutien/de la vigilance ;
- des familles avec jeune enfant nécessitant un travail de prévention quant à l'établissement d'un lien mère-enfant de qualité ;
- des familles avec jeune enfant nécessitant un travail de soutien et de repérage d'éventuelles difficultés de développement.

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

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, parents d'un enfant de moins de 3 ans, manifestant une souffrance psychique, et/ou en difficulté avec leur enfant et ne pouvant, ou ne voulant, intégrer les dispositifs existants.
- Les enfants concernés par l'action (de 0 à 36 mois) éventuellement les fratries si présentes au domicile.

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

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

En 2017 ce projet, cofinancé par la DFPE pour les familles domiciliées à Paris, a permis d'intervenir auprès de 56 familles, soient (chiffres au 31/12/2017) **97 adultes, 46 enfants de 0 à 3 ans**, 75 enfants de plus de 3 ans membres des fratries, dont **11 entre 3 et 7 ans inclus** au titre de leurs vulnérabilités, et 1 « à naitre ».

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

75 000€ ont été attribués par la DFPE au titre du financement d'une équipe mobile intervenant directement auprès des familles domiciliées à Paris. L'EMEO (Equipe Mobile d'Evaluation et d'Orientation) permet, en parallèle des travaux de concertation engagés auprès des professionnels qui accompagnent ces familles, de mener un travail d'évaluation quand cela est nécessaire afin de soutenir ces patients et d'évaluer leurs besoins et capacités à s'inscrire dans des prises en charge qui puissent intégrer les contraintes des différents établissements et des différents membres de ces familles. Il s'agit donc de favoriser l'accès aux soins des femmes enceintes, des parents et de leurs enfants, tout en soutenant les liens parents-enfants. Les interventions de l'équipe mobile ont été cofinancées par l'ARS PPS à hauteur de 50 000€.

En 2017, uniquement à Paris, ce projet a concerné 46 familles soient (chiffres au 31/12/2017) **79 adultes**, **42 enfants de 0 à 3 ans**, 57 enfants de plus de trois ans membres des fratries, dont **6 enfants de 3 à 7 ans inclus** au titre de leurs vulnérabilités, et 1 enfant à naître.

Il y avait eu en 2016 un changement de méthode, le système d'information permettant de disposer de l'âge des enfants en temps réel et non plus uniquement à l'inclusion, les âges correspondent à partir de 2016 à la situation au 31 décembre de l'année concernée. De même, les femmes incluses pendant la grossesse (tout comme les « enfants à naître ») sont désormais comptabilisées comme une mère et un enfant si l'accouchement a eu lieu dans l'année. Cela ne signifie pas pour autant que l'information ait disparue : 12 enfants rencontrés par l'équipe mobile en 2017 à Paris étaient notés « à naître » lors de leur inclusion.

	Nombre de groupes familiaux parisiens inclus dans le réseau	Nombre de groupes familiaux parisiens pour lesquels une équipe mobile d'évaluation et d'orientation est mise en place	Nombre d'adultes suivis par l'équipe mobile	Nombre d'enfants inclus suivis par l'équipe mobile	Nombre total des patients rencontrés à Paris par l'équipe mobile
2013	75	35	57	38	95
2014	92	36	60	32 (+9 nés dans l'année)=41	101
2015	102	39	68	29 (+12 à naître ou nés dans l'année)	109
2016	109	39	66	42	108
2017	124	46	79	48	127

La file active de l'équipe mobile parisienne est en augmentation. 17 nouvelles familles ont été incluses en 2017 pour un total de 46 familles accompagnées. Sur ces 46 familles, 19 ont eu en cours de suivi des soins ou lieux d'hébergement hors Paris mais toujours en Ile de France. Cependant, l'équipe mobile bénéficiant d'un cofinancement par l'ARS, cette mobilité ne met pas fin aux accompagnements.

Pour 31 de ces 46 familles, la mise en place de l'équipe mobile correspondait à la demande initiale des partenaires. Dans 15 cas l'intervention de l'équipe mobile a donc été décidée ultérieurement suite à la mise en place du travail de concertation.

Pour les 124 familles parisiennes incluses dans le réseau nous avons reçu 55 demandes d'intervention directes, nous avons répondu favorablement pour 31 d'entre elles et avons proposé un travail d'appui aux professionnels, de façon à ne pas se substituer à d'autres professionnels, pour les 14 autres familles parisiennes pour lesquelles l'intervention directe du Dapsa a été demandée.

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

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

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

d) <u>Fondation de France : Appui à des adultes dont les enfants sont placés</u>

14 000€ ont été attribués par la Fondation de France pour financer des interventions auprès d'adultes dont les enfants sont placés à l'Aide Sociale à l'Enfance de Paris : intervention à domicile, en extérieur ou en accompagnement direct vers les dispositifs de droit commun, possibles à Paris, Hauts de Seine, Seine Saint Denis, Val de Marne.

L'idée est de proposer à des adultes (parents d'enfants de 0 à 3 ans confiés à l'ASE de Paris) un interlocuteur dégagé des missions de protection de l'enfance pour explorer les difficultés personnelles des adultes pouvant faire barrage au devenir parent. Ce travail s'articule avec celui de l'ASE sur la parentalité pour faciliter les liens entre les parents, l'ASE et l'enfant.

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

Le projet est expérimental et ne concerne pas tous les parents dont les enfants sont placés à l'ASE de Paris. Le projet est centré sur des situations complexes, c'est-à-dire pour des adultes qui, au-delà de difficultés parentales, présentent des

addictions, des vulnérabilités sur le plan psychique (ou pathologies mentales) qui font barrage au devenir parent. Les interventions de l'équipe mobile dans le cadre de ce projet s'adressent donc :

- A des adultes (dont un ou plusieurs enfants sont placés) qui adhèrent au travail de l'ASE, mais pour lesquels les professionnels identifient un besoin d'interlocuteur, autre que l'ASE, dédié à des dimensions personnelles, quand l'adulte n'est pas en mesure de chercher des appuis de lui-même auprès des dispositifs de droit commun.

- A des adultes (dont un ou plusieurs enfants sont placés) qui n'adhèrent pas et/ou ne comprennent pas le travail de l'ASE et pour lesquels un interlocuteur dédié est nécessaire pour soutenir l'adulte (pour des dimensions personnelles, pour qu'il tienne le cadre de l'ASE, qu'il se sente entendu, qu'il travaille sur sa position vis-à-vis de l'ASE). C'est notamment le cas quand les parents abordent leurs difficultés en focalisant leurs regards et leurs plaintes sur celles causées par la séparation d'avec l'enfant, sans prise en compte des difficultés ayant conduit à cette séparation.

Objectif : Faire en sorte de lever les entraves psychologiques des adultes empêchant un travail sur leur parentalité.

Intervention : Offrir aux adultes, dans une démarche « d'aller vers », un espace pour explorer et soutenir les dimensions personnelles les empêchant d'accéder à une parentalité ou à un travail sur la parentalité. Travailler avec eux à l'identification de leurs ressources et de leurs besoins d'appui. Rechercher ces appuis et mettre en place un travail d'orientation.

Effets recherchés :
- Permettre aux adultes concernés d'imaginer une perspective d'évolution de leur parentalité ;
- Favoriser les liens entre les parents et l'ASE (dont les services gardiens de l'enfant) ;
- Permettre aux professionnels de l'ASE de transmettre quelque chose à l'enfant, de l'aider à comprendre ce qui lui arrive et la situation de ses parents ;
- Dégager les professionnels (de l'ASE et des services gardiens de l'enfant) des problématiques personnelles des adultes, problématiques extérieures aux questions de parentalité qui perturbent l'espace des rencontres en détournant leur objet (l'action est ici pour le Dapsa d'agir sur ces problématiques personnelles pour en soulager les professionnels de l'ASE et des établissements habilités, le temps qu'une orientation adaptée puisse être effective) ;
- Aider les adultes concernés à reconnaître la place de l'enfant.

Date de démarrage (mois, année)	Durée (en mois)	Calendrier du projet
Septembre 2015 – Avril 2016	8 mois	Séminaire interne de l'équipe du Dapsa (une matinée de travail thématique tous les deux mois). Les premières séances ont consisté en une analyse de notre travail concernant les concertations cliniques relatives aux familles bénéficiant de mesure de protection de l'enfance (pas uniquement les mesures de placement), avant de centrer davantage le sujet sur les situations avec placement d'un ou plusieurs enfants et pathologie psychique du parent. « *Ce qui fait que ces situations sont difficiles et complexes n'est pas tant la présence de l'ASE que la présence de la folie qui, elle, peut impliquer la présence de l'ASE. Ce travail de revue de dossier permet de repréciser les contours du problème qui nous intéresse. Ce n'est pas tant la présence d'enjeux côté protection de l'enfance qui est problématique. Ce sont les conséquences de la séparation entre l'enfant et ses parents qui peuvent être problématiques pour les parents. Si les partenaires côté enfant, famille, parentalité, hébergement familial, se retirent et qu'il n'y a pas de partenaire côté soins adulte, alors les adultes se retrouvent seuls et le Dapsa n'a plus de partenaires autour d'eux, il n'y a plus d'espace de concertation, de fait car les missions des partenaires s'interrompent il n'y a plus rien à concerter.* *Cette solitude est très inhabituelle pour le Dapsa qui est structurellement dédié aux interventions d'appui aux professionnels.* *Il en résulte que le Dapsa peut :* *- travailler avec l'ASE s'il demeure des difficultés d'accès aux soins de l'enfant* *-travailler avec l'ASE au titre de la capacité à être porteur de l'histoire, pour l'enfant et les professionnels à ses côtés* *-Intéresser l'ASE au titre de l'équipe mobile c'est-à-dire du fait de la capacité à parler l'impossible du parent ou au titre d'un travail visant à ce que l'adulte soit suffisamment apaisé pour pouvoir accepter un interlocuteur côté soins, pour pouvoir accepter de rencontrer le référent ASE, pour pouvoir rencontrer son enfant. Cependant, les missions de cette équipe mobile étant d'évaluer une situation pour soutenir l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet de soins, il est difficile de maintenir cette intervention en l'absence de projet de soins des adultes. Soit nous devons également nous retirer, soit nous serions dans un temps intermédiaire, celui de l'apaisement, du soutien, des tentatives d'élaboration de projet d'accès aux soins. Ce temps peut être long, sans orientation dans l'immédiat, pour autant il s'agirait bien toujours d'un travail d'accès à des appuis professionnels. Les deux derniers tirets ont un aspect rassurant pour les équipes ASE en charge de l'enfant.».* Extrait de la séance du lundi 30 novembre 2015
Avril - Mai 2016	1 mois	Rédaction d'une première trame de projet à présenter aux chefs de services ASE de Paris avant de le soumettre à la Fondation de France.

10 Mai 2016		Présentation du projet au Bureau de l'Aide Sociale à l'Enfance de Paris (BASE). Discussion et aménagements du projet.
Juin 2016	1 mois	Intégration des remarques issues de la rencontre avec l'ASE, réécriture du projet en vue de sa présentation aux autres services départementaux (DASES/DFPE).
5 Juillet 2016		Réunion à la DASES (département de Paris) le 5 juillet 2016 en présence de : - Martine Grenier, Conseillère Technique, Bureau de l'Aide Sociale à l'Enfance de Paris - Corinne Varnier, Adjointe au Chef de Bureau chargée des questions éducatives - Catherine Gorce, Responsable de l'ADEMIE (Action Départementale Envers les Mères Isolées avec Enfants), Aide Sociale à l'Enfance de Paris - Carole Veinnant, Chargée de mission questions éducatives, Bureau des Etablissements Départementaux - Elisabeth Hausherr, Médecin Cheffe de la Protection Maternelle et Infantile de Paris Dernier aménagements et validation du projet pour le soumettre à la Fondation de France à titre expérimental.
Juillet-octobre 2016	4 mois	Finalisation, détermination des moyens nécessaires à sa mise en œuvre et des modalités d'évaluation, budgétisation du projet, envoi de la réponse à l'appel à projet à la Fondation de France.
Octobre 2016 – printemps 2017	6 mois	Instruction du dossier par la Fondation de France, rédaction d'une version simplifiée du projet pour prévoir des présentations aux partenaires en cas d'accord de financement (document annexé au présent rapport d'avancement)
28 mars 2017		Accord de financement Fondation de France de 14 000€ pour 2017
20 avril 2017		Présentation du projet au staff de la maternité de Trousseau
4 mai 2017		Présentation du projet aux médecins de secteur et de consultation de la Protection Maternelle et Infantile de Paris (11ème et 12ème arrondissements)
31 mai 2017		Présentation du projet aux cadres des pouponnières (Les Récollets et Michelet) et centres maternels (Marie Becquet de Vienne, Ledru Rollin, Nationale, Michelet) départementaux, ainsi qu'à la chargée de mission de l'Aide Sociale à l'Enfance de Paris (Bureau des établissements départementaux).
15 juin 2017		Présentation du projet aux cadres du dispositif « Famille » du Samu Social de Paris dont Pôle Hébergement et Réservations Hôtelières, Pôle Médical et Soins, Mission Mieux Vivre à l'Hôtel
29 juin 2017		Présentation du projet aux médecins de secteurs et consultation, aux puéricultrices de secteurs ainsi qu'aux psychologues de Protection Maternelle et Infantile des 1er, 2ème, 3ème, 4ème, 9ème, 10ème arrondissements
19 septembre 2017		Présentation du projet au Bureau de l'Aide Sociale à l'Enfance de Paris en présence des cadres des secteurs ASE et de représentants de la Cellule de Recueil des Informations Préoccupante
28 septembre 2017		Présentation du projet aux médecins de secteurs et consultation et aux puéricultrices de secteurs et de centre de Protection Maternelle et Infantile des 8ème et 17ème arrondissements
12 octobre 2017		Présentation du projet aux puéricultrices de secteur de la Protection Maternelle et Infantile de Paris (11ème et 12ème arrondissements)
Octobre 2017	1 mois	Rédaction de la demande de financement pour 2018 accompagné d'un bilan d'étape
16 janvier 2018		Audit du projet avec Madame Graziella Niang, discussion autour des dimensions préventives du projet non prévue à l'origine : introduire l'équipe mobile en anticipation du placement plutôt qu'après, quand la rupture de liens entre adultes et professionnels ne le permet plus.
2 février 2018		Présentation du projet aux médecins de la cellule santé de l'ASE de Paris, en charge de la santé des enfants placés
2 février 2018		Présentation du projet lors de la réunion des assistantes sociales des maternités de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, professionnels possiblement à l'origine des informations préoccupantes et donc possiblement positionnés pour sollicité l'intervention, introduire l'équipe mobile auprès des parents
Février 2018	1 mois	Rédaction du rapport d'avancement de l'action et envoi de la demande de financement pour 2018

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

Lors du démarrage du projet et de sa présentation aux partenaires concernés (centres maternels, pouponnières, PMI, Maternités, ASE), il est apparu que quand il y a projet de placement, les professionnels veulent s'assurer que le parent sera soutenu : notre projet apparait donc comme une proposition possible pour certains adultes à partir du moment où se réfléchit le placement de l'enfant, en anticipation de celui-ci (y compris pendant la grossesse), avant que les professionnels

positionnés au titre de l'enfant ou de la parentalité (centres maternels, pouponnières, PMI, Maternités, ASE) ne se retirent suite au placement et ne soient donc plus en situation d'introduire l'équipe mobile du Dapsa auprès de l'adulte.

Nous avons donc maintenu notre objectif initial et y avons ajouté la possibilité d'un travail anticipé, c'est-à-dire la possibilité d'introduire l'équipe mobile auprès de la famille avant la séparation, quand les professionnels envisagent un projet de placement (du fait de difficultés parentales ou d'inquiétudes pendant la grossesse ou d'antécédents familiaux quand les aînés sont déjà placés). Cette introduction de l'équipe mobile avant ou au moment du placement permet :
De répondre aux inquiétudes des professionnels qui peuvent redouter l'isolement à venir de l'adulte et l'absence de soutien pour lui quand tous ses interlocuteurs se seront retirés du fait de l'absence de l'enfant auprès de ses parents ;
De faciliter l'introduction de l'équipe mobile auprès de la famille et son acceptation par celle-ci (parfois plus aisément que si la proposition intervient après le placement de l'enfant et émane de l'ASE).

Dans notre pratique actuelle nous observons que le placement de l'enfant peut faciliter pour l'adulte une envie de compréhension de ses difficultés personnelles, parfois une levée du déni de certaines difficultés. L'équipe mobile permet d'accompagner ce mouvement et de faire de la période de séparation un temps de travail des adultes sur leurs difficultés personnelles, y compris à travers les accès aux soins qu'essaie de favoriser l'équipe mobile. L'intervention permet également de soutenir une perception plus juste par le parent de la place de l'enfant pour lui, une perception plus fine de la nature de cette relation. L'absence liée à la séparation permet parfois une mise à distance des émotions, une verbalisation et l'émergence d'une pensée de l'adulte sur son rapport à son enfant, ce qui lui permet (c'est l'effet recherché) de se projeter dans une perspective d'évolution de son rapport à son enfant.

Pour rappel les interventions de l'équipe mobile sont réalisées en complément d'un travail de concertation organisé par le Dapsa auprès des partenaires concernés par l'accompagnement des membres d'un même groupe familial. La proposition d'intervention de l'équipe mobile à faire à la famille se construit donc en partenariat avec les autres professionnels qui la connaissent. Le Dapsa peut prendre l'initiative de proposer cette intervention dans des situations suivies pour d'autres motifs.

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

Nombre de situations familiales concernées : 12 familles incluses dans le projet, 8 familles pour lesquelles les rencontres ont commencé (3 couples mère-père ; 4 mères seules, 1 père seul = 11 adultes), 4 familles où l'intervention se construit actuellement en lien avec les partenaires mais pour lesquelles les rencontres avec l'équipe mobile n'ont pas démarré.
Nombre d'adultes « concernés » : 23 soient 12 mères (dont trois de nouveau enceinte), 8 pères, 1 compagnon, 2 grand-mères
Nombre d'enfants « concernés » : 12 enfants de trois ans ou moins + 14 aînés des fratries concernées
Nombre de bénéficiaires directs du projet (adultes effectivement rencontrés par l'équipe mobile) : 11

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

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

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

Par ailleurs certaines difficultés sont repérées dans des lieux n'ayant pas les ressources en interne pour tenter d'y apporter une réponse, un travail d'orientation est alors nécessaire. En l'absence d'accord des familles pour mettre en œuvre ces orientations ou pour permettre la transmission d'informations, les professionnels peuvent se trouver en difficulté malgré le repérage.

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

des situations de femmes enceintes en difficulté pour interrompre leurs consommations d'alcool, nous avons décidé de mettre en place des groupes de travail locaux afin de :

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

En 2016 deux territoires ont été concernés par ces travaux de groupe : le sud de la Seine et Marne et la Seine Saint Denis. Pour chaque territoire, trois séances de 3 heures ont été organisées et ont regroupé 10 à 20 professionnels par séance. Nous avons sollicité la poursuite de ce travail en 2017 sur d'autres territoires : Seine et Marne Nord, Essonne, Val de Marne, Hauts de Seine, Yvelines, Val d'Oise. En 2018, le travail n'étant pas arrivé à son terme sur tous les territoires, ces groupes se poursuivront pour les départements suivants : Val de Marne, Hauts de Seine, Yvelines, Val d'Oise. Chaque séance a donné lieu à un compte-rendu diffusé à l'ensemble des participants.

Nous avons pu constater une difficulté à mobiliser autour de la question du repérage des alcoolisations pendant la grossesse : de nombreux professionnels trouvent qu'il s'agit là d'un important sujet de santé publique, estiment qu'il s'agit d'une dimension à travailler pour éviter les repérages tardifs et limiter les atteintes fœtales, estiment que ce travail peut être un levier pour l'accès et la continuité des soins des personnes concernées. Cependant dédier du temps à cette question, autoriser des professionnels à quitter leur service pour travailler ce sujet ne va pas de soi. L'organisation de ces groupes demande un travail très important d'identification des professionnels et des services potentiellement concernés, de communication auprès de l'ensemble des professionnels et services identifiés, de relances nombreuses pour obtenir la participation au groupe de travail. Par ailleurs, fixer un lieu et une date pour chaque séance de façon à avoir le plus de participants possibles est toujours compliqué et a ralenti le projet. La difficulté de mobilisation est particulièrement importante concernant les grandes institutions (PMI, hôpitaux). Beaucoup de professionnels inscrits ne sont finalement pas présents aux séances. Au vu de la difficulté de réunir l'ensemble des participants d'une séance à l'autre, nous avons ouvert la possibilité que des professionnels rejoignent le groupe ponctuellement, sans participation à l'ensemble des séances. Les comptes rendus sont ainsi rédigés de façon à ce qu'ils soient diffusables en dehors du groupe pour permettre aux professionnels qui le rejoignent ponctuellement de reprendre le fil des échanges.

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

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

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

Pour y répondre, deux conférences avaient été organisées sur ce thème les 12 avril 2016 « Et le petit, il va comment ? » et 29 novembre 2016 « Et le petit, il va comment ? Suite et surement pas fin », (actes disponibles sur le site internet du Dapsa).Celle-ci a donné lieu à l'intervention du Dr David Germanaud (neuropédiatre, APHP) pour présenter le syndrome d'alcoolisation fœtale et répondre aux questions du public, ainsi qu'à des interventions de l'équipe du Dapsa pour présenter les travaux réalisés au sein des groupes et illustrer le travail d'accompagnement concret qui se met en place en concertation et parfois en équipe mobile auprès des familles concernées. En 2017 et début 2018 d'autres professionnels rencontrés au sein des groupes de travail ont de nouveau demandé cette intervention. Nous étudions actuellement les possibilités de réponse à cette demande.

		Séance 1	Séance 2	Séance 3	Nombre de participants (106 au total de 2016 à mars 2018)	Suites (hors mise en place d'un travail de concertation autour de situations concrètes, ce qui est la suite proposée par le Dapsa)
		Dates et lieux	Dates et lieux	Dates et lieux		
FINANCEMENT 2016	**77 Sud**	**13 mai 2016** A l'Hôpital Marc Jacquet 2 rue Fréteau de Pény 77 011 MELUN CEDEX	**08 juillet 2016** A l'Hôpital Marc Jacquet 2 rue Fréteau de Pény 77 011 MELUN CEDEX	**23 septembre 2016** A l'Espace Saint Jean 26 Place Saint Jean 77 000 MELUN	17	Annuaire « orientation en addictologie pendant la grossesse (77sud, 91, 94) ». Participation au comité de pilotage de la formation PérinatIF « grossesse et alcool »
	93	**09 novembre 2016** Dans les locaux du CSAPA BOUCEBCI à l'Hôpital Avicenne 125 rue de Stalingrad 93 000 BOBIGNY	**19 décembre 2016** Dans les locaux du CSAPA BOUCEBCI à l'Hôpital Avicenne 125 rue de Stalingrad 93 000 BOBIGNY	**20 février 2017** Dans les locaux de la PMI à Bobigny 93 000 BOBIGNY	14	Proposition d'intervention auprès de la PMI 93, sans suite à ce jour. Elargissement du travail d'annuaire « orientation en addictologie pendant la grossesse » à venir pour ce territoire.
	91	**03 mars 2017** Au Centre Hospitalier Sud Francilien 40 avenue Serge Dassault 91 106 CORBEIL ESSONNES CEDEX	**28 mars 2017** Au Centre Hospitalier Sud Francilien 40 avenue Serge Dassault 91 106 CORBEIL ESSONNES CEDEX	**30 mai 2017** Au Centre Hospitalier Sud Francilien 40 avenue Serge Dassault 91 106 CORBEIL ESSONNES CEDEX	18	Annuaire « orientation en addictologie pendant la grossesse (77sud, 91, 94) ». Participation au comité de pilotage de la formation PérinatIF « grossesse et alcool »
	77 Nord	**12 juin 2017** Dans les locaux du Réseau de santé Gospel 8 rue Henri Dunant 77 400 LAGNY SUR MARNE	**15 septembre 2017** Dans les locaux du Réseau de santé Gospel 8 rue Henri Dunant 77 400 LAGNY SUR MARNE	**17 novembre 2017** Dans les locaux du Réseau de santé Gospel 8 rue Henri Dunant 77 400 LAGNY SUR MARNE	26	Elargissement du travail d'annuaire « orientation en addictologie pendant la grossesse » à venir pour ce territoire.
FINANCEMENT 2017	**92**	**26 janvier 2018** Au Réseau Périnatal 92 60 rue du Général Leclerc 92 130 ISSY LES MOULINEAUX	**02 mars 2018** Au Réseau Périnatal 92 60 rue du Général Leclerc 92 130 ISSY LES MOULINEAUX	**27 avril 2018** Au Réseau Périnatal 92 60 rue du Général Leclerc 92 130 ISSY LES MOULINEAUX	18	En cours
	94	**25 janvier 2018** Au Centre Intercommunal de Créteil 40 avenue de Verdun 94 000 CRETEIL	**22 mars 2018** Au Centre Intercommunal de Créteil 40 avenue de Verdun 94 000 CRETEIL	**17 mai 2018** Au Centre Intercommunal de Créteil 40 avenue de Verdun 94 000 CRETEIL	13	En cours
	78	Démarrage en 2018				
	95	Démarrage en 2018				

3) Les activités non-centrées sur les patients

a) Les interventions de routine du réseau

Nombre de réunions dans le cadre du développement du réseau : 24
Rencontres, présentations de projets aux partenaires du réseau Dapsa:
242 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré)
118h dont 46h de transport
Cette catégorie regroupe les différentes rencontres de professionnels du Dapsa avec d'autres professionnels intervenant (ou susceptible d'intervenir) auprès des familles que le réseau accompagne. Le développement de liens avec les professionnels et institutions du territoire francilien est un préalable indispensable à toutes les actions du réseau.
Ces rencontres permettent de recenser les besoins, les capacités de prise en charge, les 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 : 69
Groupes de travail où le DAPSA apporte son expertise sur les thématiques croisées grossesse/parentalité/souffrance psychique/addictions/travail partenarial (« Collectif rue », « commission psy » du réseau périnatal parisien, groupe « parentalité et addictions » de la Fédération Addiction, groupe de psychomotricien, groupe « enfant de parents en souffrance », participations aux travaux du Résif, comité de pilotage formation PérinatIF SUD, participation aux travaux du GEGA…)
692 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré)
432h dont 72h de transports
Ces temps de travail permettent de soutenir les réflexions et travaux en cours dans les différentes institutions ou entre institutions. Les professionnels du Dapsa peuvent ainsi apporter leur appui, un regard complémentaire ou parfois une expertise sur les problématiques qui animent le réseau. On enregistre également ici les participations aux staffs de parentalité (staffs médico-psycho-sociaux) des maternités.
Ces rencontres permettent en outre de maintenir les liens avec les professionnels du territoire et d'en créer de nouveaux. De plus c'est l'occasion pour le réseau d'être informé de situations familiales pouvant être potentiellement incluses dans la file active du réseau et ainsi de se tenir disponible pour les professionnels qui pourraient nous solliciter. Ces rencontres sont aussi un moyen d'identifier les obstacles à l'accès aux soins et aux travaux en partenariat et permettent d'actualiser notre connaissance des besoins des professionnels et des usagers de leurs structures.

Nombre d'interventions de formation par le réseau : 19
Formations dans le cadre de diplômes universitaires, de conférences ou de journée thématiques où interviennent des professionnels du DAPSA (DIU GEGA, DU Antoine Béclère, DU Rouen, DU Nanterre, Irema, Copes, Fédération addictions, école de formation au travail social BUC RESSOURCES,…) :
373 professionnels présents (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré)
118h de travail dont 38h de transport

Nombre de participations à des colloques, conférences, mondanités (en qualité de simple auditeur) : 18
Présence d'un ou plusieurs membres de l'équipe à 18 colloques, conférences, événements des partenaires auxquels les membres du réseau sont conviés :
205h de travail dont 28h 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. Nous ne comptabilisons pas ici la formation professionnelle continue des salariés (présenté en p.6).

Nombre d'étudiants et de stagiaires accueillis : 13
13 étudiants ont été reçus en 2017 (12 étudiants en école d'infirmiers et 1 stagiaire en formation d'assistante sociale). Par ailleurs les salariés du Dapsa sont intervenus auprès de 80 étudiants de l'école de formation au travail Social BUC RESSOURCE lors de deux journées (« travail en réseau» et « parentalité et addictions »).

Nombre de rencontres « institutionnelles » : 13
Rencontres avec les tutelles et participation aux instances de gouvernance des partenaires :
113 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré)
62h de travail dont 14h de transport.

b) Les ateliers organisés par le Dapsa

Nous ne reprenons pas ici le détail des ateliers organisés par le Dapsa autour du « repérage des situations de femmes en difficulté pour interrompre leurs consommations d'alcool pendant la grossesse et de l'accès aux soins des nouveau-nés » (présenté en p.17/18/19), cependant ceux-ci sont inclus dans le décompte ci-dessous.

Nombre de séances d'ateliers organisés par le DAPSA : 11
Deux types d'ateliers comptabilisés ici : les groupes départementaux « repérage des situations de femmes en difficulté pour interrompre leurs consommations d'alcool pendant la grossesse et de l'accès aux soins des nouveau-nés » et les groupes organisés dans les locaux du Dapsa « parentalité(s) et addiction(s) en centre maternel (ou parental) »
116 professionnels présents (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré)
94h de travail dont 22h de transport

Aperçu de l'atelier « cannabis, mensonges et vie quotidienne en centre maternel et parental », Ile de France

Initié en 2016 l'atelier s'est poursuivi sur une deuxième session les 10 novembre et 15 décembre 2017, 19 janvier et 16 février 2018 de 14H00 à 17H00 pour les professionnels des centres maternel et parental.

Treize professionnels ont participé à ce groupe : 4 éducatrices de jeunes enfants, 5 éducatrices spécialisées, 2 assistantes sociale, 1 conseillère en économie sociale et familiale, 1 infirmière.

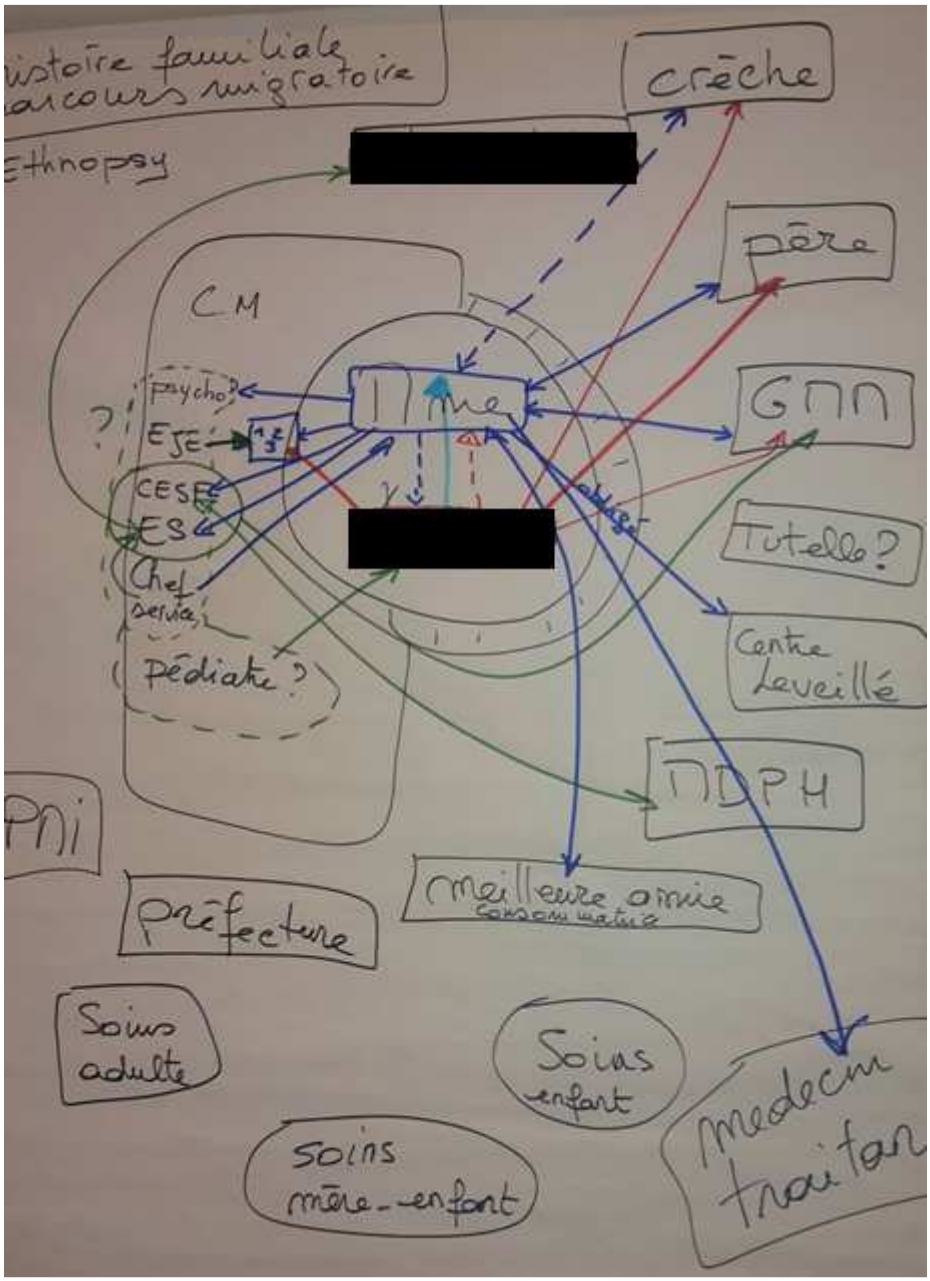
Première séance : La proposition de travail
Les deux professionnelles du DAPSA proposent aux participantes de réfléchir et partager au fil des quatre séances, des idées, des questionnements pour que le groupe construise son propre cheminement. Cet atelier s'apparente à un « atelier de confection » qui aurait l'ambition de faire du sur-mesure. Ce qui suscite notre intérêt est de partir en premier lieu de leurs savoir-faire dans le contexte du centre maternel et de travailler à partir de leurs expériences d'accompagnements parent-enfant en dépliant des situations cliniques.

Questions et attentes du groupe
-Repérage : Comment évaluer si une personne a consommé ? Doute ? Attitude ? Comment introduire la question de la consommation quand il y a « déni » ? Mensonges ou négation ?

-Comment aborder avec les familles, la question de la consommation avec le/la consommateur (trice) ? Comment accompagner vers le soin quand il y a déni du problème ? Comment travailler avec une mère qui ne souhaite pas se faire accompagner vers les soins en addictologie ? Jusqu'où accompagner ? Quand les consommations empêchent-elles l'accompagnement ? Quelles sont les limites de l'écoute ? Comment et quand passer le relais ?

- Comment prendre en compte les temporalités de la mère, du bébé, mais aussi du professionnel ? Différence entre les besoins du bébé et les besoins de la mère ? Comment ne pas être envahie par la situation complexe personnelle du ou des parent(s), sans oublier les besoins et la sécurité de l'enfant ?

Deuxième séance et quatrième séance
Nous avons travaillé sur une situation clinique présentée par une participante avec des consignes de départ : trois sous-groupes écoutent pour l'un ce qui se dit du côté de l'enfant, pour le second ce qui se dit du côté du parent, et pour le troisième ce qui se dit du côté du(es) professionnelle(s). En notant à travers le récit de la situation, ce qui est visible et à l'œuvre dans la situation. Pour illustrer le propos voici le dessin réalisé au cours d'une de ces deux séances.



Troisième séance

Que faut-il, et comment, comprendre ? Fumer et montrer que l'on fume : ce peut être montré comme « de la poudre aux yeux », un écran bien visible plus facile à aborder, plus facile à définir comme raison « c'est à cause de mon problème d'addiction », que d'approcher les questions plus profondes « je suis avec un enfant dont je ne sais pas quoi faire », « je n'ai pas choisi cette vie »…Faut-il respecter le mensonge ? Peut-on penser que celui-ci représente un espace « privé », celui que la femme peut se créer au sein du centre maternel, un espace (à soi) « non effracté » par l'enfant ni par les professionnels ? Un espace privé dans la relation ou un besoin qui correspondrait notamment à l'arrivée de l'enfant ? Les femmes en centre maternel se comporteraient comme des adolescentes face à des parents envahissants ? Fumer serait une revendication ? Ou pour pouvoir avoir une appartenance à un groupe ? Un phénomène de groupe ou une consommation individuelle devenue problématique ?
Lorsque le mensonge est perçu : il serait donc intéressant de se questionner sur « que faire du mensonge ? ». Si on part de l'hypothèse qu'à ce moment-là, la personne montre une faille : est-ce une invitation (une autorisation) de sa part à parler ou au contraire une indication à respecter son espace personnel ? Est-il possible de continuer à travailler tout en respectant l'intimité de la résidente ?

Nous avons visionné certains documentaires du CRIP, notamment : «Drugstore» sur le thème des produits et des effets, « La faute au vent » sur le sujet des interactions mère-enfant dans un contexte d'addiction et un troisième documentaire sur le comportement « parentifié » d'une enfant. Nous avons donné aux participantes en fonction de leurs attentes des pistes pour des lectures, films, formations, émissions de radio, en podcast.

Ces deux ateliers ont été très riches pour les animatrices de l'atelier. La possibilité d'une troisième session est ouverte et à réfléchir en équipe.

c) Les chantiers du Dapsa

En 2017 un seul chantier a été organisé, celui-ci intitulé « Du côté des mères » a réuni 76 professionnels, nous en proposons une brève présentation issue de l'avant-propos des actes complets de ce chantier, à retrouver sur notre site internet (http://www.dapsa.asso.fr/publication-des-actes-de-la-conference-du-cote-des-meres-du-22-05-17.htm) :

« Le 22 mai dernier, nous avons accueilli dans le cadre de nos chantiers Angèle, Frédérique (les noms ont été modifiés) *et Patricia Fontannaz, travailleuse sociale de rue. Celles-ci sont venues depuis Lausanne pour échanger avec les profesionnel-le-s de notre réseau et présenter leur film : « Maman de Choc » qui est un travail de co-construction citoyenne et collective d'une pensée sur la parentalité en générale et sur la parentalité en «situation de toxicomanie». Ce qui a commencé par des rencontres de rue, a pris la forme d'un temps de rencontre régulier entre mères : le « Café des mamans ». Puis d'autres perspectives ont vu jour… L'invitation à notre chantier, était une proposition à participer à la dynamique mise en œuvre par nos invitées, une proposition à s'appuyer sur leurs expériences pour réfléchir à ce que pourrait être une stratégie de santé communautaire autour des questions de parentalité et d'addictions.*

Soixante-seize professionnel-le-s étaient présent-e-s lors de cette matinée de présentation, parmi elles se trouvaient des travailleurs sociaux (assistants sociaux, éducateurs de jeunes enfants, éducateurs spécialisés, conseillers en économie sociale et familiale) et des professionnels du soin (infirmiers, puériculteurs, sages-femmes, obstétriciens, pédiatres, psychiatre, psychologues). Ces professionnel-le-s venaient d'horizons variés mais étaient toute-s susceptibles d'accueillir ou de rencontrer des mères ou futures mères en situation de toxicomanie. Parmi les lieux d'exercice représentés nous avons pu repérer des équipes d'Aide Educative en Milieu Ouvert, de l'Aide Sociale à l'Enfance, de Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues, de Centre d'Accompagnement Médico-Social Précoce, de Centre Maternel, de Centre Médico-Psychologique, de Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, de crèche, d'Equipe de Liaison et de soins en Addictologie, d'Hospitalisation à Domicile Pédiatrique, d'hébergements sociaux, de maternité, de Protection Maternelle et Infantile, d'Unité d'hospitalisation mère-bébé, ainsi qu'un professionnel exerçant en libéral. Nous avons comme toujours recensé les attentes des personnes présentes, leurs opinions sur cette matinée. Certain-e-s venaient entendre des témoignages, témoignages relatifs à la situation de parentalité en contexte de toxicomanie, relatifs aux liens de ces parents avec les professionnels à leur contact ou au contact de leurs enfants, d'autres venaient davantage pour réfléchir à leurs pratiques, aux représentations qu'on peut se faire au sujet de ces femmes, d'autres encore venaient découvrir la spécificité du projet de ces mamans de chocs : l'invention d'un espace dédié à ces mères, les façons qu'elles peuvent avoir d'habiter cet espace, d'en faire quelque chose, « un support pour aborder, pour échanger ». Les approches communautaires étant assez peu présentes, les patientes peu sollicitées dans les instances de gouvernance, donner à échanger à partir d'une intervention originale et peu répandue a attiré les professionnel-le-s. Les participant-e-s ont particulièrement apprécié la qualité des échanges, l'authenticité des prises de positions, en particulier en ce qui concerne les relations de ces mères avec les professionnels. Certains nous ont dit que la matinée avait permis une « remise en question des pratiques professionnelles : du positionnement à avoir et du lien à créer avec les patientes ». Certains ont apprécié une intervention qui participe à « sortir des représentations, en gardant à l'esprit que la prise en charge, au-delà de la personne consommatrice, s'adresse à la femme, à la maman ».

Des femmes, mères, souvent habiles à développer des stratégies pour rester invisibles, se rassemblent pour un bout de chemin et aboutissent à la réalisation d'un film diffusé à de nombreuses reprises devant des parterres de professionnel-le-s, sur le terrain ou en formation, et auxquelles elles entendent transmettre quelque chose, c'est assez inédit.

Au fil des interventions et des échanges, certains éléments importants de la démarche, du projet construit ensemble sont éclairés. Le «café des Mamans » est un projet communautaire : pour les professionnels cela demande d'accepter d'accompagner un processus sans savoir où cela va mener, sans savoir qui va venir, puis ce qui va advenir c'est l'autre qui le porte en lui. La co-construction cela nécessite de se laisser aller à la rencontre et d'apprendre à faire avec ce qui vient. L'approche communautaire permet de faire émerger les capacités des personnes jusqu'alors invisibles, à leurs yeux et aux yeux des autres et de leur donner une forme qui va permettre la communication. L'approche communautaire fonctionne avec les ressources des participantes soutenue par la présence tenace, attentive et continue de la professionnelle. Le groupe constitué est un groupe non mixte de mères en situation de toxicomanie plutôt qu'un groupe de mère « tout court ». L'entre soi crée un lieu où se confier sans répercussion. Le groupe est ouvert, il est à géométrie variable, plus ou moins grand, on y adhère librement, la confidentialité y est garantie. On peut prendre le temps de l'observation avant d'y venir. Le groupe crée un espace d'échanges « intimes » et d'un autre côté est aussi un espace de construction d'une mobilisation citoyenne que le groupe partage avec l'extérieur via le film. Et quoi qui se passe, la professionnelle assure la continuité.

Le «Café des mamans » a donné une première forme aux rencontres des femmes. Cette forme a donné naissance ensuite au film, qui a été pensé comme un média pour aller vers les professionnel-le-s, pour pousser plus loin les rencontres et les échanges avec les professionnel-le-s, pour lever certaines incompréhensions, pour combattre certaines représentations. Cela est sans doute salutaire qu'on puisse nous rappeler que « rapporter tout à la consommation de produits psychoactifs peut être source d'aveuglement » ou que le dosage des urines n'est pas un indicateur pertinent de la qualité de la parentalité ! Plus globalement, la présentation d'Angèle, Frédérique et Patricia Fontannaz, illustre l'intérêt que peuvent avoir dans la relation d'aide les postures et stratégies de co-construction. » Extrait de l'avant-propos des actes de la conférence

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

a) Les questionnaires d'évaluation

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

Enfin, une partie qualitative demande aux participants de s'exprimer sur ce qu'ils retiennent de positif et de négatif, et de lister d'autres thèmes qu'ils souhaiteraient travailler à l'occasion de prochains évènements organisés par le Dapsa. Pour l'évaluation des chantiers du Dapsa, cette partie qualitative est souvent la seule présente dans les questionnaires distribués aux participants.

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

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

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

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

  Les activités non-centrées sur les patients sont enregistrées dans un tableur permettant d'enregistrer pour chaque ligne une action, en renseignant dans les colonnes les informations se rapportant à cette action : date de l'action, nom du ou des professionnels de l'équipe qui effectuent l'intervention, le département où est réalisée l'action, le projet auquel l'action se rattache (atelier, chantier, réunion de développement du réseau, participation aux travaux du Résif, groupes de travail/ groupes d'expertise/staffs de parentalité,…), une brève description de l'activité, la structure "invitante" s'il s'agit d'une sollicitation ou bénéficiaire s'il s'agit d'une initiative du réseau, le type de structure en question, le secteur professionnel concerné, la durée de l'intervention et les temps de déplacement. Ce tableur permet par la suite de renseigner le tableau de bord du Dapsa.

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

  Il s'agit d'un système d'information pensé et développé sur mesure pour le Dapsa, uniquement à usage interne, mis en place en avril 2015. La mise en place du système d'information avait permis quatre grandes avancées :

  - nous avons gagné en exhaustivité des informations (l'outil est plus agréable, empêche les erreurs de saisie et limite la dispersion des informations qui était auparavant un problème) ;
  - le système d'information dispose d'une partie « annuaire » qui permet de lier des partenaires aux dossiers cliniques, de centraliser et de mutualiser l'ensemble des informations actualisées sur les partenaires et ainsi de gagner en efficacité ;
  - cet annuaire de contact nous aide également dans l'organisation des ateliers, chantiers et dans l'ensemble de la communication du Dapsa : il rassemble les coordonnées de 2800 professionnels avec lesquels le Dapsa a été amené à travailler. Des systèmes de filtres par types de structures et/ou de professions nous permettent de réaliser des mailings ciblés auprès de nos partenaires.
  - ce système d'information permet d'exporter l'ensemble des informations recueillies sous Excel et facilite grandement les bilans d'activité.

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

professionnels qui accompagnent cette famille. Un troisième onglet permet par la suite de renseigner l'ensemble des données évolutives concernant les familles (axes de travail, objectifs, orientations, évènements,…). Un quatrième onglet permet de disposer des informations sur l'ensemble des partenaires impliqués dans la situation. Un cinquième onglet, ajouté en 2016 permet de créer au sein de chaque dossier familial des sous-dossiers pour chaque enfant permettant de renseigner les informations de naissance (date, poids, terme, sexe, percentile de poids), les points de vigilances à surveiller, les évènements qui rythment le parcours de vie de l'enfant (soins, modes de garde, mesures de protection). Il permet d'avoir une approche plus dynamique qu'auparavant. Les problématiques de santé, et l'âge des enfants sont désormais actualisées (automatiquement pour l'âge et au fur et à mesure du suivi pour les points de vigilance à surveiller). Nous avons donc une meilleure vision de l'évolution de la situation de chaque enfant (inquiétudes et troubles repérés lors de l'inclusion peuvent désormais être mis en comparaison avec l'actualité de l'enfant, sans que des modifications de la situation des enfants viennent invisibiliser la situation de départ). Un sixième onglet permet de rattacher des documents PDF à chaque dossier familial. Il est désormais possible de rattacher des documents PDF aux dossiers, ce qui limite la dispersion des documents et centralise l'ensemble des informations relatives à une famille au sein du système d'information : compte-rendu de réunion, informations transmises par les partenaires, …

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

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

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

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

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

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

La quatrième base de données (également exportable sous Excel) est une intégration au sein du système d'information d'un ancien outil appelé « CREDES » : Cet outil concerne l'enregistrement du temps de travail au quotidien dont les résultats pour l'année 2017 ont été présentés précédemment dans la partie "Personnels et temps de travail". Un fichier permettait jusqu'à fin 2016 de disposer pour chaque professionnel, de façon nominative, d'un onglet permettant de renseigner quotidiennement

dans un tableur la répartition du temps de travail pour la journée écoulée. Les différents onglets se cumulaient 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 permettaient de rattacher les charges de personnels aux activités effectuées. Il était 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. Désormais les salariés renseignent directement, et quotidiennement, la répartition de leurs heures de travail (en fonction des différentes activités du réseau auxquelles ils participent) sur leur espace personnel du système d'information. L'idée est de simplifier ce travail en réduisant le nombre d'outils et en permettant de travailler sur une interface plus facile à utiliser (sur mesure) que l'ancien tableur et avec des fonctionnalités nouvelles (affichage d'un calendrier, mise en surbrillance des semaines à renseigner, affichage automatique du nombre d'heures déjà saisies pour chaque semaine).

Fin 2017 un audit du système d'information a été réalisé par le prestataire l'ayant réalisé. Suite à sa venue, un groupe de travail en interne se constitue en 2018 pour identifier parmi les points à améliorer identifiés lors de l'audit ceux qui seront prioritaires, et pour déterminer les détails de ces modifications. A titre d'exemple nous souhaitons en 2018 proposer un onglet par adulte tel que réalisé en 2017 pour les enfants, de façon à individualiser les travaux d'appui à la coordination au sein d'un même groupe familial (orientations, événements et objectifs de travail). Autre modification attendue : une compilation pour chaque famille des différents lieux de vie, lieux de soins ou d'accompagnement, lieux d'intervention de l'équipe mobile, pour mieux rendre compte de la régionalisation des interventions et de la mobilité géographique des familles.

5) Accès aux soins des nouveau-nés vulnérables

Depuis 2014 un projet d'accès aux soins des enfants vulnérables a été développé en lien avec l'ARS Ile de France et les réseaux de suivis des enfants vulnérables.

Origine de l'action

Si dans certains cas, le diagnostic de syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) est évoqué très rapidement après la naissance, conduisant généralement à des propositions de suivi, dans la plupart des cas (90% de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale), l'absence de signes patents à la naissance (dysmorphie faciale caractéristique par exemple) rassure les intervenants. Or les troubles du développement, lorsqu'ils surviennent, ne sont alors dépistés que tardivement, au cours de la scolarité. On peut considérer que c'est une perte de chance pour ces enfants à qui on n'a pas proposé une prise en charge précoce. Par ailleurs, il est souhaitable que ces enfants ne soient pas stigmatisés, stigmatisation liée au comportement de la mère, et qu'ils soient pris en compte comme les autres bébés, quelles que soient les causes du trouble.

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

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

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

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

Mise en œuvre

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

Dans ce contexte nous avons travaillé à différents niveaux :

- Au niveau institutionnel en allant rencontrer différents acteurs concernés
- Au niveau de nos ateliers et chantiers qui pour certains en 2017 étaient très en lien avec cette action
- Au niveau clinique, dans le travail d'accès aux soins des différents membres d'un groupe familial
- Au niveau des formations et conférences auxquelles assistent les membres de l'équipe

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

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

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

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

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

Au-delà des difficultés d'accès aux soins des nouveau-nés exposés à l'alcool pendant la grossesse, ce projet a amené le Dapsa à élargir son travail en direction des enfants inclus dans sa file active, en essayant autant que possible de maintenir une vigilance autour de leur situation et de favoriser leur accès à des soins adaptés le cas échéant. Tous les enfants, ou presque, inclus dans la file active du Dapsa sont vulnérables de par la situation familiale dans laquelle ils se trouvent, du fait des difficultés de leurs parents, et des difficultés que peuvent rencontrer les professionnels pour travailler avec ces familles. Cependant, parmi les difficultés rencontrées, les seuls appuis éducatifs ne suffisent pas toujours et certains enfants présentent des difficultés

d'origine organique sans lien avec leurs possibilités d'épanouissement au sein de leur famille. Le Dapsa a donc à cœur de favoriser la prise en compte de l'ensemble des facteurs de vulnérabilités motrices, psychiques, éducatives que ces enfants peuvent présenter, de façon à ne pas circonscrire le sujet à celui des carences éducatives ou des compétences parentales.

FILE ACTIVE DES FEMMES ENCEINTES DONT LA SITUATION EST ACOMPAGNEE PAR LE DAPSA AU TITRE D'UN RISQUE POUR LE DEVELOPPEMENT FŒTAL, EN 2017 **32 femmes enceintes étaient incluses dans la file active du Dapsa en 2017, parmi ces 32 femmes, 28 présentaient un risque pour le développement fœtal**	
Nombre de femmes enceintes dont la situation est accompagnée par le Dapsa et qui présentent un risque pour le développement fœtal, en 2017	28
Nombre de femmes enceintes maintenant des consommations d'alcool pendant la grossesse	14/28
Nombre de femmes enceintes maintenant des consommations d'autres produits psychoactifs pendant la grossesse	14/28
Nombre de femmes enceintes ayant des conduites à risque (fœtal ou obstétrical)	15/28
Nombre de femmes enceintes ayant eu des complications obstétricales en 2017	2/28
Nombre de femmes enceintes rencontrées par l'équipe mobile	4
Nombre de situations par département (il s'agit du lieu de travail du professionnel qui sollicite le Dapsa, ce qui ne signifie pas qu'il s'agisse du lieu de vie de la famille)	1/28 hors Ile de France 15/28 suivies à Paris 6/28 suivies en Seine Saint Denis 3/28 suivies en Seine et Marne 2/28 suivies dans le Val de Marne 1/28 suivie dans les Yvelines
Nombre de sorties de file active par motif en 2017	14/28 femmes enceintes sont sorties de la file active en 2017 (1 « orientations », 5 « objectifs atteints », 5 « Fin de nécessité ou de pertinence d'intervenir », 2 « partenaire perdu de vue » et 1 « Autre » (exigences du partenaire à laquelle le Dapsa ne pouvait pas répondre).
Durée moyenne du suivi pour les situations sorties de la file active en 2017	161 jours

FILE ACTIVE NOUVEAU-NES VULNERABLES DAPSA 2017	
Nombre d'enfants concernés par l'action en 2017 au titre de leurs facteurs de vulnérabilités	90 enfants : 73 enfants de 0 à 36 mois, 17 enfants de 3 à 7 ans Moyenne d'âge : 22 mois Ces 90 enfants appartiennent à 79 familles différentes en file active. Les âges sont calculés automatiquement au 31/12/2017, y compris pour les dossiers clos.
Nombre d'enfants présentant un syndrome d'alcoolisation fœtale, des troubles causés par l'alcoolisation fœtale ou ayant de façon repérée été exposés à l'alcool pendant la grossesse	32/90
Nombre d'enfants nés prématurés	30/90
Nombre d'enfants nés hypotrophes	19/90
Nombre d'enfants souffrant de maladie somatique invalidante	15/90
Nombre d'enfants présentant un syndrome de sevrage du nouveau-né	15/90
Nombre d'enfants souffrant de troubles envahissants du développement	4/90
Nombre d'enfants souffrant de troubles neurologiques ou génétiques	16/90
Nombre d'enfants cumulant plusieurs des difficultés ci-dessus	60 enfants sur 90 ne présentent qu'une des difficultés ci-dessus, 21 en présentent 2, 7 en présentent 3 et 2 en présentent 4. La moyenne est de 1.5.
Nombre d'enfants inclus dans un réseau de suivi des nouveau-nés vulnérables	3/90 (Est mentionné ici le nombre d'enfant pour lesquels il est porté à la connaissance du DAPSA leur inclusion dans un réseau de suivi des nouveau-nés vulnérables).
Nombre d'enfants rencontrés par l'équipe mobile en 2017	32/90
Dont nombre d'enfants rencontrés par un binôme en 2017	10/90
Dont nombre d'enfants rencontrés par la psychomotricienne du Dapsa en 2017	7/90
Nombre de situations par département (il s'agit du lieu de travail du professionnel qui sollicite le Dapsa, ce qui ne signifie pas qu'il s'agisse du lieu de vie de la famille)	58/90 enfants sont suivis à Paris 10/90 sont suivies en Seine Saint Denis 9/90 sont suivies dans le Val de Marne 4/90 sont suivies en Seine et Marne 4/90 sont suivies dans les Hauts de Seine 3/90 sont suivies dans les Yvelines 1/90 est suivie en Essonne 1/90 est suivie hors Ile de France
Nombre de sorties de file active par motif en 2017	37/90 (20 « objectifs atteints », 9 « fin de nécessité d'intervenir », 5 « orientations », 2 « partenaire perdu de vue », 1 « patient perdu de vue »)
Durée moyenne du suivi pour les situations sorties de la file active en 2017	18 mois

6) Bilan des activités cliniques en 2017

En 2017, 193 familles étaient incluses dans la file active, dont 123 nouvellement incluses en 2017, soit 64% des dossiers actifs dans l'année. Parmi ces 193 situations, 10 ont fait l'objet d'un travail bien qu'étant hors critères. Les critères de non inclusion sont : enfants de plus de 3 ans (ou plus de 7 ans pour le suivi des enfants vulnérables), hors Ile de France et hors situation de parentalité (exemple : intervention suite à une fausse couche en lien avec un usage important de produits psychoactifs). Ces situations font l'objet d'un traitement qui est enregistré.

RESULTATS du 01/01/2017 au 31/12/2017		
COTE CLINIQUE		
Nombre de situations familiales totales en file active 2017	**193**	
Nombre de nouvelles situations familiales signalées au réseau en 2017	**123**	**64 % de l'ensemble des dossiers actifs en 2017**
Nombre de nouvelles situations non incluses	**10**	**Les critères de non inclusion sont : enfants de + de 3 ans (ou +de 7ans pour le suivi des enfants vulnérables), hors Ile de France et hors situation de parentalité. Ces situations font l'objet d'un traitement qui est enregistré.**

a) File active 2017

Nombre de situations familiales totales par année de la demande : 193		
2013 et années antérieures (le plus ancien dossier date de 2011)	7	Soit 4 % des situations prises en charge en 2017
2014	3	Soit 2 % des situations prises en charge en 2017
2015	15	Soit 8 % des situations prises en charge en 2017
2016	45	Soit23% des situations prises en charge en 2017
2017	123	Soit 64% des situations prises en charge en 2017

Nombre de situations avec EMEO (Equipe Mobile d'Evaluation et d'Orientation)	**56**	**représente 29 % des situations actives en 2017**
Dont 2017	20	16 % des nouveaux dossiers 2017 font l'objet d'une EMEO
Dont Années précédentes	36	60 % des dossiers des années précédentes font l'objet d'une EMEO en 2017

FILE ACTIVE 2017 (selon âge le 31 décembre 2017, même pour les situations closes en 2017)	
Adultes	313
Enfants de 0 à 3 ans	170
Enfants de plus de trois ans inclus au titre de leurs vulnérabilités	17
Total des personnes incluses (adultes et enfants de 0 à 3 ans)	500

Les "personnes incluses" ne prennent pas en compte les enfants à naître (6), les enfants décédés (6) et les enfants de plus de trois ans quand ils ne font pas partie de l'action "nouveau-nés vulnérables" (155). Dans les trois cas ces enfants (ou enfants à naître) sont pris en compte dans les travaux effectués auprès des autres membres de leur famille. Ils ne sont néanmoins pas comptés comme "inclus". Il y a eu 6 situations pour lesquelles un nouveau-né était décédé lors de l'inclusion de la famille, le décès pouvant être le motif pour lequel le Dapsa décide d'intervenir.

b) Les demandes d'inclusion

Type de structure à l'origine des demandes d'inclusion	Nombre
PMI	37
Maternité	21
HAD pédiatrique	16
CSAPA / Services d'addictologie / alcoologie	15
Hébergement social	14
ELSA	12
AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	11
Centre maternel et parental	9
CAMSP / Soins enfant / Education spécialisée	8
Services sociaux	8
CAARUD	7
Patient/entourage	6
Ecole Crèche et autres modes de garde	5
Autre réseau	4
Néonatologie	3
Pédopsychiatrie	3
Psychiatrie adulte	3
ASE / CRIP	2
Autres services hospitaliers	2
Libéral	2
Pouponnière / Foyer / MECS / Services de placement familial	2
Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	2
Autre	1
Total	193

Les demandes proviennent majoritairement des secteurs liés à la maternité, puis ceux concernant la petite enfance et les addictions. Viennent ensuite les dispositifs d'hébergements, de suivi social et de protection de l'enfance. C'est à l'image des domaines pluridisciplinaires qui fondent l'activité du réseau.

Professionnels à l'origine de la demande (dont 6 patients)	Nombre
Assistante sociale	26
Infirmier / puériculteur	25
Psychologue	24
Directeur / Responsable / Chef de service	20
Sage-Femme	17
Educateur spécialisé	16
Psychiatre	14
Médecin PMI	12
Pédiatre	10
Patient / Entourage	6
Autres travailleurs sociaux	5
Gynécologue - Obstétricien	3
Médecin généraliste	3
Autre	2
Educateur de Jeunes Enfants	2
Médecin addictologue	2
Staff parentalité (quand le Dapsa se propose pour intervenir à l'occasion d'un staff sans qu'il y ait un demandeur en particulier au sein du staff ou quand la demande faite au Dapsa est collective)	2
Administratif	1
Médecin autre	1
Néonatologiste	1
Pédopsychiatre	1
Total	193

On observe une pluralité de professions concernées, ces professions étant généralement exercées dans des structures et secteurs très variés : les interlocuteurs sont donc multiples.

Situations en fonction du département où exerce le professionnel demandeur	Nombre
Département de Paris (75)	124
Département de Seine-Saint-Denis (93)	17
Département du Val-de-Marne (94)	15
Département des Hauts-de-Seine (92)	12
Département de Seine-et-Marne (77)	8
Département des Yvelines (78)	7
Département du Val-d'Oise (95)	5
Autre département	3
Département de l'Essonne (91)	2
Total	193

On note l'importance des situations à Paris que l'on peut imputer à la surreprésentation des maternités parisiennes. Nous enregistrons le département concerné à partir du lieu de travail du professionnel qui sollicite le Dapsa, or de nombreuses familles non parisiennes sont suivies à Paris.

Situations par départements concernés par dans l'accompagnement de la situation	Nombre
Département de Paris (75)	154
Département de Seine-Saint-Denis (93)	44
Département des Hauts-de-Seine (92)	29
Département du Val-de-Marne (94)	27
Département des Yvelines (78)	13
Département de Seine-et-Marne (77)	12
Autre département	8
Département du Val-d'Oise (95)	6
Département de l'Essonne (91)	4
Nombre moyen de départements concerné par situation	1,54

On observe que pour un même groupe familial, les soins, suivis, accompagnements, lieux d'habitation et lieux de domiciliation peuvent être dispersés sur différents départements.

Situation en fonction du nombre de département concernés par l'accompagnement de la situation par le Dapsa	Nombre
Nombre de situations pour lesquelles l'appui aux professionnels concerne 1 département	114
Nombre de situations pour lesquelles l'appui aux professionnels concerne 2 départements	59
Nombre de situations pour lesquelles l'appui aux professionnels concerne 3 départements	15
Nombre de situations pour lesquelles l'appui aux professionnels concerne 4 départements	5
Total général	193

Environ 40% des accompagnements impliquent au moins deux départements.

Situations par type de demande d'appui à la coordination	Nombre
Information / Recherche / Orientation	79
Analyse de situation	63
Soutien des professionnels	58
Intervention directe (EMEO)	49
Travail de coordination	27
Travail de coordination + Intervention directe (EMEO)	26

Il s'agit de la demande telle qu'elle est formulée par la structure qui prend contact avec le Dapsa. Cependant la proposition de travail du Dapsa peut évoluer par rapport à la demande initiale. Une première évaluation de la situation viendra déterminer la nature du travail à entreprendre. On remarque que les professionnels qui recourent au réseau en attendent le plus souvent un service d'appui, de soutien, que ce soit en termes d'information sur les possibilités de prises en charge, d'appui dans les réflexions cliniques, ou de soutien aux interventions. Les travaux de concertation sont souvent proposés par le réseau (89 familles concernées) sans qu'il s'agisse forcément de la demande initiale des partenaires (53 demandes). Les équipes mobiles sont régulièrement sollicitées (75 demandes) mais ne se mettent en place que si une évaluation conjointe entre le Dapsa, le demandeur et les autres professionnels présents auprès de la famille valide la nécessité de l'équipe mobile (56 en 2017).

Situations par motif de recours au Dapsa (plusieurs possibles)	Nombre
Réfléchir avec le DAPSA	79
Absence de prise en charge ou d'interlocuteur	75
Inquiétude vis-à-vis de l'enfant	59
Besoin de continuité	54
Recherche de relais avant sortie de file active	47
Prise en charge difficile	44
Souffrance psychique	42
Isolement professionnel	26
Patient refuse la prise en charge	23
Maladie somatique	18
Problème de partenariat	16
Prise en charge inadaptée	13
Peur de la stigmatisation	7
Multiplicité des structures	5
Total	**508**
Moyenne par famille	**2,63**

Chaque demande fait l'objet d'une analyse de la part des professionnels du Dapsa. Nous avons ainsi réfléchi aux raisons qui poussent les professionnels à faire appel au Dapsa et les avons listées. Par la suite chaque appel est analysé afin de recenser le motif du recours au Dapsa. La moyenne est d'environ 2.63 motifs par demande.

Troubles repérés par le professionnel demandeur chez les adultes désignés au moment de la demande	Nombre
Troubles psychiques	80
Consommation de produits psychoactifs - Alcool	79
Autre	72
Lien parent enfant	66
Troubles conjugaux	60
Autre conduites à risques	57
Violence	47
Consommation de produits psychoactifs - Cannabis	46
Trouble somatique	33
Consommation de produits psychoactifs - Cocaïne et crack	25
Deuil parental	14
Consommation de produits psychoactifs - Traitements de Substitution aux Opiacés et psychotropes prescrits	14
Consommation de produits psychoactifs - Opiacés	12
Consommation de produits psychoactifs - Poly consommations	11
Consommation de produits psychoactifs - Médicaments	5
Total	**621**
Moyenne par adulte	**1,98**

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

La moyenne est de 1.98 troubles par adultes (621 troubles pour 313 adultes). Sur les 313 adultes inclus, seuls 55 ne présentent aucun trouble mais sont inclus au titre des difficultés de l'enfant ou du conjoint dans la mesure où ils participeront ou seront à prendre en compte dans la mise en place des projets de soins.

Les inquiétudes dont nous font part les partenaires concernent le plus souvent des troubles psychologiques, des consommations de drogues (alcool en particulier), des contextes de violence, des difficultés dans les interactions parents-enfants, …

Troubles ou inquiétudes repérés par le professionnel demandeur chez les enfants inclus au moment de la demande	Nombre
Petit poids / Développement	36
Autre (précarité de la famille, instabilité de l'hébergement, isolement du parent, difficultés liées aux traitements ou troubles de l'adulte, problèmes de mobilité…)	25
Trouble somatique	25
Développement fœtal	22
Trouble du lien / Interactions	19
Négligence / Besoins de base	18
SAF / ETCAF suspecté ou diagnostiqué	15
Antécédents familiaux	14
Troubles psychologiques	10
Manifestations de l'enfant	9
Difficultés d'accès aux soins de l'enfant	8
Maltraitance	3
Total	**204**
Moyenne	**1,056994819**

On relève 204 troubles qui souvent sont en fait des inquiétudes (pour 170 enfants de 0 à 3 ans, 17 enfants de 3 à 7 ans inclus au titre de leur vulnérabilité). Les difficultés des enfants ne sont pas toujours à l'origine des recours au réseau. Sur les 170 enfants de 0 à 3 ans, 17 enfants de 3 à 7 ans inclus au titre de leur vulnérabilité, 64 ne présentent aucun trouble qui soient signalés par les partenaires, 73 présentent 1 trouble, 30 présentent 2 troubles, 20 présentent 3 à 5 troubles.

Il est important de souligner que ces "inquiétudes" nécessitent un travail d'analyse en réseau et parfois également en équipe mobile. Parfois l'évaluation de la situation permettra de nuancer les inquiétudes, parfois d'autres émergeront. C'est notamment le cas pour les expositions à l'alcool pendant la grossesse : celles-ci ont été signalées pour 15 situations par les partenaires, après analyse fine des dossiers enfants, il apparait que 32 enfants en file active au Dapsa ont été exposés à l'alcool pendant la grossesse.

Propositions de travail de coordination du DAPSA en réponse aux demandes des partenaires (Plusieurs propositions de travail peuvent être formulées pour une même situation)		
Soutien aux professionnels	97	Fournir un appui, un avis complémentaire pour soutenir les professionnels dans leur travail. Parfois ce travail prend la forme de guidance professionnelle.
Concertation	89	La concertation consiste à organiser la réflexion collective du groupe de soignants concernés par une même situation (s'il existe déjà, sinon il faut contacter et réunir les différents professionnels concernés). Chacun expose où il en est de la situation, le travail qu'il effectue auprès de la famille ou de l'un de ses membres, chacun expose ses difficultés ou inquiétudes, ce qu'il 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 réunion de concertation pluri professionnelle donne lieu à un compte rendu diffusé à l'ensemble des intervenants.
Evaluation de la situation	83	Cette proposition est généralement couplée avec une autre : en effet, l'évaluation permet de mieux cerner les situations et aide ainsi à la prise de décision.
Information / Recherche	43	Fournir un renseignement, informer un professionnel sur les structures susceptibles de prendre en charge un patient, rechercher un contact pour aider les professionnels à se mettre en lien,…
Orientation	40	Généralement, en 2ème proposition après évaluation de la situation ou concertation.
Attente active	10	Correspond à des situations pour lesquelles il n'est pas pertinent que le réseau agisse pour le moment défini bien qu'il reste en alerte sur ces situations signalées en attente d'un déblocage, ou autre. Dans ces situations le Dapsa vient régulièrement aux nouvelles pour réitérer d'éventuelles propositions de soutien et s'informer sur l'évolution de la situation.
Hors critères - Orientations vers dispositifs adaptés	10	Si la situation fait l'objet d'un court travail et d'une réponse sans pour autant qu'elle entre dans les critères d'inclusion du réseau.

c) Données sociodémographiques concernant les familles

500 personnes incluses en 2017 (313 adultes et 187 enfants) **6 enfants à naître (non inclus) et 155 enfants de plus de 3 ans non inclus mais concernés par les travaux de concertation** **ATTENTION LES CHIFFRES CORRESPONDENT A LA SITUATION AU 31/12/2017, MEME POUR LES SITUATIONS CLOSES. UNE FEMME ENCEINTE SUIVIE EN 2017 SERA NOTEE COMME MERE SI ELLE ACCOUCHE AVANT LE 31/12/2017**		
LES ADULTES		
Mère	173	Parmi ces 173 mères, 26 étaient enceintes en 2017.
Père	98	Ne sont enregistrés que s'ils occupent (ou ont occupé) un rôle dans la situation familiale
Femme enceinte	6	32 femmes enceintes en file active sur l'ensemble de l'année 2017 dont 6 toujours enceintes au 31/12/2017.
Autre (ami, famille élargie, concubin, ex-conjoint)	9	
Femme	9	Désir de grossesse dans un contexte de vulnérabilité psychique et/ou d'addiction.
Futur père	18	

Age moyen des adultes au moment de la demande

Le calcul des moyennes d'âge ne porte que sur les 295 parents et futurs parents (nous ne prenons pas en compte l'âge des 18 adultes «femmes » ou «autres», à savoir la famille élargie, les amis, ex-conjoint, concubin).
Une limite importante de cette donnée est que l'âge fait d'autant plus sujet et est donc d'autant plus facilement renseigné que les parents ou futurs parents sont jeunes. On peut faire l'hypothèse que les 94 parents ou futurs parents pour lesquels l'âge n'est pas connu auraient fait augmenter la moyenne.

Hommes	33 ans	L'analyse porte sur les 49 hommes (sur 116) ayant communiqué leur âge (ou dont l'âge nous a été communiqué par un partenaire). Sur ces 49 hommes qui déclarent leur âge au moment de la demande, 10 ont strictement moins de 25 ans (dont 2 mineurs).
Femmes	30 ans	L'analyse porte sur les 117 femmes (sur 179) ayant communiqué leur âge (ou dont l'âge nous a été communiqué par un partenaire). Sur ces 117 femmes qui déclarent leur âge, 33 ont strictement moins de 25 ans au moment de la demande (dont 2 mineures).
Dont Femmes enceintes	27 ans	L'analyse porte sur les 20 femmes enceintes (sur 32) ayant communiqué leur âge (ou dont l'âge nous a été communiqué par un partenaire). Sur ces 20 femmes enceintes en 2017 qui déclarent leur âge au moment de la demande, 9 ont moins de 25 ans.

Ressources des adultes (l'analyse porte sur 130/313 adultes pour lesquels l'information est disponible)		
Salaire	46	Informations recueillies auprès des patients ou des partenaires, uniquement si celles-ci ont une utilité liée à la compréhension de la situation.
RSA	31	
Sans ressources	33	
Autre	11	
Indemnité chômage	3	
AAH	6	
Protection sociale des adultes (l'analyse porte sur 92/313 adultes pour lesquels l'information est disponible)		
Sécurité sociale + mutuelle	36	Informations recueillies auprès des patients ou des partenaires, uniquement si celles-ci ont une utilité liée à la compréhension de la situation.
CMU /CMU-C	32	
AME	9	
Sans	13	
Sécurité sociale du conjoint(e)	2	

LES ENFANTS		
187 enfants inclus + 155 de plus de 3 ans non inclus + 6 à naître non inclus + 6 décédés (selon âge au 31 décembre 2017, même pour les dossiers clos)		
Enfants de 0 à 3 mois	17	Ne sont pris en compte ici que les enfants qui font l'objet de la demande. Mais dans les faits, nous n'oublions pas l'existence de la fratrie (plus de trois ans) qui est prise en compte dans le rapport d'activité et dans le suivi bien sûr. Certaines situations concernent plusieurs enfants. Toutes les situations, par définition, incluent des enfants nés ou à naître.
Enfants de 4 à 12 mois	48	
Enfants de 13 à 24 mois	57	
Enfants de 25 à 36 mois	48	
Enfants de 3 à 7 ans inclus au titre de leur vulnérabilité	17	Les enfants de plus de trois ans ne sont pas inclus sauf si un travail d'accès et de continuité des soins est déployé au titre de la présence d'un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité (alcoolisation fœtale, prématurité, hypotrophie, troubles psychiques ou somatiques graves mettant en jeu le développement de l'enfant)
Enfant à naître	6	Les enfants à naître ne sont pas comptabilisés (pas de statut légal) mais ils peuvent être considérés comme "enfants concernés".
Enfants de + de 3 ans non inclus	155	
Enfants décédés	6	

Nombre d'enfants par lieux de vie au moment de la demande (l'analyse ne porte que sur les 187 enfants inclus)		
Domicile du ménage	70	Domicile autonome
Non renseignés	40	Souvent des enfants à naître au moment de la demande, donc sans lieu de vie!
Avec parent(s) hors domicile	35	Centre maternel, hôtel, CHRS,…
Néonatologie	19	
Pouponnière	7	
Placement familial	4	
En attente de décision	4	
Maternité	5	
Domicile d'un autre membre de la famille	2	
Garde alternée	1	
Proportion d'enfants séparés de leurs parents (pour les 147 situations où le lieu de vie est renseigné au moment de l'inclusion)	22%	32 enfants inclus vivent séparés de leurs parents au moment de la demande. Cette situation peut être provisoire (hospitalisation = 13%, domicile d'un autre membre de la famille = 1%) ou durable (placement = 7%).

GROUPE FAMILIAUX – Lors de l'inclusion		
Monoparental - Mère	64	Une mère avec un ou plusieurs enfants
Famille nucléaire	58	
Femme enceinte seule	20	
Couple avec femme enceinte	14	Les deux adultes sont les futurs parents mais n'ont pas encore d'enfants.
Parents séparés	9	Les deux parents sont présents dans la situation mais vivent séparément.
Recomposé	8	L'un des deux adultes n'est pas le parent de l'enfant.
Famille nucléaire avec femme enceinte	6	
Monoparental avec femme enceinte	6	
Autre	6	Situations très confuses où il n'est pas possible de rattacher à l'une des catégories définies au-dessus.
Monsieur seul	1	Situation non incluse d'un homme inquiet des consommations de sa mère.
Recomposé avec femme enceinte	1	L'un des deux adultes n'est pas le parent de l'enfant à naître.

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	76
Hôtel / CHRS	53
Famille	25
Squat / S.D.F	12
Centre maternel	11
Autre	5
Amis	3
Hébergement thérapeutique	2
Non renseigné	6

39 % des situations concernent des groupes familiaux en hébergement autonome, 34 % sont en hébergement social, en hébergement d'urgence, en insertion ou à but thérapeutique, 15 % sont hébergés chez des membres de leur famille ou chez des amis, 6% n'ont pas d'hébergement et 3% des situations sont trop confuses ou fluctuantes pour être rattachées à l'une de ces catégories. Pour 3 % des cas, nous ne disposons pas des informations.

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

ANALYSE DES DIFFERENTS FREINS A L'ACCES AUX SOINS QUE RENCONTRENT LES FAMILLES ET LES PROFESSIONNELS *Ces catégories sont issues du rapport 2014 de la FEDERASIF sur les difficultés d'accès aux soins des patients en situation complexe.*	
FREINS RELATIFS AUX PATIENTS	
Conduites d'évitement	71
Difficulté à prendre en compte les besoins des enfants	56
Problème de continuité dans les suivis	46
Refus des propositions des professionnels	45
Difficulté à prendre des décisions, à formuler des demandes	44
Difficultés à aller vers, troubles relationnels	39
Difficultés d'hébergement	36
Mobilité géographique à l'initiative de la famille	33
Manque d'assiduité dans les soins	29
Frein lié à l'entourage	25
Difficulté pour accomplir les démarches	24
Manque d'information sur les structures	17
Absence ou instabilité dans la couverture santé	12
Difficulté pour l'observance des traitements	11
Pas de possibilité de consultations payantes	9
Difficulté liée au coût des transports	4
Difficulté d'accès aux médicaments (lieu, délivrance, stockage)	3
Difficulté d'accès aux moyens de communication (courrier, téléphone, internet)	2
Incompréhension des informations médicales	2
Total	**508**
Moyenne par famille	**2,63**

Les familles peuvent cumuler différentes difficultés d'accès aux soins, celles-ci étant d'ordres différents (principalement psychiques, relationnelles, matérielles, géographiques,…). Ces freins mettent en difficulté le travail des équipes et illustrent l'intérêt du réseau pour les partenaires et les familles. On enregistre 508 freins pour 193 familles soient en moyenne 2.63 freins par situation familiale.

FREINS RELATIFS AUX PROFESSIONNELS	
Impuissance face à une situation complexe	92
Manque d'information sur les possibilités de prise en charge du territoire	67
Difficulté pour établir un diagnostic	48
Difficulté de partenariat / partenariat inexistant	40
Difficulté pour une rencontre efficace (comprendre les problèmes du patient et se faire comprendre)	31
Isolement professionnel	20
Problèmes avec les représentations	14
Refus de prise en charge par certains professionnels	9
Délai trop long pour le début de prise en charge	7
Total	**328**
Moyenne par famille	**1,70**

Les difficultés d'accès aux soins des patients et familles en situation complexe ne sont pas uniquement le fait des patients eux-mêmes et les professionnels nous font part de leurs propres difficultés dans les prises en charges de ces familles, ces difficultés étant parfois liées aux situations dans lesquelles se trouvent ces familles, mais pas uniquement. On enregistre ici 328 freins pour 193 familles soient 1.7 freins par situation familiale.

FREINS RELATIFS AU SYSTEME DE SANTE	
Impossibilité du maintien dans la structure	20
Soins des étrangers en situation irrégulière	16
Saturation des dispositifs, manque de places	13
Lenteur et lourdeur administrative	9
Eloignement des structures de soins et accès difficiles	8
Mobilité géographique contrainte	1
Total	**67**
Moyenne par famille	**0,35**
Autres freins non rattachables aux catégories ci-dessus : 44	

D'autres difficultés ne relèvent ni des patients ni des professionnels mais plutôt du système de santé au sens large (adaptation des offres de soins, modalités d'accès, modalités d'admission, temporalité). On enregistre 67 freins de cette nature pour 193 familles soit 0.35 frein par situation familiale. Parfois il n'est pas possible de rattacher un « frein à l'accès aux soins » aux catégories ci-dessus (freins personnels, freins professionnels, freins relatifs au système de santé), c'est le cas pour 44 « freins » classés « autres ».

e) <u>Axes de travail développés par le DAPSA, en direction des familles et des partenaires, suite à l'évaluation de chacune des situations</u>

Axes de travail développés dans le cadre des coordinations, en direction des patients adultes (313 adultes)	
Troubles psychologiques adulte	75
Consommations problématiques de substances psychoactives	69
Soutien à la parentalité	59
Difficultés d'accès aux soins et aux institutions	54
Elaborer ou faire émerger un projet, une demande	46
Compétences parentales	43
Trouble du lien / interactions parent-enfant	36
Isolement de l'adulte	31
Problèmes sociaux	23
Troubles somatiques adultes	19
Inquiétudes envers le développement du fœtus	15
Travail sur la violence	8
Complications obstétricales	7
Stigmatisation de l'adulte	4
Total	**489**
Moyenne par adulte	**1,56**

Axes de travail développés dans le cadre des coordinations, en direction des patients enfants (187 enfants inclus)	
Protection des enfants	43
Prévention développement psychomoteur	37
Troubles psychologiques de l'enfant	31
Petit poids / Développement de l'enfant	27
Troubles somatiques enfants	26
Négligence / Besoins de base	16
Maladie / Trouble fonctionnel enfant	13
Maltraitance de l'enfant	2
Total	**195**
Moyenne par enfant inclus	**1,04**

Pour chaque situation qui entre dans le cadre de la coordination il est possible d'enregistrer plusieurs axes de travail. Sur les 193 situations familiales traitées cette année, toutes ont pu faire l'objet de cette analyse. On enregistre en moyenne 1.56 axes de travail "patient adulte" et 1.04 axes de travail « patient enfant » par situation familiale.

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

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

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

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

Axes de travail développés dans le cadre des coordinations, en direction des partenaires professionnels	
Soutien aux professionnels	74
Maintenir, créer un espace de pensée nécessaire pour une situation complexe	69
Assurer un relais de prises en charge	64
S'assurer de l'effectivité de la prise en charge de l'enfant	49
Clarifier, faire circuler l'information entre partenaires	48
Intégration des partenaires / Répartition du travail selon les missions de chacun	44
Soutenir un professionnel isolé	37
S'assurer de l'effectivité de la prise en charge du patient	33
Réorienter le travail suite à une nouvelle évaluation	18
Restitution organisée de l'évolution des prises en charge	16
Travail sur les représentations, stigmatisation des patients	13
Réorienter le travail suite à un événement important	12
Total	**477**
Moyenne par famille	**2,47**

Le même travail que ci-dessus mais cette fois-ci du côté des problématiques des partenaires. L'analyse porte sur l'ensemble des situations familiales. La moyenne est de 2.47 axes de travail en direction des partenaires par situation familiale. Les formulations parfois très ouvertes ("soutien aux professionnels" se rapportent à des situations pour lesquelles le Dapsa est présent en appui et pour lesquelles il est difficile de déterminer dès la demande ce que sera le contenu du travail. Cet outil est "dynamique", les axes de travail peuvent donc évoluer entre le moment de la demande et la sortie de notre file active. Il est possible d'en ajouter si la situation évolue, mais les axes initialement définis restent enregistrés. Le plus souvent les situations commencent par un travail de mise en lien, de continuité entre les partenaires (réunir, faire circuler les informations jugées pertinentes, soutenir, servir de référent,…). Elles peuvent évoluer par la suite vers des travaux plus précis (assurer le relais d'une prise en charge après sortie de maternité par exemple, veiller à ce que chacun comprenne les capacités et limites des partenaires professionnels et des familles afin de construire un projet de soins adapté,…).

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

Nombre de professionnels rencontrés dans le cadre des travaux de coordination en 2017 en fonction de leur métier	
Assistante sociale	247
Infirmier / puériculteur	197
Directeur / Responsable / Chef de service	193
Psychologue	143
Educateur spécialisé	107
Médecin PMI	70
Sage-Femme	57
Psychiatre	55
Pédiatre	52
Autres travailleurs sociaux	39
Educateur de Jeunes Enfants	23
Autre	16
Pédopsychiatre	12
Médecin addictologue	11
Médecin généraliste	10
TISF	10
Gynécologue - Obstétricien	7
Médecin autre	6
Psychomotricien	6
Administratif	5
Néonatologiste	5
Neuropédiatre	3
Orthophoniste	3
Kinésithérapeute / Ostéopathe / Ergothérapeute	2
NON RENSEIGNE	2

Un professionnel est compté ici autant de fois qu'il y a de situations pour lesquelles il intervient, le total avec cette méthode de comptage est de 1281 professionnels. Mais il s'agit en fait de 1019 professionnels différents, certains d'entre eux étant engagés auprès de plusieurs groupes familiaux en file active.

Les professionnels sont enregistrés selon la façon dont ils se présentent : un chef de service sera noté « chef de service » même s'il est puériculteur ou médecin de formation.

Dans l'annuaire des contacts du Dapsa, concernant la file active 2017 :

- 2286 contacts n'interviennent dans aucun des 193 dossiers en file active,
- 837 contacts interviennent dans 1 dossier en file active,
- 124 contacts interviennent dans 2 dossiers en file active,
- 33 contacts interviennent dans 3 dossiers en file active,
- 9 contacts interviennent dans 4 dossiers en file active,
- 7 contacts interviennent dans 5 dossiers en file active,
- 6 contacts interviennent dans 6 dossiers en file active,
- 3 contacts interviennent dans 7 dossiers ou plus en file active,

Au total ce sont 1019 professionnels différents (sur 3306 enregistrés dans notre base de données) qui interviennent sur au moins un dossier en file active en 2017.

Nombre de structures rencontrées dans le cadre des travaux de coordination	
PMI	103
Services sociaux	75
CSAPA / Services d'addictologie / alcoologie	52
Maternité	51
AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	43
ASE / CRIP	41
Hébergement social	37
ELSA	28
Pédopsychiatrie	28
Ecole Creche et autres modes de garde	27
Autres services hospitaliers	24
HAD pédiatrique	20
Néonatologie	20
Autre	18
Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	18
CAMSP / Soins enfant / Education spécialisée	17
Centre maternel et parental	16
Pouponnière / Foyer / MECS / Services de placement familial	16
Autre réseau	12
CAARUD	11
Psychiatrie adulte	8
Libéral	6
HAD obstétrique	4
Justice / SPIP	3
Cure / Postcure	2
Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels	2
Avocats / aide juridictionnelle	1
Total	683

Les structures les plus représentées appartiennent aux secteurs de la périnatalité, des services sociaux, des addictions, de protection de l'enfance, … On retrouve ici un total de 683 structures sachant qu'une structure est comptée autant de fois qu'il y a de situations pour lesquelles elle intervient. En réalité il s'agit de 254 structures qui interviennent sur 1 à 72 situations familiales.

Sur les 628 structures enregistrées dans notre base de données :

- 374 ne sont intervenues sur aucune situation en 2017
- 157 sont intervenues sur 1 situation incluse
- 46 sont intervenues sur 2 situations incluses
- 15 sont intervenues sur 3 situations incluses
- 12 sont intervenues sur 4 situations incluses
- 24 sont intervenues sur 5 situations incluses ou plus (nous donnons le détail pour les dix structures partenaires les plus souvent concernées par l'accompagnement d'une famille incluse)

Structure	Nb de situations 2017 incluses au Dapsa	Structure	Nb de situations 2017 incluses au Dapsa
PMI 75	72	Hôpital Lariboisière maternité niveau 2	14
Services sociaux 75	40	Hôpital Robert Debré ELSA	12
ASE 75	26	Hôpital Port Royal ELSA	10
HAD APHP Pédiatrique	18	PMI 93	10
Horizons CSAPA	17	Olga Spitzer	10

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

Orientations adultes (dont adultes suivis par l'équipe mobile)	
PMI	60 (15)
ASE / CRIP	45 (11)
CSAPA / Services d'addictologie / alcoologie	39 (4)
AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	34 (14)
Psychiatrie adulte	29 (3)
Services sociaux	28 (11)
Justice / SPIP	23 (6)
Maternité	21 (3)
Hébergement social	18 (6)
Autre	17 (5)
Autres services hospitaliers	14 (3)
Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	12 (2)
Pédopsychiatrie	10 (4)
Autre réseau	9 (2)
Centre maternel et parental	9 (2)
ELSA	9 (1)
Avocats / aide juridictionnelle	8 (4)
Libéral	7 (4)
Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels	6 (0)
CAARUD	4 (1)
Cure / Postcure	4 (1)
HAD obstétrique	2 (0)
Total	**408 (102)**
Moyenne par adulte	**1,30**

On enregistre 408 « orientations adultes » pour 313 adultes (parfois plusieurs orientations pour un même adulte).
Il y a 43 familles incluses pour lesquelles aucune orientation adulte n'a été mise en place au 31 décembre 2017, parmi ces 43 familles 7 sont suivies par l'équipe mobile.

Il ne s'agit pas de comptabiliser les orientations proposées par le réseau mais les orientations effectives quelle qu'en soit l'origine (le réseau, les partenaires). Il s'agit de décrire davantage les suivis et prises en charge qui se mettent en place pendant l'inclusion que le travail qui serait le seul fait du Dapsa. En effet, les orientations sont le fait des partenaires, des patients et du Dapsa. D'autres suivis se mettent en place sans constituer réellement des « orientations », nous les enregistrons tout de même ici pour tenir compte de l'ensemble de l'environnement professionnel autour de la famille (ASE, CRIP, Justice,…).

Certains suivis concernent parfois (mais pas toujours) autant les parents que les enfants et apparaissent donc dans les deux catégories (ASE, CRIP, Justice, centre maternel).

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

Orientations enfants (dont enfants suivis par l'équipe mobile)	
PMI	61 (25)
ASE / CRIP	48 (24)
Ecole Crèche et autres modes de garde	35 (23)
AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	30 (19)
Pouponnière / Foyer / MECS / Services de placement familial	25 (10)
Pédopsychiatrie	22 (12)
Autres services hospitaliers	16 (8)
CAMSP / Soins enfant / Education spécialisée	15 (9)
Justice / SPIP	15 (8)
Autre	13 (6)
Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	12 (6)
Libéral	11 (8)
Hébergement social	9 (6)
Centre maternel et parental	6 (4)
Néonatologie	6 (2)
HAD pédiatrique	5 (3)
Réseau de suivi des enfants vulnérables	3 (3)
Autre réseau	2 (0)
Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels	2 (2)
Total	336 (176)

On enregistre 336 orientations enfants pour 187 enfants inclus (parfois plusieurs orientations pour un même enfant).
Il y a 66 familles incluses pour lesquelles aucune orientation enfant n'a été mise en place au 31 décembre 2017, parmi ces 66 familles 6 sont suivies par l'équipe mobile.

h) Analyse des situations closes en 2017

Clôtures de coordination (ventilées par motif de sortie de file active)	**114/193**	**114 situations pour lesquelles un travail de coordination était engagé ont été closes en 2017**
Objectif(s) avai(en)t été formulé(s)	100%	Pour les 114 situations closes, au moins un objectif avait été formulé (les objectifs sont révisés tous les six mois).
Objectif(s) atteint(s)	67	Quand un objectif est noté "atteint", cela n'est pas uniquement le fait de l'action du Dapsa mais également de l'ensemble des professionnels au contact d'une famille, et des patients eux-mêmes.
Dont orientations	23	
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.	58,77%	67/114
Objectifs non atteints:	21	21 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.
Dont partenaire demandeur perdu de vue	9	Nous ne parvenons pas à recontacter les professionnels qui nous avaient sollicités.
Dont autre	3	2 situations où les partenaires ont renoncé à ce qu'ils avaient demandé et 1 situation ouverte deux fois, suite à deux demandes de partenaires différents, avant que le réseau ne s'aperçoive, lors de l'évaluation de la situation, qu'il s'agissait de la même famille. Le doublon de dossiers est donc fermé avec pour motif "autre".
Dont fermeture à la demande de la famille	1	Il y a eu 1 situation pour laquelle nous nous étions fixés un objectif mais où l'intervention proposée a été refusée.
Dont déménagement	2	
Dont patient perdu de vue par le partenaire demandeur	6	
Fin de nécessité ou de pertinence d'intervenir	26	Signifie que ce qui faisait « blocage » a disparu. Il ne s'agit pas d'un "échec", ni d'un "objectif atteint", ni d'une orientation, mais plutôt d'une fin de nécessité d'intervenir pour le Dapsa. La difficulté à travailler pour les professionnels a été levée, en partie du fait de l'intervention du Dapsa (mais pas forcément) mais sans qu'il ne soit nécessaire d'atteindre les objectifs spécifiques que nous nous étions fixés.

Les équipes mobiles arrivées à terme en 2017		
Nombre de situations **closes, suivies par l'équipe mobile, par motif de sortie de file active**	30/56	30 situations ont été closes en 2017. La fin d'intervention de l'équipe mobile ne signifie pas nécessairement que la coordination s'arrête également. 2 familles ont refusé la visite de l'équipe mobile.
Objectif(s) formulé(s)	54/56	Deux familles ont refusé l'intervention de l'équipe mobile, il n'y a donc pas eu d'objectif posé.
Objectif(s) atteint(s)	14	Situations pour lesquelles au moins un objectif avait été formulé (les objectifs sont révisés tous les six mois, il s'agit souvent de déterminer des lieux vers lesquels il s'agit de réussir à orienter). Quand un objectif est noté "atteint", cela n'est pas uniquement le fait de l'action du Dapsa mais également de l'ensemble des professionnels au contact d'une famille, et des patients eux-mêmes.
Pourcentage d'objectifs atteints (parmi les situations closes pour lesquelles au moins un objectif avait été formulé).	47%	14/30
Objectifs non atteints :	8	6 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.
Dont patient perdu de vue par l'équipe mobile	6	
Dont dossiers clos à la demande du patient	2	
Fin de nécessité d'intervenir	6	Un objectif avait été posé mais la situation de blocage a été résolu rendant obsolète l'objectif qui avait été posé.
Refus d'intervention	2	Pas d'objectif formulé

i) <u>Les interventions des salariés en 2017</u>

Actes réalisés en 2017 dans le cadre de l'activité clinique		
Nombre d'interventions directes réalisées en direction <u>des patients</u> (EMEO) :	**1069**	**Soit un temps consacré pour ces prestations en direction des patients de 1234 heures, et un nombre moyen d'actes par groupe familial de 19 actes "patients" (56 familles concernées)**
Visites à domicile (VAD) ou rendez-vous, accompagnements	388	366 VAD réalisées et 22 VAD non annulées et non honorées (patient absent ou ne répondant pas). Les patients ne préviennent pas toujours ou ne peuvent pas toujours prévenir et l'équipe mobile trouve porte close dans 6% des cas.
Entretiens téléphoniques et SMS	608	384 appels / SMS sortants et 224 appels / SMS entrants (en réalité, l'équipe étant régulièrement en déplacement, les appels "sortants" sont souvent des rappels suites à un appel entrant manqué qui n'est pas comptabilisé).
Courriers, mails	45	
Recherches	28	Il peut s'agir d'un travail de recherche d'information sur des points précis (visite d'un enfant à son parent incarcéré, les modalités de parrainage, les possibilités de vacances, lieux d'écoute très spécifique comme le réseau deuil périnatal, etc.)
Nombre d'interventions directes réalisées en direction <u>des professionnels</u> :	**2442**	**Soit un temps consacré pour ces prestations en direction des professionnels de 1938 heures, et un nombre moyen d'actes par groupe familial de 13 actes "partenaires" (193 familles concernées)**
Entretiens téléphoniques	1150	744 appels sortants (en réalité, l'équipe étant régulièrement en déplacement, les appels "sortants" sont souvent des rappels suites à un appel entrant manqué qui n'est pas comptabilisé) et 406 appels entrants
Courriers	789	Papiers, mails
Recherches	37	
Réunion de Concertation Pluridisciplinaire / réunion de synthèse	131	Réunion des différents professionnels au contact d'une même famille et où se déroule le travail de concertation.
Compte-rendu	184	Les réunions de concertation pluridisciplinaires donnent généralement lieu à un compte rendu diffusé aux professionnels impliqués. C'est également le cas pour certaines synthèses ou réunions dont nous n'avons pas l'initiative.
Autres échanges cliniques avec partenaires	151	Discussion avec partenaires lors de rencontres non prévues, à la suite d'un staff, d'un colloque, ou d'une réunion concernant une autre famille…
Nombre TOTAL DES ACTES CLINIQUES (interventions auprès des patients et des partenaires, hors travail en interne)	**3848**	**Soit un temps total consacré pour ces prestations de 3172 heures (hors travaux de préparation interne)**
Temps de préparation interne au Dapsa	**2424 heures**	**Echanges cliniques au sein de l'équipe, réunions cliniques internes, organisation des travaux cliniques, suivi et tenue des dossiers patients, enregistrement de l'activité au quotidien,…**
Temps total consacré au travail clinique : 5596 heures		

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

Le RESIF

Le Dapsa a participé activement à la constitution de la nouvelle structure, la médecin psychiatre coordinatrice ayant été membre du groupe de travail « gouvernance » en 2015. Le Dapsa est membre du collège périnatalité au sein de cette structure depuis février 2016. En 2017 le Dapsa a participé aux travaux du groupe « évaluations » (mutualisation des pratiques d'évaluation, définition de demandes collectives envers l'ARS) et du groupe « pédiatrie-périnatalité » (développement des interconnaissances, travaux transversaux impliquant les différents réseaux).

Le GEGA

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

- Participation au diplôme interuniversitaire en qualité d'intervenants (DIU « Périnatalité et addictions » dispensé conjointement par les facultés de Paris VII, Strasbourg, Montpellier et Nantes)
- réflexions collectives sur nos pratiques de terrain
- présentations scientifiques
- journées thématiques

Conclusions

En 2017 le réseau a poursuivi ses différentes activités, avec une augmentation de 29% de la file active en coordination (150 familles soient 382 patients en 2016 et 193 familles soient 500 patients en 2017).

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
2015	61*	88	**149**	90	59
2016	59	91	**150**	81	69
2017	69	123	**193**	114	79
2018	79				

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

Les événements importants de l'année 2017 :

En 2017 le Dapsa a déménagé ses locaux qu'il occupait depuis sa création, afin de trouver un lieu plus grand et donc plus adapté aux travaux de l'équipe. Ce déménagement permet une amélioration des conditions de travail en permettant aux salariés de disposer de davantage de confidentialité dans les échanges téléphoniques, rendant ainsi l'ensemble des locaux plus silencieux et propices au travail. Différents espaces permettent des travaux en groupes restreints ou plus élargis (jusqu'à 15 professionnels) sans perturber le travail des autres collègues. Ce déménagement n'a pas trop perturbé l'activité et seules trois semaines de flottements, en juillet, ont été nécessaires à l'installation et la prise en main des nouveaux bureaux, situés dans le même immeuble que les précédents.

2017 a également été l'année de départ de la médecin psychiatre qui était à l'origine de la création du réseau. Une page se tourne donc, dans de nouveaux locaux et avec une nouvelle médecin, pédopsychiatre désormais. Le processus de remplacement a été progressif, de l'année 2014, où le Dr Marijo Taboada, fondatrice et directrice du réseau, avait réduit son temps de travail laissant la place au nouveau directeur, au second semestre 2017 où le Dapsa a accueille le Dr Paula Nastasie. D'août à décembre 2017 une période de tuilage a permis de faciliter la prise de poste par le Dr Nastasie, jusqu'au départ du Dr Taboada le 31 décembre 2017.

En 2017 Nathalie Le Bot, sage-femme de l'association, a également quitté le Dapsa après un travail très conséquent en début d'année pour ranger, organiser, enrichir les bases de données de contacts, d'établissements partenaires (ou susceptibles de le devenir). Avec l'augmentation de la file active (+29% en termes de familles, + 31% en termes de patients, +26% en termes de partenaires impliqués dans les travaux d'appui aux professionnels) il est nécessaire pour le réseau de poursuivre le développement de ses outils afin de gagner en confort de travail, en précision des rendus transmis à nos financeurs, en mutualisation entre collègues des ressources identifiées par chacune sur le territoire francilien. Une nouvelle base de donnée a ainsi été mise en place afin de permettre des liens entre professionnels, établissements et familles incluses dans le réseau.

Cette augmentation de la file active a été en grande partie portée par le développement du réseau auprès de professionnels situés hors Paris (+68% entre 2016 et 2017 de demandes d'inclusion émanant de professionnels non parisiens), avec notamment l'appui des réseaux de santé périnatale, et à travers la mise en place des groupes de travail locaux nous permettant, à partir de réflexions portant sur le repérage des vulnérabilités pendant la grossesse et sur l'accès aux soins des familles et nouveau-nés concernés, de développer notre connaissances des ressources franciliennes sur le sujet (et celles de nos partenaires !).

En 2017 un nouveau projet, fruit d'une réflexion de longue date, a vu le jour avec l'appui de la Fondation de France. Ce projet d'appui à des parents dont les enfants sont placés permet, quand le placement d'un enfant entraine le retrait des interlocuteurs de l'adulte (PMI, AEMO, crèche, TISF, centre maternel, dispositif famille du Samu Social, …), de mener un travail permettant de raccrocher ces adultes à des professionnels de façon à ce qu'ils puissent disposer d'espaces soutenant pour eux. Il s'agit pour l'instant d'une expérimentation limitée au territoire parisien mais c'est une pratique que nous aimerions pouvoir développer dans les années à venir, en l'ouvrant aux autres départements franciliens.

Enfin, en 2017 l'équipe a été très mobilisée sur les travaux centrés sur la file active, non seulement du fait de la régionalisation qui se poursuit, mais également du fait du développement des travaux en direction de l'accès aux soins des nouveau-nés pour

lesquels l'équipe et les partenaires identifient des difficultés d'accès et de continuité des soins (mais aussi parfois des difficultés d'évaluation et de prise en compte des retentissements, sur ces enfants, des difficultés de leurs parents). Du fait de ces travaux centrés sur la file active, l'équipe étant restée à effectif presque constant entre 2016 et 2017, nous avons organisés moins de chantiers et d'ateliers que d'autres années. Cependant ces activités devront pouvoir se maintenir de façon à garantir à l'équipe la permanence d'espaces de travail créatifs, mobilisateurs et dégagés des enjeux de prise en charge concernant des familles en particuliers.

Perspectives 2018 :

Les travaux de régionalisation se poursuivront cette année encore, notamment à travers l'organisation des groupes de travail locaux sur les territoires n'ayant pas encore été couverts par cette action. Les groupes du Val de Marne et des Hauts de Seine seront ainsi mis en place au premier semestre 2018 et nous souhaitons pouvoir organisés les groupes qui seront dédiés aux professionnels du Val d'Oise et des Yvelines au second semestre 2018.

Le développement du système d'information du Dapsa se poursuivra avec par exemple un travail permettant de mieux montrer l'individualisation des suivis au niveau des parcours des patients au-delà du parcours de la famille, ou encore avec un travail visant à mieux rendre compte de la dispersion régionale des soins, accompagnements, lieux de vie ou de domiciliation pour les familles incluses dans le réseau.

Un travail d'évaluation interne débutera en 2018 à partir du référentiel d'intervention du réseau qui servira de trame à une réflexion collective de l'équipe. Cela pourra conduire à imaginer des aménagements d'actions, avant d'éventuellement renouveler ou modifier le référentiel d'intervention de l'association (le but étant ici de maintenir une cohérence entre la conception des interventions et la réalité de celles-ci).

Nous souhaitons par ailleurs mettre en place un travail d'étude d'impact auprès des partenaires pour mieux identifier les formes d'appui attendues, au regard de celles effectivement mises en place et de leurs effets sur le sentiment de difficulté des professionnels et sur l'évolution des situations familiales. Nous souhaitons également veiller à l'acceptabilité de ces interventions d'appui pour les professionnels étant amenés à travailler avec le Dapsa sans pour autant avoir été à l'origine de la sollicitation adressée au réseau. Il s'agit là d'un projet qui devra être discuté avec nos interlocuteurs de l'Agence Régionale de Santé de façon à ce qu'il corresponde également à leurs attentes et puisse être soutenu.

Enfin il sera nécessaire d'anticiper la fin de certains projets au 31 décembre 2018 (les groupes de travail locaux, l'expérimentation soutenue par la Fondation de France) et d'imaginer des poursuites possibles et peut-être d'autres projets pour 2019. Pour cela, le séminaire interne du Dapsa sera, comme chaque année, un temps de réflexion et de créativité collective très important.

ANNEXE 1 / COMPARAISON 2014/2015/2016/2017

VARIATION DE L'ACTIVITE DEPUIS 2014

INDICATEURS	2014	2015	2016	2017	Commentaires éventuels
Nombre de situations familiales suivies par le réseau	148	149	150	193	Nette augmentation en 2017 (+29%), à mettre en lien avec les travaux de régionalisation : +68% de demandes adressées par des professionnels non parisiens et +14% de demandes adressées par des professionnels parisiens entre 2016 et 2017
- Dont nouvellement suivies dans l'année concernée	93	88	91	123	
Nombre de familles rencontrées par l'équipe mobile	48	50	45	56	La hausse est à mettre en lien avec la mise en œuvre du projet « Appui à des parents dont les enfants sont placés à l'ASE de Paris » qui constitue une ouverture à de nouveaux objectifs de travail (« lever les entraves de l'adulte faisant barrage à un travail sur la parentalité »). Néanmoins, ces entraves étant d'ordre psychique le plus souvent, il s'agit toujours de favoriser l'accès et la continuité des soins.
- Dont nouvellement rencontrées dans l'année concernée	20	24	20	20	
Nombre total de personnes suivies par le réseau (hors enfants à naître et hors enfants de plus de trois ans non inclus)	331	338	382	500	Nette augmentation en 2017 (+31%) Depuis 2016 le système d'information nous permet de disposer de l'âge des patients en temps réel, soit au 31/12 de l'année concernée (y compris pour les dossiers clos en cours d'année), une femme incluse pendant la grossesse est désormais comptabilisée comme mère (et non plus comme femme enceinte) si elle a accouché avant le 31/12. Parmi les femmes en file active en 2017, 47 étaient enceinte lors de l'inclusion (toutes années d'inclusion confondues), dont 32 qui étaient enceintes en 2017. Parmi ces 32, 26 ont accouché dans l'année et 6 n'avaient pas encore accouché au 31/12.
- Dont mères	93	86	132	173	
- Dont pères	62	67	87	98	
- Dont femmes enceintes	49	54	14	6	
- Dont futurs pères	18	20	1	18	
- Dont femmes	2	4	1	9	
- Dont autres (ami, conjoint, grands-parents,…)	6	9	7	9	
- Dont enfants de 0 à 3 mois	46	42	9	17	
- Dont enfants de 4 à 12 mois	26	19	48	48	
- Dont enfants de 13 à 24 mois	13	21	41	57	
- Dont enfants de 25 à 36 mois	16	16	27	48	
Dont enfants entre 3 et 7 ans inclus au titre de leurs vulnérabilités (prématurité, hypotrophie, SAF/TCAF,...)	nr	nr	15	17	
Nombre d'enfants de plus de trois ans	204	64	94	155	Changement de méthode en 2015 : on ne décrit plus les membres de la famille, on enregistre désormais que les enfants de plus de trois ans faisant l'objet d'un travail avec les partenaires
Nombre d'enfants à naître	49	54	14	6	Depuis 2016 le système d'information permet de disposer de l'âge des enfants en temps réel.

INDICATEURS	2014	2015	2016	2017	Commentaires éventuels
Origines des sollicitations adressées au Dapsa					
PMI	27	27	24	37	On note en 2017 une hausse des demandes venant de lieux dédiés aux enfants (HAD pédiatrique, PMI, AED/AEMO, CAMSP, modes de garde), une légère baisse pour les CSAPA et une hausse des demandes venant des services sociaux et de l'hébergement social. Ces variations doivent toutefois être mises en regard d'une hausse de 29% de la file active.
Maternité / néonatologie	31	25	21	24	
HAD pédiatrique	8	4	9	16	
CSAPA	18	24	19	15	
Hébergement social	7	8	9	14	
ELSA	10	14	11	12	
AED/ AEMO	1	5	6	11	
Centre maternel	4	5	9	9	
Services sociaux	4	3	4	8	
CAMSP	2	0	2	8	
CAARUD	8	4	3	7	
Perso/Entourage	2	5	6	6	
CMP / CMPP / structures psy	5	4	2	6	
Crèche /modes de garde/ école	0	2	3	5	
Réseau de santé	2	2	3	4	
ASE/CRIP	9	7	7	2	
Unité Mère Enfant	7	5	6	2	
Hôpital / clinique (autres services)	1	3	4	2	
Libéral	2	1	1	2	
Pouponnière, MECS, Service de placement familial	0	1	1	2	
Autre (service de guidance périnatale pour personnes en situation de handicap)	0	0	0	1	
Départements d'origine des demandes					
Paris	92	102	109	124	On observe une augmentation sur chaque département et en particulier hors Paris : +68% de demandes adressées par des professionnels non parisiens et +14% de demandes adressées par des professionnels parisiens entre 2016 et 2017. On remarque que les territoires pour lesquels il y a moins de dix demandes dans l'année sont ceux où l'équipe mobile ne démarre pas d'accompagnements.
Seine Saint Denis	18	19	15	17	
Val de Marne	0	6	8	15	
Hauts de Seine	9	4	8	12	
Seine et Marne	25	16	5	8	
Yvelines	1	2	3	7	
Val d'Oise	1	0	0	5	
Autres	1	0	2	3	
Essonne	1	0	0	2	
Troubles ou inquiétudes – concernant les adultes - signalés par le demandeur au moment de la demande					
Troubles psychiques	51	68	58	80	2014 : 351 troubles ou inquiétudes signalés par les partenaires pour 230 adultes soient en moyenne 1.53 troubles ou inquiétudes par adulte. 2015 : 446 troubles ou inquiétudes signalés par les partenaires pour 240 adultes soient en moyenne 1.86 troubles ou inquiétudes par adulte. 2016 : 474 troubles ou inquiétudes signalés par les partenaires pour 242 adultes soient en moyenne 1.96 troubles ou inquiétudes par adulte. 2017 : 621 troubles ou inquiétudes signalés par les partenaires pour 313 adultes soient en moyenne 1.98 troubles ou inquiétudes par adulte. On observe une augmentation continue des troubles ou inquiétudes transmis par les partenaires au sujet des adultes.
SPA - alcool	120	59	65	79	
Autre	22	43	46	72	
Lien parent enfant	6	26	50	66	
Troubles conjugaux	4	36	45	60	
Autre conduites à risques	11	29	33	57	
Violence	16	37	40	47	
SPA - cannabis	37	42	41	46	
Troubles somatiques	11	14	20	33	
SPA - cocaïne et crack	4	21	17	25	
TSO et psychotropes prescrits	38	28	19	14	
Deuil (la catégorie n'existait pas en 2014)	0	9	12	14	
SPA - opiacés	12	15	11	12	
Poly consommations	17	13	10	11	
SPA - Médicaments	2	6	7	5	

INDICATEURS	2014	2015	2016	2017	Commentaires éventuels
Troubles ou inquiétudes – concernant les enfants - signalés par le demandeur au moment de la demande					
Petit poids / développement	31	35	29	36	On enregistrait 150 troubles pour 150 enfants (ou enfants à naître) en 2014, 174 troubles pour 152 enfants (ou enfants à naître) en 2015, 158 troubles pour 154 enfants (ou enfants à naître) en 2016, 204 troubles pour 187 enfants en 2017.
Autre (précarité de la famille, instabilité de l'hébergement, isolement du parent, difficultés liées aux traitements ou troubles de l'adulte, problèmes de mobilité…)	18	32	27	25	
Trouble somatique	13	13	18	25	
Développement fœtal	21	22	22	22	
Trouble du lien/ interactions	24	25	19	19	
Négligence/ Besoins de base	25	21	8	18	
SAF / TCAF / exposition à l'alcool pendant la grossesse	4	4	8	15	
Antécédents familiaux	nr	nr	4	14	
Troubles psychologiques	13	19	10	10	
Manifestations inquiétantes de l'enfant	nr	nr	5	9	
Difficultés d'accès aux soins de l'enfant	nr	nr	6	8	
Maltraitance	1	0	2	3	
Les interventions du réseau centrées sur la file active					
Nombre d'interventions du Dapsa en direction des patients :	1259	974	1253	1069	Après une baisse d'activité de l'équipe mobile en 2015 suite à la fin des interventions de l'équipe mobile en Seine et Marne, l'activité est repartie à la hausse en 2016. En 2017 on observe une baisse du nombre d'interventions globales mais une hausse de 45% du nombre de visites à domicile, d'où l'augmentation du nombre d'heures consacrées aux travaux directes envers les patients. Cette hausse est principalement le fait des interventions de la psychomotricienne davantage sollicitée en 2017 pour soutenir l'accès aux soins des enfants (prévention, évaluation, sensibilisation des parents, orientation).
- Dont Visites à domicile	292	265	268	388	
- Dont Echanges téléphoniques, courriers, SMS, mails	938	689	949	653	
- Dont Autres	29	20	36	28	
Heures d'intervention en direction des patients	1067	867	1114	1234	
Nombre d'interventions du Dapsa en direction des partenaires :	1440	2057	2183	2442	L'augmentation correspond à la hausse de la file active à effectif quasi-constant entre 2016 et 2017. Les travaux centrés sur la file active étant en augmentation, d'autres projets du réseau sont en diminution (chantiers, ateliers).
- Dont Echanges téléphoniques, courriers, SMS, mails	1261	1751	1839	1939	
- Dont réunion (RCP, synthèses,…)	86	95	107	131	
- Dont Autres	93	211	237	372	
Heures d'intervention en direction des partenaires	1191	1501	1562	1938	
Heures de travaux cliniques en interne	1696	2460	2476	2424	S'agissant principalement de temps de réunion clinique en interne et des temps d'enregistrement de l'activité clinique, on observe que le temps consacré par groupe familial diminue (16h30 par famille en 2016 et 12h30 en 2017, ce à quoi nous devons être vigilants pour garantir la qualité des interventions).
Nombre de situations closes dans l'année :	89	90	81	114	Les pourcentages sont relativement stables depuis 2014. L'augmentation du nombre de situations incluses ne signifie donc pas qu'elles soient moins complexes qu'auparavant.
- Dont objectif atteint	63%	61%	57%	59%	
- Dont objectifs non atteints	18%	20%	23%	18%	
- Dont fin de nécessité d'intervenir	19%	19%	20%	23%	
Nombre de situations closes dans l'année et suivies par l'équipe mobile :	16	24	13	30	Les pourcentages sont relativement stables depuis 2014. L'augmentation du nombre de situations incluses ne signifie donc pas qu'elles soient moins complexes qu'auparavant.
- Dont objectif atteint	44%	50%	46%	47%	
- Dont objectifs non atteints	31%	25%	31%	27%	
- Dont fin de nécessité d'intervenir	6%	4%	15%	20%	
- Dont Refus d'intervention	19%	21%	8%	6%	

ANNEXE 2 / PROTOCOLE DE TRAITEMENT DES SITUATIONS CLINIQUES

1) <u>Accueil téléphonique par un membre de l'équipe de coordination :</u>

- 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) <u>Séance de réflexion collective (interne au Dapsa) :</u>

- 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) <u>Proposition :</u>

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) <u>Propositions :</u>

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.

<u>Impact recherché :</u>

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 :	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)	- 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**

Addictions, développement précoce et stratégies de holding

Équipe du réseau DAPSA[1]

Résumé
Nous présentons un dispositif et une proposition de travail qui visent à constituer un groupe soignant prévenant autour des familles pour lesquelles les problématiques addictives des parents peuvent faire craindre des difficultés pour le développement précoce de l'enfant. Ce travail exige de prendre en compte les représentations des personnes concernées, aussi bien patients que professionnels, afin de repérer les freins à l'accès aux soins, mais aussi les pistes rendant le soin acceptable. Si l'objectif déclaré est de permettre au parent de devenir aidant de son enfant, cette aide peut en revanche prendre des formes diverses.

Mots-clés
Addictions, troubles psychiques, parentalité, développement de l'enfant, interactions, subjectivation.

En guise de préambule

Le Dapsa est un réseau qui a pour mission de favoriser l'accès et la continuité des soins quand les parents, ou futurs parents, souffrent de troubles psychiques et/ou somatiques, notamment en lien avec une consommation problématique de substances psycho-actives, licites ou illicites. Le DAPSA intervient pendant les périodes pré- et postnatales, en direction de femmes enceintes, de futurs pères, de parents et de leurs enfants jusqu'à l'âge de trois ans. Permettre un accès aux soins ne se limite pas aux aspects économiques, ni même réglementaires, même si ces points ne sont pas à négliger. Le DAPSA se concentre plus sur les obstacles intimes, les points qui vont faire résistance à la proposition de soins faite par le professionnel de proximité.

En tant que réseau, le DAPSA a pour vocation le travail en direction des professionnels mais dans le cadre de l'accès aux soins, il a également développé « une équipe mobile » pouvant intervenir directement auprès des groupes familiaux. Le Dapsa comprend un directeur et une assistante, une psychiatre, une psychomotricienne, deux psychologues, trois travailleurs sociaux, une sage-femme, la plupart à temps partiel. La majorité des membres de l'équipe peuvent faire partie de l'équipe mobile, avec les familles, ou de la concertation, avec les professionnels. Le choix de l'intervenant ne dépend pas que de sa profession (le caractère, l'âge, ce qu'on suppose du lien possible à venir…)
Les demandes proviennent principalement des PMI, maternités et services de néonatologie, HAD ou du secteur d'addictologie, CSAPA[2] ou CAARUD[3] ; dans une moindre mesure de l'ASE, centres maternels ou crèches.

Nous avons fait le choix d'un écrit collectif, signé réseau DAPSA, car il nous a semblé que c'était la meilleure manière de mettre en évidence l'importance de la confrontation des idées pour la construction de ce dispositif d'accompagnement et, plus généralement, pour le travail en réseau.

Un préalable

Les questions portant sur le développement de l'enfant lorsque les parents, la mère bien sûr, mais le père aussi, consomment des produits psychotropes, exigent de repérer et d'interroger les différents termes qui les composent. Il va falloir se méfier des causalités apparentes et plusieurs facteurs susceptibles d'entraver le développement harmonieux de l'enfant doivent être repérés et évalués. Au delà de l'imprégnation fœtale, il faut

[1]Réseau de Santé DAPSA (Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires), 59 rue Meslay, 75003 PARIS. reseau@dapsa.org

[2]Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

[3]Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues

tenir compte du rapport au produit que le parent peut avoir, mais aussi des structures psychopathologiques à l'œuvre. Enfin, n'oublions pas les conditions sociales qui peuvent venir entraver les efforts que les uns et les autres, et notamment les parents, peuvent mettre en œuvre pour soutenir leur enfant.
En premier lieu, il faut évidemment évoquer les effets des différentes substances considérées sur la grossesse, et les éventuels accidents obstétricaux observés et sur le fœtus et sur son développement *in utero*. Toutefois, nous avons fait le choix de n'en faire ici qu'une présentation succincte. En effet les études sont nombreuses, mais aussi de qualité inégale, et en faire la méta-analyse alourdirait inutilement le propos. Nous renvoyons le lecteur à des articles et ouvrages faisant le point sur cette question. Toutefois, nous évoquerons quelques points importants, soulignant la difficulté de mener ces études, d'en analyser les résultats et surtout ce qu'elles peuvent nous apporter dans la pratique. En premier lieu, et ce point est régulièrement rappelé par le Pr Claude Lejeune[4], les consommateurs de substances psychoactives en utilisant rarement une seule, il est donc difficile de rapporter un effet à une substance précise et même à une dose précise ; notamment pour les substances illicites, les quantités de produits actifs sont variables et méconnues habituellement.

De plus, il peut y avoir des produits de coupage dans les drogues de rue, tout aussi inconnus, mais dont les effets peuvent également être délétères. Nous avons donc plus de certitudes pour les produits licites, notamment l'alcool[5] et le tabac, mais aussi les médicaments[6]. Nous voudrions également préciser que l'usage de ces produits comporte indéniablement un accroissement des risques. Un accroissement des risques veut dire que le risque existe en dehors de ces consommations d'une part et qu'il faut se méfier de conclusions hâtives d'autant que d'autres facteurs environnementaux peuvent également engendrer des atteintes fœtales (pollution, particules fines, perturbateurs endocriniens), facteurs qui exigeraient une plus grande vigilance de la part du corps social. Les possibilités de développement d'un enfant dépendent certes de son état somatique et psychique, mais aussi de sa sécurité affective et environnementale, de l'attention, des attentions que ses parents, mais aussi que d'autres adultes et enfants, pourront lui apporter. Nous nous attacherons ici à décrire quels sont les dispositifs que nous tentons de mettre en place pour favoriser cette attention et donc le meilleur développement possible de cet enfant.

Des principes généraux de travail

La création du dispositif est adossée aux travaux concernant la constitution de groupes soignants (Kaës, Racamier) et les expériences en soins périnatals (Lebovici, Golse) :

- Proposer aux intervenants impliqués auprès du groupe familial de travailler en réseau, constituant un groupe « soignant » pour cheminer et réfléchir ensemble pendant cette période,
- Accompagner ce travail en réseau de professionnels hétérogènes (métiers, institutions, missions), leurs actions n'ayant pas le même destinataire (le parent, l'adulte, l'enfant, la famille…) en maintenant un fil rouge, gage d'une continuité dans la coordination des différentes interventions et propositions faites à la famille même en situation de conflit.

L'« accompagnant » du groupe soignant ne rencontre jamais la famille, se préservant d'avoir un avis personnel pour rester à l'écoute des points de vue diversifiés et complémentaires des différents intervenants en place ou pressentis pour intervenir. Ce groupe peut proposer parallèlement un ou des interlocuteurs à la famille afin de l'accompagner dans sa propre réflexion sur sa situation et sur les interventions qui lui sont proposées… et l'aider à élaborer son ou ses propres projets.

Ce dispositif a pour objectif d'offrir un espace et un temps pour penser et donner du sens aux actions et aux

[4]Lejeune C. Addiction et grossesse. EMC - Obstétrique/Gynécologie 2015;0(0):1-10 [Article 5-048-P-10].

[5] Pour l'alcool, on trouvera de nombreuses descriptions de ce qu'il est convenu d'appeler le « SAF complet », les dysmorphies faciales permettant souvent un diagnostic précoce. Pour les atteintes dont les symptomes se manifestent plus tardivement, les troubles du développement constatés sont plus difficiles à rattacher à leur cause si on n'a pas connaissance de l'alcoolisation foetale. Nous renvoyons pour ces points aux travaux de recherche du Dr David Germanaud. Voir en particulier : Toutain S., Germanaud D. Exposition prénatale à l'alcool et troubles causés par l'alcoolisation fœtale. *In* INSERM. Déficience Intellectuelle. Expertise collective: Les éditions Inserm, Paris, 2015 *In Press.*

[6] Pour les risques liés aux différents médicaments pendant la grossesse et l'allaitement, nous recommandons de se référer au Centre de Référence des Agents Tératogènes qui met en ligne les risques encourus et différentes recommandations tout à fait utiles : www.lecrat.org

accompagnements proposés ou imposés à la famille ou à ses membres. Le DAPSA est opérant dans les situations particulièrement complexes, pour lesquelles les professionnels en place se sentent à un moment donné démunis, voire incompétents. Il permet, outre la traversée de la période périlleuse sans lâcher la famille, de comprendre les enjeux et les limites des interventions des différents services, de renforcer les liens de travail entre les structures en place et d'éviter un sentiment de solitude, d'usure ou de désespérance, obérant l'investissement ultérieur face à des situations familiales similaires.

Notre propos va tenter d'articuler trois axes qui sous-tendent l'action du DAPSA depuis sa création :

- La construction d'un cadre de travail articulant les missions et les propositions des différentes institutions et professionnels travaillant auprès des familles et des membres qui les composent ;
- Le travail s'adosse essentiellement aux théories de la psychothérapie institutionnelle[7]. La construction d'un « espace de pensée » s'adresse aux familles accompagnées, certes, mais aussi au groupe soignant, groupe qui est lui-même accompagné ;
- La confrontation de cet « idéal soignant » à la réalité du terrain, réalité qui pèse sur les familles et sur les intervenants, réalités sociales et politiques, réalités des représentations ; ceci implique une sorte de co-construction des actions avec nos partenaires.

Nous établissons un rapport dialectique entre ces trois axes. Ils vont donc pouvoir se déformer, s'adapter, se modifier. Toutefois, même si parfois le phénomène nous échappe, ces mouvements de l'un ou l'autre axe sont analysés au regard des deux autres afin d'éviter une dérive excessive qui nous éloignerait des fondements éthiques et cliniques de notre réseau. Cette méthode de travail a été, est toujours, soumise à rude épreuve lorsque nous avons élargi notre proposition de travail. À l'origine, il y a une vingtaine d'années, le réseau avait été pensé et construit autour des situations complexes, et plus particulièrement sur la question de l'accès aux soins des adultes, futurs parents ou parents de jeunes enfants. Certes, le DAPSA, par définition, est sollicité dans les situations complexes, où on se trouve face à un enchevêtrement de problématiques, une superposition d'intervenants, une certaine désorganisation sociale, ou plutôt une trop grande organisation sociale, etc.

Il fallait déjà mettre en tension le souhait des professionnels que la mère, le père « se fassent soigner », les questions relatives au bien-être, voire à la protection de l'enfant, articuler des temporalités à la fois irréductibles et contradictoires[8]. Il fallait ouvrir parfois et supporter toujours le chemin relativement long dans les situations d'addiction. Repérer sa dépendance, en souffrir, se dire qu'on pourrait tenter d'en sortir, trouver le lieu, l'interlocuteur avec qui ce chemin sera possible, se confronter alors à l'émergence de pensées que l'usage de produits avait parfois permis de maintenir cachées.

Le principe de travail est néanmoins d'une extrême simplicité : il s'agit d'offrir un espace de pensée afin que celle-ci puisse devenir fluide, se libérer, même modestement, même furtivement, des contraintes, idées reçues, appréhensions, représentations qui nous envahissent, que nous soyons patient ou intervenant. Pour ce faire le DAPSA tente de créer deux espaces : l'un dédié aux professionnels, l'autre dédié aux familles. La composition du groupe de professionnels est très variable selon les situations. Il peut comporter de très nombreux professionnels et institutions ou, au contraire, personne dans un premier temps. Il se construit petit à petit. Mais notre premier souci est que des professionnels de l'enfance, et plus particulièrement la PMI[9], soient auprès de l'enfant et de sa famille.

À force de côtoyer les professionnels de l'enfance, mais en rencontrant les enfants lors des visites à domicile[10], la question de l'accès aux soins des très jeunes enfants s'est posée à nous. Bien sûr, globalement dans notre pays développé, des services de soins compétents existent. La plupart des enfants, lorsque cela est nécessaire, trouvent certainement le lieu de soin le plus adéquat. Toutefois, un certain nombre échappe au maillage pour des raisons complexes, liées au système de soins, ou à la difficulté des parents à mettre en œuvre un programme de suivi adapté et rigoureux. De plus, il faut noter que, sur le plan de la santé psychique, les moyens publics ne

[7]Nous reprenons ici la définition de Jean Oury : " *méthode permettant de créer une aire de vie avec un tissu inter-relationnel, où apparaissent les notions de champ social, de champ de signification, de rapport complémentaire, permettant la création de champs transférentiels multi-focaux* ."

[8] Conjugaison(s), Marijo Taboada in Connexions n°100- 2013/2 Éditions Érès

[9]Protection Maternelle et Infantile.

[10]le DAPSA ne dispose pas de lieu de consultation. Il fait des VAD, domicile étant entendu comme « lieu où le parent accepte la rencontre". On peut donc rencontrer les aînés au domicile.

sont pas à la hauteur d'un pays développé. Le délai avant un rendez-vous en CMP ou en CAMSP[11] ne serait pas toléré s'il s'agissait de maladies somatiques, et certains soignants, psychologues ou psychomotriciens libéraux, sont difficilement accessibles pour les familles à revenus modestes.

Nous avons donc élargi notre champ d'intervention et avons intégré la question de l'accès aux soins des petits enfants vulnérables à notre réflexion. Mais il ne s'agit pas d'un simple ajout. Ce travail a impliqué de construire de nouveau le réseau, car un enfant n'est pas un adulte en miniature. Il fallait tout repenser sans déroger pour autant à nos principes fondateurs. Pour des raisons tenant à notre histoire, notre premier souci a été le repérage et la prise en charge des troubles du développement liés à l'alcoolisation fœtale. De toutes les substances psychoactives, l'alcool est probablement la plus délétère en phase prénatale et d'ailleurs assez bien documentée. Toutefois, dans un pays aux traditions viti-vinicoles bien ancrées, et même si des avancées peuventêtre relevées depuis une dizaine d'années, il nous a semblé que bien souvent le diagnostic et les propositions de soins étaient tardives, ce qui est une perte de chance pour ces enfants.

Dans le cadre de cet accès aux soins des jeunes enfants, on peut tout aussi bien se trouver face à un enfant ayant des difficultés propres de développement et dont le parent peine à s'occuper qu'à des enfants « bien portants » mais dont le développement peut être entravé car son parent est absorbé par ses propres difficultés psychiques (dont parfois une addiction, mais pas forcément, et pas que les addictions). Le premier axe a été un travail d'approfondissement de la question avec nos partenaires, sous forme de groupes de réflexion départementaux, travail actuellement en cours. Toutefois, des grandes pistes de travail peuvent d'ores et déjà être définies, pistes que Tommy Caroff, directeur du DAPSA, a mis en forme. Nous reprenons ici les parties concernant le suivi du développement de l'enfant, la question du repérage en prénatal étant d'une autre nature... La longue citation qui suit est extraite de l'un des groupes de travail :

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

Nous souhaitons créer un dispositif favorisant l'accès aux soins de ces enfants en leur permettant de bénéficier de bilans réguliers. Ces bilans peuvent permettre de rassurer la famille et les partenaires professionnels s'ils ne révèlent pas de trouble et permettent de repérer les progrès de l'enfant. Ils peuvent aussi repérer précocement l'émergence d'éventuelles difficultés afin de faire les propositions de suivis adaptés à la situation de ces enfants, de façon à maximiser leurs chances de progresser. Par ailleurs, si des troubles causés par l'alcoolisation fœtale sont repérés, cela permet de prendre en compte la cause organique à l'origine des difficultés de l'enfant et de ne plus attribuer uniquement ces difficultés à un défaut de compétences éducatives des parents. Dans cette perspective, le dispositif s'appuie sur les réseaux pédiatriques franciliens (réseaux de suivi des enfants vulnérables qui, dans chaque département d'Île de France, organisent l'accès des enfants à des bilans réguliers de la naissance aux sept ans). Quand l'inclusion dans un réseau pédiatrique n'est pas possible, le dispositif s'appuie sur tous les autres partenaires du DAPSAs'occupant de la santé des enfants.

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

Un certain nombre de difficultés que nous anticipions avant de nous lancer ont été mises en discussion. D'autres ont été identifiées par la suite grâce aux apports des partenaires. Nous avions commencé par réfléchir à l'annonce du handicap et par l'annonce du risque qu'un handicap apparaisse au cours du développement. Ce sujet, d'ordinaire très délicat car comportant un risque de rupture de liens avec les familles, un risque de rejet du corps médical, de déni, pouvait s'avérer épineux dans le cadre de notre projet. Nous avons également échangé avec les professionnels autour d'un risque lié à la dramatisation du suivi pédiatrique (en particulier si l'objet de celui-ci est de déceler des difficultés), faisant vivre aux parents l'angoisse de l'incertitude face à la possibilité qu'un bilan vienne un jour poser un diagnostic de handicap ou du moins un besoin de soins. Ces échanges ont débouché sur une discussion autour du cheminement à mettre en place avec les familles, sans les heurter, et du risque de déni à prendre en compte : le déni des familles, le déni « protecteur » des partenaires professionnels, induits par la crainte que les bilans ne puissent déboucher sur des prises en charge faute de disponibilités en aval, induits par la volonté de protéger les familles de l'angoisse générée par l'annonce de troubles chez

[11] Centre médico-psychologique et Centre d'action médico-sociale précoce.

l'enfant.

Articuler des temporalités différentes

Des décalages possibles sont apparus entre :

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

Ces décalages temporels peuvent être d'autant plus importants si le dispositif n'a pu être introduit auprès de tous en anténatal. L'« adhésion », souvent présentée comme un préalable aux soins, nous paraissait à la fois très présente dans les prises de position des partenaires professionnels et peu interrogée ou déconstruite, si bien qu'un certain flou semble entourer cette notion (acceptation, accord passif, implication, participation, soumission,...).(…) Il parait parfois difficile de dissocier les besoins de soins des parents de ceux des enfants, ce qui peut empêcher d'avancer, en particulier si un mieux-être du parent est attendu comme préalable au soutien de l'enfant. Que faire lorsque ce soin « adulte » est inopérant ou inscrit dans une temporalité très éloignée de celle de l'enfant ? Que faire quand les soins, dans lesquels le parent s'est engagé, provoquent un malaise plus important encore ?

Problématiques croisées, travail pluridisciplinaire

(…) Si les professionnels du suivi de grossesse et de maternité ne sont « que de passage » dans la vie de ces femmes, d'autres s'inscrivent dans un temps plus long et peuvent ainsi représenter d'importants appuis, à la fois pour les femmes et pour les professionnels en charge de la grossesse et de la naissance. Le médecin traitant, le CSAPA, le service de psychiatrie ou de pédopsychiatrie, le service social, le CAMSP (au titre du suivi des aînés), peuvent disposer de ressources utiles pour les professionnels du suivi de grossesse.

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

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

Quelques enseignements

Le travail avec les professionnels au contact des familles concernées nous permet d'avancer dans la conceptualisation de ce dispositif en nous permettant d'identifier certaines des problématiques dont il faudra tenir compte dans le traitement des situations cliniques à venir. Si les consommations d'alcool ont pu être parlées en anténatal, si les femmes ont pu entendre un discours de prévention de la part des professionnels et se voir présenter les risques de syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), en l'absence de SAF et de dysmorphies du bébé à la naissance, comment respecter le soulagement de la mère (et des professionnels !) tout en introduisant le besoin de soutien et de vigilance à l'égard de l'enfant ? Comment faire en sorte que cette naissance «apparemment rassurante» ne nuise pas à la vigilance de la mère quant à l'état de santé de l'enfant ou quant à ses consommations pour ses futures grossesses ?

En maternité et en néonatologie, quelle place consacrer à cette vigilance en direction des enfants quand celle-ci doit cohabiter avec d'autres préoccupations plus immédiates (les conditions de sortie, le soutien des liens mère-enfants, les besoins de soins de la mère, les questions d'hébergement, de protection de l'enfance, d'intégration de l'entourage dans les projets, les liens avec les équipes en aval – PMI, CAMSP, TISF,...) ? Faut-il, ou comment accepter les oscillations de la vigilance des professionnels et des familles, quand ceux-ci se sentent rassurés par les observations de l'enfant ? Comment aider les parents à devenir eux-mêmes aidants de leur enfant ? Au-delà de ces questionnements nous retiendrons également des freins et leviers que ces réflexions ont permis de mettre en lumière.

Ainsi du côté des appuis possibles quelques idées ont été mises en avant. La précocité du repérage des situations de femmes enceintes

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

Enfin, la capacité à favoriser l'alliance entre parents et professionnels par la bienveillance et la valorisation dont manquent souvent les parents concernés a été évoquée par les partenaires comme étant un point d'appui permettant de prévenir les risques de décrochage. Cela-dit, notons que si la bienveillance est de règle, elle peut être mise à mal : « Les compétences des parents ne sautent pas toujours aux yeux, les professionnels confrontés à ces situations ne traversent pas naturellement des mouvements bienveillants, la bienveillance dépendant du caractère supportable ou non de ce que montrent ces parents [...] Le risque de faire semblant entre professionnels est très présent... faire semblant de ne pas voir, faire semblant que tout n'est pas si noir et du coup s'interdire de voir la gravité de certaines situations ».

À partir, ou plutôt grâce à ce cadre général, nous allons pouvoir déployer nos deux autres axes : la construction d'un espace de pensée et la confrontation de notre utopie à la réalité de la vraie vie.

Création des espaces de pensée : Clarifier ce qu'on appelle « addiction »

La construction d'un espace de pensée exige de pouvoir interroger une sorte de « prêt à penser » qui renvoie les uns et les autres à des images toutes faites, voire à une sorte de paralysie. Dans le cas qui nous intéresse, les addictions, les représentations sont à l'œuvre, mais aussi les représentations sur les représentations… Ainsi, selon notre appartenance générationnelle, on peut en rester au « junky » des années 60 ou banaliser le terme (« je suis accro au chocolat »). Le concept même d'addiction, vulgarisé, recouvre des réalités très diverses pouvant conduire à des malentendus dommageables pour l'accompagnement aussi bien des parents que des enfants. Pour le sujet qui nous intéresse, il importe de bien dissocier l'usage d'une substance psychoactive de l'addiction ou dépendance pathologique.

Dans le premier cas, pour simplifier, le rapport au produit peut être variable, généralement pas trop mal géré par l'usager, parfois sous-tendu par d'autres problématiques (phénomènes de groupe, usages collectifs et festifs, utilisation passagère liée à une « déprime)… Pour autant, si cet usage, en lui-même, n'est pas forcément source de problèmes, dans certaines situations il peut être délétère (alcool et conduite automobile ou grossesse, mélange psychotropes-alcool pendant des soirées festives, par exemple), c'est-à-dire des situations où la perte de contrôle peut conduire à des situations de risque pour soi-même ou autrui. Dans la situation de dépendance pathologique, c'est ce qui sous-tend cette dépendance qui doit être l'objet de notre attention, qui peut faire obstacle à l'établissement de liens, au-delà des effets passagers des substances.

Cette mise à plat permet aussi de travailler un point important : l'usage de produit met-il en péril les capacités éducatives d'un parent ? Souvent, dans une inquiétude bien compréhensible de la sécurité de l'enfant, les professionnels interrogent la permanence de l'usage de SPA (substances psychoactives). Or on peut voir une mère usant de produits de façon à privilégier la sécurité de son enfant, mais aussi une mère tentant désespérément l'abstinence au prix d'une anxiété la rendant psychiquement fort peu disponible à l'enfant. Ici aussi il faudrait pouvoir distinguer les effets aigüs des produits (par exemple l'ivresse) rendant les gestes malhabiles ou pouvant mettre en danger d'accident l'enfant qui est sur une table à langer et la fonction des produits qui peut absorber le parent, mais qui peut parfois aussi atténuer sa douleur interne, sorte d'automédication, ce qui lui permet d'être plus ouvert au monde, et donc à son enfant.

La prise en compte des addictions, ou plutôt de la façon qu'ont les parents de nous informer qu'il y a quelque chose à voir de ce côté, c'est de nous dire que justement nous nous devons de regarder d'un peu plus près. Le problème avec les addictions c'est qu'elles fonctionnent comme un spot : la lumière attire le regard et éclaire l'avant-scène mais accentue l'obscurité derrière. À nous de veiller à ne pas être trop ébloui, même si nous devons accepter, longtemps, parfois toujours, de ne pas évoquer explicitement ce que nous avons entr'aperçu dans l'ombre.

La réflexion de ce qui pourra devenir un groupe soignant autour de ce qu'on appelle de façon réductrice

« addiction » permet de prendre au sérieux, de respecter ce qui cause souci à tel ou tel intervenant, pour qui tout ça est « compliqué ». Mais en complexifiant, en sortant de la causalité univalente (si on réduit la cause, l'usage du produit, le problème sera réglé), on introduit la possibilité d'aborder ce qu'il en est de la dynamique psychique du groupe familial et de chacun des membres qui le compose[12]. La difficulté pour créer cet espace de pensée fécond est de pouvoir décaler quelque peu la question de l'addiction comme causalité majeure, voire unique, du dysfonctionnement pour ouvrir le questionnement à la dynamique personnelle du parent, de l'enfant, de la dyade ou du groupe familial, mais aussi de l'enfant encore actif chez le parent.

Ce point – ne pas faire de l'addiction l'objet central de la préoccupation – doit être travaillé aussi bien avec les professionnels qu'avec les membres de la famille. Mais, comme dans les arts martiaux, il ne s'agit pas d'aller d'emblée à l'encontre de cette idée car, dans le meilleur des cas, nous ne serons pas entendus, dans le pire, cette tentative sera perçue comme un manque d'intérêt, une posture disqualifiante, voiremépprisante. Une idée reçue se combat plus facilement si elle est dans un premier temps acceptée comme constitutive du sujet qui la porte. Après, seulement après, on pourra introduire un questionnement, un étonnement, qui permettra au sujet lui-même d'interroger cette idée, de l'enrichir, de l'amender… ou de la maintenir car une idée reçue n'est pas forcément une idée fausse. [13]

Cela est vrai pour le patient aussi. Parfois la préoccupation pour le produit est obsédante et il faut bien en tenir compte. En effet, si on essaye trop vite de ne pas s'intéresser au produit, le patient nous le rappelle, soit verbalement (vous n'avez pas oublié que je suis toxicomane ?) soit en nous rencontrant en état manifeste d'ébriété ou de défonce. Nous cheminons ainsi, avec les professionnels partenaires et avec les patients - qu'on pourrait appeler partenaires aussi - avec des sous-pensées et des sous-textes que nous taisons, abritons jusqu'à ce qu'ils puissent venir au jour. J'introduis ici la notion de patient-partenaire pour une raison bien précise. Ce concept existe effectivement dans le cadre de la capacitation et de l'*empowerment*. Mais dans le cas qui nous occupe - le développement de l'enfant dans une situation d'addiction - l'objectif est que le parent puisse prendre soin de son enfant alors même qu'il est encore en difficulté avec une substance ou des problématiques psychiques complexes.

Il nous faut ici distinguer le parent, la mère qui ne peut, dans une sorte de dénégation, évoquer explicitement les difficultés de son enfant, de celui, celle qui ne voit pas cette difficulté, dans quelque chose qui serait plus proche du déni.[14] Lorsqu'on se trouve dans une situation de dépendance pathologique, les problématiques infantiles que le sujet a tenté d'amoindrir, d'annuler, d'oublier grâce au(x) produit(s) sont réactivées à l'arrivée de l'enfant - ce qui est vrai pour la plupart des femmes pendant la grossesse et le processus de maternalité. Ce processus de maternalité implique des réaménagements psychiques, ce qui est difficile pour certains sujets, notamment ceux qui n'ont pas eu leur content/comptant d'enfance. Ce point est très important à travailler. Pour des raisons parfaitement légitimes, on soutient le parent et on l'aide à développer ses capacités parentales. Ce mouvement permet de soutenir l'enfant et le parent pourrait accroître « l'estime de soi ». Or, pour que l'adulte puisse soutenir son enfant et non vivre et tenter de réparer sa propre enfance à travers son enfant, il nous parait important de prendre soin du « grand bébé » autant que du bébé actuel.

Et dans la vraie vie…

Face aux addictions, on est souvent happé vers un raisonnement binaire : Le produit est le « mauvais objet » qu'il faut éliminer afin de retrouver du bon : une bonne mère, une bonne famille, de bonnes conditions de vie pour l'enfant. Il nous faut noter ici que les choses ont évolué depuis vingt ans. L'accent est mis sur le « mauvais objet » et non plus sur la mauvaise mère… jusqu'à ce qu'une sorte de désespérance accable les professionnels lorsqu'ils ont le sentiment de ne pas pouvoir développer leurs propres compétences. Le plus souvent, si la mère, parfois le père, montre des signes de détresse, *a fortiori* si des soupçons de violences conjugales existent, les professionnels manifestent leur préoccupation. Il y a évidemment l'idée qu'un enfant a besoin que son parent

[12]On pourrait dire que la complexification réduit la complication…

[13] Comme disait René Angelergues : « pour suivre un patient, il faut savoir ne pas le précéder ».

[14] Je tiens à préciser ici que dans le langage courant, il fait souvent mention du « déni « , notamment du déni de la consommation de SPA alors qu'il s'agit de personnes qui « nient » cette consommation (c'est-à-dire qui « n'avouent pas ») Ce sont deux mécanismes qu'il faut distinguer, le déni étant du registre de l'inconscient.
De plus, l'aveu n'est guère opérant….

aille bien pour pouvoir grandir et s'autonomiser. Mais il existe un souci authentique pour ce parent qui peut parfois monopoliser l'attention de tous. Insensiblement, on passe du souci pour ce parent qui ne peut pas toujours avoir la posture adéquate pour son enfant au souci pour le parent tout court.

Ce passage de « sa maman va mal, alors le petit… » à « cette femme va mal » répond probablement au savoir conscient ou inconscient de la part des professionnels que cette femme (ou cet homme) est aussi « un petit qui va mal ». Dans le cadre des addictions, cette préoccupation de faire quelque chose pour que les gens « s'en sortent » est assez vive. Combien de professionnels rencontrés qui ont été en mesure de mettre en place des dispositifs complexes et innovants, de tenir des mois, font part de leur sentiment d'échec, car, malgré tout, cette mère ou ce père n'a pas pu rentrer dans le soin (dans le soin « addicto » s'entend, car ça ne veut pas dire que ces personnes n'ont pas entamé des démarches complexes et importantes pour elles). Il nous faut dire aussi que l'addiction est vue comme un tout et qu'il n'est pas toujours facile d'évoquer ce que certains nomment les « co-morbiditéspsychiatriques », et d'autres les causes des dépendances pathologiques.

Puisque nous avons complexifié, nous nous trouvons donc devant un enfant, qui va plus ou moins bien (plutôt moins), une mère, ou un père, qui ne perçoit pas toujours son enfant comme un autre, un autre sujet, cette mère ou ce père qui n'est pas un adulte, mais lui-même un enfant endolori dont il faut prendre soin. Il nous faut parfois cheminer auprès du parent, longtemps, avant que se dégagent les lignes qui permettront d'avancer vers le soin et vers des projets et des solutions que nous n'avions pas forcément imaginé…

Catherine Machi, cadre socio-éducative, nous raconte :

« Le DAPSA a été sollicité par la PMI, du fait des consommations problématiques d'alcool de cette jeune mère repérées par les professionnels. Marie a accepté, six mois plus tard, après de nombreux contacts par téléphone ou par texto, de rencontrer l'éducatrice de l'équipe mobile. Lors d'une visite à domicile, dans sa chambre d'hôtel, la jeune femme parle de sa fille Chloé de 2 ans et demi pour laquelle elle est inquiète. La fillette est en garde alternée une semaine chez son père et une semaine chez sa mère. La jeune femme Marie pense que sa fille n'est pas bien chez son père, qu'il ne s'en occupe pas comme il « faudrait », l'enfant vivrait dans des conditions d'hygiène déplorables et serait négligée. Marie dit qu'elle perçoit chez sa fille un malaise très important. Peu de temps auparavant, une mesure d'AEMO a été demandée par le juge, un service de protection de l'enfance est mandaté auprès de l'enfant, mais Marie fait à peine connaissance avec l'éducatrice et perçoit l'intervention comme un contrôle uniquement.

Chloé est en crèche la journée et je propose que Marie puisse parler de ses inquiétudes concernant sa fille avec les professionnels qui la connaissent. Mais Marie n'est pas prête à parler et voudrait que ce soit sa fille elle-même, qui parle. Marie dit qu'elle n'a pas les mots pour expliquer ce qu'elle comprend du malaise de sa fille. Elle finit par accepter peu à peu, à regret, l'idée que la fillette est trop petite pour parler de ce qui se passe pour elle. Les professionnels de la crèche sont alors peut-être les interlocuteurs avec qui Marie pourrait parler de sa fille. Mais elle refuse de le faire et elle me demande de parler à sa place, avec le directeur ou la psychologue de la crèche. Elle parvient difficilement à comprendre que sa demande n'est pas réalisable, d'abord parce que je ne connais pas la fillette et surtout que je ne peux pas parler à sa place.

Je lui propose d'essayer de parler avec moi de ce qui la préoccupe, nous nous recentrons sur ce que Marie peut dire de sa fille. Dans un second temps nous verrons comment je peux l'accompagner vers les professionnels de la crèche, pour qu'elle puisse partager ses inquiétudes concernant son enfant. À partir de cette proposition, Marie parle de la maltraitance qu'elle a subi elle-même enfant, et de la peur que sa fille connaisse la même chose qu'elle. Elle évoque alors sa grossesse et la présence du fœtus dans son ventre qui lui était insupportable et comment la naissance l'a délivrée. Elle décrit comment elle n'a rien ressenti pour ce bébé mais seulement un soulagement profond de ne plus la porter, ni la sentir dans son ventre. Marie, malgré un suivi de grossesse régulier n'a pas trouvé de soignant à qui elle a pu faire entendre sa détresse. Elle parle en ponctuant corporellement ses phrases.

Le lien avec son bébé s'est fait beaucoup plus tard, elle explique qu'elle répondait aux besoins de l'enfant, mais de manière automatique et mécanique, la première année en particulier. Marie dit que s'occuper de sa fille est une trop lourde responsabilité pour elle, elle ne se sent pas capable et connaît une femme (sœur du père de l'enfant) à qui elle aimerait confier sa fille… ».

Pendant que ce travail de création de l'espace de pensée pour l'adulte se fait, il ne faut pas oublier que l'enfant est là, que lui aussi souhaite qu'on l'entende, et surtout que sa mère l'entende, le voit. Un travail peut se mener en parallèle.

Stéphanie Detrez, la psychomotricienne, raconte :

Lors de la première rencontre, Hubert est un enfant sage, bien calé sur les genoux de sa maman ; souriant, calme, son regard montre une grande avidité relationnelle. Il rit aux éclats à chaque fois que sa maman le bouge avec énergie ; le reste du temps, il écoute attentivement toutes les histoires plus ou moins structurées, plus ou moins douloureuses qu'elle raconte sur son (leur) passé. Les détails se mélangent et ce qui concerne Hubert est peu dissocié de ce qui concerne sa maman, en demande (et besoin) d'appui pour elle-même et pour eux deux.

L'idée est de centrer les rencontres sur Hubert, ce qui n'est pas toujours facile pour sa maman, angoissée, lorsqu'elle est prise dans ses soucis ; mais Hubert interpelle pour susciter de l'intérêt (vocalement, corporellement, par son regard). Lorsqu'il ne le fait pas, un petit jeu aide à ramener l'attention sur lui, sur ce qu'il peut ou aime faire comme se mettre sur le ventre ou être bercé dans le « hamac » ; cela permet de mettre des mots sur le plaisir ou déplaisir qu'il vit, sur ses besoins exprimés au niveau développemental ou de ses rythmes au quotidien comme son besoin de sommeil. Il le montre en râlant, se frottant les yeux, mais sa maman ne le voit pas toujours et pense le réconforter en le bougeant avec énergie. L'ajustement entre eux deux n'est pas toujours présent et il est difficile pour elle de le penser différent d'elle et d'accepter la « défusion ». C'est d'ailleurs pour cette raison qu'un projet halte-garderie est proposé par la PMI, en parallèle de temps d'accueil parents-enfants. Hubert profite de ce moment, mais sent bien que cela suscite de nombreuses angoisses chez sa maman (dont le besoin d'appui et de valorisation de ses compétences maternelles est plus prégnant). Son comportement change : il devient plus vigilant, plus tendu dès qu'il est question de la laisser (pour dormir par exemple). Il demande moins à jouer, se fait « mou » et passif dans sa motricité, réclamant beaucoup sa maman pour faire à sa place. Cela n'apparaît pas autant lorsque sa maman est plus posée : le jeu et les découvertes manipulatoires reprennent le dessus, mais le mouvement fait tout de même défaut.

Vers le mois de juin, Hubert entend sa maman avoir l'idée de l'emmener à la piscine (l'idée était apparue plus tôt mais Hubert était trop petit), un lieu pensé pour lui, parce qu'il aime beaucoup l'eau. Elle demande à la psychomotricienne de les accompagner pour être plus rassurée. Nous convenons donc que nous irons tous trois découvrir l'espace aquatique, au rythme qui conviendra à Hubert et à sa maman. L'organisation n'est pas simple, l'horaire ne convient pas toujours : la première fois, c'était l'heure de la sieste ; la seconde fois, c'était l'heure du repas. Sur ces deux fois, Hubert a manifesté le besoin que soit respecté son rythme. Il n'a, de fait, pas autant profité des jeux dans l'eau comme c'était espéré (par sa maman surtout). Malgré cela, ces deux rencontres ont été intéressantes pour Hubert qui a montré que sa maman manquait encore d'ajustement vis-à-vis de lui. Elle le retient lorsqu'il souhaite aller découvrir un jouet ou imiter un autre enfant qui patauge ; il se tend de tout son corps lorsqu'elle le porte dans l'eau, tout près d'elle. Hubert et sa maman ont tous les deux envie de profiter de ce temps mais ne se comprennent pas toujours. L'intermédiaire de la psychomotricité aide à verbaliser les envies de chacun et à apporter l'étayage manquant à l'un ou à l'autre : pour que Hubert se détende et se sente en sécurité pour découvrir cet espace (en le portant avec sa maman), pour que sa maman soit rassurée et valorisée dans les sollicitations qu'elle lui propose, dans le corps à corps, comme dans la prise de distance. L'accompagnement peut permettre aussi de contenir ce qui se joue au niveau du dialogue tonique, et d'être un appui sur lequel la dyade peut se reposer pour ensuite faire l'expérience de cette découverte sans tiers, ce qui fut le cas lors de la dernière rencontre. Hubert après le repas, est retourné dans l'eau avec sa maman uniquement, pour un moment qu'elle décrira comme « bien et amusant ».

A priori, rien d'original, à ceci près : Hubert et sa maman n'ont pas d'entourage amical ou familial qui leur permettrait de trouver un espace tiers, médiatisé pour mieux se repérer réciproquement, se parler, accepter l'altérité. Dans cette phase initiale, nous sommes dans le cœur même d'une prévention active : permettre à cette mère et à cet enfant de trouver les modalités d'échanges les plus appropriées pour le développement de l'enfant, mais aussi observer si ce soutien sera suffisant ou s'il faudra orienter vers des dispositifs soignants plus structurés et dans ce cas, nous les aurons familiarisés avec le monde du soin.[15] Pendant ce temps, toujours, le travail avec les professionnels de proximité se poursuit.

Je laisserai la **conclusion** à Cécile Peltier, cadre socio-éducatif au DAPSA :

Dans un premier tempsil faut repérer ce qui peut constituer le réseau dans cette situation et l'activer. Il faut donc contacter les différents professionnels, il faut tenter de constituer ce collectif. Ce collectif va servir pendant un temps à contenir l'usager, mais aussi à soutenir les professionnels en charge de cet usager. La concertation est essentiellement centrée sur un échange de paroles, et en parlant on pense (au sens de Merleau-Ponty). La parole constitue une fabrication de la pensée, et non pas l'expression d'une pensée qui serait préalablement fabriquée. La concertation est donc un moment pour penser ensemble. Les échanges permis par ces réunions font émerger une pensée diachronique, qui liste et organise les actions. On va pouvoir repérer les rôles de chacun, les limites de chacun

[15]Detrez S., Taboada M.J., Soutenir les familles en difficulté et leur jeune enfant, in *La Santé de l'Homme,* n°426, dec 2013

et les dépassements éventuels de ces limites. On repère également la manière dont peuvent s'articuler les actions des uns et des autres, ou comment prioriser certaines d'entre elles.

Les acteurs pensent et parlent en centrant leurs propos sur la situation des usagers. C'est une pensée clinique, qui permet de repérer les manques et les absences, ce qu'il y avait avant, ce qu'il y a maintenant, ce qu'il pourrait y avoir demain. Cela permet de reconstituer (ou d'imaginer) un parcours de vie de l'usager et le parcours des accompagnements de cet usager. C'est une pensée diachronique qui introduit une certaine continuité dans une temporalité hachée et décousue, pas seulement du fait des patients, notre organisation du travail y participe aussi. La concertation est un lieu créatif. Le réseau n'est pas pour autant le centre des décisions, les différents professionnels et services liés au réseau peuvent agir indépendamment. Nous constatons aussi un important travail autour de la mise en récit de la vie du patient, c'est une narration proposée qu'on tente de construire. Ces narrations placent le réseau comme auditeur et auteur, les interprétations peuvent ou non donner du sens au travail effectué. C'est une pensée signifiante.

Et le DAPSA dans tout cela ?

Le DAPSA doit permettre l'activation et l'entretien du réseau. Il est également la mémoire des histoires que le collectif produit, et parfois même d'une histoire pouvant être un jour racontée à l'enfant. Il garde la trace de l'histoire de cette production collective, avec des comptes rendus, des interventions dans des colloques, des chantiers, ... Cette fonction mnésique participe à introduire de la continuité. Le DAPSA tente également de garantir une pensée clinique, en centrant les échanges sur le lien des professionnels avec la situation du patient. En résumé, au départ, on rêve d'une belle maison ouverte sur un beau jardin avec des fleurs… et on se retrouve face à un champ de boue, plein de trous et de bosses, tout seul, avec une petite pelle et trois ou quatre briques… En regardant mieux autour de soi, on voit qu'on n'est pas si seul qu'on le croyait…et quand on se parle, on s'aperçoit que les autres aussi rêvent à des maisons… pas tout à fait comme la mienne, mais bon… Si on met ensemble nos idées, nos plans, nos outils et nos briques, et nos envies de faire quelque chose, on peut démarrer le chantier. Sans trop savoir pour combien de temps, ni à quoi ressemblera notre maison finalement… Mais on a repris nos rêves…