Association DAPSA

RESEAU DAPSA

DISPOSITIF D'APPUI A LA PERINATALITE ET AUX SOINS AMBULATOIRES

RAPPORT D'ACTIVITE 2018

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 2018 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.9
c) Direction des Familles et de la Petite Enfance (Conseil général de Paris) p.10
d) Fondation de France « Appui à des parents dont les enfants sont placés » p.11
e) Cellule d'Appui Périnatalité Ile de France, financement « Prévention Promotion de la Santé » (ARS Ile de France) p.13

3) Les activités non-centrées sur les patients p.16

4) Les activités d'évaluation, de formalisation et d'enregistrement des activités au quotidien p.18
a) Les questionnaires d'évaluation p.18
b) Développement des outils d'enregistrement de l'activité au quotidien p.18
c) Mise en conformité du DAPSA avec la Réglementation Générale sur la Protection des Données p.20

5) Accès aux soins des nouveau-nés vulnérables p.23

6) Régionalisation p.29

7) Bilan des activités cliniques en 2018 p.32
a) Qui sollicite le DAPSA ? p.32
b) Pourquoi sommes-nous sollicités ? p.33
c) Que nous demandent les professionnels qui nous sollicitent ? p.34
d) Quelles sont les familles concernées par ces demandes ? p.34
e) Quelles sont les difficultés à l'accès et à la continuité des soins à l'œuvre dans ces situations ? p.38
f) Quels travaux mettons-nous en place après analyse de ces situations ? p.38
g) Quels sont les métiers et lieux de travail des professionnels impliqués dans les travaux en réseau autour des familles incluses ? p.41
h) Quelles sont les interventions réalisées ? p.43
i) Quels accompagnements et orientations se mettent en place pendant la période d'inclusion des familles dans le réseau ? p.45
j) Quels sont les motifs de sortie du réseau ? p.45

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

Conclusion p.47

ANNEXE 1 / COMPARAISON 2015 / 2016 / 2017 /2018 p.49
ANNEXE 2 / PROTOCOLE DE TRAITEMENT DES SITUATIONS CLINIQUES p.52

Présentation du réseau DAPSA

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

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

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

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

L'organisation de l'association

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

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

Bref rappel du contexte de travail

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

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

- liés aux patients eux-mêmes (rejet des propositions de soins, non-demande, manque d'assiduité, difficultés à aller vers, difficulté à prendre des décisions, à formuler une demande pour soi-même ou pour l'enfant, troubles relationnels, mobilité géographique…)
- du fait des professionnels (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 en directe auprès du groupe familial (ou d'un de ses membres), en parallèle du travail réalisé par le groupe soignant.

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

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

1) Personnels et temps de travail

Equivalent Temps Plein selon personnels et projets	Financement 2018 "Réseau de Santé" (ARS FIR)	Financement 2018 "Direction des Familles et de la Petite Enfance" (PMI 75)	Financement 2018 "Equipe Mobile Prévention Périnatalité Petite Enfance" (ARS PPS)	Reliquat de financement 2017 "Cellule d'Appui Périnatalité Ile de France" (ARS PPS)	Financement 2018 "Fondation de France"	Total par personnel
Directeur	0,8900	0,0000	0,0000	0,0900	0,0200	1,0000
Assistante de direction	0,8900	0,0700	0,0000	0,0100	0,0300	1,0000
Médecin coordinatrice	0,1000	0,0500	0,0300	0,0000	0,0200	0,2000
Cadres socio-éducatives (3 salariées)	1,9400	0,4600	0,3100	0,0000	0,0900	2,8000
Psychologues cliniciennes (2 salariées)	0,7100	0,2500	0,2100	0,0000	0,0900	1,2600
Psychomotricienne	0,1900	0,1800	0,1300	0,0000	0,0000	0,5000
Total par projet en 2018	4,7200	1,0100	0,6800	0,1000	0,2500	6,7600

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 pédopsychiatre, 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) et les liens entre les acteurs du réseau. Elle assure également le suivi administratif et financier en lien avec le directeur et la trésorière de l'association. Elle participe activement à l'organisation des ateliers, chantiers, séminaires du Dapsa. Elle participe à l'animation de travaux en interne (système d'information, évaluation interne, …).

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

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.

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 porte une continuité d'attention et un éclairage concernant les problématiques de développement des enfants. Elle intervient directement auprès des familles pour soutenir et évaluer le développement psychomoteur des 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 a quitté le réseau en 2017 et n'a pas été remplacée pour le moment. Elle était chargée du lien et du développement du réseau en direction du secteur obstétrical et de périnatalité (liens avec les sages-femmes libérales, les

réseaux périnatalité, les maternités). Elle apportait un éclairage concernant la dimension obstétricale pour les femmes enceintes incluses dans le réseau.

b) <u>Evolutions de l'équipe, départs et recrutements :</u>

Il n'y a pas eu de mouvements dans l'équipe en 2018. La médecin pédopsychiatre a signé un nouveau CDD en septembre 2018 suite à la fin de son premier CDD de 12 mois au 31 août 2018. (En février 2019, son temps de travail est passé de 0.2 ETP à 0.4 ETP et le poste a été transformé en CDI.)

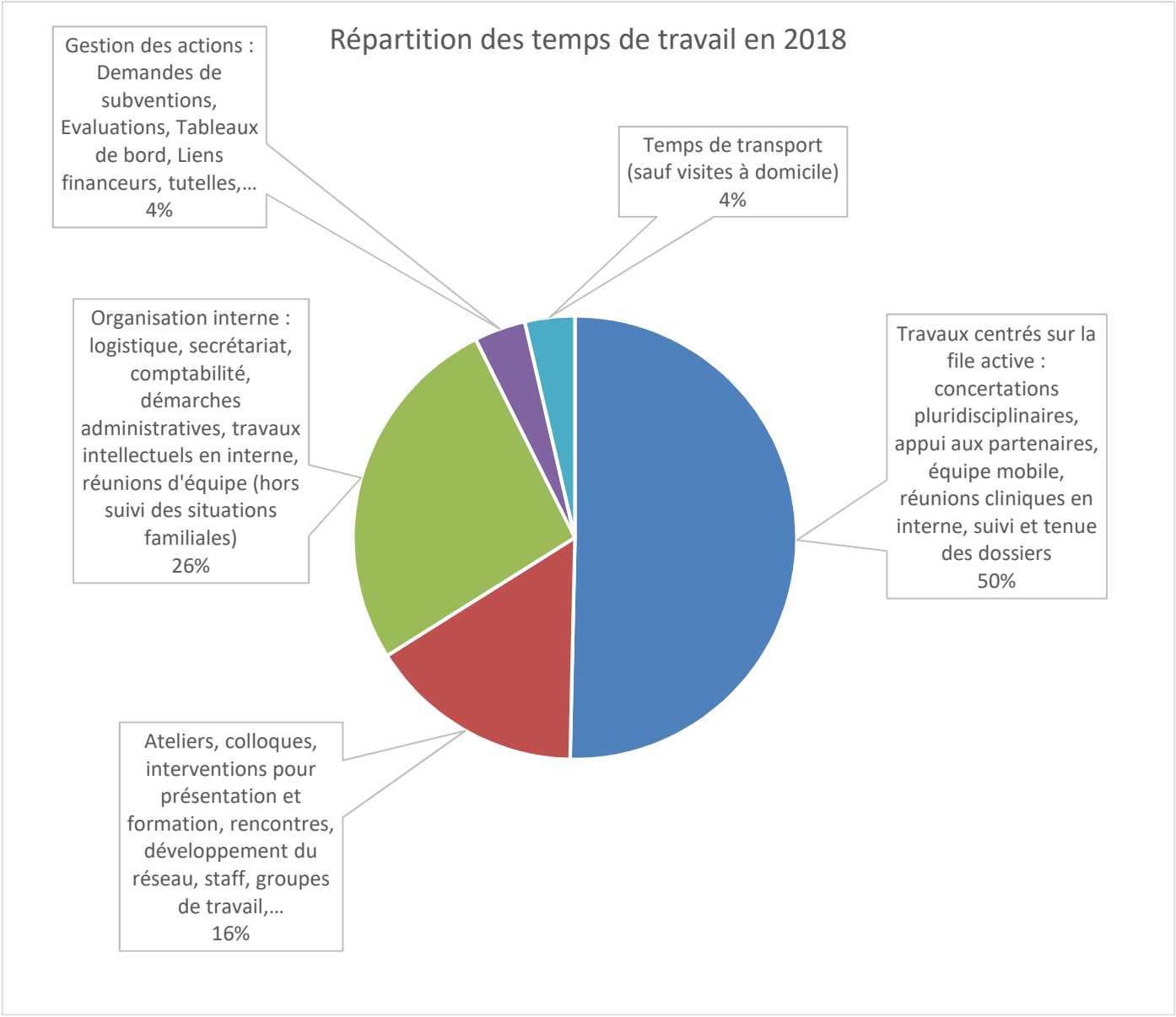
c) <u>Formations professionnelles suivies par les salariés :</u>

Cadres socio-éducatives (2 salariées)	PRATIQUES SOCIALES « Être hébergé, se loger, habiter : parcours individuels et destins collectifs », 3 jours, Sèvres (1 salariée) FEDERATION ADDICTION « 8èmes Journées Nationales », 2 jours, Paris (1 salariée) CONGRES EFTA CIM IAC « Pratiques actuelles avec les familles », 3 jours, Toulouse (1 salariée)
Psychologue clinicienne (1 salariée)	ASM 13 « La psychanalyse et le bébé aujourd'hui », 1 jour, Paris APPEA « Le dessin de l'enfant dans l'examen psychologique », 2 jours, Paris COPES « L'enfant et son corps », 3 jours, Paris
Psychomotricienne (1 salariée)	S'PASS FORMATION « Enfant(s) et parent(s) en thérapie psychomotrice », 3 jours, Paris ARIP « Soins, corps et langages », 3 jours, Avignon
Directeur (1 salarié)	PRATIQUES SOCIALES « Être hébergé, se loger, habiter : parcours individuels et destins collectifs », 3 jours, Sèvres

Les formations ci-dessus sont celles qui ont été suivies au cours de l'année 2018 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).

Cadres socio-éducatives (3 salariées)	Espace Femmes Charonne « Conduites pré-prostitutionnelles des jeunes », 1 jour, Paris (1 salariée) Atelier 2 AF « Faire une place à l'enfant placé : entre contraintes et désir, place à la créativité », 1 jour, Paris (1 salariée) Séminaire UPB « Un travail psychique pour le bébé ? », 1 jour, Paris (1 salariée) Séminaire UPB « Quand vivre ensemble devient impossible », 1 jour, Paris (2 salariées) GEGA « Journée consacrée aux agents tératogènes pendant la grossesse » 1 jour, Paris (1 salariée) GEGA « Syndrome de sevrage/syndrome d'imprégnation » 1 jour, Paris (1 salariée) PRATIQUES SOCIALES « La santé mentale idéal social, enjeu clinique, illusion subjective », 1 jour, Paris (3 salariées)
Directeur (1 salarié)	Réseau Périnat 92 avec le soutien de l'ARS « Journée des réseaux de Périnatalité d'Ile-de-France », 1 jour, Paris Hôpital Saint Joseph « La périnatalité hors les murs », 1 jour, Paris PRATIQUES SOCIALES « La santé mentale idéal social, enjeu clinique, illusion subjective », 1 jour, Paris

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



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

La répartition des temps de travail est relativement stable depuis 2014. On remarque toutefois une diminution des heures travaillées en 2018 par rapport à 2017 (-602h) et 2016 (-1248h) : départ non remplacé de la sage-femme, congé maternité d'une psychologue, diminution du temps médecin de 0.4 ETP en 2016 à 0.27 ETP en 2017 puis à 0.2 ETP en 2018.

2) Les engagements et financements en 2018

En 2018 le Dapsa a bénéficié de quatre financements différents, une action qui n'était pas arrivée à terme en 2017 s'est poursuivie en 2018 en mobilisant les fonds non utilisés de l'action :

- 375 000€ ARS FIR pour financer le travail d'appui aux professionnels (appui à la coordination, analyse de situations, interventions diverses, rencontres de développement régional du réseau,…)
- 75 000€ DFPE Département de Paris, pour financer les interventions de l'équipe mobile sur le territoire parisien
- 50 000€ ARS PPS, pour cofinancer les interventions de l'équipe mobile et permettre la réalisation de visites à domicile hors du territoire parisien
- 20 000€ 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).
- 21 586 € reliquat de subvention 2017 ARS PPS, pour financer la mise en place de groupes de travail locaux autour des problématiques de repérage des consommations d'alcool pendant la grossesse et d'accès aux soins des femmes et des nouveau-nés

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

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

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

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

Les différentes populations prises en compte par le DAPSA :

- Les femmes enceintes ayant ou ayant eu une consommation problématique de substances psychoactives et/ou présentant ou ayant présenté des troubles psychiques.
- Les adultes ayant ou ayant eu une consommation problématique de substances psychoactives et/ou présentant ou ayant présenté des troubles psychiques et en difficulté dans l'exercice de leur fonction parentale auprès d'au moins un enfant de 0 à 3 ans.
- Les enfants de 0 à 3 ans, et leur fratrie, présentant ou susceptibles de présenter des difficultés 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, protection de l'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, capacités et limites, il est nécessaire de développer les interconnaissances afin que les professionnels puissent travailler en réseau, entre partenaires, en évitant que les tensions pouvant émaner de la confrontation de logiques de pensée et de contraintes d'organisation différentes ne débouchent sur

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

En 2018, 174 familles étaient incluses dans le réseau (dont 94 familles nouvellement incluses dans l'année) : **270 adultes, 186 enfants de moins de trois ans lors de leur inclusion (dont 47 nés en 2018)**, 16 enfants à naître en 2019, 93 enfants de plus de trois ans – non inclus mais pris en compte car membres des fratries.

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). L'équipe mobile intervient auprès de groupes familiaux rencontrant des difficultés d'accès aux soins en lien avec des troubles psychiques ou psychiatriques, des usages de produits psychoactifs et possiblement :

- pour lesquelles les professionnels repèrent des besoins non-couverts en termes de soins, des refus de soins, des impossibilités à formuler une demande ou à accepter des propositions ;
- en mobilité géographique, contrainte (Samu Social) ou non, et présentant une souffrance psychique et / ou une addiction ;
- pour lesquelles les professionnels repèrent une ou des problématiques de santé n'entrant pas dans leur champ de compétence, sans qu'il soit possible d'orienter ;
- des familles dont un jeune enfant présente une vulnérabilité particulière (prématurité / hypotrophie / exposition à l'alcool pendant la grossesse), en particulier en sortie de néonatologie ou après l'intervention de l'HAD pédiatrique, quand celle-ci sollicite une poursuite du soutien/de la vigilance ;
- avec jeune enfant nécessitant un travail de soutien et de repérage d'éventuelles difficultés de développement.

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

Ce travail est adossé à un travail de coordination des professionnels intervenant ou susceptibles de pouvoir intervenir auprès de ces situations, pour permettre une synergie des actions (les interventions de l'équipe mobile peuvent si nécessaire prendre appui sur le travail réalisé côté appui à la coordination et réciproquement). 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 lors de leur inclusion) éventuellement les fratries.

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

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

En 2018 ce projet, cofinancé par la DFPE pour les familles présentes sur le territoire parisien, a permis d'intervenir auprès de 45 familles, soient **78 adultes, 54 enfants de 0 à 3 ans lors de leur inclusion (dont 7 nés en 2018)**, 25 enfants de plus de 3 ans membres des fratries et 2 « à naitre » en 2019.

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

75 000€ ont été attribués par la DFPE au titre du financement d'une équipe mobile intervenant directement auprès des familles présentes sur le territoire parisien. L'EMEO (Equipe Mobile d'Evaluation et d'Orientation) permet, en parallèle des travaux de concertation engagés auprès des professionnels qui accompagnent ces familles, de mener un travail d'évaluation quand cela est nécessaire afin de soutenir ces patients 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 2018, uniquement à Paris, ce projet a concerné 44 familles soient **78 adultes, 53 enfants de 0 à 3 ans lors de leur inclusion (dont 7 nés en 2018)**, 25 enfants de plus de 3 ans membres des fratries et 2 « à naitre » en 2019.

	Nombre de groupes familiaux parisiens inclus dans le réseau	Nombre de groupes familiaux parisiens pour lesquels une équipe mobile d'évaluation et d'orientation est mise en place	Nombre d'adultes suivis par l'équipe mobile	Nombre d'enfants inclus suivis par l'équipe mobile	Nombre total des patients rencontrés à Paris par l'équipe mobile
2016	109	39	66	42	108
2017	124	46	79	48	127
2018	118	44	78	53	131

La file active de l'équipe mobile parisienne est stable.
Les interventions financées par la DFPE (Département de Paris) feront l'objet d'un rapport d'activité spécifique.

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

20 000€ ont été attribués par la Fondation de France en 2018 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.

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).

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 (en 2017) 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.

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

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

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

Dispositifs vers lesquels les adultes ont été accompagnés en 2017 et 2018 (parfois en amont du placement si l'intervention a démarré auparavant)	Nombre de situations familiales concernées
ASE / CRIP	11
PMI	6
AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations / Services de médiation	5
CSAPA / Services d'addictologie / alcoologie	5
Services sociaux	4
Justice / SPIP	3
Maternité	3
Psychiatrie adulte	3
ELSA	2
Hébergement social	2
Autre	1
Autres services hospitaliers	1
Avocats / aide juridictionnelle	1
Centre maternel et parental	1
Cure / Postcure	1
Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels	1
Pédopsychiatrie	1
Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	1

Il s'agit d'accompagnements plus denses que ceux observés en moyenne pour l'ensemble de la file active du Dapsa :
- 27h d'intervention par famille dans le cadre de ce projet contre 11h en moyenne pour le reste de la file active,
- 26% de visites à domicile non honorées par la famille dans le cadre de ce projet contre 7% pour le reste de la file active.

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

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

Perspectives :
- Concernant la continuité des soins des enfants l'équipe du Dapsa rencontrera de nouveau l'équipe partiellement renouvelée de la cellule santé de l'ASE pour discuter des modalités de partenariat à ce sujet.
- Le Dapsa continuera les suivis en cours en 2019, maintiendra possible cette proposition de travail, sans financement spécifique, et partagera le bilan des situations dans lesquelles l'ASE est présente avec les responsables ASE et PMI. En fonction de l'évolution de cette file active, le financement de ces interventions pourrait être à réinterroger.
- Le Dapsa pourra se mettre à disposition des équipes de l'ASE pour l'ensemble de ces activités (équipes mobiles, travail de réseau dont concertation pluri-institutionnelles, groupes de travail thématiques, …) et participera sur demande aux différentes instances de l'ASE (CPPEF, commission de placement, synthèse de placement, commission de sortie de pouponnière, commission statut de l'enfant).

Nombre de situations familiales concernées : 15 familles incluses dans le projet
Nombre d'adultes « concernés » : 25 dont 15 mères (dont quatre enceintes au démarrage de l'intervention), 10 pères (dont 2 futurs pères au démarrage de l'intervention)
Nombre d'enfants « concernés » : 17 enfants de trois ans ou moins + 13 aînés des fratries concernées

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, il a démarré en 2016, a fait l'objet d'un second financement en 2017 et s'est poursuivi en 2018 en mobilisant le reliquat de subvention de 2017.

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

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

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

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

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

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

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

Pour chaque territoire, trois séances de trois heures ont été organisées (sauf pour le département des Yvelines dans lequel les séances ne sont pas terminées).

		Calendrier des séances réalisées			
		Séance 1	**Séance 2**	**Séance 3**	**Nombre de participants (159 au total à janvier 2019)**
		Dates et lieux	**Dates et lieux**	**Dates et lieux**	
FINANCEMENT 2016	**77 Sud**	13 mai 2016 A l'Hôpital Marc Jacquet 2 rue Fréteau de Pény 77 011 MELUN CEDEX	08 juillet 2016 A l'Hôpital Marc Jacquet 2 rue Fréteau de Pény 77 011 MELUN CEDEX	23 septembre 2016 A l'Espace Saint Jean 26 Place Saint Jean 77 000 MELUN	17
	93	09 novembre 2016 Dans les locaux du CSAPA BOUCEBCI à l'Hôpital Avicenne 125 rue de Stalingrad 93 000 BOBIGNY	19 décembre 2016 Dans les locaux du CSAPA BOUCEBCI à l'Hôpital Avicenne 125 rue de Stalingrad 93 000 BOBIGNY	20 février 2017 Dans les locaux de la PMI à Bobigny 93 000 BOBIGNY	14
	91	03 mars 2017 Au Centre Hospitalier Sud Francilien 40 avenue Serge Dassault 91 106 CORBEIL ESSONNES CEDEX	28 mars 2017 Au Centre Hospitalier Sud Francilien 40 avenue Serge Dassault 91 106 CORBEIL ESSONNES CEDEX	30 mai 2017 Au Centre Hospitalier Sud Francilien 40 avenue Serge Dassault 91 106 CORBEIL ESSONNES CEDEX	18
	77 Nord	12 juin 2017 Dans les locaux du Réseau de santé Gospel 8 rue Henri Dunant 77 400 LAGNY SUR MARNE	15 septembre 2017 Dans les locaux du Réseau de santé Gospel 8 rue Henri Dunant 77 400 LAGNY SUR MARNE	17 novembre 2017 Dans les locaux du Réseau de santé Gospel 8 rue Henri Dunant 77 400 LAGNY SUR MARNE	26
FINANCEMENT 2017	**92**	**26 janvier 2018 Au Réseau Périnatal 92 60 rue du Général Leclerc 92 130 ISSY LES MOULINEAUX**	**02 mars 2018 Au Réseau Périnatal 92 60 rue du Général Leclerc 92 130 ISSY LES MOULINEAUX**	**27 avril 2018 Au Réseau Périnatal 92 60 rue du Général Leclerc 92 130 ISSY LES MOULINEAUX**	23
	94	**25 janvier 2018 Au Centre Intercommunal de Créteil 40 avenue de Verdun 94 000 CRETEIL**	**17 mai 2018 Au Centre Intercommunal de Créteil 40 avenue de Verdun 94 000 CRETEIL**	**21 juin 2018 Au Centre Intercommunal de Créteil 40 avenue de Verdun 94 000 CRETEIL**	22
	95	**4 octobre 2018 Au Centre Hospitalier Simone Veil - Site d'Eaubonne 14 rue de Saint Prix 95600 EAUBONNE**	**6 décembre 2018 Au Centre Hospitalier Simone Veil - Site d'Eaubonne 14 rue de Saint Prix 95600 EAUBONNE**	24 janvier 2019 Au Centre Hospitalier Simone Veil - Site d'Eaubonne 14 rue de Saint Prix 95600 EAUBONNE	27
	78	31 janvier 2019 Au CHI Poissy/St Germain en Laye 20 rue Armagis 78100 ST GERMAIN EN LAYE	14 mars 2019 Au CHI Poissy/St Germain en Laye 20 rue Armagis 78100 ST GERMAIN EN LAYE	16 mai 2019 Au CHI Poissy/St Germain en Laye 20 rue Armagis 78100 ST GERMAIN EN LAYE	14

Contenu des séances :

Séance 1 : Introduction
Présentation du Dapsa, du groupe de travail, de la thématique de l'alcoolisation fœtale
Présentation des missions de chacune des structures représentées au sein du groupe, et de chacun des métiers des participants.
Inviter les participants à faire connaissance en se présentant à partir d'une situation clinique concrète et fictive mobilisant l'ensemble des participants (les situations rédigées sont adaptées pour chaque groupe, de façon que chaque participant puisse se projeter dans la situation et expliquer qu'elles auraient été les possibilités d'intervention, les priorités, les partenaires, …).

Séance 2 : Travail sur la thématique du repérage des vulnérabilités pendant la grossesse
Présentations croisées : des participants sont invités à présenter les possibilités d'intervention d'autres participants, de façon à vérifier que les possibilités et limites de chacun ont bien été entendu, ou à les rappeler si nécessaire
Présentation de l'auto-questionnaire de repérage des vulnérabilités pendant la grossesse : possibilités d'utilisation, opportunités et limites de l'outil, pertinence du contenu
Tour de table : difficultés de « repérage » ou stratégies pour favoriser l'émergence d'un échange entre patients et professionnels autour des difficultés à interrompre les consommations d'alcool pendant la grossesse : quelles pratiques selon les contextes de travail ? Dans quelles conditions le repérage des vulnérabilités pendant la grossesse peut ou pas ouvrir à des soins et lesquels ?
Pratiques d'orientations, transmissions entre professionnels ou entre équipes, travail entre partenaires

Séance 3 : Travail sur le parcours de soins des bébés
CD Audio (réalisé par le DAPSA) support sur le thème du suivi des enfants atteints de Syndrome d'Alcoolisation Fœtale
Présentation du fonctionnement des réseaux de suivi des enfants vulnérables
Travail sur situations présentées par les participants
Présentations des possibilités locales de suivi

Professions représentées			**Structures représentées**		
	Nombre de présences	Nombre de professionnels		Nombre de présences	Nombre de professionnels
Sage-femme	56	30	CSAPA	50	32
Infirmier/Puériculteur	41	28	Maternité	30	22
Psychologue	34	23	PMI	28	22
Assistante sociale	16	12	ELSA	26	18
Médecin addictologue	15	11	Réseau	28	17
Educateur spécialisé	16	10	CMP	10	10
Médecin PMI	6	5	CAMSP	12	8
Pédiatre	5	4	Centre maternel	12	7
Pédopsychiatre	6	4	Services sociaux	13	6
Chef de service	4	3	Activité libérale	6	4
Educateur de jeunes enfants	5	3	Autres services hospitaliers	10	3
Médecin coordinateur	7	3	Association	4	2
Psychomotricien	3	3	CAARUD	5	2
Chargé de mission SIAO	3	2	Ecoles, crèches	2	2
Gynécologue/obstétricien	3	2	Hébergement social	4	2
Médecin généraliste	3	2	Néonatalogie	1	1
Psychiatre	4	2	Relais maternel	3	1
Sage-femme tabacologue	2	2	Total	244	159
Assistante médico-administrative	2	1			
Art thérapeute	1	1			
Assistante de coordination	1	1			
Attaché de recherche	3	1			
Coordinateur administratif	1	1			
Diététicienne	1	1			
Directrice territoriale	2	1			
Intervenant en Réduction Des Risques	2	1			
Responsable administrative	1	1			
TISF	1	1			
Total	244	159			

3) Les activités non-centrées sur les patients

Nombre de réunions dans le cadre du développement du réseau : 20

Rencontres, présentations de projets aux partenaires du réseau Dapsa :
172 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré)
107h dont 44h 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 : 33

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 », comité de pilotage formation PérinatIF SUD, participation aux travaux du Groupe d'Etude Grossesse et Addictions…)
378 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré)
331h dont 39h 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 : 27

Formations dans le cadre de diplômes universitaires, de conférences ou de journée thématiques où interviennent des professionnels du DAPSA (DIU GEGA, Fédération addictions, école d'infirmiers, journées thématiques de l'Association AGIR 33, de l'association Opelia, …) :
681professionnels présents (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré)
238h de travail dont 58h de transport

Nombre de participations à des colloques, conférences, mondanités (en qualité de simple auditeur) : 19

Présence d'un ou plusieurs membres de l'équipe à 19 colloques, conférences, événements des partenaires auxquels les membres du réseau sont conviés :
167h de travail dont 24h 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 : 28

28 étudiants ont été reçus en 2018 (étudiants en école d'infirmiers).

Nombre de rencontres « institutionnelles » : 9

Rencontres avec les tutelles et participation aux instances de gouvernance des partenaires :
31 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré)
54h de travail dont 24h de transport.

Nombre de séances d'ateliers organisés par le DAPSA : 9

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 » (8 séances en 2018) et les groupes organisés dans les locaux du Dapsa « parentalité(s) et addiction(s) en centre maternel (ou parental) » (1 séance en 2018)
117 professionnels présents (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré)
74h de travail dont 20h de transport

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

a) Les questionnaires d'évaluation

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

Enfin, une partie qualitative demande aux participants de s'exprimer sur ce qu'ils retiennent de positif et de négatif, et de lister d'autres thèmes qu'ils souhaiteraient travailler à l'occasion de prochains 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 travail et ateliers organisés par le réseau, le Dapsa profitant de ces temps d'ateliers et de conférence pour informer les partenaires de la tenue de ces événements.

b) Outils d'enregistrement de l'activité au quotidien

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

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

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

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

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

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

Les activités centrées sur les patients sont enregistrées 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 étaient venus compléter le système d'information. Le système d'information contient désormais 4 grandes bases de données et créé des liens entre trois de celles-ci :

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

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

La quatrième base de données (également exportable sous Excel) est une intégration au sein du système d'information d'un ancien outil appelé « CREDES » : cet outil concerne l'enregistrement du temps de travail au quotidien dont les résultats pour l'année 2018 ont été présentés précédemment dans la partie "Personnels et temps de travail". Comme les résultats individuels se compilent automatiquement, cela nous permet de rattacher les charges de personnels aux activités effectuées. Il est par la suite plus facile de budgéter les différentes actions en fonction des professionnels qui s'en chargeront et du temps de travail qu'ils y consacreront. Les salariés renseignent directement, et quotidiennement, la répartition de leurs heures de travail (en fonction des différentes activités du réseau auxquelles ils participent) sur leur espace personnel du système d'information.

En 2018, des modifications ont été apportées au système d'information du Dapsa. Le serveur d'origine devenu sous-dimensionné a été remplacé. Outre les mesures de sécurité présentées par la suite, de nouvelles fonctionnalités ont été déployées dans un double objectif :

- Faciliter pour les salariés la saisie de leurs interventions et l'enregistrement des informations à leur disposition.
- Améliorer pour les adhérents, les partenaires, les financeurs, la précision des informations sur le travail effectué.

Nouvelles fonctionnalités déployées en 2018 :

- Quand une femme est enceinte lors de l'inclusion d'une situation dans le réseau, le système d'information crée désormais automatiquement un « enfant à naître » pouvant faire l'objet de saisie d'informations (exposition à des agents tératogènes, RCIU, inquiétudes des partenaires, antécédents chez les aînés, …)
- Partie intervention, concernant les Visites à Domicile et accompagnements : précisez la ville, le département, l'arrondissement, le type de lieu où sont rencontrées les familles (logement autonome, logement familial, hôtel, CHRS, Squat, extérieur, accompagnement vers une institution, hébergement social ou thérapeutique).
- Partie intervention, concernant les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires et pluri institutionnelles : Pouvoir préciser si la RCP a lieu dans les locaux du DAPSA ou bien à l'extérieur au sein d'une structure (dans ce cas département et ville seront à mentionner).
- Enfants décédés : interrompre le calcul de l'âge lors du décès.
- Régionalisation : mettre en évidence l'ensemble des départements concernés (lieux de vies, de soins, d'accompagnements et suivis, sur l'ensemble de la durée d'inclusion) pour chaque situation : Case à cocher par département et non plus liste à choix unique.
- Ajout de la maternité de naissance dans le dossier enfant : via base données "structures" et non plus via un champ « texte libre ».

c) Mise en conformité du DAPSA avec la Réglementation Générale sur la Protection des Données (RGPD)

⇨ Répondre à une évolution législative (loi sur la protection des données personnelles, mise en œuvre de la RGPD – Règlementation Générale relative à la Protection des Données)
⇨ Répondre à une mise en conformité sur demande de l'ARS

En 2018 est entrée en vigueur la Réglementation Générale sur la Protection des Données. De façon à respecter un haut niveau d'exigence et pour faciliter la mise en place des évolutions nous avons choisi de prendre appui sur le guide de juin 2018 coédité par le Conseil National de l'Ordre des Médecins et la Commission Nationale Informatique et Libertés « Guide Pratique sur la protection des données personnelles ». Nous avons procédé en quatre étapes en s'organisant en petit groupe de travail :

1) Cartographier l'ensemble des traitements de données et réaliser une « analyse d'impact sur la protection des données » : Il s'agit de recenser toutes les données collectées, leur utilisation, leur mode de traitement, d'apprécier la légitimité et la proportionnalité des informations ou données collectées, d'apprécier le risque potentiel pour les personnes concernées, d'identifier des pistes d'amélioration des procédures de sécurité pour limiter ces risques, …

2) Réaliser un audit RGPD par le prestataire de maintenance informatique pour identifier les besoins d'évolution

3) Mettre en œuvre les mesures identifiées aux étapes 1 et 2

4) Réaliser un registre des activités de traitements de données par type d'activité en y intégrant l'ensemble des procédures de sécurité (celles déjà appliquées et celles issues d'évolutions mises en œuvre à l'étape 1 et 2) :

- Suivi des situations familiales
- Développement et entretien du réseau de partenaires professionnels
- Gestion des ressources humaines, des payes, de la vie de l'association

Préconisation à l'issue de l'audit de mise en conformité avec la Réglementation Générale sur la Protection des Données	Mesures mise en place en 2018
Mise en place du chiffrement des données sensibles serveurs et ordinateurs portable.	Cryptage des échanges entre PC et système d'information Cryptage des sauvegardes Cryptage du disque dur du serveur du système d'information Suppression de « se souvenir de moi » dans la page de log in du système d'information
Mettre en place un pare-feu WatchGuard pour sécuriser les flux de données de votre entreprise	Achat d'un boitier WatchGuard et installation
Mettre en place un réseau wifi invité	Mise en place d'un accès wifi "invité" restrictif par rapport au wifi privé des salariés
Créer des comptes utilisateurs sur le Nas et monter les partages à l'aide de ses comptes Modifier les mots de passes des sessions locales afin de les complexifier (Majuscule, Minuscule, Chiffre et un Caractère spécial)	Mise à niveau des mots de passe, création de comptes individuels permettant traçabilité et journalisation des activités informatiques.
Il est important d'alterner régulièrement les disques durs externes afin de conserver une sauvegarde externalisée le plus à jour possible. Idéalement il faut réaliser la permutation tous les jours à partir de 11h et avant 21h.	Changement hebdomadaire des disques durs externes cryptés permettant de sauvegarder les données du serveur.
Mettre en place un pare-feu intelligent (ex : WatchGuard) afin d'analyser les flux entrants et sortants pour détecter et empêcher toute tentative d'action malveillante. Déployer une solution antivirus d'entreprise avec une console d'administration centralisée (ex F-SECURE)	Installation WathGuard et F-Secure
Sécuriser le réseau d'entreprise à l'aide d'un pare-feu watchguard (mises à jour régulières et automatique depuis l'éditeur de la solution)	Installation WathGuard et F-Secure
L'infrastructure du client ne permet pas l'installation de la solution de monitoring	néant
Penser à l'installation d'une climatisation pour limiter les risques de surchauffe	néant
Mettre en place un fichier permettant de connaitre les droits de chacun des utilisateurs.	Création d'un registre des autorisations pour chaque salarié (dont matériel mis à disposition)
Absence de charte informatique annexée au contrat de travail	Charte informatique en cours de rédaction
Cartographie en cours de conception	Création d'un registre de traitement des données recensant l'ensemble des données traitées, en particulier les données sensibles et/ou nominatives, les risques, les mesures de sécurité
Mettre en place une fiche d'attribution et de restitution du matériel. Ajouter la revue des autorisations bancaires aux actions systématiques. Conservation des données personnelles et professionnelles des anciens salariés.	Création d'un registre des autorisations
Définir les modalités et les mesures de sécurités mises en œuvre pour les accès aux données	Création d'un registre des autorisations
Autres travaux de mise en conformité avec la Réglementation Générale sur la Protection des Données	
Achat de deux armoires fermant à clé pour les versions papiers des documents comportant des données à caractère personnel et/ou sensible.	
Information faite à l'ensemble des contacts du Dapsa sur les informations les concernant à notre disposition, information sur leur droit d'accès, leur droit à effacement, modification, restrictions de diffusion	
Mise à jour des courriers d'information aux partenaires et aux patients sur information sur leur droit d'accès, leur droit à effacement, modification, restrictions de diffusion. Intégration dans la charte du réseau d'éléments relatifs à la RGPD	
Réalisation d'un poster d'information rappelant le cadre que le travail en réseau doit respecter. Affichage en salle dédiée aux réunions de concertation pluridisciplinaires	

Création d'un protocole de traitement des demandes d'accès par les patients à leur dossier
Création d'un registre de consignes de sécurité et sensibilisation des salariés (exemples : Détruire les mails sensibles après usage : liste des situations présentées en staff de parentalité (après la tenue du staff), mails relatifs à des situations de patients (après clôture du dossier), mail reçus depuis le site internet après intégration des informations dans le système d'informations. Détruire les cahiers des messages et agendas après un an. Télétravail autorisé seulement si ça ne mobilise pas de données sensibles et après échange avec la direction. Ne jamais déposer de données permettant une identification des patients sur le système d'information (les noms, téléphones, adresses doivent être uniquement enregistrées sur le fichier code). Ne pas utiliser les fonctions « se souvenir de moi » sur les boites mail et le système d'informations. Les mots de passes doivent être saisis manuellement pour chaque accès.)

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, les réseaux de suivis des enfants vulnérables, nos partenaires des CAMSP, des PMI, des maternités, des services de néonatologie et d'Hospitalisation à Domicile.

Origine de l'action

Si dans certains cas, le diagnostic de syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) est évoqué très rapidement après la naissance, conduisant généralement à des propositions de suivi, dans la plupart des cas (90% de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale), l'absence de signes patents à la naissance (dysmorphie faciale caractéristique par exemple) rassure les intervenants. Or les troubles du développement, lorsqu'ils surviennent, ne sont alors dépistés que tardivement, au cours de la scolarité. On peut considérer que c'est une perte de chance pour ces enfants à qui on n'a pas proposé une prise en charge précoce. Par ailleurs, il est souhaitable que ces enfants ne soient pas stigmatisés, stigmatisation liée au comportement de la mère, et qu'ils soient pris en compte comme les autres bébés, quelles que soient les causes du trouble. Il est également important que soit prise en compte l'origine organique des difficultés de ces enfants afin qu'une attention médicale leur soit accordée. Les enfants peuvent cumuler plusieurs niveaux de difficultés (somatiques, psychiques, éducatives, économiques, sociales, …) et souvent les interventions mises en place en réaction aux inquiétudes que peuvent susciter ces difficultés chez les professionnels se situent sur le plan éducatif sans vigilance médicale spécifique.

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

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

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

C'est dans cette perspective que le fonctionnement des réseaux pédiatriques a inspiré ce travail : « permettre une continuité dans la vigilance quant aux facteurs de vulnérabilité que présente un jeune enfant », cette continuité pouvant être assurée malgré les changements d'intervenants (maternité, 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, évolutions de l'équipe). 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 champ 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 (ARS, maternités, HAD, PMI, réseaux de suivi des enfants vulnérables et réseaux périnatales, …)
- Au niveau de nos ateliers qui en 2018, comme en 2016 et 2017, étaient organisés sur le thème de l'alcoolisation fœtale et du repérage de ces situations
- 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 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 une 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.

Tous ces développements en direction d'un meilleur repérage des situations de femmes enceintes en difficulté pour interrompre ou diminuer leurs consommations d'alcool, en direction d'un meilleur accompagnement des nouveau-nés concernés et en direction des professionnels susceptibles d'intervenir dans le parcours de ces familles nous ont permis d'élargir notre réseau de partenaires.

Ces actions, centrées sur le thème de l'alcoolisation fœtale, nous font développer nos liens avec les maternités, les CAMSP, les PMI, les services d'HAD pédiatriques et obstétriques, les services de néonatologie, les unités d'hospitalisation mère-bébé, …
Par la suite, le DAPSA étant mieux repéré, ces services nous sollicitent davantage, et pas forcément pour des situations où des alcoolisations fœtales sont constatées, mais plus largement, pour des situations faisant craindre la discontinuité des soins ou le défaut de soins, pendant la grossesse et en postnatal, quand cette crainte est liée à des troubles psychiatriques ou à des addictions parentales. Nous donnons ci-dessous le détail des situations incluses accompagnées par le réseau en 2018 :

- impliquant les 42 femmes, enceinte en 2018 à un moment de leur inclusion. 70 femmes en file active ont été enceintes en 2018, le Dapsa était déjà impliqué pendant la grossesse pour 42/70 femmes (28 autres situations concernent des femmes ayant été enceintes en 2018 mais pour lesquelles nous n'avons été sollicité qu'à la naissance ou peu après, le Dapsa n'était donc pas présent pendant la grossesse, il y a donc davantage de suivi de nouveau-nés en 2018 que de suivi de femmes enceintes). Tableau 1
- impliquant les 81 enfants présentant des facteurs de risque pour leur développement. Tableau 2

Tableau 1 : Informations relatives aux 42 femmes, enceintes en 2018 à un moment de leur période d'inclusion dans le réseau		
Inquiétudes des partenaires : 124 enregistrements pour 42 femmes enceintes, soient 2,9 en moyenne par femme	Troubles psychiques / psychiatriques	24
	Conduite à risques (obstétrical, fœtal)	15
	Consommations d'alcool	13
	Autre	13
	Inquiétude quant aux liens parents enfant	8
	Consommations de cannabis	8
	Troubles somatiques	8
	Violence	8
	Troubles conjugaux	7
	Poly consommation	6
	Consommations de cocaïne et crack	6
	Consommations d'opiacés	4
	Traitement de Substitution aux Opiacés et psychotropes prescrits	4
Moyenne d'âge	31 ans	
Couverture santé	AME	6
	CMU / CMU-C	6
	Sans	4
	Sécurité sociale + Mutuelle	2
	Non renseigné	24
Ressources	Sans ressources	11
	RSA	3
	Salaire	3
	AAH	2
	Autre	1
	Non renseigné	22
Axes de travail visés par l'appui à la coordination : 134 enregistrements pour 42 femmes enceintes, soient 3,2 en moyenne par femme	Troubles psychiques / psychiatriques	23
	Consommations problématiques de substances psychoactives	21
	Inquiétudes envers le développement du fœtus	14
	Difficultés d'accès aux soins et aux institutions	13
	Elaborer ou faire émerger un projet, une demande	11
	Soutien à la parentalité	11
	Compétences parentales	9
	Problèmes sociaux	7
	Complications obstétricales	6
	Isolement de l'adulte	6
	Trouble du lien / interactions parent-enfant	6
	Troubles somatiques adultes	3
	Stigmatisation de l'adulte	2
	Travail sur la violence	2
Orientations et accompagnements qui se mettent en place pendant la durée d'inclusion dans le réseau (nous ne reprenons pas ici ceux déjà présents au moment de l'inclusion) : 130 enregistrements pour 42 femmes enceintes, soient 3,1 en moyenne par femme	Maternité	19
	PMI	18
	ASE / CRIP	12
	CSAPA / Services d'addictologie / alcoologie	12
	Equipes de Liaison et de Soins des Addictions	11
	Autre	8
	Psychiatrie adulte	6
	Services sociaux	6
	Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	6
	AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	5
	Pédopsychiatrie	5
	Autre réseau	4
	Hébergement social	4
	Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels	4
	Autres services hospitaliers	3
	Libéral	2
	Avocats / aide juridictionnelle	1
	Centre maternel et parental	1
	Cure / Postcure	1
	HAD obstétrique	1
	Justice / SPIP	1

Tableau 2 : Informations relatives aux 81 enfants présentant des facteurs de vulnérabilité et/ou de risque pour leur développement		
Âge lors de l'inclusion	à naître	27
	0-3 mois	24
	4-12 mois	17
	13-24 mois	7
	25-36 mois	6
Lieu de vie lors de l'inclusion	à naître	27
	Domicile du ménage	26
	Avec parent(s) hors domicile	12
	Néonatologie	7
	Pouponnière	5
	Autre	2
	Maternité	1
	Non renseigné	1
Âge au 31/12/2018	0-3 mois	7
	4-12 mois	18
	13-24 mois	20
	25-36 mois	22
	37-48 mois	11
	> 48 mois	3
Termes de grossesse (S.A.)	24/32	7
	33/38	20
	38/41	17
	Non renseigné	42
Poids de naissance (Kg)	0,6/1,2	5
	1,2/1,8	4
	1,8/2,4	9
	2,4/3	19
	3/3,6	6
	Non renseigné	41
Inquiétudes des partenaires (184 enregistrements pour 81 enfants, soient 2,3 en moyenne par enfant) Tous les enfants ont au moins un facteur de vulnérabilité d'enregistré.	Petit poids / Développement	31
	Autres troubles somatiques	30
	Antécédents des aînés	19
	Trouble du lien / Interactions	16
	SAF / ETCAF suspecté ou diagnostiqué	14
	Autre	13
	Négligence / Besoins de base	13
	Inquiétude concernant le développement fœtal (pour les enfants "à naître" à l'inclusion)	12
	Difficultés d'accès aux soins de l'enfant	10
	Manifestations inquiétantes de l'enfant	10
	Syndrome de sevrage du nouveau-né	9
	Troubles psychiques / psychiatriques	6
	Maltraitance	1
Axes de travail visé par l'appui à la coordination : 192 enregistrés pour 81 enfants, soient 2,4 en moyenne par enfant	Protection des enfants	31
	Prématurité / Hypotrophie / Développement de l'enfant	26
	Prévention développement psychomoteur	26
	Exposition à l'alcool in utero	25
	Autres troubles somatiques	21
	Travail d'accès à un réseau de Suivi des Enfants Vulnérables	17
	Développement fœtal	14
	Troubles psychiques / psychiatriques	12
	Maladie / Trouble fonctionnel enfant	11
	Négligence / Besoins de base	8
	Maltraitance de l'enfant	1
Orientations et accompagnements qui se mettent en place pendant la durée d'inclusion dans le réseau (nous ne reprenons pas ici ceux déjà présents au moment de l'inclusion) : 174 enregistrés pour 81 enfants, soient 2,1 par enfant en moyenne	PMI	45
	Crèche et autres modes de garde	21
	Autres services hospitaliers	17
	Pouponnière / Services de placement familial	15
	Pédopsychiatrie	14

	CAMSP / Soins enfant / Education spécialisée	9
	Consultation spécialisée troubles développementaux	9
	Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	8
	Autre	6
	HAD pédiatrique	6
	Suivi des Enfants Vulnérables	6
	Hébergement thérapeutique	5
	Libéral	5
	Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels	4
	Centre maternel et parental	3
	Autre réseau	1

6) Régionalisation

Pour les 174 familles incluses dans le dispositif en 2018 nous avons essayé de décrire la mobilité régionale en termes de soins, de domiciliation, d'hébergement.

Départements (plusieurs possibles pour une même famille dont les soins et hébergements peuvent se répartir sur différents départements : le total n'est donc pas 174)	Nombre de familles incluses y ayant des soins, des suivis, un hébergement ou une domiciliation en 2018	Nombre de familles incluses y ayant des soins, des suivis, un hébergement ou une domiciliation en 2017
Paris (75)	132	154
Seine Saint Denis (93)	30	44
Hauts de Seine (92)	23	29
Val de Marne (94)	19	27
Yvelines (78)	11	13
Hors Ile de France	10	8
Val d'Oise (95)	10	6
Seine et Marne (77)	8	12
Essonne (91)	3	4

Lecture : Sur 174 familles incluses en 2018, 132 ont eu des soins, des suivis, un hébergement ou une domiciliation à Paris pendant la période d'inclusion dans le réseau DAPSA.

Nombre de département concernés	Nombre de familles concernées en 2018	Nombre de familles concernées en 2017
1	118	114
2	41	59
3 ou plus	15	20

Lecture : Pour 118 familles en 2018, l'accompagnement par le Dapsa est resté centré sur un département, pour 15 familles l'accompagnement par le Dapsa a concerné 3 départements ou plus.

Origine de la demande d'inclusion	Nombre de familles concernées en 2018	Nombre de familles concernées en 2017	Nombre de familles concernées en 2016
Paris	118	124	109
Seine-Saint-Denis	14	17	15
Hauts-de-Seine	13	12	8
Val-de-Marne	10	15	8
Seine-et-Marne	5	8	5
Yvelines	5	7	3
Val-d'Oise	4	5	0
Hors IDF	4	3	2
Essonne	1	2	0
Nombre total de familles incluses	**174**	**193**	**150**

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

***Certains professionnels interviennent pour plusieurs situations incluses. Parmi ces 1056 professionnels, 841 ne sont intervenus que dans le cadre d'une seule situation incluse, 144 sont intervenus dans le cadre de deux situations incluses, 47 sont intervenus dans le cadre de trois situations incluses, 24 sont intervenus auprès de quatre à neuf familles incluses.*

Concernant les 45 familles rencontrées en 2018 par l'équipe mobile du Dapsa, 39 ont été incluses à la demande d'un professionnel parisien, 3 à la demande d'un professionnel du Val de Marne, 2 à la demande d'un professionnel de Seine Saint Denis et 1 à la demande d'un professionnel des Hauts de Seine. 265 visites à domicile effectives ont pu être réalisées (221 à Paris, 26 dans les Hauts de Seine, 12 en Seine Saint Denis, 4 dans le Val d'Oise, 2 en Essonne). 31 visites à domicile (30 à Paris et 1 en Seine Saint Denis) n'ont pas pu être honorées, malgré le déplacement de l'équipe, en raison de l'indisponibilité de la famille.

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

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

- Le fait que le réseau travaille en appui des professionnels et que l'offre de soins soit nettement plus fournie à Paris (en particulier pour les hôpitaux dont ceux spécialisés dans les soins aux enfants) et en petite couronne qu'en grande banlieue. Par ailleurs le réseau, étant donné la population accompagnée, travaille très peu avec les professionnels libéraux : 6 libéraux (sages-femmes, médecins, kinésithérapeute, psychologue) sur un total de 1056 professionnels concernés en 2018 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 de l'équipe mobile en 2018			
	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.*

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

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

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

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

- Les rencontres qu'initie le réseau dans les départements de grande couronne, parfois avec l'appui de nos partenaires des réseaux périnataux et pédiatriques

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

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

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

7) Bilan des activités cliniques en 2018

Par « activités cliniques » nous désignons le traitement pluridisciplinaire et au cas par cas des situations pour lesquelles nous sommes sollicités. En 2018, 94 nouvelles situations familiales ont été incluses dans la file active du réseau, portant le total du nombre de familles incluses à 174 : 270 adultes (dont 136 inclus en 2018) et 186 enfants de 0 à 3 ans (dont 91 inclus en 2018) dont 47 nés en 2018, 16 enfants à naître en 2019.

Nombre de situations en fonction de l'année d'inclusion	
2012	**1**
2014	**1**
2015	**7**
2016	**16**
2017	**55**
2018	**94**
Total	**174**

a) Qui sollicite le Dapsa ?

Les demandes adressées au Dapsa proviennent principalement de travailleurs sociaux, de médecins, de psychologues, de responsable d'établissement ou de services, d'infirmiers et puériculteurs, de sages-femmes. Les principales structures ayant recours au Dapsa sont les services de PMI, de maternité, d'addictologie et d'alcoologie, des services en lien avec la protection de l'enfance, des services sociaux, des lieux d'hébergements, et d'autres dispositifs en lien avec nos thématiques de travail (Périnatalité, troubles psychiques ou psychiatriques, addictions, petite enfance).

Origine des demandes pour les 174 familles incluses dans la file active 2018 (par profession)							
Professions des demandeurs / date de la demande d'inclusion	**2012**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**Total général**
Assistante sociale			1	1	10	15	27
Psychologue			1	2	5	16	24
Encadrement				2	7	14	23
Infirmier / puériculteur			1	1	9	10	21
Educateur spécialisé				2	5	10	17
Psychiatre	1		2	1	3	8	15
Sage-Femme			1	3	4	6	14
Médecin PMI				2	3	4	9
Pédiatre			1		3	1	5
Autres travailleurs sociaux		1			2		3
Gynécologue - Obstétricien					2	1	3
Patient/entourage				1		2	3
Médecin autre				1		1	2
Psychomotricien						2	2
Demande collective (Staff)					1	1	2
Médecin addictologue						1	1
Médecin généraliste						1	1
Pédopsychiatre						1	1
Non renseigné					1		1
Total	1	1	7	16	55	94	174

Origine des demandes pour les 174 familles incluses dans la file active 2018 (par établissements et services)							
Etablissements et services à l'origine des demandes / date de la demande	**2012**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**Total général**
PMI			3	4	13	16	36
Maternité				2	7	13	22
CSAPA / Services d'addictologie / alcoologie			2	1	5	11	19
Centre maternel et parental				1	3	9	13
HAD pédiatrique				3	7	1	11
ELSA	1		1	2		5	9
Autre					2	6	8
ASE / CRIP			1	1	2	2	6
CAARUD					1	5	6
Hébergement social		1			2	3	6
Services sociaux					3	2	5
Autres services hospitaliers					2	2	4
Pédopsychiatrie					1	3	4
AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations					1	2	3
CAMSP / Soins enfant / Education spécialisée					1	2	3
Néonatologie						3	3
patient/entourage				1		2	3
Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant				1		2	3
Autre réseau					2		2
Pouponnière / Foyer / MECS / Services de placement familial					1	1	2
Staff MPS					1	1	2
Ecole Crèche et autres modes de garde					1		1
HAD obstétrique						1	1
Libéral						1	1
Psychiatrie adulte						1	1
Total	1	1	7	16	55	94	174

b) Pourquoi sommes-nous sollicités ?

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

Motifs de recours au Dapsa (catégories sélectionnées par les professionnelles du Dapsa, plusieurs possibles pour une même demande)	**Nombre d'occurrences**
Réfléchir avec le DAPSA	78
Absence de prise en charge ou d'interlocuteur	71
Inquiétude vis-à-vis de l'enfant	61
Besoin de continuité	53
Prise en charge difficile	44
Recherche de relais avant sortie de file active	44
Souffrance psychique	38
Isolement professionnel	29
Patient refuse la prise en charge	24
Problème de partenariat	19
Multiplicité des structures	14
Prise en charge inadaptée	13
Maladie somatique	12
Peur de la stigmatisation	7
Total	**507**
Moyenne par situation	**2,9**

c) Que nous demandent les professionnels qui nous sollicitent ?

Plusieurs types de demandes sont possibles pour une même famille. Ces demandes sont enregistrées principalement à l'ouverture du dossier, mais il arrive que d'autres demandes surviennent en cours d'accompagnement, parfois des demandes émanant d'autres services que ceux à l'origine de l'inclusion. Le plus souvent les demandes concernent des difficultés à travailler avec les familles ou les partenaires, en lien avec la complexité des situations familiales et parfois également, en lien avec les spécificités des organisations professionnelles et institutionnelles. Il s'agit souvent de demandes d'analyses de situations (74), de demandes d'informations (52), d'écoute, de soutien à la réflexion, parfois de conseil. Nous recevons également un nombre important de demandes d'interventions de l'équipe mobile (71 au total), parfois couplées à une demande de mise en place et d'animation d'espaces de concertations pluridisciplinaires et pluri institutionnelles.

Ce sont les professionnels ayant une antériorité de travail avec le Dapsa qui sollicitent le plus le travail de concertation pluridisciplinaire et pluri institutionnelle qui peut sembler abstrait avant d'avoir été éprouvé (57 demandes dont 27 demandes pour lesquelles une intervention de l'équipe mobile est également sollicitée).

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

Nature de la demande qui nous est adressée (catégories d'appuis à la coordination sélectionnées par les professionnelles du Dapsa, plusieurs possibles pour une même demande)	**Nombre d'occurrences**
Analyse de situation	74
Information / Recherche / Orientation	52
Soutien des professionnels	51
Intervention directe (EMEO)	44
Travail de concertation pluridisciplinaire et pluri institutionnel	30
Travail de concertation pluridisciplinaire et pluri institutionnel + Intervention directe (EMEO)	27
Total	**278**
Moyenne par situation	**1,6**

d) Quelles sont les familles concernées par ces demandes ?

Les demandes concernent des couples, avec enfants ou enfant à naître, des mères avec enfant, des femmes, enceintes et déjà mères ou en attente d'un premier enfant. D'autres situations concernent des femmes supposées enceintes au moment de la demande ou des femmes dont la grossesse a été interrompue. Parfois les situations sont trop peu claires pour pouvoir être renseignées et parfois l'information sur la composition du groupe familial n'est pas connue des professionnels qui nous sollicitent. Dans 58% des situations (hors « autre » et « non renseigné ») la mère ou future mère vit séparée du/des père(s) des / de l'enfant(s).

Au moment de l'inclusion 282 enfants étaient identifiés dans ces familles (tous ne sont pas inclus, nous comptons ici les aînés, les enfants à naître ne sont en revanche pas comptabilisés), 37% de ces enfants vivaient séparés de leurs parents (placement, accueil chez un autre membre de la famille).

31% des 174 groupes familiaux disposaient d'un logement autonome, 29% étaient hébergés à l'hôtel ou en CHRS, 14% étaient hébergés par des membres de leur famille ou de leur entourage, 9% étaient hébergés en centres maternels ou parentaux, 6% vivaient en squat ou à la rue. 4 familles étaient en hébergement thérapeutique, pour 13 situations, l'information était trop peu claire, ou indisponible, et n'a pas pu être renseignée précisément.

Configurations familiales lors de l'inclusion	Nombre
Monoparentale (une mère avec un ou plusieurs enfants)	64
Famille nucléaire	41
Femme enceinte seule	17
Couple avec femme enceinte	11
Famille nucléaire avec femme enceinte	10
Monoparental avec femme enceinte	9
Recomposée (l'un des deux adultes n'est pas le parent de l'enfant)	7
Parents séparés (les deux parents sont présents dans la situation mais vivent séparément)	6
Autre (situations très confuses où il n'est pas possible de rattacher à l'une des catégories définies au-dessus)	3
Femme seule (situation de grossesse interrompue, dont deuil périnatal)	2
Recomposé avec femme enceinte (le monsieur n'est pas le parent de l'enfant à naître)	2
Non renseigné	2
Total	**174**

Hébergements des familles lors de l'inclusion	Nombre
Autonome	54
Hôtel / CHRS	51
Famille	22
Centre maternel	16
Squat / SDF	11
Non renseigné	7
Autre	6
Hébergement thérapeutique	4
Amis	3
Total	**174**

Parmi ces 174 familles, 270 adultes étaient inclus en 2018 (65% de femmes, 35% d'hommes). Les femmes avaient en moyenne 29.9 ans (information disponible pour 130/174 femmes) et les hommes 35.4 ans (information disponible pour 41/96 hommes). Parfois il nous est nécessaire de connaître les ressources et couverture santé des adultes, mais quand cette information n'est pas utile dans le cadre de la demande qui nous est adressé, nous ne la recensons pas.

Situations des adultes lors de leur inclusion	Nombre
Mère	118
Père	77
Femme enceinte	53
Futur père	14
Famille	3
Femme	3
Ami	1
Ex-conjoint	1
Total	270

Couverture santé des adultes lors de leur inclusion	Nombre
Non renseigné	190
Sécurité sociale + Mutuelle	22
AME	18
CMU	13
Sans	11
CMU-C	8
Sécurité sociale	6
Sécurité sociale du conjoint(e)	2
Total	270

Ressources des adultes lors de leur inclusion	Nombre
Non renseigné	166
Sans ressources	35
Salaire	34
RSA	26
AAH	5
Autre	3
Indemnité chômage	1
Total	270

Les professionnels nous appellent régulièrement à propos de familles pour lesquelles les adultes présentent des difficultés multiples mais le plus souvent en lien avec un état de souffrance psychique ou psychiatrique et/ou des consommations de produits psychoactifs (125 adultes sur 270 font usage de produits psychoactifs non prescrits par un médecin). La catégorie « autre » est souvent utilisée pour des situations où la souffrance psychique n'est pas nommée mais certainement à l'œuvre, notamment des situations de difficultés relationnelles, de conduites d'évitement qui inquiètent nos partenaires. Un contexte de conflit et parfois de violence peut être observé dans ces situations. Des inquiétudes relatives aux liens des adultes avec leurs enfants sont également évoquées.

Troubles ou inquiétudes que nous transmettent les partenaires à propos des 270 adultes inclus (plusieurs possibles par adultes)	Nombre
Troubles psychiques ou psychiatriques	78
Consommations d'alcool	74
Autre	67
Conduite à risques (hygiène de vie, prises de risque)	60
Troubles conjugaux	58
Lien parent enfant	53
Violence	49
Consommations de cannabis	42
Trouble somatique	29
Consommations de cocaïne et crack	17
Poly consommation	16
Traitements de Substitution aux Opiacés et psychotropes prescrits	14
SPA - Opiacés	11
Deuil	9
Consommations de médicaments non prescrits	3
Total	**580**
Moyenne par adulte	**2,1**

Parmi les 174 familles, 298 enfants (dont enfants à naître et enfants décédés) ont été identifiés lors de l'inclusion des familles. 186 enfants étaient inclus en 2018.

Âge des enfants lors de l'inclusion de la famille		Nombre
Enfants inclus	**à naître lors de l'inclusion et né avant le 31/12/2018**	**47**
	0-3 mois	**43**
	4-12 mois	**40**
	13-24 mois	**30**
	25-36 mois	**26**
	Sous-total (inclus)	**186**
Enfants non inclus mais pris en compte dans les interventions du Dapsa	à naître après le 31/12/2018	16
	Décédé	3
	> 36 mois	93
	Sous-total (non inclus)	112
Total		298

Âge des 186 enfants inclus, au 31/12/2018 (y compris pour les enfants inclus en 2018 mais sortis de file active avant le 31/12/2018)	
0-6 mois	22
7-12 mois	35
13-18 mois	36
19-24 mois	13
25-30 mois	20
31-36 mois	23
37-42 mois	13
43-48 mois	13
> 48 mois	11
Total	**186**

34% des enfants vivaient au domicile de leurs parents lors de l'inclusion, 25% n'étaient pas encore nés, 22% vivaient avec leur(s) parent(s) mais hors domicile (hôtel, CHRS, Centre maternel, …), 6% étaient placés en pouponnière ou en famille d'accueil, 5% étaient en service de maternité ou de néonatologie lors de la demande, 3 enfants étaient hébergés chez d'autres membres de la famille, pour 10 enfants l'information était trop peu claire ou indisponible.

Lieu de vie des 186 enfants inclus lors de l'inclusion	Nombre
Domicile du ménage	64
Â naître	47
Avec parent(s) hors domicile	41
Néonatologie	8
Pouponnière	8
Autre	5
Non renseigné	5
Domicile d'un autre membre de la famille	3
Placement familial	3
Maternité	2
Total	**186**

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

	Troubles désignés chez les 186 enfants inclus au 31/12/2018	**Troubles ou inquiétudes désignés par les partenaires lors de l'inclusion des enfants**
Antécédents des aînés	38	32
Trouble du lien / Interactions	32	25
Petit poids / Développement	30	29
Autres troubles somatiques	29	21
Autre	28	37
SAF / ETCAF suspecté ou diagnostiqué	25	17
Négligence / Besoins de base	23	17
Manifestations inquiétantes de l'enfant	20	21
Difficultés d'accès aux soins de l'enfant	15	18
Inquiétude concernant le développement fœtal (pour les enfants "à naître" à l'inclusion et né avant le 31/12/2018)	12	22
Troubles psychiques / psychiatriques	12	19
Syndrome de sevrage du nouveau-né	9	9
Maltraitance	1	2
Total	**274**	**269**

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

Nous essayons d'identifier l'ensemble des difficultés d'accès et de continuité des soins pour les familles (et les patients) concernées. L'idée est de permettre aux partenaires de prendre appui sur cette analyse des situations pour tenter autant que possible de contourner ou de lever ces entraves à l'entrée en soins. Cependant, il y a des situations où ces difficultés ne pourront être levées. Il s'agira alors d'élaborer collectivement des propositions de soins et d'accompagnement qui intègreront ces différentes dimensions, de façon soit à rendre ces propositions accessibles et supportables pour les familles, soit à permettre aux professionnels de poursuivre leur travail malgré les impossibles. 1004 « freins » ont été identifiés pour 174 familles (5.8 par famille en moyenne). La plupart de ces freins sont liés à la situation des patients (561), beaucoup découlent de difficultés professionnelles (315), et certaines entraves à l'entrée en soins ou à la continuité des soins sont attribuables à l'organisation des systèmes d'aides et de santé (87). Pour 41/174 familles, une entrave a été constatée sans qu'elle n'ait pu être rattachée à l'une des nombreuses catégories ci-dessous.

Type de freins à l'accès aux soins identifiés par les salariés et les partenaires		Nombre
Freins liés aux systèmes d'aides et de santé	Impossibilité du maintien dans la structure	22
	Soins des étrangers en situation irrégulière	19
	Mobilité géographique contrainte	14
	Saturation des dispositifs, manque de places	14
	Lenteur et lourdeur administrative	10
	Eloignement des structures de soins et accès difficiles	8
	Sous-total	**87**
Freins liés aux usagers	Conduites d'évitement	72
	Difficulté à prendre en compte les besoins des enfants	68
	Difficulté à prendre des décisions, à formuler des demandes	52
	Problème de continuité dans les suivis	50
	Refus des propositions des professionnels	50
	Difficultés à aller vers, troubles relationnels	49
	Difficultés d'hébergement	49
	Difficulté pour accomplir les démarches	29
	Frein lié à l'entourage	28
	Manque d'assiduité dans les soins	26
	Mobilité géographique à l'initiative de la famille	20
	Difficulté pour l'observance des traitements	17
	Manque d'information sur les structures	16
	Absence ou instabilité dans la couverture santé	15
	Difficulté liée au coût des transports	7
	Difficulté d'accès aux moyens de communication (courrier, téléphone, internet)	4
	Pas de possibilité de consultations payantes	4
	Incompréhension des informations médicales	3
	Difficulté d'accès aux médicaments (lieu, délivrance, stockage)	2
	Sous-total	**561**
Freins liés aux professionnels	Impuissance face à une situation complexe	69
	Difficulté pour établir un diagnostic	58
	Manque d'information sur les possibilités de prise en charge du territoire	54
	Difficulté de partenariat / partenariat inexistant	40
	Difficulté pour une rencontre efficace (comprendre les problèmes du patient et se faire comprendre)	31
	Isolement professionnel	27
	Délai trop long pour le début de prise en charge	13
	Problèmes avec les représentations	13
	Refus de prise en charge par certains professionnels	10
	Sous-total	**315**
Autres freins		**41**
Total		**1004**

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

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

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

L'équipe mobile ne se met pas en place systématiquement quand les partenaires le demande. Souvent en cherchant à identifier le travail en cours auprès d'un groupe familial, il apparait que d'autres peuvent intervenir ou interviennent déjà, il arrive également que l'équipe mobile ne soit pas une indication adaptée. Sur les 174 familles en file active, il y en a 71 pour lesquelles les partenaires sollicitaient la mise en place d'interventions à domicile : nous avons effectivement fait intervenir l'équipe mobile pour 35/71 familles. Il y a eu 10 familles pour lesquelles l'intervention de l'équipe mobile a été déclenchée pendant la période d'inclusion dans le réseau alors qu'il ne s'agissait pas de la demande initiale des partenaires. Quelles que soient les modalités de démarrage de ces interventions, elles sont toujours pensées et construites avec les partenaires qui connaissent la famille et nous recherchons systématiquement à ce qu'elles demeurent adossées à un travail en réseau impliquant les partenaires concernés. 45 familles ont été concernées par l'accompagnement de l'équipe mobile : 79 adultes, 54 enfants de 0 à 3 ans dont 7 nés en 2018, 2 enfants à naître en 2019.

Appui à la coordination : le travail du Dapsa	**Nombre**
Evaluation de la situation : cette proposition est généralement couplée avec une autre : en effet, l'évaluation permet de mieux cerner les situations et aide ainsi à la prise de décision.	96
Concertation Pluridisciplinaire et pluri institutionnelle : la concertation consiste à contacter et réunir les différents professionnels concernés par une même situation pour animer une réflexion collective facilitant l'élaboration et la conduite de projets de soins. Chacun expose où il en est de la situation, le travail qu'il effectue auprès de la famille ou de l'un de ses membres, chacun expose ses difficultés ou inquiétudes, ce qu'il 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. Il s'agit là de la forme « idéale » recherchée mais dans les faits nous nous adaptons aux usages des partenaires, le cas échéant, et n'avons pas toujours un rôle d'animation (synthèses, instances délibératives ou décisionnaires). Rappel : toute intervention supposant une identification des familles implique un travail de l'équipe auprès des partenaires afin qu'ils puissent informer les patients de ce travail en réseau.	94
Soutien aux professionnels : fournir un appui, une écoute, des conseils, un avis complémentaire pour soutenir les professionnels dans leur travail.	93
Information / Recherche / Aide à la mise en lien : fournir un renseignement, informer un professionnel sur les structures susceptibles de prendre en charge un patient, rechercher un contact pour aider les professionnels à se mettre en lien, …	39
Aide à l'orientation : généralement, en 2ème proposition après évaluation de la situation ou concertation.	36
Attente active : correspond à des situations pour lesquelles il n'est pas pertinent que le réseau agisse pour le moment défini bien qu'il reste en alerte sur ces situations signalées en attente d'un déblocage, ou autre. Dans ces situations le Dapsa vient régulièrement prendre des nouvelles pour réitérer d'éventuelles propositions de soutien et s'informer sur l'évolution de la situation.	22
Hors critères - Orientations vers dispositifs adaptés : si la situation fait l'objet d'un court travail et d'une réponse sans pour autant qu'elle entre dans les critères d'inclusion du réseau.	6
Total	**386**
Moyenne par dossier	**2,2**

Equipe mobile d'évaluation et d'orientation	
Nombre de familles rencontrées par l'équipe mobile en 2018 :	45
- Dont familles rencontrées par une professionnelle	36
- Dont familles rencontrées par un binôme	9

Pour chaque situation qui entre dans le cadre de la coordination il est possible d'enregistrer plusieurs axes de travail. Parfois il s'agit davantage de travailler les problématiques des professionnels que celles des patients. Du côté des professionnels 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, …). 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 des projets de soins adaptés, …). Les problématiques les plus récurrentes du côté des adultes concernent les troubles psychiques ou psychiatriques, les consommations de produits psychoactifs, les difficultés d'accès aux soins, les difficultés ou réticences à élaborer un projet, une demande de soins. Du côté des enfants, les problématiques les plus récurrentes sont les problèmes de développement et les questions de protection des enfants.

Axes de travail définis par l'équipe du Dapsa, en lien avec les partenaires concernés		
Axes de travail en direction des partenaires impliqués dans l'accompagnement des familles incluses	Soutien aux professionnels	80
	Maintenir, créer un espace de pensée nécessaire pour une situation complexe	73
	Assurer un relais de prises en charge	67
	Clarifier, faire circuler l'information entre partenaires	52
	Intégration des partenaires / Répartition du travail selon les missions de chacun	52
	S'assurer de l'effectivité de la prise en charge de l'enfant	46
	S'assurer de l'effectivité de la prise en charge du patient	33
	Soutenir un professionnel isolé	23
	Réorienter le travail suite à une nouvelle évaluation	22
	Restitution organisée de l'évolution des prises en charge	17
	Travail sur les représentations, stigmatisation des patients	12
	Réorienter le travail suite à un événement important	7
	Total	**484**
	Moyenne par situation (174 familles)	**2,8**
Axes de travail développés dans le cadre des coordinations, en direction des patients adultes	Troubles psychiques ou psychiatriques adulte	79
	Consommations problématiques de substances psychoactives	71
	Soutien à la parentalité	60
	Difficultés d'accès aux soins et aux institutions	55
	Elaborer ou faire émerger un projet, une demande	52
	Compétences parentales	43
	Trouble du lien / interactions parent-enfant	34
	Problèmes sociaux	27
	Isolement de l'adulte	25
	Autres troubles somatiques adultes	20
	Inquiétudes envers le développement du fœtus	24
	Travail sur la violence	13
	Complications obstétricales	10
	Stigmatisation de l'adulte	3
	Total	**516**
	Moyenne par adulte (270 adultes)	**1,9**
Axes de travail développés dans le cadre des coordinations, en direction des patients enfants	Protection des enfants	48
	Prévention développement psychomoteur	37
	Petit poids / Développement de l'enfant	27
	Autres troubles somatiques enfants	26
	Troubles psychiques ou psychiatriques enfant	24
	Négligence / Besoins de base	23
	Maladie / Trouble fonctionnel enfant	13
	Maltraitance de l'enfant	2
	Total	**200**
	Moyenne par enfant (186 enfants)	**1,1**

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

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

En 2018 le Dapsa a été en contact avec des travailleurs sociaux (400), des responsables de services ou d'établissement (187), des médecins (167), des infirmiers et puériculteurs (145), des psychologues (108) et des rééducateurs (15).

En moyenne nous avons été en contact, pour chaque famille, avec 8 professionnels travaillant dans 4,4 établissements différents. Les établissements et services concernés sont principalement des services départementaux (crèches, ASE, PMI, services sociaux), les hôpitaux (maternités, néonatologie, unité mère-bébé, services d'addictologie et d'alcoologie, psychiatrie et pédopsychiatrie, équipe de liaison, …), des services médico-sociaux (CAMSP, CSAPA, CAARUD,…), des associations (AED, AEMO, TISF,…) des lieux d'hébergement,…

Professions	**Nombre de professionnels différents impliqués dans l'accompagnement d'une famille incluse en 2018**	**Nombre de professionnels impliqués dans l'accompagnement d'une famille incluse en 2018 Chaque professionnel est ici compté autant de fois qu'il y a de situations dans laquelle il intervient.**
Assistante sociale	211	275
Encadrement	162	217
Infirmier / puériculteur	145	201
Psychologue	108	143
Educateur spécialisé	104	116
Médecin PMI	47	74
Sage-Femme	32	62
Autres travailleurs sociaux	52	56
Psychiatre	31	55
Pédiatre	30	44
Educateur de Jeunes Enfants	23	24
Pédopsychiatre	17	19
Autre	15	15
Médecin addictologue	10	15
Médecin généraliste	13	15
Psychomotricien	9	10
Staff (demande collective)	2	10
Médecin autre	8	9
Directeur / Responsable / Chef de service	7	7
Gynécologue - Obstétricien	5	6
Kinésithérapeute / Ostéopathe / Ergothérapeute	4	4
Néonatologiste	4	4
Neuropédiatre	2	4
Administratif	3	3
Orthophoniste	2	2
TISF	10	2
Total	**1056**	**1392**
Moyenne par famille		**8**

Nombre de professionnels impliqués dans l'accompagnement d'une situation	841
Nombre de professionnels impliqués dans l'accompagnement de 2 situations	144
Nombre de professionnels impliqués dans l'accompagnement de 3 situations	47
Nombre de professionnels impliqués dans l'accompagnement de 4 situations	12
Nombre de professionnels impliqués dans l'accompagnement de 5 situations	6
Nombre de professionnels impliqués dans l'accompagnement de 6 situations	2
Nombre de professionnels impliqués dans l'accompagnement de 7 situations ou plus	4
Total	1056

Type de d'établissements ou services	**Nombre (chaque établissement ou service est compté autant de fois qu'il y a de situations dans lesquelles il intervient)**
PMI	99
Services sociaux	74
Maternité	62
CSAPA / Services d'addictologie / alcoologie	61
AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	58
ASE / CRIP	43
Hébergement social	36
Pédopsychiatrie	34
Ecole Crèche et autres modes de garde	32
ELSA	32
Autres services hospitaliers	26
Autre	24
Pouponnière / Foyer / MECS / Services de placement familial	24
Centre maternel et parental	22
Néonatologie	22
HAD pédiatrique	21
CAMSP / Soins enfant / Education spécialisée	18
Psychiatrie adulte	16
Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	15
Autre réseau	10
CAARUD	6
Cure / Postcure	6
Libéral	6
Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels	5
HAD obstétrique	4
Avocats / aide juridictionnelle	3
Justice / SPIP	2
Total	**761**
Moyenne par famille	**4,4**

Si certains établissements partenaires ont des habitudes de travail avec le Dapsa (exemple : La PMI de Paris a été impliquées en 2018 dans 71 situations incluses), la plupart (184/281) n'ont travaillé avec nous que sur une seule situation en 2018.

Nombre d'établissements ou services partenaires impliqués dans l'accompagnement d'une situation	184
Nombre d'établissements ou services partenaires impliqués dans l'accompagnement de 2 situations	38
Nombre d'établissements ou services partenaires impliqués dans l'accompagnement de 3 situations	15
Nombre d'établissements ou services partenaires impliqués dans l'accompagnement de 4 situations	16
Nombre d'établissements ou services partenaires impliqués dans l'accompagnement de 5 situations	6
Nombre d'établissements ou services partenaires impliqués dans l'accompagnement de 6 situations	7
Nombre d'établissements ou services partenaires impliqués dans l'accompagnement de 7 à 71 situations	15
Total	281

h) Quelles sont les interventions réalisées ?

En tant que dispositif d'appui aux professionnels, la grande majorité de nos interventions est réalisée en direction des 1056 professionnels impliqués en 2018 dans l'accompagnement des familles incluses (13 interventions en moyenne par famille en direction des partenaires. Les interventions de l'équipe mobile, qui ne concernent que 45/174 familles, sont en moyenne au nombre de 20.6 par famille. Au total, équipe mobile et appui à la coordination confondus, le réseau réalise en moyenne 22.1 interventions par famille pour les 174 en file active.

Actes réalisés en 2018 dans le cadre de l'activité clinique		
Nombre d'interventions directes réalisées en direction des patients (EMEO) :	**927**	**Soit un nombre moyen d'actes par groupe familial de 20.6 actes "patients" (45 familles concernées)**
Visites à domicile (VAD) ou rendez-vous, accompagnements	296	265 VAD réalisées et 31 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	569	428 appels / SMS sortants et 141 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).
Rencontre en présence du patient et d'un ou plusieurs partenaires	2	
Courriers, mails	35	
Recherches	25	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 des professionnels :	**2250**	**Soit un nombre moyen d'actes par groupe familial de 13 actes "partenaires" (174 familles concernées)**
Entretiens téléphoniques	1063	723 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 340 appels entrants
Courriers	749	Papiers, mails
Recherches	33	
Réunion de Concertation Pluridisciplinaire / réunion de synthèse	108	Réunion des différents professionnels au contact d'une même famille et où se déroule le travail de concertation.
Compte-rendu	177	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	120	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	Soient en moyenne 22.1 / famille

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

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

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

Une orientation ne signifie pas que la situation est close, en revanche cela engage souvent un nouveau partenaire dans les travaux de coordination. On enregistre en moyenne 2 orientations par enfant et 1.7 par adulte.

Nombre d'accompagnements et d'orientations effectives qui se mettent en place pendant la période d'inclusion dans le réseau, concernant les 186 enfants inclus en 2018	
PMI	76
ASE / CRIP	55
Pédopsychiatrie	34
Ecole Crèche et autres modes de garde	32
AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	31
Pouponnière / Foyer / MECS / Services de placement familial	25
Autres services hospitaliers	20
Autre	13
CAMSP / Soins enfant / Education spécialisée	10
Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	12
Consultation spécialisée troubles développementaux	9
Hébergement social	9
HAD pédiatrique	7
Néonatologie	7
Centre maternel et parental	6
Justice / SPIP	6
Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels	5
Libéral	5
Réseau pédiatrique	6
Autre réseau	3
Total	**371**
Moyenne par enfant (186 enfants)	**2**

Nombre d'accompagnements et d'orientations effectives qui se mettent en place pendant la période d'inclusion dans le réseau, concernant les 270 adultes inclus en 2018	
PMI	71
ASE / CRIP	53
Services sociaux	35
CSAPA / Services d'addictologie / alcoologie	34
AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	33
Autre	26
Maternité	26
Psychiatrie adulte	25
Pédopsychiatrie	24
Hébergement social	21
ELSA	18
Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	12
Justice / SPIP	11
Autre réseau	10
Autres services hospitaliers	9
Avocats / aide juridictionnelle	8
Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels	8
Libéral	8
Centre maternel et parental	7
Cure / Postcure	4
HAD obstétrique	2
CAARUD	1
Total	**446**
Moyenne par adulte (270 adultes)	**1,7**

j) Quels sont les motifs de sortie du réseau ?

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

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

Plusieurs « motifs de clôture » peuvent ainsi être retenus :

Motifs de clôture côté "Appui à la coordination"	Nombre
Objectifs atteints (dont orientations, accès aux soins)	59 (15)
Fin de nécessité ou de pertinence d'intervenir*	20
Perdu(e) de vue - demandeur	13
Déménagement	3
Perdu(e) de vue - patients	1
Autre	1
Refus d'intervention	1
Total (familles sorties de file active en 2018)	**98**
Durée moyenne de suivi	**323 jours**
Pourcentage d'objectifs atteints	**60%**

Motifs de clôture côté "Equipe mobile" pour les familles encore ou nouvellement incluses en 2018	Nombre de familles (incluses en 2018) pour lesquelles l'intervention de l'équipe mobile s'est arrêtée en 2017	Nombre de familles pour lesquelles l'intervention de l'équipe mobile s'est arrêtée en 2018	Total
Objectifs atteints (dont orientations, accès aux soins)	3 (1)	12 (0)	**15 (1)**
Fin de nécessité ou de pertinence d'intervenir*	2	3	**5**
Perdu(e) de vue - patients	1	3	**4**
A la demande du patient	2	0	**2**
Déménagement	0	1	**1**
Refus d'intervention	0	1	**1**
Total (familles pour lesquelles l'équipe mobile s'est interrompue en 2018)	**8**	**20**	**28**
Durée moyenne de suivi			**502 jours**
Pourcentage d'objectifs atteints	**38%**	**60%**	**54%**

** 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.*

98 familles sont sorties de la file active en 2018 (contre 94 inclusions), l'équipe mobile s'est arrêtée en 2018 pour 20 familles (contre 14 nouvelles familles rencontrées par l'équipe mobile en 2018), elle s'était arrêtée en 2017 pour 8 familles toujours en file active 2018 côté « appui à la coordination ».

En moyenne, les travaux d'appui à la coordination ont duré 323 jours pour les 98 familles sorties de file active en 2018. La durée moyenne d'accompagnement par l'équipe mobile a été de 502 jours pour les 28 familles en file active en 2018 ayant bénéficié de l'intervention de l'équipe mobile pendant leur inclusion dans le réseau.

La fin d'intervention de l'équipe mobile ne signifie pas forcément l'arrêt du travail d'appui à la coordination. Notons que la durée moyenne des travaux d'appui à la coordination est de 710 jours pour les familles concernées par l'intervention de l'équipe mobile (la moyenne est calculée pour 19 familles sorties de la file active en 2018 et qui avaient bénéficié de l'intervention de l'équipe mobile). Le travail d'appui à la coordination est donc en moyenne 2.2 fois plus long quand il y a une équipe mobile par rapport aux situations n'impliquant qu'un travail en direction des partenaires.

8) 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 2018 le Dapsa a participé aux travaux du groupe « évaluations » (mutualisation des pratiques d'évaluation, définition de demandes collectives envers l'ARS). Un questionnaire d'enquête auprès des partenaires impliqués dans l'accompagnement de patients inclus au sein des réseaux a été élaboré par le Dapsa et proposé aux autres membres du Résif.

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 a participé en 2018 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
- Journées thématiques dans lesquels des salariés du Dapsa interviennent

Conclusions

En 2018 le réseau a poursuivi ses différentes activités, avec une diminution de 9.9% de la file active en coordination (174 familles en 2018 soient 456 patients et 193 familles soient 500 patients en 2017). Il s'agit de la deuxième année la plus conséquente en termes de situations incluses, juste après 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	80**	94	**174**	98	76
2019	76				

* deux situations closes en 2014 avaient dû être rouvertes en 2015
**Une situation close en 2017 a été rouverte en 2018

Les événements importants de l'année 2018 :

En 2018 l'effectif a été de 6.76 équivalents temps pleins contre 7.06 en 2017 soit une baisse de 0.3 ETP (départ de la médecin psychiatre en décembre 2017, départ de la sage-femme en juin 2017, diminution de temps de travail suite au congé maternité d'une salariée). En 2017 le temps de travail disponible avait déjà diminué par rapport à 2016 où l'association disposait de 7.15 équivalents temps pleins. Entre 2016 et 2018, l'association a enregistré une diminution des effectifs disponibles de 0.39 ETP.

Le développement du système d'information du Dapsa s'est poursuivi avec par exemple un travail permettant de mieux montrer l'individualisation des suivis au niveau des parcours des enfants 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 important a également été réalisé pour se mettre en conformité avec le Règlement Général sur la Protection des Données, ce qui a occasionné certains investissements matériels et des aménagements dans nos procédures et outils de communication avec les professionnels et les familles.

Les travaux de régionalisation se sont poursuivis cette année, à travers les rencontres qu'initie le Dapsa, à travers les situations accompagnées qui nous conduisent à cheminer auprès des professionnels en fonction de l'évolution des situations, 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 ont ainsi été mis en place au premier semestre 2018 et nous avons pu réaliser les trois séances du groupe du Val d'Oise entre octobre 2018 et janvier 2019. Le groupe Yvelines a démarré en janvier 2019 et se terminera au mois de mai.

En 2018 l'expérimentation financée par la Fondation de France au titre du travail d'accès aux soins d'adultes dont les enfants étaient placés à l'ASE de Paris est arrivée à son terme, avec des résultats positifs en termes d'accès aux soins et une articulation à poursuivre et améliorer avec les services de l'ASE. Ces accompagnements se poursuivront en 2019 et seront intégrés aux travaux de l'équipe mobile, au moins pour le territoire parisien.

Nous avons poursuivi en 2018 les développements du réseau en direction de l'accès aux soins des nouveau-nés, avec un élargissement constaté, de l'alcoolisation fœtale vers l'ensemble des inquiétudes relatives au développement des nouveau-nés quand ceux-ci sont placés dans un contexte où à leurs propres difficultés viennent s'ajouter celles de leurs parents. L'apparition des rééducateurs (orthophonistes, psychomotriciens, kinésithérapeutes, ergothérapeutes), ces deux dernières années, parmi les professionnels avec lesquels travaille le Dapsa témoigne de cette évolution.

Perspectives 2019 :

En 2019 nous souhaitons augmenter l'effectif du Dapsa de façon à revenir, au moins, au niveau de 2016 (7.15 ETP), par le doublement du temps de travail de la médecin pédopsychiatre (de 0.2ETP en 2018 à 0.4ETP en 2019), et si possible en recrutant une sage-femme, le poste n'étant plus pourvu depuis l'été 2017 par manque de moyens financiers.

Les travaux de régionalisation et de développement du réseau en direction des professionnels de périnatalité se poursuivront cette année encore, notamment à travers deux axes : le développement de nos liens avec les maternités et néonatologies d'Ile de France et un travail exploratoire en direction des services d'Aide Sociale à l'Enfance des différents départements franciliens pour mieux travailler la continuité des accompagnements quand les enfants inclus dans la file active du Dapsa relèvent, à moment de leur inclusion au moins, de la responsabilité de ses derniers.

Le développement en direction des professionnels de périnatalité sera soutenu, nous l'espérons, par la mise en place d'une expérimentation 2019 pour laquelle nous avons sollicité l'appui de la Fondation de France (demande actuellement en cours d'instruction) : le Dapsa a été contacté à 9 reprises en 2017 et 2018 pour intervenir auprès de familles à la demande de professionnels de néonatologie ou d'hospitalisation à domicile pédiatrique. Ces professionnels étaient soucieux de la capacité de parents présentant des difficultés d'ordre psychique, social, économique et/ou éducative à répondre aux besoins spécifiques que présentait leur enfant. Ils ont sollicité notre intervention pour animer un espace de concertation entre professionnels concernés et soutenir ces familles à plusieurs niveaux : s'assurer que celles-ci tiennent ou créent des liens avec des interlocuteurs professionnels, mettent en œuvre les soins préconisés pour leur enfant, et parfois pour les parents eux-mêmes.

Il s'agira, si notre demande est acceptée, d'accompagner la famille après une période très médicalisée où la relation parent-enfant n'a pas toujours pu se tisser et où les professionnels peuvent craindre la rupture des liens entre parents et professionnels, par sentiment d'envahissement, par lassitude ou refus du médical, ou par des conduites d'évitement liées aux difficultés des adultes. Ce projet vise à aller investiguer l'existence de ce besoin dans les services de néonatologies d'île de France pour développer cette pratique. Le financement demandé à la Fondation de France ne concerne que les interventions directes auprès des familles.

Enfin, en 2018 le Dapsa n'a pas organisé de chantiers (colloques régionaux autour de thématiques impliquant divers champs d'intervention), alors que ce type d'évènement permet d'entretenir les liens avec nos partenaires et de soutenir le développement des interconnaissances entre professionnels susceptibles d'intervenir auprès des mêmes groupes familiaux. Nous nous fixons l'objectif d'en organiser au moins un en 2019 pour ne pas perdre cette proposition de travail.

VARIATION DE L'ACTIVITE DEPUIS 2015

INDICATEURS	2015	2016	2017	2018	Commentaires éventuels
Nombre de situations familiales suivies par le réseau	149	150	193	174	L'année 2017 avait été exceptionnelle, en 2018 beaucoup de situations incluses en 2017 étaient encore active mais en termes de nouvelles inclusion 2018 se rapproche davantage de 2015 et 2016.
- Dont nouvellement suivies dans l'année concernée	88	91	123	94	
Nombre de familles rencontrées par l'équipe mobile	50	45	56	45	Nous observons une baisse du nombre de familles rencontrées par l'équipe mobile, ce qui ne signifie pas qu'il y ait moins de demandes (71 demandes d'intervention de l'équipe mobile pour les 174 familles incluses en 2018). En revanche l'indication « équipe mobile » n'est pas toujours adaptée et d'autres formes de réponses sont souvent possible côté appui aux professionnels.
- Dont nouvellement rencontrées dans l'année concernée	24	20	20	14	
Nombre total de personnes suivies par le réseau (hors enfants à naître et hors enfants de plus de trois ans non inclus)	338	382	500	456	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 2018, 53 étaient enceinte lors de l'inclusion (toutes années d'inclusion confondues), dont 42 qui étaient enceintes en 2018. Parmi ces 42, 26 ont accouché dans l'année et 16 n'avaient pas encore accouché au 31/12.
- Dont mères	86	132	173	155	
- Dont pères	67	87	98	77	
- Dont femmes enceintes	54	14	6	16	
- Dont futurs pères	20	1	18	14	
- Dont femmes	4	1	9	3	
- Dont autres (ami, conjoint, grands-parents,…)	9	7	9	5	
- Dont enfants de 0 à 3 mois	42	9	17	12	
- Dont enfants de 4 à 12 mois	19	48	48	45	
- Dont enfants de 13 à 24 mois	21	41	57	49	
- Dont enfants de 25 à 36 mois	16	27	48	42	
Dont enfants entre 3 et 7 ans (au 31/12/2018) inclus au titre de leurs vulnérabilités (prématurité, hypotrophie, SAF/TCAF, ...) ou de la poursuite du travail entamé lors de leur inclusion (uniquement des enfants qui avaient moins de trois ans lors de l'inclusion)	nr	15	17	37	
Nombre d'enfants de plus de trois ans non inclus	64	94	155	93	
Nombre d'enfants à naître	54	14	6	16	Depuis 2016 le système d'information permet de disposer de l'âge des enfants en temps réel. Seuls les enfants encore à naître au 31/12 de l'année sont renseignés ici pour 2016, 2017, 2018. Pour 2015 il s'agit des enfants qui étaient « à naître » lors de l'inclusion de la situation

INDICATEURS	2015	2016	2017	2018	Commentaires éventuels
Origines des sollicitations adressées au Dapsa					
PMI	27	24	37	36	L'origine des demandes d'inclusion reste globalement stable. On note toutefois ces deux dernières années une plus grande part de demandes venant de services de périnatalité et une légère baisse des demandes venant du champ des addictions.
Maternité / néonatologie / staff	25	21	24	27	
CSAPA / services d'addictologie, alcoologie	24	19	15	19	
Centre maternel	5	9	9	13	
HAD pédiatrique et obstétrique	4	9	16	12	
ELSA	14	11	12	9	
Autre (pour 2018 : service d'adoption, service de soins aux victimes de torture, service de guidance périnatale pour personnes en situation de handicap, service d'aide aux personnes atteintes du VIH)	0	0	1	8	
Hébergement social	8	9	14	6	
CAARUD	4	3	7	6	
ASE/CRIP	7	7	2	6	
Services sociaux	3	4	8	5	
CMP / CMPP / structures psy	4	2	6	5	
Réseau de santé	2	3	4	4	
Hôpital / clinique (autres services)	3	4	2	4	
AED/ AEMO	5	6	11	3	
CAMSP	0	2	8	3	
Patient/Entourage	5	6	6	3	
Unité Mère Enfant	5	6	2	3	
Pouponnière, MECS, Service de placement familial	1	1	2	2	
Crèche /modes de garde/ école	2	3	5	1	
Libéral	1	1	2	1	
Départements d'origine des demandes					
Paris	102	109	124	118	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	19	15	17	14	
Hauts de Seine	4	8	12	13	
Val de Marne	6	8	15	10	
Seine et Marne	16	5	8	5	
Yvelines	2	3	7	5	
Val d'Oise	0	0	5	4	
Autres	0	2	3	4	
Essonne	0	0	2	1	
Troubles ou inquiétudes – concernant les adultes - signalés par le demandeur au moment de la demande					
Troubles psychiques ou psychiatriques	68	58	80	78	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. 2018 : 580 troubles ou inquiétudes signalés par les partenaires pour 270 adultes soient en moyenne 2.15 troubles ou inquiétudes par adulte. On observe une augmentation continue des troubles ou inquiétudes transmis par les partenaires au sujet des adultes.
Consommations d'alcool	59	65	79	74	
Autre	43	46	72	67	
Autres conduites à risques	29	33	57	60	
Troubles conjugaux	36	45	60	58	
Lien parent enfant	26	50	66	53	
Violence	37	40	47	49	
Consommation de cannabis	42	41	46	42	
Autres troubles somatiques	14	20	33	29	
Consommation de cocaïne et crack	21	17	25	17	
Poly consommations	13	10	11	16	
TSO et psychotropes prescrits	28	19	14	14	
Consommation d'opiacés	15	11	12	11	
Deuil	9	12	14	9	
Consommation de médicaments non prescrits	6	7	5	3	

INDICATEURS	2015	2016	2017	2018	Commentaires éventuels
Troubles ou inquiétudes – concernant les enfants - signalés par le demandeur au moment de la demande					
Autre (précarité de la famille, instabilité de l'hébergement, isolement du parent, difficultés liées aux traitements ou troubles de l'adulte, problèmes de mobilité…)	32	27	25	37	On enregistrait 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, 260 troubles pour 186 enfants en 2018. On observe une augmentation continue des troubles ou inquiétudes transmis par les partenaires au sujet des enfants.
Antécédents des aînés	nr	4	14	32	
Petit poids / développement	35	29	36	29	
Trouble du lien/ interactions	25	19	19	25	
Inquiétudes concernant le développement fœtal (pour les enfants « à naître » lors de l'inclusion)	22	22	22	22	
Autres troubles somatiques	13	18	25	21	
Manifestations inquiétantes de l'enfant	nr	5	9	21	
Troubles psychiques ou psychiatriques	19	10	10	19	
Difficultés d'accès aux soins de l'enfant	nr	6	8	18	
Négligence/ Besoins de base	21	8	18	17	
SAF / TCAF / exposition à l'alcool pendant la grossesse	4	8	15	17	
Maltraitance	0	2	3	2	
Les interventions du réseau centrées sur la file active					
Nombre d'interventions du Dapsa en direction des patients :	974	1253	1069	927	La baisse est à mettre en lien avec la diminution du nombre de familles rencontrées (50 en 2015, 45 en 2016, 56 en 2017, 45 en 2018). 2015 : 5.3 visites à domicile par famille 2016 : 5.9 visites à domicile par famille 2017 : 6.9 visites à domicile par famille 2018 : 6.6 visites à domicile par famille
- Dont Visites à domicile	265	268	388	296	
- Dont Echanges téléphoniques, courriers, SMS, mails	689	949	653	604	
- Dont Autres	20	36	28	27	
Nombre d'interventions du Dapsa en direction des partenaires :	2057	2183	2442	2250	2015 : 13.8 interventions par situation 2016 : 14.6 interventions par situation 2017 : 12.7 interventions par situation 2018 : 13.9 interventions par situation
- Dont Echanges téléphoniques, courriers, SMS, mails	1751	1839	1939	1812	
- Dont réunion (RCP, synthèses,…)	95	107	131	108	
- Dont Autres	211	237	372	330	
Les fins d'interventions					
Nombre de situations closes dans l'année :	90	81	114	98	Les pourcentages sont relativement stables depuis 2015.
- Dont objectif atteint	61%	57%	59%	60%	
- Dont objectifs non atteints	20%	23%	18%	20%	
- Dont fin de nécessité d'intervenir	19%	20%	23%	20%	
Nombre de situations closes dans l'année et suivies par l'équipe mobile :	24	13	30	28	Les pourcentages sont relativement stables depuis 2015.
- Dont objectif atteint	50%	46%	47%	54%	
- Dont objectifs non atteints	25%	31%	27%	24%	
- Dont fin de nécessité d'intervenir	4%	15%	20%	18%	
- Dont Refus d'intervention	21%	8%	6%	4%	

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>Impacts recherchés :</u>

- Que les intervenants puissent 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).
- Que les intervenants puissent nuancer leurs inquiétudes une fois informés du travail effectué par les autres professionnels et se centrer sur leurs missions, leur champ de compétence.
- Que les professionnels puissent comprendre les divergences de point de vue entre équipes ou au sein des équipes et puissent travailler malgré elles.
- Que le travail soit réparti en fonction des possibilités d'intervention de chacun, en fonction des possibilités de la famille et de ses impossibilités, que les équipes puissent entre elles prioriser certains aspects quand elles le jugent nécessaire.

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 ensemble.

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).

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**