Association DAPSA

RESEAU DAPSA
DISPOSITIF D'APPUI A LA PERINATALITE ET AUX SOINS AMBULATOIRES

RAPPORT D'ACTIVITE 2020

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

Table des matières

Table des matières 2
Présentation du réseau DAPSA 4
Bref rappel du contexte de travail 5
1) Personnels et temps de travail 6
a) Missions 6
b) Evolutions de l'équipe, départs et recrutements 7
c) Formations professionnelles suivies par les salariés 7
d) Répartition du temps de travail 8
2) Les engagements et financements en 2020 9
a) Le Fond d'Intervention Régional (ARS Ile de France) 9
b) ARS « Prévention Promotion de la Santé », Prévention Périnatalité Petite Enfance 10
c) Direction des Familles et de la Petite Enfance (Département de Paris) 11
d) Fondation de France « Soutien de familles suite au séjour en néonatologie de leur enfant » 12
e) Equipe mobile « Accès aux Soins pour Usagers de Substances Psychoactives en Période Périnatale » 15
3) Autres activités de développement et d'animation du réseau, non-centrées sur les patients 19
4) Les activités d'évaluation, de formalisation et d'enregistrement des activités au quotidien 22
a) Les questionnaires d'évaluation 22
b) Outils d'enregistrement de l'activité au quotidien 22
5) Accès aux soins des femmes enceintes et des nouveau-nés vulnérables 26
6) Régionalisation 31
7) Bilan des activités cliniques en 2020 34
a) Qui sollicite le Dapsa ? 34
b) Pourquoi sommes-nous sollicités ? 36
c) Que nous demandent les professionnels qui nous sollicitent ? 37
d) Quelles sont les familles concernées par ces demandes ? 38
e) Quelles sont les difficultés à l'accès et à la continuité des soins à l'œuvre dans ces situations ? 41
f) Quels travaux mettons-nous en place après analyse des situations ? 43
g) Quels sont les métiers et lieux de travail des professionnels impliqués dans les travaux en réseau autour des familles incluses ? 45
h) Quelles sont les interventions réalisées ? 49
i) Quels accompagnements et orientations se mettent en place pendant la période d'inclusion des familles dans le réseau ? 50
j) Quels sont les motifs de sortie du réseau ? 51
Conclusion 52
Annexe 1 : Variation de l'activite depuis 2015 55
Annexe 2 : « Psycho-traumatismes, pathologies chroniques et parcours migratoires » 1
Table ronde : les jeunes mères, quel impact du psycho-traumatisme et de la maladie chronique sur le lien mère-enfant ? 1
- **La sortie de néonatologie** 1
- **Un mois après la sortie de néonatologie** 2

- **Deux mois après la sortie de néonatologie** 2
- **Quatre mois après la sortie de néonatologie** 2
- **Cinq mois après la sortie de néonatologie** 3
- **Huit mois après la sortie de néonatologie** 3
- **Pour conclure** 3
- **La concertation** 4
- **« Suivi en équipe mobile de cette même situation »** 4

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 concertations pluridisciplinaires, ateliers, rencontres)
- un bureau dévolu au directeur et à l'assistante de direction et offrant également un troisième poste de travail et une possibilité de réunion en groupe restreint,
- un bureau, plus petit, offrant deux postes de travail
- un grand bureau comportant trois postes de travail et une petite table ronde pour des réunions en groupe restreint.

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

L'organisation de l'association

L'association est dotée d'un bureau présidé par le **Dr Jean-Claude Genest, psychiatre** et composé de :
- Mme Marijo Taboada, vice-présidente, psychiatre
- Mme Florence Sahraoui, Trésorière, représentante de l'association Estrelia, membre fondateur de l'association DAPSA
- Mme Sylvia Maddonni, Trésorière adjointe, dessinatrice
- Mme Catherine Patris, Secrétaire générale adjointe, médecin inspecteur
- Le poste de secrétaire général est resté vacant en 2020

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

Bref rappel du contexte de travail

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

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

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

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

Le réseau DAPSA intervient en appui des professionnels et à leur demande, afin de les aider à mettre en place un travail concerté. Le Dapsa peut participer aux instances construites par ses partenaires, de façon à respecter les modalités de fonctionnement les plus adaptées pour eux (staffs, synthèses, commission,…). Il peut également créer pour cela un espace de réflexion pluridisciplinaire où, concrètement, les différentes parties prenantes à la prise en charge de la famille vont pouvoir se réunir, constituer un groupe soignant en vue de permettre une évaluation croisée de la situation familiale et l'élaboration d'un projet d'accès aux soins pour chaque membre de la famille tenant compte à la fois des enjeux, missions et capacités de chaque structure et à la fois des besoins et capacités de chaque membre de la famille.

Les intervenants pourront ainsi appuyer leurs décisions individuelles sur une meilleure compréhension de la situation. L'objectif consiste à faire en sorte que les professionnels confrontés à des situations complexes ne se sentent pas seuls, ni envahis par des problématiques débordant le cadre de leurs possibilités 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 crée un espace de réflexion pluridisciplinaire. Par sa contribution de médiateur expert, il contribue à la (re-)circulation des informations et au maintien des liens entre les partenaires qui constituent ainsi un réseau ad hoc autour de chaque famille.

Le réseau dispose également d'une équipe mobile d'accès aux soins permettant éventuellement un travail d'évaluation, de soutien et d'orientation en direct auprès du groupe familial (ou d'un de ses membres), en parallèle du travail réalisé par le groupe soignant.

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

Pour remplir ces missions, le DAPSA a constitué une équipe pluridisciplinaire de professionnels d'horizons variés (éducatrices spécialisées, assistante sociale, psychomotricienne, psychologues, sage-femme) 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 2020 "Réseau de Santé" (ARS FIR)	Financement 2020 "Direction des Familles et de la Petite Enfance" (PMI 75)	Financement 2020 "Equipe Mobile Prévention Périnatalité Petite Enfance" (ARS PPS)	Financement 2020 " Accès aux Soins pour Usagers de Substances Psychoactives en Période Périnatale " (ARS PPS)	Financement 2019 « Soutien de familles suite au séjour en néonatologie de leur enfant »	Total par personnel
Directeur	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000
Assistante de direction	0,900	0,100	0,000	0,000	0,000	1,000
Cadres socio-éducatives (3 salariées)	1,901	0,399	0,299	0,202	0,000	2,801
Psychologues cliniciennes (2 salariées)	0,601	0,220	0,188	0,018	0,050	1,077
Psychomotricienne	0,090	0,180	0,135	0,000	0,045	0,450
Sage-Femme Addictologue	0,195	0,055	0,043	0,107	0,000	0,400
Total par projet en 2020	**4,687**	**0,954**	**0,665**	**0,327**	**0,095**	**6,728**

a) Missions

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

L'assistante de direction assure le suivi des outils de communication (standard téléphonique, 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 (dont suivi des ressources humaines) 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, …).

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

Les deux psychologues cliniciennes participent, comme leurs collègues cadres socio-éducatives, aux interventions d'appui auprès des professionnels, au développement et à l'animation du réseau ainsi qu'aux interventions directes auprès des familles.

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 addictologue est chargée du lien et du développement du réseau en direction du secteur obstétrical et de périnatalité (liens avec les sages-femmes libérales, les réseaux périnatalité, les maternités). Elle apporte un éclairage concernant la dimension obstétricale pour les femmes enceintes incluses dans le réseau. Elle participe, comme ses collègues cadres socio-éducatives et psychologues, aux interventions d'appui à la coordination et aux interventions directes auprès des familles.

Le poste de médecin coordinateur est resté vacant en 2020. Notons que, même s'ils ne remplissent pas le système d'information et que leurs heures de travail ne sont pas comptabilisées, les médecins bénévoles administrateurs ont été très mobilisés et disponibles pour l'ensemble de l'équipe, que ce soit pour réfléchir à l'adaptation à la crise sanitaire, pour continuer à soutenir la mise en œuvre des différents projets, pour représenter le réseau auprès de certaines administrations, pour participer aux démarches de recrutement des nouvelles salariées arrivées en 2020, ou encore pour résister à contre la déliaison en nous invitant à inventer d'autres modalités de maintien des liens entre nous et avec les partenaires.

b) Evolutions de l'équipe, départs et recrutements

Il n'y a pas eu de départ au sein de l'équipe en 2020 et deux professionnelles ont rejoint l'équipe :

- une sage-femme addictologue, mise à disposition 2 jours par semaine par l'APHP pour une durée de trois ans à compter de janvier 2020

- une psychologue clinicienne arrivée fin aout 2020 et recrutée en CDI 2,5 jours par semaines.

c) Formations professionnelles suivies par les salariés

De nombreuses formations prévues en 2020 ont été annulées. Les formations ci-dessous sont celles qui ont été suivies au cours de l'année 2020 dans le cadre du plan de formation annuel (prise en charge par l'organisme OPCO).

- *ARIP, 14ème colloque international de périnatalité « Temp(o)s et rythmes en périnatalité »* 1 jour, en visioconférence (1 cadre socio-éducative)

- *Master 2 Recherche « Sociologie clinique et psychosociologie »*, cursus universitaire de septembre 2020 à mai 2021, 147heures réalisées en 2020, Université de Paris (1 cadre socio-éducative)

- *Dr Bernard VOIZOT « Groupe théorico clinique et travail psychanalytique instituionnel »*, 9 séances de 3 heures dont 4 en visioconférence, Paris (1 cadre socio-éducative)

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

- *YAKAPA, conférence « Comment accompagner parents et tous petits en temps de crise»*, en visioconférence (1 psychologue clinicienne)

- *YAKAPA, conférence « Accompagner en pensant la crise en phase»*, en visioconférence (1 psychologue clinicienne)

- *ACEPP (Association des Collectifs Enfants Parents Professionnels), conférence « Condition institutionnelle de la reprise (après confinement)»*, en visioconférence (1 psychologue clinicienne)

- *ACEPP (Association des Collectifs Enfants Parents Professionnels), conférence « Les familles pendant le confinement)»*, en visioconférence (1 psychologue clinicienne)

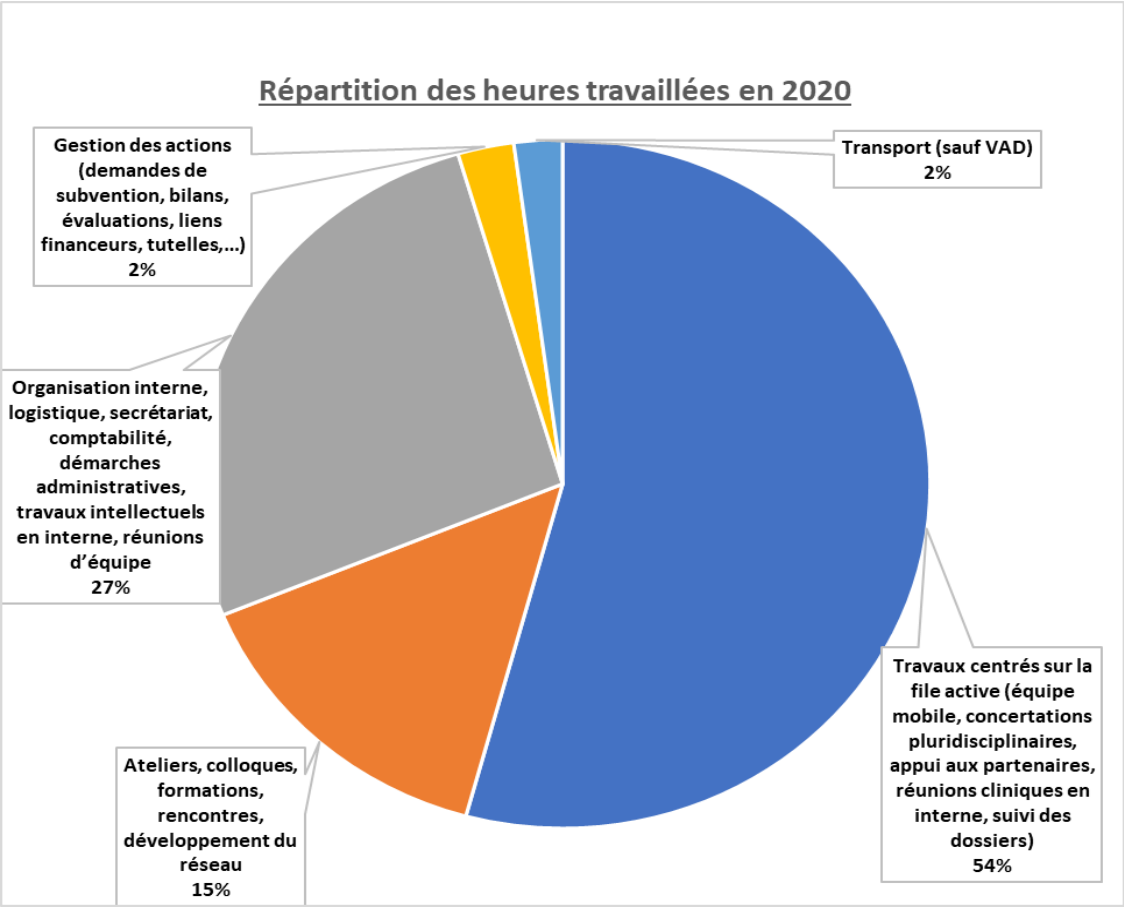
- *COPES, conférence « Enfants placés à l'heure du confinement»*, en visioconférence (1 psychologue clinicienne)

- *ACEPP (Association des Collectifs Enfants Parents Professionnels), conférence « Penser l'après»*, en visioconférence (1 psychologue clinicienne)

- *YAKAPA, conférence « Faire famille au temps du confinement et en sortir : comment renouer autour de l'enfant l'alliance éducative entre adultes ?»*, en visioconférence (1 cadre socio-éducative)

- *GEGA, 3 Journées trimestrielles thématiques,* en visioconférence (Directeur)

d) Répartition du temps de travail



REPARTITION DES HEURES TRAVAILLEES	2020		2019		2018		2017		2016	
Travaux centrés sur la file active (équipe mobile, concertations pluridisciplinaires, appui aux partenaires, réunions cliniques en interne, suivi des dossiers)	5839	54.25%	5235	52,18%	5092	50,35%	5596	52,23%	5153	45,36%
Ateliers, colloques, formations, rencontres, développement du réseau	1565	14.54%	1527	15,23%	1589	15,71%	1648	15,38%	2230	19,63%
Organisation interne, logistique, secrétariat, comptabilité, démarches administratives, travaux intellectuels en interne, réunions d'équipe	2865	26.62%	2608	26,00%	2686	26,56%	2695	25,16%	3135	27,59%
Gestion des actions (demandes de subvention, bilans, évaluations, liens financeurs, tutelles,...)	266	2.47%	392	3.91%	378	3,74%	379	3,54%	462	4,06%
Transport (sauf VAD)	229	2.13%	269	2,69%	368	3,64%	396	3,69%	382	3,36%
TOTAL	10764	100.00%	10033	100,00%	10113	100,00%	10715	100,00%	11361	100,00%

On remarque qu'en 2020 le temps de travail de l'équipe est reparti à la hausse après une baisse légère mais régulière depuis 2016. La répartition des heures travaillées en 2020 est à mettre en lien avec la situation épidémique. Soucieuse de maintenir

ses liens avec ses partenaires et avec les familles directement accompagnées, l'équipe s'est adaptée au contexte, sans que nous n'ayons eu recours au chômage partiel.

On remarque en 2020 des temps de transport plus faibles que les autres années et des temps de liaison avec les financeurs et de gestion des actions également inférieurs aux niveaux habituels.

Concernant les activités de développement du réseau (ateliers, colloques, formations, rencontres, …) on constate que les temps de travail sont équivalents à ceux des autres années. L'équipe s'étant adaptée aux contraintes sanitaires nous avons eu recours à d'autres modes de fonctionnement pour entretenir et développer notre réseau de partenaires. Nous avons continuer à initier des rencontres et prises de contacts avec les services partenaires (ou susceptibles de le devenir) en ayant recours aux visioconférences. Nous avons pu également continuer à alimenter nos partenaires en réflexions sur les thématiques de santé qui animent le réseau, moins sous forme d'ateliers et de conférences que les autres années, mais davantage sous forme d'écrits thématiques diffusés aux partenaires.

Concernant les activités centrées sur la file active (équipes mobiles, appui à la coordination) 2020 a été l'année où nous avons consacré le plus de temps à nos liens avec les familles incluses. En revanche il ne s'agit pas forcément des mêmes actions que les années précédentes. Nous avons ainsi consacré un temps de lien téléphonique avec les familles très supérieur aux autres années et un temps de rencontres physiques inférieurs à son niveau habituel. Le temps de lien avec les partenaires engagés auprès des familles incluses a légèrement baissé, peut-être du fait de la fermeture de certains services partenaires ou du fait d'une relative déliaison observée en 2020 dans le travail en partenariat.

2) <u>Les engagements et financements en 2020</u>

En 2020 le Dapsa a bénéficié de quatre financements différents, une action qui n'était pas arrivée à terme en 2019 s'est poursuivie en 2020 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
- 35 000€ ARS FIR, pour renforcer le fonctionnement de l'équipe mobile régionale en direction des parents ou futurs parents usagers de substances psychoactives, notamment en participant au renforcement du dispositif par le recrutement d'une sage-femme addictologue. Il s'agit d'un nouveau financement attribué pour trois ans (35 000€ par an de 2019 à 2021).
- 7 513€ de reliquat de subvention 2019 Fondation de France, pour financer une expérimentation d'interventions auprès de familles après le séjour en néonatologie de leur enfant, quand les professionnels souhaitent une poursuite du soutien aux adultes pour qu'ils puissent mettre en œuvre les préconisations faites pour leur enfant et parfois pour eux-mêmes.

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 concertation 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-psycho-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 prises en charge

Les différentes populations prises en compte par le DAPSA

- Les femmes enceintes ayant ou ayant eu une consommation problématique de substances psychoactives et/ou présentant ou ayant présenté des troubles psychiques entrainant des difficultés à aller vers les soins.
- Les adultes ayant ou ayant eu une consommation problématique de substances psychoactives et/ou présentant ou ayant présenté des troubles psychiques et en difficulté dans l'exercice de leur fonction parentale auprès d'au moins un enfant de 0 à 3 ans.
- Les enfants de 0 à 3 ans, et leur fratrie, présentant ou susceptibles de présenter des difficultés (psychiques, relationnelles, somatiques, éducatives), en lien ou non avec les difficultés de leurs parents.
- Ces mêmes groupes familiaux, mais jusqu'aux sept ans de l'enfant quand celui-ci présente des facteurs de vulnérabilité nécessitant des bilans préventifs et/ou des prises en charges adaptées (prématurité, hypotrophie, syndrome d'alcoolisation fœtale, troubles causés par l'alcoolisation fœtale, maladies et troubles somatiques graves ayant des conséquences sur 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 2020, 153 familles étaient incluses dans le réseau (dont 89 familles nouvellement incluses dans l'année) : 232 adultes, 193 enfants de moins de trois ans lors de leur inclusion (dont 69 nés en 2020), auxquels s'ajoutent 2 enfants à naître en 2021 (mère incluse en 2020), 107 enfants non inclus mais pris en compte (dont 2 enfants à naître en 2021 et dont la mère a été incluse enceinte en 2020, 5 enfants décédés lors de l'inclusion de la famille mais ayant souvent fait partie du motif de recours au Dapsa, 100 enfants de plus de trois ans lors de l'inclusion de la famille).

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

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

L'intervention est réalisée par une équipe mobile pluridisciplinaire (une ou deux professionnelle par intervention parmi les professions suivantes : cadre socio-éducative, psychologues cliniciennes, psychomotricienne, sage-femme). L'équipe mobile intervient auprès de groupes familiaux rencontrant des difficultés d'accès aux soins en lien avec des troubles psychiques ou psychiatriques, des usages de produits psychoactifs et possiblement :

- pour lesquelles les professionnels repèrent des besoins non-couverts en termes de soins, des refus de soins, des impossibilités à formuler une demande ou à accepter des propositions ;
- en mobilité géographique, contrainte (hébergement d'urgence) ou non, et présentant une souffrance psychique et / ou une addiction ;
- pour lesquelles les professionnels repèrent une ou des problématiques de santé n'entrant pas dans leur champ de compétence, sans qu'il soit possible d'orienter ;
- des familles dont un jeune enfant présente une vulnérabilité particulière (prématurité / hypotrophie / exposition à l'alcool pendant la grossesse), en particulier en sortie de 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 coordination et réciproquement). Les publics ciblés par ces actions sont donc :

- Les professionnels des champs concernés (obstétrique, psychiatrie, addictologie, service social, hébergement, pédiatrie, néonatologie, PMI, ASE, centres maternels, etc.) aussi bien en amont de la demande qu'en aval.
- Les femmes enceintes, les 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 pas, intégrer les dispositifs existants.
- Les enfants concernés par l'action (de 0 à 3 ans 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 les liens parents-enfants et 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 observer et soutenir eux-mêmes le développement de l'enfant.

En 2020 ce projet, cofinancé par la DFPE pour les familles présentes sur le territoire parisien, a permis d'intervenir auprès de 49 familles, soient **79 adultes, 68 enfants de 0 à 3 ans lors de leur inclusion (dont 17 nés en 2020)**, 37 enfants de plus de 3 ans membres des fratries et 1 « enfant à naitre » en 2021.

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

75 000€ ont été attribués par la DFPE au titre du financement d'une équipe mobile intervenant directement auprès des familles présentes sur le territoire parisien. L'EMEO (Equipe Mobile d'Evaluation et d'Orientation) permet, en parallèle des travaux de concertation engagés auprès des professionnels qui accompagnent ces familles, de mener un travail d'évaluation quand cela est nécessaire afin de soutenir ces patients (ces familles) et d'évaluer leurs besoins et capacités à s'inscrire dans des prises en charges déjà existantes ou avec de nouveaux étayages à trouver et construire. Il s'agit donc de favoriser l'accès aux soins des femmes enceintes, des parents et de leurs enfants, tout en soutenant les liens parents-enfants. Les interventions de l'équipe mobile ont été cofinancées par l'ARS PPS (financement de 50 000€ pour l'ensemble des départements). De plus l'enveloppe complémentaire de 35 000€ attribuée en décembre 2019 par l'ARS (pour l'ensemble des départements) permet de renforcer les actions auprès des adultes usagers de produits psychoactifs, notamment par l'intervention d'une sage-femme spécialisée en addictologie intégrée à l'équipe depuis janvier 2020.

En 2020, à Paris, ce projet a concerné 42 familles soient **70 adultes, 58 enfants de 0 à 3 ans lors de leur inclusion (dont 12 nés en 2020)**, 35 enfants de plus de 3 ans membres des fratries et 1 « à naitre » en 2021.

	Nombre de groupes familiaux parisiens inclus dans le réseau	Nombre de groupes familiaux parisiens pour lesquels une équipe mobile d'évaluation et d'orientation est mise en place	Nombre d'adultes suivis par l'équipe mobile	Nombre d'enfants inclus suivis par l'équipe mobile	Nombre total des patients rencontrés à Paris par l'équipe mobile
2016	109	39	66	42	108
2017	124	46	79	48	127
2018	118	44	78	53	131
2019	113	40	66	48	114
2020	108	42	69	58	127

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

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

Il s'agit d'un projet ayant démarré en avril 2019 et qui s'est poursuivi sur l'ensemble de l'année 2020.

Rappel du contexte tel que rédigé dans la demande de financement :
« Il s'agit pour le DAPSA d'accompagner les familles vers les soins quand les professionnels craignent qu'à la suite de l'hospitalisation en néonatologie, ou en HAD pédiatrique, les parents lâchent les liens avec le corps médical ou ne soient pas en mesure de réaliser les démarches préconisées pour leurs enfants et/ou pour eux-mêmes (accès aux soins, démarches administratives, demandes à formuler pour accéder aux dispositifs, ...). Les professionnels peuvent craindre des conduites d'évitement des adultes dont ils observent parfois la méfiance, les refus, les difficultés à s'organiser, les difficultés à être en lien.
Exemples : familles pour lesquelles des antécédents de placement des aînés ont été repérés, femmes qui n'ont pas fait suivre leur grossesse ou qui ne s'en sont aperçu que très tardivement, parents usagers de produits psychoactifs, parents n'étant que très peu venus voir leur enfant en néonatologie, parents en conflit avec le corps médical, parents isolés sans relais dans l'entourage. Les professionnels peuvent également s'inquiéter de la capacité des adultes à réaliser les démarches administratives nécessaires (ouverture de droits, domiciliation, ...). »

Il s'agissait donc :
- d'aller présenter le projet aux services de néonatologie et d'Hospitalisation à Domicile Pédiatrique (Action 1 financement ARS),
- de se mettre en lien -après accord de la famille- avec l'ensemble des intervenants impliqués dans le parcours de la famille pour favoriser la construction de projets de soins ou d'accompagnements concertés (croisement des regards, projets, missions de l'ensemble des services impliqués) de façon à tenir compte de l'ensemble des problématiques à l'œuvre (santé des bébés, santé des adultes, conditions de vie, besoins d'appuis éducatifs, …) (Action 2 financement ARS)
- de mettre à disposition des familles incluses dans le projet une équipe mobile intervenant en Visites à Domicile pour recueillir leur point de vue, comprendre ce qu'elles ont perçu des inquiétudes et des préconisations des soignants rencontrés à l'hôpital, identifier ce qui peut faire empêchement à mettre en œuvre ces préconisations, tenter de lever autant que possible ces entraves et soutenir l'investissement des familles dans leurs soins et accompagnements (Action 3 Financement Fondation de France).

La description du contexte s'appuyait sur les demandes adressées au Dapsa entre 2017 et 2018 par des services de néonatologie et d'HAD pédiatrique. En allant à la rencontre d'autres services similaires (action 1) et en recevant davantage de demandes de ces établissements (action 2) suite au lancement de l'expérimentation, nous avons pu vérifier l'existence de ces besoins dans d'autres services de néonatologie que ceux connus initialement. Notre hypothèse selon laquelle il existe un risque de délitement des suivis pédiatriques en l'absence de soutien aux parents, quand eux-mêmes présentent des troubles (installés ou consécutifs au contexte de naissance), s'est donc vérifiée. En revanche pour l'action 3 (financement Fondation de France), il est apparu que l'intervention à domicile n'était pas toujours indiquée : enfants parfois fragiles sur le plan immunitaire, présence parfois de nombreuses équipes à domicile (HAD, PMI, TISF, …), attentes des demandeurs auxquelles l'équipe mobile ne peut pas répondre (garantir la sécurité sanitaire de l'enfant, soulager les inquiétudes des demandeurs côté protection de l'enfance). Ainsi, pour certaines familles incluses dans le projet, seule l'action 2 a été déployée. Pour d'autres l'action 2 a été immédiatement démarrée et l'action 3 a été différée (attendre que la famille se saisisse de la proposition, attendre la fin d'intervention des autres équipes à domicile et réinterroger auprès d'eux la pertinence de la mise à disposition d'une équipe mobile).

Enfin, le confinement intervenu onze mois après l'obtention du financement nous a contraint à imaginer d'autres formes de mise à disposition auprès des familles (le plus souvent par téléphone, avec parfois un manque de concrétude du soutien à la famille, des difficultés à observer les interactions parents-enfants, des rencontres moins facile qu'en physique pour les familles avec lesquelles le premier contact s'est établi après le début de l'épidémie).
Par la suite, chaque situation a fait l'objet d'une balance bénéfices-risques pour évaluer la pertinence des VAD. Il a parfois été choisi de ne rencontrer que les parents, parfois à l'extérieur (profitant du droit de promenade d'une heure avec attestation). Suite à la fin du confinement, certaines VAD sont redevenues envisageables, avec toutefois le maintien d'une évaluation au cas par cas, et la mise à disposition d'équipements de protections individuelles.

Notons également que les conditions de visites des parents à leur jeune enfant hospitalisé en néonatologie ont été rendu encore plus délicate du fait du contexte épidémique. C'était là l'une des indications de recours à l'équipe mobile : « Il s'agit d'accompagner la famille après une période très médicalisée où la relation parent-enfant n'a pas toujours pu se tisser et où les professionnels peuvent craindre la rupture des liens entre parents et professionnels, par sentiment d'envahissement, par lassitude ou refus du médical, ou par des conduites d'évitement liées aux difficultés des adultes et parfois à la crainte du placement. » Extrait du résumé (page 6 de la demande de subvention)

L'expérience montre que c'est une épreuve d'accueillir un enfant malade, et que les attentes "haut seuil" des soignants ne peuvent pas toujours être satisfaites dans l'immédiat. Les parents peuvent avoir besoin d'être soutenus, y compris pour pouvoir demander de l'aide. Il n'y a donc pas que le risque que la famille soit perdue de vue par les professionnels suite à la fin d'hospitalisation d'un nouveau-né, il y a aussi le risque que les parents s'épuisent, qu'ils ne se sentent pas écoutés face à la priorisation des problèmes de leur enfant par les professionnels.
Au-delà du travail de continuité des soins à l'enfant et de soutien aux parents pour qu'ils parviennent à les mettre en œuvre, l'intervention a également vocation à prévenir, à contenir, l'émergence de troubles (du côté des parents ou de l'enfant) à la suite d'une d'hospitalisation.

18 familles ont été incluses dans le projet. L'action 2 "Animer un espace de concertation entre professionnels impliqués dans l'accompagnement de la famille" a concerné l'ensemble de ces 18 familles. Sur les 18 demandes reçues, 14 comportaient une demande d'équipe mobile. Pourtant, il n'y a que 6 familles pour lesquelles l'équipe mobile a effectivement été mise en place.

Observations après 20 mois de mise en œuvre de ce projet :

Nous constatons une récurrence de questions de vie et de mort, qui s'accompagne d'une forte tendance aux agirs pour contrer les angoisses des professionnels et des familles : c'est là une dimension à avoir à l'esprit et à reprendre en supervision.

Nous sommes contactés sur une dimension « temps long » (condition de vie et de développement d'un enfant né fragile, capacité de ses parents à l'accueillir et à mettre en place les préconisations faites pour eux-mêmes et leur(s) enfant(s)), mais en lien avec des angoisses et des souffrances auxquelles les professionnels souhaitent répondre rapidement par des propositions. L'équipe mobile est amenée à intervenir assez vite mais sur des dimensions souvent peu cautérisables, peu évolutives dans un temps court. Il est important d'insister sur le fait que ce dispositif, d'équipe mobile expérimentale, n'est pas effecteur de soins (au sens de « cure ») et ne peut être que transitoire, avant accès à des dispositifs de droit commun. Mais ce sont des situations où il est important de prendre son temps, justement, face à l'urgence et l'angoisse ressentie, il ne s'agit donc pas forcément d'interventions brèves.

Nous constatons que c'est le Dapsa qui pose la double indication équipe mobile-travail en réseau mais que souvent dans ce projet, seule l'équipe mobile (objet de la présente expérimentation) est attendue. De ce fait nous devons rester prudents dans nos réponses aux premiers appels. Ce qui permet aux professionnels de comprendre qu'il ne s'agira pas d'un relais total mais d'une équipe mobile adossée au travail de partenariat avec les services de soins et d'accompagnement qui connaissent la famille ou qui pourraient intervenir de façon plus pérenne.

Ce projet comporte une dimension préventive, comme un « filet de sécurité ». Nous sommes appelés dans un moment où un risque est anticipé, mais il se peut qu'il ne se concrétise pas et que l'intervention ne soit plus nécessaire. C'est en outre pour cette raison que seules 6 familles ont effectivement été rencontrées sur les 18 incluses. Les autres raisons pouvant être :

- Le fait que la demande d'intervention d'une équipe mobile reçue d'un service de néonatologie ou d'HAD pédiatrique ne soit pas partagée par les partenaires qui interviennent dans la suite du parcours
- Le fait qu'il faille parfois attendre de voir comment se passe le retour à domicile avant de faire la proposition : dans cette attente la demande initiale peut perdre de sa consistance, de sa pertinence
- Le fait que les demandeurs ou la famille peuvent changer d'avis quant à l'opportunité d'une équipe mobile selon l'évolution de la situation
- Le fait que la proposition d'intervention de l'équipe mobile n'ait pas toujours été transmise à la famille
- Le fait que le domicile se trouve dans une zone trop difficile d'accès pour notre équipe (temps de transport parfois supérieur à 3h aller-retour)
- Le fait que le confinement, puis la fermeture des lieux publics permettant les rencontres en extérieur, aient rendu difficile de proposer nos modalités de rencontres habituelles « à domicile ou dans tout autre lieu acceptable pour la famille »
- Le fait que l'intervention de l'équipe mobile soit contre-indiquée : quand les parents semblent disposés à accepter des propositions « classiques » et que la proposition d'équipe mobile pourrait faire concurrence, quand il y a déjà de nombreuses interventions à domicile, quand l'enfant présente des fragilités sur le plan immunitaire, quand les appelants vont au domicile et que leur demande d'équipe mobile correspond à une demande de poursuite de leur propre travail quand celui-ci doit s'interrompre (car l'équipe mobile n'est pas une HAD mais conduit un travail d'accès aux soins quand les relais indiqués ne prennent pas ou ne se mettent pas en place)

Autres résultats inattendus : 6 paires de jumeaux sur 18 demandes, 3 femmes dont la grossesse est issue d'un parcours de PMA. On peut supposer que l'arrivée de jumeaux, fragiles de surcroit, pouvant mettre en difficulté les parents dans leur organisation, est un élément parmi d'autres d'un recours au Dapsa. Certaines situations des familles concernées par le par-

cours PMA, ont montré une autre complexité qui nous interroge sur un rapport possible entre les inquiétudes des professionnels et une certaine attitude de défiance des parents.

Perspectives

Pour que l'expérimentation permette de tirer des enseignements suffisamment concluants, nous avions estimé à 10 le nombre de familles devant être rencontrées par l'équipe mobile, or seules 6 familles ont été rencontrées. Une demande de poursuite de l'expérimentation va ainsi être adressée à la Fondation de France. Si le financement est obtenu, nous souhaitons poursuivre les inclusions jusqu'à atteindre les 10 familles rencontrées par l'équipe mobile. L'objectif serait de pouvoir disposer d'un recul suffisant sur dix situations rencontrées par l'équipe mobile pour pouvoir faire l'évaluation du projet au printemps 2022.

Nous souhaitons nous servir de cette expérimentation pour consolider nos relations avec les services en charge des nouveau-nés, en tentant de les inclure dans l'évaluation de l'expérimentation, puis en nous appuyant sur ces partenariats nouveaux pour favoriser les chances de pérennisation du projet.

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

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

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

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

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

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

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

Deux types de demandes peuvent être distingués :

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

La grossesse et l'arrivée de l'enfant constituent des moments privilégiés de rencontres avec des professionnels (PMI, maternité, crèches, services sociaux, ….). C'est une période où émergent des questionnements personnels des patient.e.s autour de leur situation, autour des effets de leurs consommations de substances psychoactives sur leur parentalité et sur le développement de leur enfant ou de leur enfant à naître. C'est une période propice au repérage des difficultés par les professionnel.le.s autant que par les parents et futurs parents eux-mêmes.
Ce moment de rencontre avec le monde du soin peut être l'occasion de mettre en place des soins addictologiques (des soins dont les professionnel.le.s peuvent attendre des effets positifs sur la santé des adultes, sur le développement du fœtus, sur la disponibilité des parents à leurs enfants).

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

Les problématiques addictives n'étant pas prises en charge par les professionnels de périnatalité et de petite enfance, et les problématiques obstétricales et parentales n'étant pas prises en charge par les professionnels du champ des addictions, un travail d'orientation est souvent à construire. Il peut s'agir d'orienter vers les soins des addictions quand les consommations sont repérées ailleurs (PMI, maternité, services sociaux, lieux d'accueil en petite enfance, hébergements,…) ou d'orienter vers

un suivi de grossesse ou des professionnels de la parentalité quand une grossesse ou des difficultés parentales sont repérées par des professionnels du champ des addictions.

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

22 familles étaient incluses dans le projet en 2020 dont 8 nouvellement incluses en 2020, 7 incluses en 2019 et 7 les années précédentes. Parmi ces 22 familles, on compte 35 adultes inclus (4 femmes enceintes lors de leur inclusion, 18 mères, 9 pères, 2 futurs pères, 1 concubin et 1 ex-conjoint) et 27 enfants de moins de trois ans lors de leur inclusion (dont 6 nés en 2020). A ces 27 enfants inclus s'ajoutent 17 enfants aînés des fratries concernées, non inclus mais pris en compte et un enfant à naître en 2021.

Origine des 22 demandes d'inclusion	**Nombre de familles concernées**
Maternité	5
PMI	4
ELSA	3
ASE / CRIP	2
Centre maternel et parental	2
AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	1
CAARUD	1
HAD pédiatrique	1
Hébergement social / hébergement d'urgence	1
SSR pédiatrique	1
Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	1

On remarque que sur les 22 familles incluses, 12 l'ont été à la demande de professionnels intervenant dans le champ de la périnatalité (maternité, PMI, HAD pédiatrique, SSR pédiatrique, Unité Mère-Enfant), 5 à la demande de professionnels intervenant dans le champ de la protection de l'enfance (Cellule santé ASE 75, AED, Centres maternels), 4 à la demande de professionnels du champ des addictions et 1 à la demande d'un service d'hébergement d'urgence.

Inquiétudes communiqués par les partenaires concernant les 35 adultes inclus	**Nombre d'adultes concernés**
Consommation problématique d'alcool	20
Troubles conjuguaux	15
Consommation problématique de cannabis	11
Conduite à risques	10
Contexte de violence	9
Autre (errance, contexte inquiétant, …)	7
Lien parent enfant	6
Trouble somatique	5
Troubles psychiques ou psychiatriques	5
Poly consommation	4
Consommation problématique de cocaine et de crack	4
Consommation problématique d'opiacés	1
TSO et psychotropes prescrits	1
Deuil	0
Consommation problématique de médicaments	0
Total (moyenne = 2,8 motifs d'inquiétude par adulte)	**98**
* 7/35 adultes inclus n'ont pas de consommations de produits psychotropes repérées comme inquiétantes mais sont inclus dans le projet au titre de leur appartenance à la famille (conjoint.e d'un parent ou futur parent consommateur.trice)	

Outre les consommations repérées par les partenaires comme étant problématiques pour les familles concernées, on remarque la place importante des contextes conflictuels ou violents parmi les motifs d'inquiétudes des professionnels.

Inquiétudes relatives aux enfants	Nombre d'enfants concernés à l'inclusion	Nombre d'enfants concernés au 31/12/2020	Variation
Antécédents de protection de l'enfance dans la famille	8	9	1
Exposition à l'alcool durant la grossesse	8	9	1
Négligences/carences	3	5	2
Exposition autres substances psychoactives durant la grossesse	2	4	2
Prématurité/petit poids de naissance	3	4	1
Développement fœtal	2	3	1
Manifestations psychologiques ou comportementales	1	3	2
Pathologie génétique ou neurologique	2	3	1
Troubles du lien/interaction parent-enfant	3	3	0
Exposition à la violence intrafamiliale	1	2	1
Maladie somatique	1	2	1
Maltraitance	1	1	0
Retard de développement	0	1	1
Syndrome de sevrage du nouveau-né	1	1	0
Troubles envahissants du développement / autisme / retrait relationnel	0	1	1
Antécédents médicaux dans la famille	0	0	0
SAF ou ETCAF diagnostiqué	1	0	-1
Total (moyenne = 1,89 inquiétudes par enfant au 31/12/2020)	37	51	
Sur les 27 enfants inclus, 6 ne sont concernés par aucune des inquiétudes ci-dessus, le motif d'appel au Dapsa concernant le ou les parent.s			

Nous renseignons les inquiétudes relatives aux enfants telles qu'elles nous sont communiquées par les partenaires (colonne « nombre d'enfants concernés à l'inclusion »). Par la suite, après évaluation de la situation par l'équipe mobile et croisement des observations des autres services positionnés, nous mettons à jour ces informations. Parfois de nouvelles difficultés apparaissent ou sont repérées, parfois des difficultés supposées lors de l'inclusion s'avèrent ne pas être effectives. Parmi les difficultés les plus prégnantes, on trouve les inquiétudes éducatives (antécédents de protection de l'enfance dans la famille, chez les aînés, chez les parents lorsqu'ils étaient enfants ; négligences carences), les expositions à l'alcool ou à d'autres produits psychoactifs pendant la grossesse, les problématiques développementales.

Orientations* adultes	Nombre d'adultes concernés
PMI	14
ASE / CRIP	12
Services sociaux	10
AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	9
Autre	4
Autres services hospitaliers	4
CSAPA / Services d'addictologie / alcoologie	4
Avocats / aide juridictionnelle	3
Justice / SPIP	3
Maternité	3
Psychiatrie adulte	3
Hébergement social / hébergement d'urgence	2
Libéral	2
Pédopsychiatrie / CMP / HDJ / autre suivi psy institutionnel	2
CAARUD	1
ELSA	1
Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	1
Total (moyenne = 2,23 orientations par adulte)	**78**

On remarque que les « orientations » les plus fréquentes concernent les services départementaux (PMI, ASE, services sociaux).
On ne compte que 6 orientations vers le champ des addictions (CSAPA, CAARUD, ELSA), ce qui ne signifie pas que les autres adultes concernés ne disposent pas d'interlocuteurs dans ce champ là. En effet, certains adultes sont déjà accompagnés par des services d'addictologie et de réduction des risques lors de leur inclusion. Nous avons ainsi été en contact avec 1 CAARUD, 5 CSAPA et 5 ELSA pour l'ensemble des 22 familles incluses dans le projet. D'autres adultes sont trop réticents à aller vers les services du champ des addictions et trouvent des interlocuteurs dans d'autres services de santé, qu'ils se représentent comme moins stigmatisants pour eux. (PMI, psychiatrie, pédopsychiatrie, médecine libérale, maternité,…).

Orientatrions enfants*	Nombre d'enfants concernés
PMI	14
ASE / CRIP	11
AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	9
Ecole Creche et autres modes de garde	8
Pouponnière / Foyer / MECS / Services de placement familial	6
Autres services hospitaliers	5
Pédopsychiatrie / CMP / HDJ / autre suivi psy institutionnel	3
CAMSP / Soins enfant / Education spécialisée	2
Hébergement social / hébergement d'urgence	2
Libéral	2
Autre	1
Consultation spécialisée troubles développementaux	1
HAD pédiatrique	1
Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	1
Total (moyenne = 2,44 orientations par enfant)	**66**

On remarque que les orientations les plus fréquentes concernent les services départementaux ou intervenants dans le champ de la protection de l'enfance. Viennent ensuite les services de santé (hôpitaux, pédopsychiatrie, CAMSP, …).

** Il ne s'agit pas de comptabiliser les orientations proposées par le réseau mais les orientations effectives quelqu'en soit l'origine (le réseau, les partenaires, les patients). Il s'agit de décrire les suivis et prises en charge qui se mettent en place pendant l'inclusion. D'autres suivis se mettent en place sans constituer réellement des « orientations », nous les enregistrons tout de même ici pour tenir compte de l'ensemble de l'environnement professionnel autour de la famille (ASE, CRIP, Justice,…).*
Certains suivis concernent parfois (mais pas toujours) autant les parents que les enfants et apparaissent donc dans les deux catégories (PMI, ASE, CRIP, Justice, centre maternel).

	Interventions réalisées en 2020	Nombre
Interventions avec les partenaires	Appel ou SMS entrant Partenaire	42
	Appel ou SMS sortant Partenaire	102
	Autre échanges cliniques avec Partenaire	21
	Mail / Courrier Partenaire	95
	RCP et autres réunions pluriprofessionnelles	13
	Recherche à la demande d'un partenaire	1
	Rédaction du Compte rendu	11
Sous-total (moyenne = 12,95 interventions par famille)		**285**
Interventions avec les familles	Appel ou SMS entrant Patient	125
	Appel ou SMS sortant Patient	339
	Entretien téléphonique avec patient	92
	Mail / Courrier Patient	2
	Recherches à la demande d'un patient	13
	Visites à domicile non honorée par la famille	14
	Visites à domicile effectives	69
Sous-total (moyenne = 29,73 interventions par famille)		**654**
Total (moyenne = 42,68 interventions par famille)		**939**

Pour rappel le Dapsa est intervenu directement auprès de 49 familles en 2020, 22 incluses dans ce projet au titre de problématiques addictives repérées dans la famille et 27 au titre d'autres sources de difficultés d'accès aux soins.

Les 22 familles incluses dans ce projet ont été concernées en moyenne par 12.95 interventions en direction de leurs interlocuteurs professionnels. La moyenne est de 25 pour les 27 autres familles rencontrées par l'équipe mobile du Dapsa hors problématiques addictives. Nous avons donc deux fois moins de liens avec les partenaires pour les situations incluses dans ce projet par rapport aux situations rencontrées par l'équipe mobile hors de ce projet. Concernant les interventions directes envers les familles, la moyenne est de 29.73 interventions par famille pour les 22 familles incluses dans ce projet et de 29.59 pour les 27 familles rencontrées par l'équipe mobile sans faire partie de ce projet, les volumes d'interventions sont donc très proches.

En revanche une différence notoire apparait en s'intéressant au taux de réalisation des visites à domicile. Pour les 22 familles incluses dans ce projet on remarque que 14/83 visites à domiciles ne sont pas honorées par les familles soit 17%. Pour les 27 familles rencontrées par l'équipe mobile (mais qui ne sont pas incluses dans le présent projet car ne présentant pas d'usage problématique de substances psychoactives), ce taux est de 1/134, soit 0.75%.

Au 31/12/2020 5/22 familles étaient sorties de la file active. Ce projet fera l'objet d'une évaluation plus détaillée qui sera transmise à l'ARS avant le 30 juin 2021.

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

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

Rencontres, présentations de projets aux partenaires du réseau Dapsa :
225 professionnels rencontrés ou contactés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré)
151h dont 34h de transport
Cette catégorie regroupe les différentes rencontres de professionnels du Dapsa avec d'autres professionnels intervenant (ou susceptible d'intervenir) auprès des familles que le réseau accompagne. Le développement de liens avec les professionnels et institutions du territoire francilien est un préalable indispensable à toutes les actions du réseau.
Ces rencontres permettent de recenser les besoins, les capacités de prise en charge, les freins, interrogations, obstacles que rencontrent ces intervenants, à la fois dans le suivi de patients en difficulté d'accès aux soins liée 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. Cette année une grande partie de ces rencontres ont été initiées par la sage-femme addictologue arrivée en 2020 et qui a entamé dès son arrivée un cycle de rencontre avec les réseaux de périnatalité, certaines maternités, certaines PMI et différents centre de soins des addictions. Un nombre conséquent des autres rencontres recensées ici concerne une activité de veille sur l'adaptation des fonctionnement de nos partenaires aux contextes épidémiques et réglementaires. La quasi-totalité de ces rencontres a eu lieu en visioconférence.

Nombre de staffs médico-psycho-sociaux de maternité : 18

Participations des salariées du Dapsa à des staffs de maternité. Le Dapsa est présent de manière assidue aux staffs des maternités Robert Debré et Lariboisières (Paris) et peut participer, ponctuellement et sur invitation, aux staffs d'autres maternités d'Ile de France.
221 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré)
67h dont 17h de transports
Ces rencontres permettent en outre de maintenir les liens avec les professionnels du territoire et d'en créer de nouveaux. De plus c'est l'occasion pour le réseau d'être informé de situations familiales pouvant être potentiellement incluses dans la file active du réseau et ainsi de se tenir disponible pour les professionnels qui pourraient nous solliciter

Nombre de groupes d'expertise / groupes de travail : 29

Groupes de travail où le DAPSA apporte son expertise sur les thématiques croisées grossesse/parentalité/souffrance psychique/addictions/travail partenarial (« commission psy » du réseau périnatal parisien, participation au Groupe d'Etude Grossesse et Addictions, groupe de psychomotricien, groupe « enfant de parents en souffrance » de la Société Marcé Francophone, comité de pilotage formation PérinatIF SUD, comité de pilotage soirée addictions RSPP,…)
197 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré)
103h dont 24h 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. 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 : 9

Formations dans le cadre de diplômes universitaires, de conférences ou de journée thématiques où interviennent des professionnels du DAPSA. Cette année nous sommes intervenus en différentes occasions :

- DIU du Groupe d'Etude Grossesse et Addictions,
- plusieurs formations organisées par le réseau PérinatIF Sud (alcool et grossesse),
- présentation des travaux du Dapsa à l'occasion d'une journée trimestrielle du Groupe d'Etude Grossesse et Addictions,
- formation Femmes et Addictions de la Fédération Addictions
- intervention au colloque de l'association *Dessine-moi un mouton*
- deux interventions au colloque francophone de l'institut de formation « Pégase Processus » (« Addictions : ouvrir les dialogues »)
- une formation d'une journée sur site à la demande d'un centre de soins

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

62h de travail dont 17h de transport (on ne compte ici que le temps de réalisation des interventions, les temps préparatoires ne sont pas comptabilisés ici).

Nombre de participations à des colloques, conférences, mondanités (en qualité de simple auditeur) : 10

Présence d'un ou plusieurs membres de l'équipe à 10 colloques, conférences, événements des partenaires auxquels les membres du réseau sont conviés :
23h de travail dont 0h 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 et de suivre l'évolution de l'offre de soins sur le territoire. En temps normal ces événements sont censés être l'occasion de créer ou réactiver des liens avec les professionnels qui participent à ces occasions. C'est parfois lors de rencontres informelles, à l'occasion de ces colloques, conférences ou mondanités, que le réseau a connaissance de situations familiales complexes qui seront par la suite incluses dans la file active. Nous ne comptabilisons pas ici la formation professionnelle continue des salariés (présenté en p.6).

Nombre de rencontres « institutionnelles » et de participations aux instances de gouvernances des partenaires : 10

Rencontres (hors contractualisations et évaluation) avec les tutelles et administrations (ARS et PMI 95 en 2020) et participation aux instances de gouvernance des partenaires (uniquement le GEGA en 2020):
119 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré)
29h de travail dont 7h de transport.

Nombre de participations aux travaux collectifs organisés par le Résif (désormais FACS IDF) : 3

Le Dapsa a participé à trois temps de rencontres organisés par le Résif. Un temps consacré aux conventions collectives de rattachement, un temps dédié aux réseaux régionaux et un temps davantage consacré au contexte épidémique.
33 professionnels rencontrés (un professionnel est compté autant de fois qu'il est rencontré)
7h de travail dont 1h de transport

Nombre de séances d'ateliers organisés par le DAPSA : 0

Nous n'avions pas sollicité en 2020 de financement pour l'organisation d'ateliers thématiques. Il est toujours possible pour le Dapsa d'organiser ce type d'événements dans le cadre de son financement « réseau de santé » mais cette année nous n'en avons pas organisé. Nous participons par contre activement aux événements organisés par certains de nos partenaires (PérinatIF, Fédération Adddictions, GEGA, …). Le contexte épidémique et les règles de distanciation étant peu propices à ce type de travaux nous n'avons pas construit de projet d'atelier pour 2021.

Nombre de « chantier » (sortes de mini-colloque) organisés par le DAPSA : 1

Un seul chantier a pu être organisé en 2020. Celui-ci, présenté ci-dessous, s'inscrivait dans un cycle de chantiers entamé en 2019 sur le thème de la prise en compte de la santé psychique des enfants placés. Ce cycle se poursuit en 2021.

« Se construire quand même… »

Pour **Myriam David,** quand la séparation de l'enfant de sa famille était **nécessaire**, il était aussi **nécessaire** de penser et de concevoir, les dispositifs soignants adaptés aux risques inhérents à ce contexte, pour permettre à l'enfant de **se construire quand même**…

Comment alors dans un contexte de placement judiciaire soutenir et prendre soin de l'enfant ? Comment penser les soins psychiques à proposer ? Si l'enfant est au centre des préoccupations, est-il le seul concerné par le soin ou faut-il avoir une compréhension du soin plus élargi ? Le lien parent/enfant devrait-il être objet de soin ? Et dans quel but ? Et avec quel dispositif soignant ? Enfin si plusieurs professionnel-le-s et différentes professionnalités sont impliquées dans le dispositif soignant comment penser son travail ? Comment pense-t-on que les soins opèrent ?

Pour soutenir notre réflexion, une équipe du Secteur de pédopsychiatrie 91-1-05 de l'Essonne, viendra nous parler des pratiques cliniques novatrices, qu'elle a développées au sein de l'Unité d'Accueil Familial Thérapeutique « La Terrasse », de ce qu'elle a appris et des questions que cela soulève.

Intervenants :

Dr Martin Pavelka (pédopsychiatre), Mme Marie-Hélène Borg (infirmière) et Mme Sylvie Denizet (infirmière psychiatrique) de l'équipe de l'UAFT-Enfants.

Pour son texte « La relation soignant-soigné : les incidences sur le soin », l'équipe de l'UAFT a obtenu en 2014 le prix Michel Sapir.

Animatrice :

Rosine Réat, psychologue clinicienne au Réseau de Santé DAPSA

100 professionnels présents
28h de travail dont 7h de transport (il ne s'agit que des temps de présence cumulés des différents membres de l'équipe, les temps de préparation ne sont pas comptabilisés ici).

De façon à soutenir à la fois une continuité de liens avec nos partenaires, et une continuité de pensée au sein de l'équipe, nous avons lancé en avril 2020 un atelier d'écriture interne au Dapsa. Au départ l'idée de ces petits écrits illustrés était de s'alimenter entre nous, pour continuer à confronter nos opinions et ressentis quant à l'actualité qui était à la fois inquiétante et coercitive, pour restaurer un espace de bavardage au temps du confinement, hors réunion formelle et opératoire. Puis, l'idée d'en faire une série de mini vignettes à adresser à nos partenaires s'est présentée. Nous avons ainsi rédigé, fait illustrer, et adressé à nos partenaires 18 mini-vignettes au départ sur le thème de l'impact du confinement sur les travaux des équipes, puis sur d'autres thèmes de travail moins centrés sur l'actualité.
A partir de l'automne 2020, nous avons décidé de limiter les envois pour ne pas saturer les boîtes mail de nos partenaires et de regrouper nos écrits sous forme de petits bulletins thématiques. 2 bulletins ont ainsi été rédigés et diffusés fin 2020. Le premier sur le thème de l'attente et le second sur le thème de l'aller-vers.
L'ensemble de ces écrits est à retrouver sur notre site internet : http://www.dapsa.asso.fr/ecrits.htm

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 régulièrement 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 interventions, 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 conférences pour informer les partenaires de la tenue de ces événements.

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

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

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

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

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

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

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

Les activités centrées sur les patients sont enregistrées anonymement par situation familiale « codée », au sein du système d'informations permettant de centraliser l'ensemble des données concernant les familles et les partenaires professionnels. Pour chaque situation familiale, un onglet recense les informations transmises au moment de la demande (identification du professionnel qui sollicite l'inclusion, données sociodémographiques sur les familles, problématiques cliniques qui motivent la demande d'inclusion, …), un autre onglet permet par la suite d'enregistrer chaque intervention effectuée par les professionnels

du Dapsa en rapport avec cette situation. Cet onglet permet de préciser la nature des interventions effectuées pour chaque situation (appel, visite à domicile, échange clinique avec un partenaire sur cette situation, recherche pour un patient ou un partenaire, réunion de concertation sur cette situation, …), leur durée et s'ils s'adressent aux patients directement ou aux partenaires professionnels qui accompagnent cette famille. Un troisième onglet permet par la suite de renseigner l'ensemble des données évolutives concernant les familles (axes de travail, objectifs, orientations, 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 vigilance 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 réponse 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 2020 ont été présentés précédemment dans la partie "Personnels et temps de travail". Comme les résultats individuels se compilent automatiquement, cela nous permet de rattacher les charges de personnels aux activités effectuées. Il est par la suite plus facile de budgéter les différentes actions en fonction des professionnels qui s'en chargeront et du temps de travail qu'ils y consacreront. Les salariés renseignent directement, et quotidiennement, la répartition de leurs heures de travail (en fonction des différentes activités du réseau auxquelles ils participent) sur leur espace personnel du système d'information.

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

Cependant, ces axes de travail comportaient un caractère inégal. Ils étaient présentés en fonction des destinataires et, sauf pour ceux en direction des partenaires, ils ne décrivaient pas toujours le travail effectué, mais plutôt les problématiques à l'œuvre dans les situations. Nous avons donc constitué un groupe de travail en interne qui, à partir des objectifs librement formulés situation par situation, a tenté de proposer des regroupements entre objectifs de l'équipe mobile et objectifs de l'équipe d'appui à la coordination. L'idée était d'être davantage descriptif du contenu des interventions plutôt que des problématiques à l'œuvre que nous renseignons déjà par ailleurs (cf. partie « troubles ou inquiétudes transmis par les partenaires »). Nous avons abouti aux listes suivantes qui sont désormais présentées en fonction de l'opératrice de l'intervention et non plus en fonction du destinataire :

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

Accompagner physiquement les patient.e.s vers les services ou professionnel.le.s
Soutenir l'identification par les adultes des ressources à leur disposition (entourage familial, amical, professionnel, ...)
Créer et maintenir des conditions de rencontre ou de contacts qui permettent de travailler quand une problématique de lien a été repérée
Comprendre, analyser le fonctionnement psychique de l'enfant et/ou du ou des parent(s)
Expliciter, clarifier des langages techniques des professionnel.le.s, des procédures à respecter, des règlements, des lois
Soutenir l'accès et/ou l'investissement des adultes dans leurs propres soins et accompagnements
Soutenir l'accès et/ou l'investissement du ou des parent(s) dans les soins et accompagnements de leur enfant
Travailler la fin d'intervention de l'équipe mobile

En 2020, au moment du premier confinement, une grande partie des interventions de l'association se trouvant empêchées nous avons pu consacrer quatre demies journées de travail en équipe à revoir plusieurs sections du système d'information. Il s'agissait d'actualiser les différentes listes à choix (inquiétudes transmises par les partenaires, lieux de vie, orientations, freins à l'accès aux soins, type d'interventions,…), par exemple en identifiant ce que nous renseignons dans les différentes catégories « autres » qui peuvent se trouver dans chacune de ces listes pour proposer de nouveaux items pour les problématiques émergentes ou dont le poids statistique justifiait un nouvel item dédié. Ce fut également l'occasion d'identifier certaines lourdeurs ou redondances et d'harmoniser nos pratiques de saisie.

Un certain nombre de modifications a pu être réalisé directement par l'équipe, notre système d'information comportant un outil de modification des listes à choix multiples. D'autres modifications seront regroupées en 2021 et feront l'objet d'une commande de développement du système d'information à adresser à un prestataire spécialisé qu'il faudra sélectionner, notre prestataire « historique » ayant cessé ses activités.

5) Accès aux soins des femmes enceintes et des nouveau-nés vulnérables

S'agissant d'un axe de développement important pour le Dapsa, nous consacrons une section spécifique de ce rapport d'activité aux travaux visant à favoriser l'accès aux soins des femmes enceintes et des nouveau-nés vulnérables.

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

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 à la consommation de la mère, et qu'ils soient pris en compte comme les autres enfants, 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, …). Souvent les interventions mises en place en réaction aux inquiétudes que peuvent susciter les difficultés des enfants ne se situent que sur le plan éducatif sans attention médicale spécifique. C'est notamment le cas quand les difficultés seront repérées plus tard, par d'autres professionnels intervenant dans le champ de la petite enfance et de la scolarité.

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 de signes autres 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 réseau de partenaires mobilisables auprès des parents ayant eux-mêmes des difficultés psychosociales et des troubles psychiques ou psychiatriques liés à une addiction.

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

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

C'est dans cette perspective que le fonctionnement des réseaux pédiatriques a inspiré ce travail : « permettre une continuité dans la vigilance quant aux facteurs de vulnérabilité que présente un jeune enfant », cette continuité pouvant être assurée malgré les changements d'intervenants (maternité, 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

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

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

Ces développements nous ont donc permis d'élargir notre réseau de partenaires et par la suite, le DAPSA étant mieux repéré, ces services (les maternités, PMI, néonatologie, HAD, réseaux, CAMSP, Unités Mère-Bébé, …) nous sollicitent davantage, et pas seulement pour des situations où des alcoolisations fœtales sont constatées, mais plus largement, pour des situations faisant craindre la discontinuité des soins ou le défaut de soins, pendant la grossesse et en postnatal, quand cette crainte est liée à des troubles psychiatriques ou à des addictions parentales ou à des difficultés dans le travail partenarial. Nous avons ainsi sollicité et obtenu un financement de la Fondation de France en 2019 pour soutenir directement la continuité des soins de familles suite au séjour en néonatologie de leur enfant. Cette action s'est poursuivie tout au long de l'année 2020, toujours dans le but de maintenir et de développer nos relations partenariales avec les acteurs de la périnatalité en Ile de France.

Nous donnons ci-dessous le détail des situations incluses accompagnées par le réseau en 2020 :

- impliquant les 30 femmes, enceintes en 2020 à un moment de leur inclusion. En fait, 66 femmes en file active ont été enceintes en 2020. Pour ces 66 femmes enceintes en 2020, le Dapsa n'était impliqué dès leur grossesse que pour 30 d'entre elles. Pour les 36 autres, nous n'avons été sollicités qu'à la naissance ou peu après. Le Dapsa n'était donc pas présent pendant la grossesse). Sur les 30 femmes enceintes pendant leur inclusion, 28 ont accouché en 2020, 2 en 2021. Tableau 1

- impliquant les 93 enfants, de 78 familles différentes, présentant des facteurs de risque pour leur développement. Tableau 2. Il s'agit des enfants inclus en file active et pour lesquels l'une ou plusieurs des problématiques ci-dessous ont été repérées :

  Développement fœtal inquiétant
  Exposition à l'alcool durant la grossesse
  Exposition autres substances psychoactives durant la grossesse
  Maladie somatique / handicap physique
  Manifestations psychologiques ou comportementales inquiétantes
  Pathologie génétique ou neurologique
  Prématurité/petit poids de naissance
  Retard de développement
  SAF ou TCAF diagnostiqué
  Syndrome de sevrage du nouveau-né
  Troubles envahissants du développement / autisme / retrait relationnel

Tableau 1 : Informations relatives aux 30 femmes, enceintes en 2020 à un moment de leur période d'inclusion dans le réseau		
Partenaires ayant sollicité l'inclusion des 30 femmes, enceintes en 2020	Maternité	10
	PMI	5
	CSAPA / Services d'addictologie / alcoologie	3
	Famille/entourage	3
	CAARUD	2
	Hébergement social / hébergement d'urgence	2
	ASE / CRIP	1
	CAMSP / Soins enfant / Education spécialisée	1
	Centre maternel et parental	1
	Equipes de Liaison et de Soins des Addictions	1
	Services sociaux	1
Inquiétudes des partenaires : 78 enregistrements pour 30 femmes enceintes, soient 2,6 en moyenne par femme. Toutes les femmes enceintes incluses en 2020 présentaient au moins un des troubles ou inquoétudes listés.	Autre (errance, parcours migratoire difficile,...)	13
	Troubles psychiques / psychiatriques	13
	Conduite à risques (obstétrical, fœtal)	9
	Troubles conjuguaux	8
	Consommations d'alcool	6
	Contexte de violences	5
	Inquiétude quant aux liens parents enfant	4
	Poly consommation	4
	Consommations de cannabis	4
	Troubles somatiques	4
	Consommations de cocaïne et crack	2
	Consommations de médicaments psychotrope hors prescription	2
	Traitement de Substitution aux Opiacés et psychotropes prescrits	2
	Deuil	1
	Consommations d'opiacés	1
Moyenne d'âge	29 ans	
Couverture santé	CMU/CMU-C	5
	Sans	4
	Sécurité sociale + Mutuelle	4
	AME	2
	Sécurité sociale	1
	Non renseigné	14
Ressources	Salaire	6
	Sans ressources	5
	RSA	3
	Autre	1
	AAH	1
	Non renseigné	14
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) : 74 enregistrements pour 30 femmes enceintes, soient 2.5 en moyenne par femme	Maternité	18
	PMI	15
	ASE / CRIP	7
	Hébergement social / hébergement d'urgence	6
	Autres services hospitaliers	4
	AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	3
	Autre	3
	CSAPA / Services d'addictologie / alcoologie	3
	Pédopsychiatrie / CMP / HDJ / autre suivi psy institutionnel	3
	Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels	2
	Réseau - hors réseau pédiatrique	2
	Services sociaux	2
	Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	2
	Centre maternel et parental	1
	Equipes de Liaison et de Soins des Addictions	1
	Libéral	1
	Psychiatrie adulte	1

Tableau 2 : Informations relatives aux 93 enfants présentant des facteurs de vulnérabilité et/ou de risque pour leur développement				
Âge lors de l'inclusion	à naître			22
	0-3 mois			36
	4-12 mois			14
	13-24 mois			12
	25-36 mois			9
Lieu de vie lors de l'inclusion	Domicile du ménage			25
	à naître			22
	Néonatologie			18
	Avec parent(s) hors domicile			12
	Maternité			6
	Pouponnière			5
	Autre (ou en attente de décision)			2
	Domicile d'un autre membre de la famille			2
	Placement familial			1
Âge au 31/12/2020	0-3 mois			9
	4-12 mois			29
	13-24 mois			25
	25-36 mois			12
	37-48 mois			9
	> 48 mois			10
Termes de grossesse (S.A.)	24/32			11
	33/38			14
	38/41			15
	Non renseigné			53
Poids de naissance (Kg)	0,4/1			4
	1 /1,6			4
	1,6/2,2			5
	2,2/2,8			12
	2,8/3,4			6
	3,4/3.9			4
	Non renseigné			58
	Troubles ou inquiétude :	**à l'inclu-sion**	**au 31/12/2020**	**Variation**
Troubles ou inquiétudes des partenaires lors de l'inclusion (167 enregistrements pour 93 enfants, soient 1,8 en moyenne par enfant) Troubles ou inquiétude des partenaires et des salariées au 31/12/2020 (238 enregistrements pour 93 enfants, soient 2,6 en moyenne par enfant). A noter que 37 de ces 93 enfants ont été directement rencontrés par l'équipe mobile. Tous les enfants pris en compte ici ont au moins un facteur de vulnérabilité d'enregistré.	Prématurité/petit poids de naissance	26	35	+9
	Manifestations psychologiques ou comporte-mentales	16	24	+8
	Exposition autres substances psychoactives durant la grossesse	20	23	+3
	Exposition à l'alcool durant la grossesse	18	22	+4
	Maladie somatique	11	21	+10
	Antécédents de protection de l'enfance dans la famille	18	20	+2
	Négligences/carences	10	17	+7
	Troubles du lien/interaction parent-enfant	10	16	+6
	Pathologie génétique ou neurologique	5	13	+8
	Retard de développement	9	13	+4
	Développement fœtal	10	10	0
	Exposition à la violence intrafamiliale	5	7	+2
	Syndrome de sevrage du nouveau-né	5	7	+2
	Antécédents médicaux dans la famille	2	4	+2
	Troubles envahissants du développement / autisme / retrait relationnel	0	4	+4
	Maltraitance	0	1	+1
	SAF ou ETCAF diagnostiqué	2	1	-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) : 286 enregistrés pour 93 enfants, soient 3.01 par enfant en moyenne	PMI	50
	ASE / CRIP	36
	Ecole Creche et autres modes de garde	29
	AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	27
	Pédopsychiatrie / CMP / HDJ / autre suivi psy institutionnel	26
	Autres services hospitaliers	17
	Hébergement social / hébergement d'urgence	16
	CAMSP / Soins enfant / Education spécialisée	12
	HAD pédiatrique	11
	Pouponnière / Foyer / MECS / Services de placement familial	10
	Autre	9
	Réseau pédiatrique	9
	Consultation spécialisée troubles développementaux	8
	Libéral	8
	Néonatologie	5
	SSR pédiatrique	4
	Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	4
	Centre maternel et parental	3
	Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels	1
	Réseau - hors réseau pédiatrique	1

6) Régionalisation

Pour les 153 familles incluses dans le dispositif en 2020 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 153)	Nombre de familles incluses y ayant des soins, des suivis, un hébergement ou une domiciliation en 2020	Nombre de familles incluses y ayant des soins, des suivis, un hébergement ou une domiciliation en 2019	Nombre de familles incluses y ayant des soins, des suivis, un hébergement ou une domiciliation en 2018
Paris (75)	108	113	132
Seine Saint Denis (93)	26	28	30
Val de Marne (94)	21	19	19
Hauts de Seine (92)	19	16	23
Val d'Oise (95)	17	12	10
Hors Ile de France	12	9	10
Essonne (91)	9	6	3
Yvelines (78)	8	14	11
Seine et Marne (77)	7	5	8

Lecture : Sur 153 familles incluses en 2020, 108 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 2020	Nombre de familles concernées en 2019	Nombre de familles concernées en 2018
1	94	103	118
2	48	44	41
3 ou plus	11	10	15

Lecture : Pour 94 familles en 2020, l'accompagnement par le Dapsa est resté centré sur un département, pour 11 familles l'accompagnement par le Dapsa a concerné 3 départements ou plus.

Origine de la demande d'inclusion	**Nombre de familles concernées en 2020**	**Nombre de familles concernées en 2019**	**Nombre de familles concernées en 2018**	**Nombre de familles concernées en 2017**
Paris	97	96	118	124
Seine-Saint-Denis	13	15	14	17
Val-de-Marne	11	14	10	15
Hauts-de-Seine	10	9	13	12
Val-d'Oise	10	8	4	5
Hors IDF	5	3	4	3
Seine-et-Marne	3	3	5	8
Yvelines	2	8	5	7
Essonne	2	1	1	2
Nombre total de familles incluses	**153**	**157**	**174**	**193**
Pourcentage de demandes « depuis Paris »	63%	61%	68%	64%
Pourcentage de demandes « Hors Paris »	37%	39%	32%	36%

Départements	Nombre de professionnels concernés en 2020 par l'accompagnement d'une famille incluse en fonction du département d'exercice	Nombre de professionnels concernés en 2019 par l'accompagnement d'une famille incluse en fonction du département d'exercice	Nombre de professionnels concernés en 2018 par l'accompagnement d'une famille incluse en fonction du département d'exercice	Nombre de professionnels concernés en 2017 par l'accompagnement d'une famille incluse en fonction du département d'exercice
Paris	623	669	731	676
Val-de-Marne	79	70	60	62
Hauts-de-Seine	72	53	63	81
Seine-Saint-Denis	70	73	99	108
Val-d'Oise	32	22	17	9
Dispositif régional	21	11	22	25
Hors IDF	15	12	19	17
Yvelines	14	34	23	14
Essonne	9	6	8	2
Seine-et-Marne	4	8	14	25
Total	**939***	**958**	**1056**	**1019**
Part de partenaires parisiens	66%	70%	69%	66%
Part de partenaires hors Paris	34%	30%	31%	34%

**Certains professionnels interviennent pour plusieurs situations incluses. Parmi ces 939 professionnels, 794 ne sont intervenus que dans le cadre d'une seule situation incluse, 99 sont intervenus dans le cadre de deux situations incluses, 28 sont intervenus dans le cadre de trois situations incluses, 18 sont intervenus auprès de quatre à onze familles incluses.*

Concernant les 49 familles rencontrées en 2020 par l'équipe mobile du Dapsa, 36 ont été incluses à la demande d'un professionnel parisien, 5 à la demande d'un professionnel de Seine Saint Denis, 4 à la demande d'un professionnel des Hauts de Seine, 2 à la demande d'un professionnel du Val de Marne, 1 à la demande d'un professionnel du Val d'Oise et 1 à la demande d'un professionnel des Yvelines. 202 visites à domicile effectives ont pu être réalisées (157 à Paris, 14 dans le Val d'Oise, 13 en Seine Saint Denis, 9 dans le Val de Marne, 8 dans les Hauts de Seine et 1 en Essonne). Notons qu'en 2020 le contexte sanitaire a fortement limité les possibilités d'interventions de l'équipe mobile, en particulier pour les familles rencontrées en petite et grande couronne.

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 (correspondant aux critères d'inclusion du Dapsa) est plus représentée à Paris qu'en banlieue éloignée, notamment en raison de l'abondance de dispositifs susceptibles de leur venir en aide (constat qui est également celui de partenaires de grande banlieue).

- Le fait que le réseau travaille en appui des professionnels et que l'offre de soins soit nettement plus fournie à Paris (en particulier pour les hôpitaux dont ceux spécialisés dans les soins aux enfants) et en petite couronne qu'en grande banlieue. Par ailleurs le Dapsa, du fait de son organisation et de ses stratégies de développements partenariaux, travaille très peu avec les professionnels libéraux : 3 libéraux (médecins, psychomotricienne) sur un total de 939 professionnels concernés en 2020 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 de manière équivalente pour toute la région.

Le travail de régionalisation est toujours 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 interventions dans des colloques, formations, DU, groupe d'expertises, soirées thématiques, au plan local, régional ou nationa, qui permettent au Dapsa de se faire connaître.

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

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

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

	2017	**2018**	**2019**	**2020**
Nombre de contacts identifiés	3306	3628	4050	4518
Dont nombre de contacts impliqués dans l'accompagnement de familles incluses	1019	1056	958	939

7) Bilan des activités cliniques en 2020

Par « activités cliniques » nous désignons le traitement pluridisciplinaire et au cas par cas des situations pour lesquelles nous sommes sollicités. En 2020, 89 nouvelles situations familiales ont été incluses dans la file active du réseau, portant le total du nombre de familles incluses à 153 : 232 adultes (dont 131 inclus en 2020) et 193 enfants de 0 à 3 ans lors de leur inclusion (dont 103 inclus en 2020) dont 71 nés en 2020, 2 enfants à naître en 2021.

Année d'inclusion des situations actives en 2020	Nombre de situations concernées
2020	89
2019	37
2018	18
2017	4
2016	4
2014	1
Total	**153**

a) Qui sollicite le Dapsa ?

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

Origine des demandes d'inclusion	Nombre de professionnels concernés
Psychologue	33
Assistante sociale	19
Educateur spécialisé	15
Infirmière / puéricultrice	14
Sage Femme	13
Psychiatre	12
Encadrement	9
Médecin PMI	8
Autres travailleurs sociaux	6
Médecin généraliste	5
Pédiatre	5
Patient / Entourage	5
Educateur de Jeunes Enfants	2
Pédopsychiatre	2
Staff maternité (demandes collectives)	2
Médecin autre	1
Néonatologiste	1
Psychomotricien	1
Total	**153**

Origine des demandes d'inclusion	Nombre de structures concernées
Maternité	27
PMI	24
Néonatologie	14
CSAPA / Services d'addictologie / alcoologie	11
ELSA	10
Hébergement social / hébergement d'urgence	10
Centre maternel et parental	7
ASE / CRIP	6
AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	5
Famille/entourage	5
Services sociaux	5
CAARUD	4
Ecole Creche et autres modes de garde	4
Pédopsychiatrie / CMP / HDJ / autre suivi psy institutionnel	4
Psychiatrie adulte	3
Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	3
Autres services hospitaliers	2
CAMSP / Soins enfant / Education spécialisée	2
HAD pédiatrique	2
Pouponnière / Foyer / MECS / Services de placement familial	2
SSR pédiatrique	2
Police	1
Total	**153**

b) Pourquoi sommes-nous sollicités ?

Les professionnels qui nous sollicitent demandent le plus souvent à pouvoir réfléchir avec le Dapsa à propos d'une situation familiale qui leur pose question. Il n'y a donc pas forcément d'attentes très précises des partenaires, mais souvent l'envie de déplier une situation complexe en l'exposant à des professionnelles qui sont à distance de la situation et néanmoins habituées à travailler l'accès et la continuité des soins des patients dans des situations singulières. 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 patients à l'issue de leurs interventions, absence ou recherche de relais, propositions inajustées aux difficultés des patients ou des familles, difficultés pour les dispositifs non soignants à travailler avec les familles du fait de l'état de santé psychique ou somatiques des patients, …).

Situations par motif de recours au Dapsa (plusieurs possibles)	2020	2019	2018	2017
Réfléchir avec le DAPSA	72	73	78	79
Absence de prise en charge ou d'interlocuteur	61	65	71	75
Inquiétude vis-à-vis de l'enfant	51	56	61	59
Besoin de continuité	51	42	53	54
Recherche de relais avant sortie de file active	45	43	44	47
Prise en charge difficile	44	40	44	44
Souffrance psychique	41	38	38	42
Problème de partenariat	21	18	19	16
Patient refuse la prise en charge	16	20	24	23
Isolement professionnel	14	22	29	26
Maladie somatique	11	6	12	18
Prise en charge inadaptée	8	10	13	13
Multiplicité des structures	7	10	14	5
Peur de la stigmatisation	5	6	7	7
Non inclusion du patient dans la file active du partenaire	2	1	0	0
Total	**449**	**450**	**507**	**508**
Moyenne par famille	**2,93**	**2,87**	**2,9**	**2,63**

c) Que nous demandent les professionnels qui nous sollicitent ?

Plusieurs types de demandes sont possibles pour une même situation. Ces demandes sont enregistrées principalement à l'ouverture du dossier, mais il arrive que d'autres demandes surviennent en cours d'accompagnement, parfois des demandes émanant d'autres services que ceux à l'origine de l'inclusion. Le plus souvent les demandes concernent des difficultés à travailler avec les familles ou les partenaires, en lien avec la complexité des situations familiales et parfois également, en lien avec les spécificités des organisations professionnelles et institutionnelles. Il s'agit souvent de demandes d'analyses de situations (65), parfois de demandes de conseils, d'écoute, de soutien à la réflexion (52), de demandes d'informations (48). Nous recevons également un nombre important de demandes d'interventions de l'équipe mobile (76 au total), parfois couplées à une demande de mise en place et d'animation d'espaces de concertations pluridisciplinaires et pluri institutionnelles.

Ce sont les professionnels ayant une antériorité de travail avec le Dapsa qui sollicitent le plus le travail de concertation pluridisciplinaire et pluri institutionnel qui peut sembler abstrait avant d'avoir été éprouvé (55 demandes dont 34 demandes pour lesquelles une intervention de l'équipe mobile est également sollicitée).

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

Nous observons que la principale proposition de travail du Dapsa, l'appui à la coordination, ne correspond au départ qu'à un tiers des demandes d'inclusion (55/153 en cumulant les demandes couplées ou non-couplées à une demande d'équipe mobile).

Nature de la demande qui nous est adressée (catégories d'appuis à la coordination sélectionnées par les professionnelles du Dapsa, plusieurs possibles pour une même demande)	**Nombre de situations concernées**	**Pourcentage de situations concernées**
Analyse de situation	65	42%
Soutien des professionnels	52	34%
Information / Recherche / Orientation	48	31%
Intervention directe (EMEO)	42	27%
Travail de coordination + Intervention directe (EMEO)	34	22%
Travail de coordination	21	14%
Total (moyenne = 1,71 demandes par situation)	**262**	

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

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

38% des 153 groupes familiaux disposaient d'un logement autonome, 22% étaient hébergés à l'hôtel, en CHU ou en CHRS, 11% vivaient en squat ou à la rue, 10% étaient hébergés par des membres de leur famille ou de leur entourage, 10% étaient hébergés en centres maternels ou parentaux. 4 familles étaient en hébergement thérapeutique (2.5%), pour 10 situations, l'information était trop peu claire, ou indisponible, et n'a pas pu être renseignée précisément.

Composition du ménage	Nombre
Monoparental - Mère	62
Famille nucléaire	29
Femme enceinte seule	16
Famille nucléaire avec femme enceinte	8
Parents séparés	8
Recomposé	8
Monoparental avec femme enceinte	7
Couple avec femme enceinte	6
Autre	5
Recomposé avec femme enceinte	3
Monoparental - Père	1
Total	**153**

Hébergements des ménages	Nombre
Autonome	57
Hôtel / CHRS / CHU	40
Squat / S.D.F	15
Chez la famille élargie	11
Centre maternel	9
Non renseigné	7
Autre	6
Amis	5
Hébergement thérapeutique	3
Total	**153**

Parmi ces 153 familles, 232 adultes étaient inclus en 2020 (66% de femmes, 34% d'hommes). Les femmes avaient en moyenne 31 ans et les hommes 36 ans. Parfois il nous est nécessaire de connaître les ressources et couverture santé des adultes, mais quand cette information n'est pas utile dans le cadre de la demande qui nous est adressée, nous ne la recensons pas.

Situations des adultes lors de leur inclusion	Nombre		Couverture santé des adultes lors de leur inclusion	Nombre		Ressources des adultes lors de leur inclusion	Nombre
Mère	112		CMU/CMU-C	34		Salaire	47
Père	64		Sécurité sociale + Mutuelle	19		Sans ressources	43
Femme enceinte	40		Sans	15		RSA	21
Futur père	8		AME	13		AAH	7
Concubin	5		Sécurité sociale	6		Autre	4
Ex-conjoint	2		Non renseingé	145		Indemnité chômage	2
Famille	1		Total	232		Non renseingé	108
Total	232					Total	232

Les professionnels nous appellent régulièrement à propos de familles pour lesquelles les adultes présentent des difficultés multiples mais le plus souvent en lien avec un état de souffrance psychique ou avec des troubles psychiatriques et/ou des consommations problématiques de produits psychoactifs (77 adultes sur 232 – soit 33% - font usage de produits psychoactifs, un ou plusieurs, non prescrits par un médecin). La catégorie « autre » est souvent utilisée pour des situations où la souffrance psychique n'est pas nommée mais certainement à l'œuvre, notamment des situations d'errance, des situations où les partenaires redoutent les conséquences possibles d'un parcours migratoire difficile, des situations où le contexte de vie inquiète. Un contexte de conflit et parfois de violence peut être observé dans ces situations. Des inquiétudes relatives aux liens des adultes avec leurs enfants sont également évoquées de manière récurrente. Pour 34/232 adultes – soit 15% - aucun trouble n'est signalé. Il s'agit en général d'adultes inclus au titre de la situation de leur conjoint.e ou de leur.s enfant.s, ou au titre de difficultés d'organisation autour de leur situation.

Troubles ou inquiétudes que nous transmettent les partenaires à propos des 232 adultes inclus (plusieurs possibles par adultes)	**Nombre**
Autre (errance, parcours migratoire difficile, contexte inquiétant, ...)	77
Troubles psychiques / psychiatriques	75
Inquiétude quant aux liens parents enfant	54
Troubles conjuguaux	48
Contexte de violences	42
Conduite à risques	40
Consommations d'alcool	39
Troubles somatiques	27
Consommations de cannabis	22
Deuil	14
Poly consommation	14
Consommations de cocaïne et crack	13
Traitement de Substitution aux Opiacés et psychotropes prescrits	10
Consommations de médicaments psychotrope hors prescription	5
Consommations d'opiacés	5
Total	**485**
Moyenne par adulte	**2,09**

Parmi les 153 familles, 300 enfants (dont enfants à naître et enfants décédés) ont été identifiés lors de l'inclusion des familles. 193 enfants étaient inclus en 2020.

Âge des enfants lors de l'inclusion de la famille		Nombre		**Âge des 193 enfants inclus, au 31/12/2020 (y compris pour les enfants inclus en 2020 mais sortis de file active avant le 31/12/2020)**	
Enfants inclus	**à naître lors de l'inclusion et né avant le 31/12/2020**	**47**		0-6 mois	36
	0-3 mois	**60**		7-12 mois	37
	4-12 mois	**30**		13-18 mois	28
	13-24 mois	**32**		19-24 mois	26
	25-36 mois	**24**		25-30 mois	12
	Sous-total (inclus)	**193**		31-36 mois	20
Enfants non inclus mais pris en compte dans les interventions du Dapsa	à naître après le 31/12/2020	2		37-42 mois	8
	Décédé	5		43-48 mois	9
	> 36 mois	100		> 48 mois	17
	Sous-total (non inclus)	107		**Total**	**193**
Total		300			

24% des enfants vivaient au domicile de leurs parents lors de l'inclusion (30% en 2019, 34% en 2018), 24% n'étaient pas encore nés (23% en 2019, 25% en 2018), 20% vivaient avec leur(s) parent(s) mais hors domicile (hôtel, CHRS, Centre maternel, …) (23% en 2019, 22% en 2018), 15% étaient en service de maternité ou de néonatologie lors de la demande (5% en 2018), 8% étaient placés en pouponnière ou en famille d'accueil (12% en 2019, 6% en 2018), 6 enfants étaient hébergés chez d'autres membres de la famille (3 en 2019, 3 également en 2018), pour 8 enfants l'information était trop peu claire ou indisponible (« autre », « en attente de décision »).

	Lieu de vie des 193 enfants inclus en 2020 lors de l'inclusion	Lieu de vie des 169 enfants inclus en 2019 lors de l'inclusion	Idem 2018
Â naître	**47**	**39**	47
Domicile du ménage	**46**	**50**	94
Avec parent(s) hors domicile	**39**	**39**	47
Néonatologie	**19**	**13**	13
Pouponnière	**10**	**8**	8
Maternité	**10**	**7**	2
Placement familial	**8**	**5**	3
Autre (ou en attente de décision)	**8**	**3**	5
Domicile d'un autre membre de la famille	**6**	**3**	3
Non renseigné	**0**	**2**	5
Total	**193**	**169**	186

Les professionnels nous contactent régulièrement pour des familles dont ils craignent la répétition d'une situation vécue difficilement par eux-mêmes et/ou par les familles lors d'accompagnements précédents concernant les aînés (placements, problèmes de santé). Les inquiétudes concernent souvent le développement et la santé somatique des enfants (prématurité, retard de croissance, exposition à des agents tératogènes pendant la grossesse, maladies génétiques, maladies neurologiques), mais 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) pressentis par les professionnels. Tout au long du parcours des enfants, les professionnelles du Dapsa questionnent les différentes dimensions qui inquiètent ou ont inquiétés les partenaires impliqués. Ceci permet d'affiner l'analyse des dimensions problématiques pour chaque enfant, quand cela est possible.

Nature des troubles ou des inquiétudes concernant les 193 enfants inclus	**Troubles désignés à l'inclusion**	**Troubles repérés au 31/12/2020**	**Variations entre les troubles désignés à l'inclusion et ceux repérés au 31/12/2020**
Prématurité/petit poids de naissance	27	35	+8
Troubles du lien/interaction parent-enfant	21	34	+13
Négligences/carences	15	29	+14
Antécédents de protection de l'enfance dans la famille	27	28	+1
Manifestations psychologiques ou comportementales	16	24	+8
Exposition autres substances psychoactives durant la grossesse	20	23	+3
Exposition à l'alcool durant la grossesse	18	22	+4
Maladie somatique	11	21	+10
Exposition à la violence intrafamiliale	10	13	+3
Pathologie génétique ou neurologique	5	13	+8
Retard de développement	11	13	+2
Développement fœtal	11	10	-1
Antécédents médicaux dans la famille	5	8	+3
Syndrome de sevrage du nouveau-né	5	7	+2
Troubles envahissants du développement / autisme / retrait relationnel	1	4	+3
Maltraitance	1	2	+1
SAF ou TCAF diagnostiqué	2	1	-1
Total	**206**	**287**	**+81**
Moyenne	**1.01**	**1.49**	
Nombre d'enfants ne présentant aucun des troubles ci-dessus	**79/193**	**61/193**	**-18**

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

Nous essayons d'identifier l'ensemble des difficultés d'accès et de continuité des soins pour les familles (et les patients) concernées. L'idée est de permettre aux partenaires de prendre appui sur cette analyse des situations pour tenter autant que possible de contourner ou de lever ces entraves à l'entrée en soins. Cependant, il y a des situations où ces difficultés ne pourront être levées. Il s'agira alors d'élaborer collectivement des propositions de soins et d'accompagnement qui intégreront ces différentes dimensions, de façon soit à rendre ces propositions accessibles et supportables pour les familles, soit à permettre aux professionnels de poursuivre leur travail malgré les impossibles. 990 « freins » ont été identifiés pour 153 familles (1114 pour 157 familles en 2019, 1004 pour 174 familles en 2018), soit 6.5 par famille (7.1 par famille en 2019, 5.8 par famille en moyenne en 2018). La plupart de ces freins sont liés à la situation des patients (554), beaucoup découlent de difficultés professionnelles (284), 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 (117). Pour 35/153 familles, une entrave a été constatée sans qu'elle n'ait pu être rattachée à l'une des nombreuses catégories ci-dessous.

Freins liés aux systèmes d'aides et de santé	Nombre de situations concernées	Pourcentage de situations concernées
Impossibilité du maintien dans la structure	25	16%
Soins des étrangers en situation irrégulière	21	14%
Mobilité géographique contrainte	19	12%
Lenteur et lourdeur administrative	17	11%
Saturation des dispositifs, manque de places	17	11%
Eloignement des structures de soins et accès difficiles	16	10%
Difficulté d'accès à l'aide juridictionnelle	2	1%
Sous-total (moyenne = 0,76 par situation)	**117**	
Freins liés aux usagers	**Nombre de situations concernées**	**Pourcentage de situations concernées**
Difficulté à prendre en compte les besoins des enfants	57	37%
Difficultés à aller vers, troubles relationnels	55	36%
Conduites d'évitement	53	35%
Difficulté à prendre des décisions, à formuler des demandes	48	31%
Problème de continuité dans les suivis	47	31%
Difficultés d'hébergement	44	29%
Difficulté pour accomplir les démarches	42	27%
Manque d'assiduité dans les soins	38	25%
Refus des propositions des professionnels	34	22%
Difficulté pour l'observance des traitements	22	14%
Frein lié à l'entourage	20	13%
Mobilité géographique à l'initiative de la famille	20	13%
Absence ou instabilité dans la couverture santé	19	12%
Manque d'information sur les structures	17	11%
Difficulté d'accès aux moyens de communication (courrier, téléphone, internet)	11	7%
Difficulté liée au coût des transports	10	7%
Pas de possibilité de consultations payantes	10	7%
Difficulté d'accès aux médicaments (lieu, délivrance, stock-age)	5	3%
Incompréhension des informations médicales	2	1%
Sous-total (moyenne = 3,62 par situation)	**554**	
Freins liés aux professionnels	**Nombre de situations concernées**	**Pourcentage de situations concernées**
Impuissance face à une situation complexe	64	42%
Difficulté de partenariat / partenariat inexistant	54	35%
Difficulté pour établir un diagnostic	43	28%
Manque d'information sur les possibilités de prise en charge du territoire	39	25%
Isolement professionnel	28	18%
Difficulté pour une rencontre efficace (comprendre les pro-blèmes du patient et se faire comprendre)	25	16%
Délai trop long pour le début de prise en charge	12	8%
Problèmes avec les représentations	10	7%
Refus de prise en charge par certains professionnels	9	6%
Sous-total (moyenne = 1,86 par situation)	**284**	
Autres freins	35	23%
Total	**990**	
Moyenne	**6,47**	

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

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

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

L'équipe mobile ne se met pas en place systématiquement quand les partenaires le demandent. Souvent en cherchant à identifier le travail en cours auprès d'un groupe familial, il apparait que d'autres peuvent intervenir ou interviennent déjà, il arrive également que l'équipe mobile ne soit pas une indication adaptée. Sur les 153 familles en file active, il y en a 73 pour lesquelles les partenaires sollicitaient la mise en place d'interventions à domicile : nous avons effectivement fait intervenir l'équipe mobile pour 39/73 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. 49 familles ont été concernées par l'accompagnement de l'équipe.

Appui à la coordination : le travail du Dapsa	**Nombre**
Soutien aux professionnels : fournir un appui, une écoute, des conseils, un avis complémentaire pour soutenir les professionnels dans leur travail.	87
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.	82
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.	75
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, …	35
Aide à l'orientation : généralement, en 2ème proposition après évaluation de la situation ou concertation.	17
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.	21
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.	3
Total	**320**
Moyenne par dossier	**2,1**
Equipe mobile d'évaluation et d'orientation	
Nombre de familles rencontrées par l'équipe mobile en 2020 :	**49**
- Dont familles rencontrées par une professionnelle	37
- Dont familles rencontrées par un binôme	12

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

Axes de travail poursuivis en direction des partenaires (financement ARS FIR) pour les 153 familles incluses	**Pourcentage de situations concernées**
Identifier et intégrer dans le travail en réseau les professionnel.le.s positionné.e.s autour de la situation	93%
Tenir le fil dans des contextes de crise ou de changement (dans la situation familiale, dans les préoccupations, dans les accompagnements, dans la configuration professionnelle)	93%
Accueillir les demandes implicites, soutenir l'identification et l'expression de ce qui gène (sentiments d'impuissance, de dévalorisation, d'isolement, de culpabilité, d'urgence, sentiment d'être décalé de sa mission,…)	90%
Créer, mettre à disposition du ou des partenaires un espace extérieur de pensée et d'expression pour une situation donnée (en réunion ou par téléphone)	81%
S'assurer de l'effectivité des soins et accompagnements des patient(s)	74%
Clarifier, faire circuler l'information, mettre en lien les partenaires (soutien logisitique : transmission de coordonnées, informations sur les disponibilités de chacun, …)	67%
Soutenir l'identification et l'expression de ce qui fonctionne	67%
Soutenir la répartition du travail entre partenaires selon les missions, contraintes, temporalités et limites de chacun.e	64%
Soutenir les orientations et relais de prise en charge en informant les partenaires sur les possiblités d'appui que peuvent représenter d'autres équipes ou professionnel.le.s du territoire, pour eux-mêmes ou leurs usagers	62%
Construire un récit autour de l'histoire des interventions (cadres, contenus), donner du sens au travail effectué	60%
Accompagner la dynamique groupale et ses mouvements (écouter, problématiser, mettre au travail les représentations, les effets de la psychopathologie des patient.e.s sur les professionnel.le.s positionné.e.s, faire exister les partenaires, problématiques cliniques ou membres du groupe familial absent des réflexions, restituer le travail...)	57%
Veille / attente active	33%
Au total 968 axes ont été enregistrés pour 153 situations, soit 6.3 par situation accompagnées par le réseau.	

Axes de travail poursuivis en direction des 49 familles rencontrées par l'équipe mobile	**Pourcentage de situations concernées**
Créer et maintenir des conditions de rencontre ou de contacts qui permettent de travailler quand une problématique de lien a été repérée	86%
Soutenir l'identification par les adultes des ressources à leur disposition (entourage familial, amical, professionnel,...)	83%
Soutenir l'identification par les adultes de leurs ressources et mouvements internes (accompagner leur travail de réflexion et d'élaboration; soutenir le repérage de leur points de vue, émotions, envies, refus ; travailler sur leurs représentations,...)	79%
Comprendre, analyser le fonctionnement psychique de l'enfant et/ou du ou des parent(s)	64%
Mettre en récit (histoires des interventions, attentes des intervenants)	62%
Soutenir l'accès et/ou l'investissement des adultes dans leurs propres soins et accompagnements	62%
Soutenir le ou les parent(s) dans la compréhension des besoins de l'enfant	57%
Expliciter, clarifier des langages techniques des professionnel.le.s, des procédures à respecter, des règlements, des lois	55%
Accompagner physiquement les patient.e.s vers les services ou professionnel.le.s	45%
Soutenir l'accès et/ou l'investissement du ou des parent(s) dans les soins et accompagnements de leur enfant	40%
Travailler la fin d'intervention de l'équipe mobile	33%
Au total 299 axes ont été enregistrés pour 49 situations, soit 6.1 par situation accompagnées par le réseau.	

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

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

En 2020 le Dapsa a été en contact avec des travailleurs sociaux (367 professionnels différents), des médecins (228 professionnels différents), des responsables de services ou d'établissement (152 professionnels différents), des infirmiers et puériculteurs (152 professionnels différents), des psychologues (144 professionnels différents), des sages femmes (42 professionnels différents) et des rééducateurs (13 professionnels différents). Les responsables de services ou d'établissement sont comptabilisés comme encadrants et non pas en fonction de leur métier de formation.

En moyenne nous avons été en contact, pour chaque famille, avec 7.7 professionnels pour 3.7 établissements différents. Les établissements et services concernés sont principalement des services départementaux (PMI, services sociaux, crèches, ASE), 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,…

Partenaires impliqués, par professions	**Nombre de professionnels impliqués dans l'accompagnement d'une famille incluse en 2020. Chaque professionnel est ici compté autant de fois qu'il y a de situations dans laquelle il intervient.**
Assistante sociale	207
Infirmière / puéricultrice	152
Encadrement	152
Psychologue	144
Educateur spécialisé	99
Médecin PMI	53
Psychiatre	51
Pédiatre	45
Autres travailleurs sociaux	43
Sage Femme	42
Educateur de Jeunes Enfants	23
Médecin généraliste	23
Pédopsychiatre	19
Autre	16
Médecin addictologue	16
Psychomotricien	9
Administratif	8
Médecin autre	7
TISF	7
Neuropédiatre	6
Gynécologue - Obstétricien	4
Néonatologiste	4
Kinésithérapeute / Ostéopathe / Ergothérapeute	2
Orthophoniste	2
Non renseigné	43
Total	**1177**
Moyenne par famille	**7,7**

	2020	2019	2018
Nombre de professionnels impliqués dans l'accompagnement d'une situation	794	792	841
Nombre de professionnels impliqués dans l'accompagnement de 2 situations	99	115	144
Nombre de professionnels impliqués dans l'accompagnement de 3 situations	28	29	47
Nombre de professionnels impliqués dans l'accompagnement de 4 situations	6	9	12
Nombre de professionnels impliqués dans l'accompagnement de 5 situations	6	7	6
Nombre de professionnels impliqués dans l'accompagnement de 6 situations	1	2	2
Nombre de professionnels impliqués dans l'accompagnement de 7 situations ou plus	5	4	4
Total	**939**	**958**	**1056**

Type de d'établissements ou services impliqués dans l'accompagnement d'une famille incluse en 2020	**Nombre (chaque établissement ou service est compté autant de fois qu'il y a de situations dans lesquelles il intervient)**
PMI	79
Maternité	50
Services sociaux	49
AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	42
CSAPA / Services d'addictologie / alcoologie	33
Hébergement social / hébergement d'urgence	32
Pédopsychiatrie / CMP / HDJ / autre suivi psy institutionnel	31
ASE / CRIP	30
Ecole Crèche et autres modes de garde	30
Autres services hospitaliers	26
ELSA	23
Néonatologie	22
Autre	19
Psychiatrie adulte	19
CAMSP / Soins enfant / Education spécialisée	13
HAD pédiatrique	13
Centre maternel et parental	12
Pouponnière / Foyer / MECS / Services de placement familial	10
Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	10
Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels	6
Réseau - hors réseau pédiatrique	5
SSR pédiatrique	5
CAARUD	3
Libéral	3
Cure / Post-cure	2
Avocats / aide juridictionnelle	1
Total	**568**
Moyenne par famille	**3,7**

Si certains établissements partenaires ont des habitudes de travail avec le Dapsa, la plupart (173/260) n'ont travaillé avec nous que sur une seule situation en 2020.

	2020	**2019**	**2018**
Nombre d'établissements ou services partenaires impliqués dans l'accompagnement d'une situation	**173**	171	184
Nombre d'établissements ou services partenaires impliqués dans l'accompagnement de 2 situations	**40**	48	38
Nombre d'établissements ou services partenaires impliqués dans l'accompagnement de 3 situations	**18**	13	15
Nombre d'établissements ou services partenaires impliqués dans l'accompagnement de 4 situations	**6**	13	16
Nombre d'établissements ou services partenaires impliqués dans l'accompagnement de 5 situations	**7**	3	6
Nombre d'établissements ou services partenaires impliqués dans l'accompagnement de 6 situations	**3**	1	7
Nombre d'établissements ou services partenaires impliqués dans l'accompagnement de 7 à 46 situations	**13**	14	15
Total	**260**	**263**	**281**

De façon à donner une image des partenariats récurrents du Dapsa, nous communiquons ci-dessous la liste des établissements et services partenaires intervenus en 2020 auprès de trois situations incluses dans le réseau ou plus :

Nom du service partenaire	**Nombre de situations incluses en 2020 pour lesquelles nous sommes en lien avec la structure concernée**
PMI 75	46
Services sociaux 75	25
ASE 75	19
Hôpital Robert Debré maternité niveau 3	17
Hôpital Robert Debré ELSA	11
Hôpital Lariboisière maternité niveau 2	11
Association Olga Spitzer	10
HAD APHP Pédiatrique	8
PMI 93	8
PMI 94	8
Service social scolaire 75	7
Horizons CSAPA	7
Hôpital Mère Enfant de l'Est Parisien	7
Hôpital Port Royal service de néonatalogie	6
PMI 95	6
Hôpital Port Royal maternité niveau 3	6
Aide aux mères de famille	5
Hôpital Antoine-Béclère	5
Hôpital Robert Debré autres services	5
PMI 92	5
Association Enfant Présent 17-18	5
Hôpital Lariboisière ELSA	5
CTR La Préface	5
Hôpital Necker autres services	4
Hôpital Trousseau autres services	4
Port Royal PMI	4
Croix Rouge Pôle Régional d'Accompagnement Social IDF	4
Hôpital Saint Joseph service de néonatologie 2B	4
HAD Croix Saint Simon	4
ASE 94	3
Hôpital Antoine-Béclère ELSA	3
Hôpital André Grégoire maternité niveau 3	3
Hôpital Necker service de néonatalogie	3
Services sociaux 92	3
SOLIPAM	3
EPS Erasme, équipe PPUMMA	3
Hôpital Antoine-Béclère maternité niveau 3	3
Association AGE MOISE	3
Crèche familiale Estrelia	3
CAMSP Paris Nord	3
Pouponnière Eleanor Roosevelt	3
Samu Social de Paris	3
CAMSP le moulin vert	3
Michelet Centre Maternel	3
Association Aide aux mères de famille 94	3
PSA Gauthey	3
CHRS Centre Louise Michel Association ARILE	3

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 939 professionnels différents impliqués en 2020 dans l'accompagnement des familles incluses (13 interventions en moyenne par situation en direction des partenaires). Les interventions de l'équipe mobile, qui ne concernent que 49/153 familles, sont en moyenne au nombre de 30.2 par famille. Au total, équipe mobile et appui à la coordination confondus, le réseau réalise en moyenne 22.6 interventions par situation pour les 153 en file active.

En raison de l'épidémie de Covid, nous avons réalisé moins de VAD que les années précédentes (217 en 2020 pour 49 familles, 251 en 2019 pour 42 familles) et un nouveau type d'intervention a été créé dans notre système d'information : l'entretien téléphonique avec les patient.e.s. Nous avons créé cette catégorie pour introduire une distinction avec les « appels téléphoniques ou SMS » qui visent en général à programmer une VAD, s'assurer que la famille s'est bien rendue à ses autres rendez-vous, transmettre une information, … Les « entretiens téléphoniques » sont des échanges de plus de 20 minutes qui correspondent davantage, par leur contenu, à ce qui aurait pu être travaillé dans le cadre des VAD. En 2019 le nombre d'interventions en direction des patients était de 1027, il est de 1482 en 2020 soit une très forte hausse liée au Covid et à la nécessité d'entretenir des liens avec les familles souvent isolées et en rupture de liens avec un grand nombre de leurs interlocuteurs habituels.

Actes réalisés en 2020 dans le cadre de l'activité clinique		
Nombre d'interventions directes réalisées en direction <u>des patients</u> (EMEO) :	**1482**	**Soit un nombre moyen de 30.2 « actes patients » par groupe familial (24.45 en 2019, 20.6 en 2018) (pour 49 familles concernées, 42 en 2019 et 45 en 2018)**
Visites à domicile (VAD) ou rendez-vous, accompagnements	217	202 VAD réalisées et 15 VAD non annulées et non honorées (patient absent ou ne répondant pas).
Appels téléphoniques et SMS	1000	760 appels / SMS sortants et 240 appels / SMS entrants (en réalité, l'équipe étant régulièrement en déplacement, les appels "sortants" sont souvent des rappels suites à un appel entrant manqué et qui n'est donc pas comptabilisé).
Entretien par téléphone	184	Catégorie d'intervention ajoutée en 2020 pendant le confinement pour rendre du compte d'entretiens se rapporchant davantage par leur contenu des visites à domicile qui alors ne pouvaient pas être réalisées. Tous les entretiens par téléphone sont des appels de plus de 20 minutes.
Rencontre ou réunion en présence du patient et d'un ou plusieurs partenaires	2	
Courriers, mails	32	Souvent attestation d'accompagnement à la demande des familles
Recherches	47	Il peut s'agir d'un travail de recherche d'information sur des points précis (les possibilités de vacances, lieux d'écoute très spécifique comme le réseau deuil périnatal, lieu d'accompagnement à l'alphabétisation, etc.). En 2020 des recherches d'aides humanitaires ou d'associations caritatives ont souvent été effectuées lors de la fermeture de nombreux services sociaux.
Nombre d'interventions directes réalisées en direction <u>des professionnels</u> :	**1983**	**Soit un nombre moyen d'actes par groupe familial de 13 actes "partenaires" (153 familles concernées) (moyenne de 13 actes également, pour 157 familles en 2019 et pour 174 familles en 2018)**
Appels téléphoniques	811	538 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 273 appels entrants
Courriers, mails	790	Papiers, mails
Recherches	28	Informations spécifiques, structures diverses, professionnels spécialisés…
Réunion de Concertation Pluridisciplinaire et autres réunions partenariales	77	Réunion des différents professionnels au contact d'une même famille et où se déroule le travail de concertation.
Compte-rendu	94	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	183	Echanges avec les partenaires en d'autres occasions (par exemple en sortant d'un staff ou d'une synthèse consacrée à une autre situation).
Nombre TOTAL DES ACTES CLINIQUES (interventions auprès des patients et des partenaires, hors travail en interne)	3465	Soient en moyenne 22.6/ famille (19.4 en 2019, 22.1 en 2018)

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

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

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

Une orientation ne signifie pas que la situation est close, en revanche cela engage souvent un nouveau partenaire dans les travaux de coordination. On enregistre en moyenne 1.65 orientations par enfant et 1.69 par adulte. Rappelons que l'orientation n'est pas toujours l'objectif de départ car il arrive régulièrement que nous soyons sollicités pour des situations au titre du grand nombre de services positionnés et des difficultés d'articulation entre eux et/ou au titre de difficultés d'organisation, voire de confusion, pour les familles face à un nombre très conséquent d'intervenants auprès d'elles.

Accompagnements et orientations effectives qui se mettent en place pendant la période d'inclusion dans le réseau, concernant les 232 adultes inclus en 2020	**Nombre**
PMI	66
ASE / CRIP	49
Services sociaux	33
Maternité	29
Hébergement social / hébergement d'urgence	27
AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	26
Pédopsychiatrie / CMP / HDJ / autre suivi psy institutionnel	24
CSAPA / Services d'addictologie / alcoologie	20
Autre	19
Psychiatrie adulte	18
Autres services hospitaliers	12
Avocats / aide juridictionnelle	12
Justice / SPIP	10
ELSA	9
Libéral	8
Centre maternel et parental	7
Réseau - hors réseau pédiatrique	7
Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	7
Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels	3
Cure / Post-cure	2
HAD obstétrique	2
CAARUD	1
TOTAL	**391**
MOYENNE PAR ADULTE (232 adultes)	**1,69**

Accompagnements et orientations effectives qui se mettent en place pendant la période d'inclusion dans le réseau, concernant les 193 enfants inclus en 2020	**Nombre**
PMI	66
ASE / CRIP	45
Ecole Creche et autres modes de garde	39
Pédopsychiatrie / CMP / HDJ / autre suivi psy institutionnel	29
AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	28
Hébergement social / hébergement d'urgence	15
Pouponnière / Foyer / MECS / Services de placement familial	15
Autres services hospitaliers	14
CAMSP / Soins enfant / Education spécialisée	9
Autre	8
Centre maternel et parental	7
Consultation spécialisée troubles développementaux	7
HAD pédiatrique	7
Libéral	6
Réseau pédiatrique	6
Unité Mère-Enfant et soins de suite Mère-Enfant	6
Néonatologie	5
Réseau - hors réseau pédiatrique	3
SSR pédiatrique	2
Hébergement thérapeutique / Soins résidentiels	1
TOTAL	**318**
MOYENNE PAR ENFANT (193 enfants inclus)	**1,65**

j) Quels sont les motifs de sortie du réseau ?

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

Lors de la clôture d'un dossier ou de la fin d'intervention d'une équipe mobile auprès d'une famille, nous évaluons le travail effectué au regard des objectifs formulés au départ. Plusieurs « motifs de clôture » peuvent ainsi être retenus :

Motifs de clôture côté "Appui à la coordination"	**Nombre**		**Motifs de clôture côté "Equipe mobile" pour les familles encore ou nouvellement incluses en 2020**	**Nombre de familles pour lesquelles l'intervention de l'équipe mobile s'est arrêtée en 2020**
Objectifs atteints (dont orientations, accès aux soins)	41(11)		Objectifs atteints (dont orientations, accès aux soins)	2 (1)
Fin de nécessité ou de pertinence d'intervenir*	11		Fin de nécessité ou de pertinence d'intervenir*	2
Perdu(e) de vue - demandeur	12		Perdu(e) de vue - patients***	5
Déménagement	1		Demandes d'arrêt de l'intervention par la famille	1
Perdu(e) de vue – patients (le demandeur n'a plus de nouvelles de la famille et l'objet de sa demande disparait)	7		Refus d'intervention	0
Autre	2		**Total (familles pour lesquelles l'équipe mobile s'est interrompue en 2020)**	**10**
Refus d'intervention par la famille	2		**Durée moyenne de suivi**	**714 jours**
Total (familles sorties de file active en 2019)	**76**		**Pourcentage d'objectifs atteints****	**20 %**
Durée moyenne de suivi	**284 jours**			
Pourcentage d'objectifs atteints**	**53.9%**			

** Signifie que ce qui faisait « blocage » a disparu. Il ne s'agit pas d'un "échec", ni d'un "objectif atteint", ni d'une orientation, mais plutôt d'une fin de nécessité d'intervenir pour le Dapsa. La difficulté à travailler pour les professionnels a été levée, en partie du fait de l'intervention du Dapsa (mais pas forcément) mais sans qu'il ne soit nécessaire d'atteindre les objectifs spécifiques que nous nous étions fixés.*

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

**** Nous notons « perdu de vue » comme motif de cloture de certaines situiations. Cependant il s'agit d'une modalité de fin de prise en charge progressive correspondant à des situations pour lesquelles il n'est pas forcément possible ou opportun de concluire formellement. Il arrive d'ailleurs souvent que ces familles nous recontactent par la suite pour nous poser des qsuestions ou nous donner des nouvelles. Il ne s'agit donc pas forcément d'accompagnements ayant échoués.*

76 familles sont sorties de la file active en 2020 (contre 89 inclusions) et l'équipe mobile a pris fin en 2020 pour 10 familles (contre 19 nouvelles familles rencontrées par l'équipe mobile en 2020).

En moyenne, les travaux d'appui à la coordination ont duré 284 jours pour les 76 familles sorties de file active en 2020. La durée moyenne d'accompagnement par l'équipe mobile a été de 714 jours pour les 10 familles sorties de file active « équipe mobile » en 2020.

La fin d'intervention de l'équipe mobile ne signifie pas forcément l'arrêt du travail d'appui à la coordination. Le travail d'appui à la coordination est souvent plus long quand il y a une équipe mobile par rapport aux situations n'impliquant qu'un travail en direction des partenaires.

Conclusion

En 2020 le réseau a poursuivi ses différentes activités, avec une file active en coordination très stable (153 familles incluses en 2020 pour 232 adultes et 193 enfants, soient 425 patients ; 157 familles incluses en 2019 pour 242 adultes et 169 enfants soient 411 patients).

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	78***	79	**157**	91****	66****
2020	64****	89	**153**	76	77
2021	77				

* deux situations closes en 2014 avaient dû être rouvertes en 2015
**une situation close en 2017 a été rouverte en 2018
*** deux situations closes en 2018 ont été réouvertes en 2019
**** Constatant (après rédaction du rapport d'activité 2019) que deux dossiers supplémentaires étaient à fermer en 2019, nous ne les avons pas considérés inclus en 2020.

Deux professionnelles ont rejoint l'équipe en 2020. La sage-femme addictologue, arrivée en janvier 2020 dans le cadre d'une mise à disposition de l'APHP, et une nouvelle psychologue clinicienne arrivée en CDI en aout 2020. Ces deux professionnelles se sont intégrées très rapidement malgré de réelles difficultés de transmissions entre actrices historiques de l'équipe et nouvelles arrivantes, du fait du contexte de déliaison qui perdure encore du fait de la situation sanitaire. Face à la situation épidémique, trois médecins administrateurs du Dapsa et membres du bureau se sont rendus particulièrement disponibles. Ce renfort a été d'autant plus important que le Dapsa n'a pas encore réussi à remplacer la médecin pédopsychiatre ayant quitté l'association en décembre 2019.

Comme tous nos partenaires, nous avons été très impactés par la crise sanitaire. Par définition, le travail d'un réseau est de créer du lien, de favoriser des décloisonnements professionnels comme institutionnels, d'œuvrer au développement d'interconnaissances, de langages communs, d'interdisciplinarités. En somme de lutter contre l'isolement, qu'il s'agisse de celui des familles ou de celui des intervenants. En cette année où ce qui faisait autrefois symptôme (le repli sur soi, l'impossibilité d'être en lien, la soustraction des enfants au regard des professionnels) est devenu, au moins pour un temps, une recommandation nationale avec laquelle il nous a fallu naviguer comme nous le pouvions.

Nous avons tenté de compenser la forte limitation de nos possibilités de visites à domicile par un accroissement de 40% de nos contacts téléphoniques avec les familles par rapport à l'an passé (que ce soit pour rompre leur isolement, pour les informer des services disponibles et de ceux temporairement fermés, pour recueillir leurs besoins en lien avec cette actualité, pour réexpliquer les règles du confinement, soulager certaines angoisses, …). L'item « entretien téléphonique » fait ainsi son entrée dans ce rapport d'activité. Cette année, seules 20 des 49 familles incluses dans la file active de l'équipe mobile disposaient d'un logement autonome. La plupart des familles ont ainsi été très affectées par le confinement et les règles de distanciation.

Le travail d'identification des dispositifs d'aides humanitaires (épiceries sociales, restauration gratuite, aides matérielles diverses, …), à la demande des familles accompagnées a constitué en 2020 une part importante du travail de l'équipe mobile, que nos indicateurs n'ont pas permis de restituer dans ce rapport. En général, les familles trouvent ces informations auprès des différents guichets sociaux à leur disposition (et nous les accompagnons d'ailleurs vers ces derniers en ce qui concerne leurs besoins en aides matérielles directes). Mais en contexte de confinement, il nous a fallu développer notre connaissance de ces dispositifs humanitaires et souvent bénévoles.

De manière générale nous avons pu constater des freins à l'accès et à la continuité des soins accrus par rapport aux précédentes années et des orientations en légère baisse. Il en résulte un nombre de sorties de file active plus faible que les années précédentes.

En interne, comme partout, les visioconférences et applications de discussion sur téléphone portable ont fait leur apparition et permis de limiter l'appauvrissement des relations entre nous. Néanmoins il est évident que malgré l'efficacité de ces outils, ces modalités relationnelles nouvelles ont rendu nos échanges plus opératoires que conviviaux ou créatifs. Le télétravail s'est donc organisé difficilement et il nous tarde d'y mettre un terme. Une subvention d'investissement de l'ARS allouée en fin d'année a permis aux salariées qui n'étaient pas équipées de pouvoir accéder depuis chez elles au système d'information du Dapsa et aux documents partagés au sein de notre infrastructure informatique. Nous poursuivrons progressivement le remplacement des ordinateurs de bureaux par des ordinateurs portables.

Conscients de l'appauvrissement de nos échanges en interne, et inquiets de la déliaison avec certains partenaires, nous avons tenté une mise à jour des « chantiers du Dapsa » à l'heure du confinement. Face à l'impossibilité d'organiser des rencontres pluridisciplinaires, nous avons lancé un groupe de rédaction en interne, comme pour adresser de petites cartes postales à nos nombreux partenaires. Celles-ci ont évolué en cours d'année et sont devenus « des bulletins thématiques », moins fréquents mais davantage fournis. Ce projet, qui se poursuit actuellement, permet de soutenir le cheminement d'une pensée collective au sein de l'équipe et d'entretenir l'appétit intellectuel nécessaire au travail.

Il a donc été difficile de maintenir à l'identique notre stratégie de développement de réseau fait de rencontres, de groupes de travail et d'événements partenariaux. Nous nous sommes ainsi principalement concentrés sur le développement des liens avec les services de maternités, de néonatologie, de PMI et avec certains réseaux de santé périnatale.

En 2019 le développement de nos liens avec les services de néonatologies avait déjà été un axe important, nous avons pu en observer les effets en 2020 avec un accroissement des demandes reçues de ces partenaires. Logiquement, nous observons que les enfants en file active sont de plus en plus nombreux à présenter d'importants problèmes de santé.

Perspectives 2021

Un équilibre sera à maintenir entre développement de nouveaux partenariats et entretien des relations au sein du réseau de partenaires « historiques ». En effet, en 2020 nous avons constaté, comme en 2019, une baisse des sollicitations de partenaires du champ des addictions.

Ces dernières années, le Dapsa s'est fortement investi dans son développement régional et dans son implantation dans le paysage périnatal hospitalier. Nous avons constaté, et c'est là une réussite, une progression des inclusions à la demande des services de maternité et de néonatologie. Les projets soutenus par nos financeurs (notamment le projet d'accompagnement de familles suite au séjour en néonatologie de leur enfant) participent très fortement à ces développements. L'effort de développement régional se poursuit à travers les rencontres que nous initions dans les départements de petite et grande couronne, mais nous n'avons pas observé en 2020 une hausse de la part de demandes venant de professionnels de banlieue (63% de demandes depuis Paris et 37% de demandes hors Paris). Cet effort est à poursuivre. Il est probable que la limitation des possibilités de déplacements en 2020 (notamment pour les équipes mobiles) ait limité le nombre de demandes reçues de nos partenaires hors Paris.

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

L'arrivée de la sage-femme addictologue début 2020 a été dans ce contexte un renfort de poids. Par les contacts nombreux qu'elle a pu initier, avec ses collègues, en direction des réseaux de santé périnatale, des services de PMI, de maternité et de néonatologie d'Ile de France, le développement et l'entretien des relations avec les acteurs de la périnatalité a pu connaître un rythme soutenu en 2020. Nous souhaitons poursuivre en 2021 cette démarche d'organisation de rencontres partenariales relancée en 2020 (mais freinée par l'épidémie), en insistant sur l'entretien ou la réactivation des relations avec les professionnels du champ des addictions (CSAPA, CAARUD, ELSA, soins résidentiels, …).

Enfin, nous souhaitons poursuivre en 2021 le projet d'accompagnement des familles suite au séjour en néonatologie de leur enfant. Le financement de ce projet est arrivé à son terme sans que l'expérimentation ne permette pour le moment de tirer des enseignements suffisamment concluants, du fait du contexte épidémique ayant mis à mal nos possibilités d'interventions. Une demande de poursuite de l'expérimentation a ainsi été adressée à la Fondation de France. Nous étudierons également dès 2021 les possibilités de pérennisation du projet avec l'Agence Régionale de Santé.

Annexe 1 : Variation de l'activite depuis 2015

INDICATEURS	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Commentaires éventuels
Nombre de situations familiales suivies par le réseau	149	150	193	174	157	**153**	L'année 2020 est dans la moyenne des dernières années en terme de nombre de situations accompagnées par le réseau.
- Dont nouvellement suivies dans l'année concernée	88	91	123	94	79	**89**	
Nombre de familles rencontrées par l'équipe mobile	50	45	56	45	42	**49**	Le nombre de familles rencontrées par l'équipe mobile reste assez stable, avec une légère hausse en lien avec le projet soutenu en 2019 et 2020 par la Fondation de France.
- Dont nouvellement rencontrées dans l'année concernée	24	20	20	14	18	**19**	
Nombre total de personnes suivies par le réseau (hors enfants à naître et hors enfants de plus de trois ans non inclus)	338	382	500	456	411	**425**	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 2020, 40 étaient enceinte lors de l'inclusion (toutes années d'inclusion confondues), dont 24 qui étaient enceintes en 2020. Parmi ces 24 femmes, 22 ont accouché dans l'année et 2 n'avaient pas encore accouché au 31/12.
- Dont mères	86	132	173	155	137	**150**	
- Dont pères	67	87	98	77	68	**64**	
- Dont femmes enceintes	54	14	6	16	18	**2**	
- Dont futurs pères	20	1	18	14	12	**8**	
- Dont femmes	4	1	9	3	1	**0**	
- Dont autres (ami, conjoint, grands-parents,…)	9	7	9	5	6	**8**	
- Dont enfants de 0 à 3 mois	42	9	17	12	8	**19**	
- Dont enfants de 4 à 12 mois	19	48	48	45	40	**54**	
- Dont enfants de 13 à 24 mois	21	41	57	49	49	**54**	
- Dont enfants de 25 à 36 mois	16	27	48	42	23	**32**	
Dont enfants entre 3 et 7 ans (au 31/12/2018) inclus au titre de leurs vulnérabilités (prématurité, hypotrophie, SAF/TCAF, …) ou de la poursuite du travail entamé lors de leur inclusion (uniquement des enfants qui avaient moins de trois ans lors de l'inclusion)	nr	15	17	37	49	**34**	
Nombre d'enfants de plus de trois ans non inclus	64	94	155	93	116	**100**	
Nombre d'enfants à naître	54	14	6	16	18	**2**	Depuis 2016 le système d'information permet de disposer de l'âge des enfants en temps réel. Seuls les enfants encore à naître au 31/12 de l'année sont renseignés ici pour 2016, 2017, 2018 et 2019. Pour 2015 il s'agit des enfants qui étaient « à naître » lors de l'inclusion de la situation

INDICATEURS	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Commentaires éventuels
Origines des sollicitations adressées au Dapsa							
Maternité / néonatologie / staff	25	21	24	27	34	**41**	L'origine des demandes d'inclusion reste globalement stable. On note toutefois une plus grande part de demandes venant de services de périnatalité malgré une légère baisse des demandes venant des PMI et HAD. Ces baisses observées correspondent peut-être au fait que le Dapsa soit davantage sollicité en amont des sorites d'hôpital. Les demandes viennent alors plutôt du staff, de la maternité ou du service de néonatologie.
PMI	27	24	37	36	32	**24**	
CSAPA / services d'addictologie, alcoologie	24	19	15	19	12	**11**	
Hébergement social	8	9	14	6	9	**10**	
ELSA	14	11	12	9	8	**10**	
Centre maternel	5	9	9	13	10	**7**	
CMP / CMPP / structures psy	4	2	6	5	4	**7**	
ASE/CRIP	7	7	2	6	5	**6**	
AED / AEMO / MIEJ / TISF/ Associations	5	6	11	3	7	**5**	
Services sociaux	3	4	8	5	3	**5**	
Patient/Entourage	5	6	6	3	3	**5**	
CAARUD	4	3	7	6	9	**4**	
Crèche /modes de garde/ école	2	3	5	1	0	**4**	
Unité Mère Enfant et SSR Mère Enfant	5	6	2	3	6	**3**	
HAD pédiatrique et obstétrique	4	9	16	12	3	**2**	
CAMSP	0	2	8	3	3	**2**	
SSR pédiatrique	0	0	0	0	2	**2**	
Hôpital / clinique (autres services)	3	4	2	4	1	**2**	
Pouponnière, MECS, Service de placement familial	1	1	2	2	0	**2**	
Police, justice	0	0	0	0	1	**1**	
Réseau de santé	2	3	4	4	2	**0**	
Autre	0	0	1	6	1	**0**	
Hébergement thérapeutique	0	0	0	0	1	**0**	
Libéral	1	1	2	1	1	**0**	
Départements d'origine des demandes							
Paris	102	109	124	118	96	**97**	Les 5 demandes provenant de départements hors Ile de France correspondent soit à des dossiers non-inclus et réorientés, soit à des demandes adressées par des services hors Ile de France pour des familles qui vont arriver ou revenir en Ile de France.
Seine Saint Denis	19	15	17	14	15	**13**	
Val de Marne	6	8	15	10	14	**11**	
Hauts de Seine	4	8	12	13	9	**10**	
Val d'Oise	0	0	5	4	8	**10**	
Autres	0	2	3	4	3	**5**	
Seine et Marne	16	5	8	5	3	**3**	
Yvelines	2	3	7	5	8	**2**	
Essonne	0	0	2	1	1	**2**	
Troubles ou inquiétudes – concernant les adultes - signalés par le demandeur au moment de la demande							
Autre (errance, parcours migratoire difficile, contexte inquiétant, …)	43	46	72	67	56	77	On observe une baisse continue des inclusions liées à des inquiétudes relatives aux usages de produits psychoactifs par les adultes. Les inquiétudes relatives aux enfants et aux contexte de vie des familles (errance, parcours migratoire difficile, contexte inquiétant,…) sont en augmentation. Notons qu'il y a eu en 2020 10 adultes en moins en file active par rapport à 2019.
Troubles psychiques ou psychiatriques	68	58	80	78	70	75	
Inquiétude quant aux liens parents enfant	26	50	66	53	53	54	
Troubles conjugaux	36	45	60	58	50	48	
Contexte de violences	37	40	47	49	38	42	
Conduites à risques (higyène de vie, prises de risques)	29	33	57	60	46	40	
Consommations d'alcool	59	65	79	74	57	39	
Autres troubles somatiques	14	20	33	29	28	27	
Consommation de cannabis	42	41	46	42	29	22	
Poly consommations	13	10	11	16	18	14	
Deuil	9	12	14	9	10	14	
Consommation de cocaïne et crack	21	17	25	17	15	13	
Traitement de Substitution aux Opiacés et psychotropes prescrits	28	19	14	14	11	10	
Consommation d'opiacés	15	11	12	11	7	5	
Consommation de médicaments non prescrits	6	7	5	3	7	5	

INDICATEURS	Troubles désignés à l'inclusion pour les familles incluses en 2019	Troubles repérés au 31/12/2019	Variation 2019	Troubles désignés à l'inclusion pour les familles incluses en 2020	Troubles repérés au 31/12/2020	Variation 2020	Commentaires éventuels
Troubles du lien/interaction parent-enfant	26	33	7	**27**	**35**	**8**	En raison du fait que la catégorie « autre » arrivait systématiquement en tête des inquiétudes, il nous a été demandé de repenser cette liste en 2019 pour la rendre plus exhaustive. La comparaison avec les années antérieures à 2019 n'est donc pas possible. Par ailleurs, s'agissant d'inquiétudes il n'était pas possible de rendre compte de la prégnance de ces problématiques pendant et à l'issue de l'intervention du Dapsa. Nous proposons donc désormais une liste nouvelle et permettant une comparaison entre les inquiétudes qui nous sont transmises et l'état de ces problématiques à l'œuvre pendant et/ou à l'issue de notre mobilisation autour de la situation. En effet, le travail en réseau impliquant un croisement des observations, il nous est possible de préciser en cours de suivi ce qu'il en est de ces dimensions « inquiétantes ». Souvent, les inquiétudes sont formulées pendant la grossesse ou rapidement après la naissance. A travers son travail, le réseau permet de suivre ce qu'il en est de ces inquiétudes (ou absences d'inquiétudes) et de rendre compte de leurs évolutions quand les enfants grandissent. On remarque en 2020 la forte hausse de certains items relatifs à la santé des enfants, probablement en lien avec le projet d'accompagnement de familles suite au séjour en néonatologie de leur enfant.
Prématurité/petit poids de naissance	24	37	13	**21**	**34**	**13**	
Négligences/carences	14	28	14	**15**	**29**	**14**	
Manifestations psychologiques ou comportementales	8	8	0	**27**	**28**	**1**	
Exposition à l'alcool durant la grossesse	14	27	13	**16**	**24**	**8**	
Maladie somatique	8	17	9	**20**	**23**	**3**	
Exposition autres substances psychoactives durant la grossesse	17	26	9	**18**	**22**	**4**	
Développement fœtal	13	20	7	**11**	**21**	**10**	
Pathologie génétique ou neurologique	3	9	6	**5**	**13**	**8**	
Antécédents de protection de l'enfance dans la famille	7	8	1	**10**	**13**	**3**	
Exposition à la violence intrafamiliale	7	6	-1	**11**	**13**	**2**	
Syndrome de sevrage du nouveau-né	12	10	-2	**11**	**10**	**-1**	
Retard de développement	2	1	-1	**5**	**8**	**3**	
Maltraitance	3	8	5	**5**	**7**	**2**	
Troubles envahissants du développement / autisme / retrait relationnel	1	3	2	**1**	**4**	**3**	
SAF ou ETCAF diagnostiqué	2	4	2	**1**	**2**	**1**	
Antécédents médicaux dans la famille	3	2	-1	**2**	**1**	**-1**	
TOTAL pour 169 enfants en 2019 et 193 en 2020	**164**	**247**	**83**	**206**	**287**	**81**	

Les interventions du réseau centrées sur la file active							
INDICATEURS	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**Commentaires éventuels**
Nombre d'interventions du Dapsa en direction des patients :	974	1253	1069	927	**1027**	**1482**	2015 : 5.3 visites à domicile par famille 2016 : 5.9 visites à domicile par famille 2017 : 6.9 visites à domicile par famille 2018 : 6.6 visites à domicile par famille 2019 : 6.0 visites à domicile par famille 2020 : 4.4 visites à domicile par famille
- Dont Visites à domicile	265	268	388	296	**251**	**217**	
- Dont Echanges téléphoniques, courriers, SMS, mails	689	949	653	604	**734**	**1216**	
- Dont Autres	20	36	28	27	**42**	**49**	
Nombre d'interventions du Dapsa en direction des partenaires :	2057	2183	2442	2250	**2020**	**1983**	2015 : 13.8 interventions par situation 2016 : 14.6 interventions par situation 2017 : 12.7 interventions par situation 2018 : 13.9 interventions par situation 2019 : 12.9 interventions par situation 2020 : 13.0 interventions par situation
- Dont Echanges téléphoniques, courriers, SMS, mails	1751	1839	1939	1812	**1637**	**1601**	
- Dont réunion de concertation pluridisciplinaires et pluri-institutionnelles et autres réunions partenariales	95	107	131	108	**77**	**77**	
- Dont Autres	211	237	372	330	**306**	**305**	
Les fins d'interventions							
Nombre de situations closes dans l'année :	90	81	114	98	**91**	**76**	On constate une forte hausse des « objectifs atteints » et une forte baisse des « fin de nécessité d'intervenir ». Il s'agit souvent d'une différence d'appréciation entre les deux motifs de sortie, les deux désignants des situations de levé de ce qui faisait blocage ou inquiétude en terme d'accès et de continuité des soins. La hausse des « objectifs non atteints » correspond aux situations qui ont été perdues de vue en cette année si particulière.
- Dont objectif atteint	61%	57%	59%	60%	**37%**	**54%**	
- Dont objectifs non atteints	20%	23%	18%	20%	**27%**	**39%**	
- Dont fin de nécessité d'intervenir	19%	20%	23%	20%	**36%**	**7%**	

Annexe 2 : « Psycho-traumatismes, pathologies chroniques et parcours migratoires »

Colloque organisé par l'association Dessine-moi un mouton, 3 mars 2020, Paris

Table ronde : les jeunes mères, quel impact du psycho-traumatisme et de la maladie chronique sur le lien mère-enfant ?

Intervention conjointe de Catherine Machi et Cécile Peltier, éducatrices spécialisées, réseau de santé DAPSA

« Quand la concertation s'en mêle ! »

Nous intervenons à la demande de professionnels (soignants ou non) quand un, ou plusieurs membres d'une famille (mère, père, enfant(s)) présente(nt) des besoins non-couverts en termes d'accès aux soins, du fait d'une situation complexe.
Le DAPSA a pour mission de favoriser la continuité des accompagnements auprès des professionnels qui rencontrent des situations familiales, impliquant d'autres champs d'action ou de compétences que le leur, pendant des périodes de changement ou de crise ou de transition difficiles à vivre pour les familles.

Je vais vous présenter un exemple de travail de concertation qui a été proposé pour une situation familiale.

Ce travail commence pour le DAPSA, avec l'appel téléphonique du service de l'hospitalisation à domicile pédiatrique, qui commence son intervention au domicile pour les soins médicaux du bébé, dès sa sortie du service de néonatologie. Le service HAD fait une demande sur deux niveaux :

Premièrement : une attention sur la continuité des soins médicaux du bébé après leur intervention qui va s'arrêter dans 3 semaines.

Deuxièmement : la mise à disposition d'une équipe mobile auprès des parents.

Un des éléments qui inquiètent le service d'Hospitalisation à domicile pédiatrique, est le fait qu'une Information préoccupante a été rédigée par le service de néonatologie, du fait des relations conflictuelles du couple et demandant aux parents de reprendre la vie commune, dans l'intérêt de leur bébé, du fait de sa santé fragile de grand prématuré (25 SA). Une injonction contradictoire (voire paradoxale) se traduit par une obligation de reprendre la vie commune pour le couple, pour que leur bébé puisse vivre dans des conditions matérielles sécurisantes. C'est ce point en particulier qui inquiète le service d'HAD et qui motive leur demande, car cela représente peu de garanties pour l'enfant et leur temps d'intervention au domicile est bref.

Mon travail de concertation consiste (après m'être assurée que les parents sont informés de la mise en route du travail de réseau), à contacter les soignants du service de néonatologie où le bébé a été hospitalisé durant 4 mois après sa naissance. Je recueille des éléments sur les prises en charge antérieures pour construire l'équipe mobile. Un binôme d'intervenantes sera mis à disposition à l'attention de l'enfant et de ses parents (continuité des soinsmédicaux) et d'autre part pour madame en tant que femme étant prise dans l'injonction à reprendre la vie commune.

S'est posée la question d'une équipe mobile à l'intention du monsieur, mais cela nous a semblé ne pas être réalisable, pour ne pas être pris nous-même, par le conflit du couple (notre équipe étant trop petite).

- **La sortie de néonatologie**

La psychologue du service de néonat me donne des éléments de son travail auprès de la mère du bébé. Elles ont ensemble écouté de la musique près du bébé dans sa couveuse car dans un premier temps madame était mutique.

L'assistante sociale transmet quelques éléments de l'histoire de cette dame :
Madame est arrivée en France quelques mois plus tôt pour rejoindre un homme à qui elle était mariée mais qu'elle ne connaissait pas. La grossesse arrivée très vite, a été écourtée par la naissance très prématurée des jumeaux (dont l'un est décédé).
Avec le bébé hospitalisé en néonatologie, la relation mère-bébé est bonne, madame répond à son bébé. Monsieur est décrit comme attentionné pour son bébé, mais il ne semble pas oser prendre sa place (ou seulement la place que lui accorderait la mère du bébé).

- **Un mois après la sortie de néonatologie**

Une première réunion est organisée avec les professionnels et services positionnés dans le cadre d'une instance de coordination PMI-service social, en charge de l'évaluation à la demande de la Cellule de recueil des Informations Préoccupantes. Je contacte les deux services et demande à participer à la réunion.

Les professionnels se questionnent sur les modalités relationnelles du couple mais se préoccupent surtout de l'impact des relations conjugales conflictuelles sur le climat de vie du bébé.
Les deux parents sont décrits comme ayant une réelle préoccupation parentale mais leur lien conjugal est très conflictuel. Ils s'interrogent aussi sur l'évolution possible du couple parental en prenant en compte l'intérêt et la sécurité de l'enfant. De quels appuis auraient besoin les parents ? Ensemble ou séparément ?

Les professionnels proposent une première orientation vers une consultation prenant en compte la dimension ethno psychiatrique car chacun des membres du couple a exprimé une demande d'aide.

- **Deux mois après la sortie de néonatologie**

Une deuxième réunion est organisée en présence de la PMI, du service social et du DAPSA. En conclusion de l'évaluation demandée par la CRIP, les professionnels n'ont pas de propositions au titre de la protection de l'enfance qui seraient adaptées pour cette situation. En revanche les équipes se proposent de continuer à collaborer pour suivre cette famille sur les dispositifs de droits communs. Les axes de travail qu'ils souhaitent poursuivre sont : les suivis médicaux du bébé, la régularisation administrative de madame, la situation financière de monsieur.

Il n'y a pas d'inquiétudes en ce qui concerne la relation mère-bébé mais la fragilité de madame est à prendre en compte. En outre, les démarches pour les suivis médicaux du bébé peuvent être gênées ou empêchées par le conflit parental.
Le bébé est décrit comme ayant beaucoup de ressources mais une vigilance est à maintenir, du fait de la situation actuelle de ses parents, et également compte-tenu de son début de vie difficile et de sa grande prématurité.
C'est dans ce contexte que le DAPSA propose de travailler une hospitalisation en unité mère-enfant qui permettrait à madame d'accéder à des soins, madame étant décrite comme très triste et déprimée. Dans le cadre de cette hospitalisation serait aussi proposé, à monsieur, de consolider sa place de père.

- **Quatre mois après la sortie de néonatologie**

Une nouvelle réunion s'organise avec la PMI, le service social, le psychologue de la consultation ethno psychiatrique et le DAPSA
Du point de vue de la PMI, le bébé va bien, autant que possible, la prise en charge des soins de l'enfant est bien faite, mais c'est un accompagnement lourd qui va devoir se poursuivre.
Le suivi social met en exergue de grosses difficultés administratives et financières, la demande de régularisation de madame est difficile à mettre en œuvre car monsieur ne lui laisse pas accès aux documents (acte de mariage notamment) qui permettrait de faire les démarches. L'assistante sociale observe une grande ambivalence pour madame, concernant le lien avec son mari. La puéricultrice décrit une dame tenant malgré tout à son mariage, tout en ayant le souhait de s'extraire du conflit conjugal. Concernant monsieur, le médecin de PMI s'interroge sur son état psychique et pense qu'un soutien psychothérapeutique lui serait bénéfique.

Aux vues des observations recueillies, les professionnels souhaitent maintenir une vigilance auprès de cette situation. L'hospitalisation en unité mère-bébé parait être une bonne indication. Les parents ont été consultés et sont d'accord avec ce projet de soins. Je rédige la demande d'hospitalisation avec l'accord du groupe sur des éléments qu'ils m'ont eux-mêmes transmis.

- **Cinq mois après la sortie de néonatologie**

Une nouvelle réunion s'organise, cette fois avec les soignants de l'unité mère-bébé, la PMI, le service social de secteur et le DAPSA.
Du point de vue de l'unité mère-bébé, le bébé va bien, il communique aussi bien avec les adultes qu'avec les bébés. Madame parle peu avec son fils mais ses gestes sont tendres et les soins primaires pour lui sont adaptés. Elle a des préoccupations claires et est très bien organisée pour le suivi médical et les traitements de son fils. Des observations ont pu aussi être faites concernant le père, celui-ci a une très bonne tenue de son bébé et est en relation avec lui.
L'hospitalisation pour madame qui se présente comme profondément triste et déprimée reste une bonne indication. Mais sans doute a-t-elle besoin de temps pour prendre du recul, se sentir à l'abri psychiquement et réfléchir à son projet de poursuivre ou non la vie commune. L'équipe de l'unité mère-bébé s'interroge : ce temps d'hospitalisation, permettra-t-il à madame de prendre appui et peut-être de s'engager vers un travail thérapeutique avec les professionnels de l'unité mère bébé. La place de monsieur en tant que père, est préservée par le dispositif de l'hôpital.
Une attention est portée au développement du bébé en tant que grand prématuré. Mais reste l'inquiétude des professionnels sur l'absence de réactions de celui-ci, lors des altercations entre ses parents au sein de l'unité et les répercussions sur l'enfant du mode relationnel de ses parents.
Le groupe s'accorde pour constater que les relations conjugales conflictuelles complexifient l'approche et la compréhension de cette famille et freinent les ouvertures et les projets à construire.

- **Huit mois après la sortie de néonatologie**

Une réunion se tient dans le contexte de sortie de l'unité mère-bébé avec les soignants de l'unité, la PMI, le service social de secteur et le DAPSA.
La problématique du couple a pris beaucoup de place et les disputes violentes ont nécessité des aménagements en interne notamment sur l'organisation des visites de monsieur auprès de son fils.
Les professionnels de l'unité mère-bébé, en accord avec madame et monsieur, ont travaillé avec le psychologue du lieu de consultation ethnopsychiatrique.
Des éléments sur le plan culturel et symbolique ont pu être rapportés auprès des soignants de l'unité mère-bébé, concernant les conditions de sa naissance, son statut de jumeau mais aussi les rituels concernant sa naissance qui n'avaient pas pu être faits. Une évolution favorable de l'état dépressif de madame a été observée pendant son hospitalisation et une orientation vers le CMP de son secteur lui a été indiquée.
Les différentes propositions d'appuis et de soins pour l'un et l'autre membre de ce couple, ne sembleraient pas avoir d'effets pour le moment en ce qui concerne leurs modalités relationnelles conflictuelles.

La situation a pu se stabiliser du fait de l'entrée en centre maternel de madame avec son fils, permettant l'accès de l'enfant à des soins pérennes en Centre d'Accompagnement Médico-Social Précoce (CAMSP).

- **Pour conclure**

Le rythme des réunions était très régulier et dense, les professionnels parvenaient à garder une certaine pudeur et retenue sur la situation de chacun des membres du couple. Nous avons évité le grand déballage sur les éléments des conflits. Les professionnels pouvant malgré tout prendre parti pour madame ou monsieur en fonction de l'actualité, mettant aussi en reflet l'ambivalence mais surtout le conflit conjugal.

Le bébé a toujours occupé une place centrale dans le travail des uns et des autres.

Dans ce groupe de travail, et de la place que j'occupais, n'ayant jamais rencontré la famille, il m'a été possible de questionner les moments où les conflits de ce couple se « rejouaient » en réunion, parfois de façon très virulente. Nous résistions, à la fois à la recherche d'un consensus tout en cherchant à travailler les désaccords sans pour autant entrer dans des conflits ouverts et disqualifiants, même si nous avons été parfois à deux doigts de la rupture...
Les professionnels, sensibles à leurs mouvements internes, étaient réceptifs à ce travail « d'accordage collectif », si on peut le dire ainsi, et pouvaient ne pas être d'accord, mais ne pas partir fâchés pour autant.

- **La concertation**

La concertation : tenir le fil de la situation en échangeant avec les professionnels sur ce qui est fait, ce qui est observé, ce qui est envisagé.
La concertation doit permettre à chacun des professionnels de prendre une décision concernant son propre travail, en lui permettant d'intégrer dans sa réflexion les observations des autres professionnels.
Cette mise en lien n'a ni vocation à porter collectivement les décisions, ni vocation à se substituer aux décideurs naturels que sont tous les professionnels, concernant les missions et les problématiques qui sont les leurs.
Il y a donc certains écueils à éviter ; la concertation ne doit pas être le lieu d'un grand déballage autour de la biographie d'une famille, et les règles du secret professionnel et du partage d'informations doivent pouvoir s'appliquer.

C'est à la construction d'un dispositif soignant, suffisamment complexe pour prendre en compte ces dimensions, que s'attache le DAPSA.

Catherine Machi, éducatrice spécialisée
Réseau de santé DAPSA (Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires)

Dans certaines situations, le Dapsa peut, en complément du travail de concertation, intervenir directement auprès des familles concernées. En voici un exemple.

- **« Suivi en équipe mobile de cette même situation »**

Madame nous reçoit pour la première fois, ma collègue psychomotricienne et moi, dans l'unique pièce du petit appartement familial. Elle nous invite à nous assoir dans le canapé, s'y assied près de nous, face au grand lit qui occupe tout le reste de l'espace et à côté du lit à barreaux où dort son bébé, relié par un tuyau à une machine à oxygène. Il s'éveille vite et nous pouvons nous présenter à lui. Sa maman se montre adaptée, très vigilante à son bien-être, un peu tendue.

Elle raconte sa grossesse, survenue peu après son arrivée en France où elle a rejoint de sa propre initiative un mari réfugié avec qui elle n'avait jamais vécu, le rejet de celui-ci, les violences allant croissant, la mise à la porte, l'hôtel 115 et la naissance très prématurée de ses deux bébés, le décès de son premier bébé après quelques heures, la lutte pour la survie de son petit garçon. Elle est restée auprès de lui en néonatologie pendant ces longues semaines et à la sortie, elle s'est vue obligée de revenir vivre avec son mari. Elle est très claire sur ce choix : mieux valait revenir qu'être séparée de son petit garçon.

Elle est très triste aussi, et tente, sans y croire beaucoup, de garder l'espoir de trouver un compromis avec son mari. Elle espère un changement d'attitude motivé par sa paternité, dont elle est très respectueuse. Elle exprime que son fils a besoin de l'investissement et de l'amour de son père.

Nous proposons 2 axes de travail à Madame, qui accepte :

- Un accompagnement centré sur l'enfant par la psychomotricienne, avec ses parents ou l'un ou l'autre d'entre eux.
- Un accompagnement pour Madame elle-même, eu égard à toutes les souffrances traversées et à sa situation actuelle fragile, que je conduirai en tant qu'éducatrice spécialisée.

Je ne parlerai pas du travail de ma collègue psychomotricienne, qui sera très investi par Madame et permettra un soutien de l'enfant jusqu'à la stabilisation de sa situation familiale permettant une inscription dans des soins à long terme.

Je vois ensuite Madame seule. J'ai croisé quelque fois Monsieur, mais Madame s'arrange pour qu'on se voit quand il est absent au domicile ou à l'extérieur. Ce qui demande quelques stratégies, ce que je lui fais remarquer. Elle a peur, elle se cache. Ce qu'elle lui cache, c'est sa volonté d'échapper à son emprise (financière, matérielle, morale, psychologique) et de recouvrer une liberté qu'elle a le sentiment d'avoir connue avant. Plusieurs logiques s'entremêlent. Elle tente de trouver des modalités d'entente pour le bien de son enfant, pense-t-elle. Elle se trouve dans l'obligation de négocier pour obtenir de quoi subvenir à ses besoins et à ceux de son enfant (nourriture, accès àl'appartement, accès aux soins…) Elle tente de se protéger des violences psychologiques et physiques tout en restant au domicile (elle appelle la police à plusieurs reprises).

Mon accompagnement consiste à l'écouter (y compris écouter et supporter les violences et les humiliations subies, par elle et par l'enfant, y compris entendre les violences exercées en retour par elle) l'écouter, l'aider à exprimer ses ressentis, ses idées, y compris contradictoires, justement repérer ces contradictions, ces ambivalences avec lesquelles elle se débat.

L'accompagner dans ses réflexions face aux différentes possibilités qui s'offrent à elle, aux propositions que lui font les autres professionnels, l'accompagner parfois auprès de certains d'entre eux.

Dans ce maëlstrom tristement classique de la violence conjugale, il s'agit de ne pas perdre de vue et prendre en compte aussi :

- Les effets psychologiques de cet environnement sur l'enfant,
- La pathologie de l'enfant et ses différents symptômes et besoins de soins,
- La maladie de Madame et la nécessité d'une continuité dans ses soins,
- Les effets psychologiques des violences subies par Madame, des deuils multiples à faire (d'un mari accueillant, d'un pays (la France) accueillant, d'une petite fille décédée, d'un bébé en bonne santé, d'une vie de famille rêvée, de soutiens familiaux concrets, de son pays dans lequel elle ne peut pas retourner avec son enfant si malade).

A ses côtés, la seule chose qui semble accessible (et défendable) c'est négocier une trêve. Un éloignement temporaire pour lui permettre de souffler, de recouvrer ses capacités de penser, et de prendre des décisions.

Pendant et après son hospitalisation avec l'enfant, rester présente pour mesurer avec elle le chemin parcouru, ses espoirs, ses déconvenues, et accompagner la possibilité de certains renoncements.

La soutenir dans ses choix, sans si possible en méconnaitre les risques, pour elle et pour son enfant, qui vit dans cette tension permanente entre ses parents et dans le ressenti de sa terreur à elle. C'est probablement la violence subie par l'enfant, violence qu'elle trouve injuste, qui décidera Madame à accepter un jour la énième proposition de mise à l'abri faite par la police. Elle quitte le domicile en urgence avec son bébé, et n'y reviendra plus. Après quelques semaines en foyer d'urgence, elle sera admise avec son enfant dans un Centre maternel.

Au fil du chemin, nous observons ensemble que sa santé somatique passe après celle de son enfant (elle diffère une opération pour ne pas laisser son fils seul), que sa santé psychique et physique se dégradent pendant la vie commune, puis une amélioration nette, voire spectaculaire, après la séparation d'avec son mari et une reprise des soins : l'intervention chirurgicale nécessaire est devenue inutile.

Le suivi en équipe mobile, avec cette dame,
c'est d'abord cheminer à ses côtés, à son rythme,
cheminer physiquement (par définition l'équipe mobile se déplace, va vers les personnes),
cheminer mentalement, c'est-à-dire se remettre à penser, en pensées, sortir de l'immobilisme, de la sidération face à la violence.

Une forme d'accompagnement inconditionnel, quelles que soient les décisions de cette dame, une prise de parti (qui n'empêche pas de ne pas toujours être d'accord). Cette forme d'engagement est possible parce que d'autres sont engagés du côté des intérêts des autres personnes composant la famille.

Cécile Peltier, éducatrice spécialisée
Réseau de santé DAPSA (Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires)