

RAPPORT D'ACTIVITE DU RESEAU SOLIPAM ILE-DE-FRANCE

Edition 2022

Table des matières

I.	Introduction	4
1.	Synthèse de l'année 2022 et perspectives pour l'année 2023	6
2.	Gouvernance du réseau	7
II.	Projets	8
1.	Projet InFaU Préca Périnatal	8
	Réflexions autour de la régionalisation des ateliers et des lieux d'accueil	9
	Une redéfinition de la forme et du contenu du projet : des ASL aux ateliers de médiation en santé à dimension sociale	11
	L'adhésion des participantes aux ateliers	12
	Articulation du projet avec les autres activités de SOLIPAM	14
	Conclusion et perspectives 2023	15
2.	Projet <i>Rendre Visibles les invisibles</i> : Femmes enceintes et jeunes mères en situation de grande précarité, une question sociale et de santé publique :	15
2.1.	Théâtre documentaire	16
2.2.	Projet Exposition Photographique	17
3.	Projet réseaux sociaux et site internet	17
4.	Projet post-partum	18
5.	Projet Plaidoyer	19
6.	Projet ateliers CPAM	19
7.	Projet Recherche	20
III.	Partenariats	21
1.	Partenaires et thématiques d'actions	21
	Réseaux départementaux de périnatalité, nouveau-nés vulnérables et réseaux de santé :	21
	Coordination médico-sociale	22
	Etablissements/associations :	22
	Partenaires sociaux	22
2.	Rencontres partenariales	22
	Rencontres partenaires mensuelles	22
	Rencontres partenaires par territoire d'intervention	23
3.	Actions de communication menées par la direction	24
	Définition de la politique de communication	24
4.	Groupes de travail	24
IV.	Évènements et formation	26
1.	Séminaires SOLIPAM	26
2.	Colloque : Les Rencontres SOLIPAM	26
V.	Coordination médico-sociale	28
1.	Les staffs bi-hebdomadaires	29

2.	Les types de prise en charge.....	29
3.	Principaux indicateurs de suivi du réseau.....	30
a.	Des indicateurs de fonctionnement.....	30
b.	Des indicateurs de processus.....	36
c.	Des indicateurs de résultat en santé périnatale.....	40
4.	Les spécificités du travail de la sage-femme coordinatrice.....	41
5.	Les spécificités du travail de l'assistante sociale coordinatrice.....	42
6.	Particularités du dispositif d'appui.....	43
7.	Outils internes de l'équipe de coordination.....	43
8.	Caractéristiques médico-sociales des familles.....	45
	Profil médical des femmes.....	45
	Profil social des femmes :	49
9.	Conformité des parcours de soin anténatals.....	52
	Effectivité et continuité du suivi de grossesse.....	52
10.	Issues de grossesse.....	54
11.	Conformité des suivis postnatals des mères et des enfants.....	56
12.	Sortie du réseau.....	56
VI.	Conclusion.....	59
	ANNEXE I – TRAME DES SÉANCES DÉTAILLÉE “MA GROSSESSE EN ÎLE-DE-FRANCE”.....	60
	ANNEXE II – Programme de l'évènement « <i>Rendre Visibles les Invisibles</i> » (11 avril 2023).....	65
	ANNEXE III – Programme du colloque « 12 ^{ème} Rencontre SOLIPAM ».....	66
	ANNEXE IV – Tableau « Femmes à la rue » envoyé à l'ARS.....	67
	ANNEXE V – Revue morbi-mortalité (mars 2022).....	68
	ANNEXE VI – Projet Recherche (REPERES).....	69
	Annexe VII – Fiche Navette 2022.....	70
	ANNEXE VIII – Flyer Numéro Vert en français et en anglais.....	71
	ANNEXE IX – Financeurs.....	72

I. Introduction

Le réseau **SOLIPAM** (*SOLIdarité PARIS Maman Ile de France*) est un réseau régional de santé participant à la coordination en périnatalité et à l'accès aux soins, financé par l'**Agence Régionale de Santé Ile-de-France**. Dans la mesure où la **grossesse** dans un contexte de **précarité** relève de l'**urgence médicale**, SOLIPAM prend en charge les femmes enceintes en situation de grande précarité (*isolées, peu ou pas de ressources financières, hébergement absent ou instable, droits non ouverts etc.*), majeures, en Ile-de-France (IDF). Un début de prise en charge précoce par le réseau donne à ces familles la possibilité d'accéder à une offre de soins périnataux complète (*IVG, diagnostic prénatal, orientation vers des dispositifs et une maternité adaptée au niveau de risque périnatal repéré*). Il s'agit de réinscrire les parcours de soins de ces femmes enceintes et de leurs enfants au plus près de l'offre de soins de proximité proposée à la population générale, en privilégiant la stabilisation dans leur environnement et leur autonomie.

Les premières prises en charge ont débuté en novembre 2006, date de création du réseau. Le réseau est aujourd'hui identifiable par l'ensemble des professionnel·les de santé et du champ psycho-social de la région comme une ressource régionale « périnatalité/grande précarité » avec une **triple mission** portée par l'équipe médico-sociale de coordination et les partenaires du réseau :

1. **Coordonner le parcours de santé des femmes enceintes en situation de grande précarité sur la région IDF jusqu'aux trois mois du nouveau-né:**
 - Repérer le **plus précocement possible** les situations à risques,
 - Réduire les risques périnataux liés aux suivis de grossesse sous-optimaux des femmes enceintes et de leurs enfants en accompagnant les familles dans l'accès et le maintien dans un **parcours de soins adaptés** à leurs besoins,
 - Accompagner les **professionnel·les de santé** dans la recherche de solutions et d'orientations pour les situations ne nécessitant pas de prise en charge par le réseau,
 - Favoriser le **repérage des freins et des leviers** à l'accès et au maintien dans un parcours de soin adapté, sur l'ensemble de l'Ile de France, avec l'ensemble des partenaires concernés.
2. **Sensibiliser et former les professionnel·les du secteur médical et psycho-social d'IDF à la problématique « santé périnatale et grande précarité » :**
 - Améliorer le repérage précoce des risques périnataux par les professionnel·les de terrain en favorisant la **collaboration** entre secteur médical, social, psychosocial et médico-social sur la région.
 - Contribuer à la connaissance des **ressources** disponibles en rapport avec le thème « périnatalité/précarité ».

3. **Evaluer et produire des données épidémiologiques issues de la base de données du réseau :**

Depuis 2010, pour élaborer et mener à bien le projet réseau, **trois groupes de travail** (GT) réunissent régulièrement jusqu'à ce jour, dans les locaux de la coordination de SOLIPAM, des professionnel·les des milieux médicaux et sociaux concerné·es :

- Un groupe de travail « *opérationnel* » ayant pour objectif général de mettre en place des outils et des collaborations territoriales avec pour vocation de « **garantir la continuité du parcours médico-psycho-social des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés jusqu'au 3ème mois de vie** » (**GT1**). Les axes de travail identifiés à partir des situations concrètes et des difficultés de terrain alimentent le projet réseau qui s'inscrit dans le CPOM.
- Un groupe de travail « *conduite du changement* » soutient le projet réseau en développant « **un centre ressources "Périnatalité / grande précarité" (séminaires d'informations et d'échanges,**

études, manifestations) » (GT2). Cela comprend la préparation des Rencontres SOLIPAM annuelles, l'élaboration de sessions de séminaires départementalisées et biannuelles et de projets de sensibilisation des professionnel·les aux problématiques identifiées en **GT1**.

- Le groupe de travail « *évaluation* » du réseau avec pour objectif stratégique d'« **évaluer le service rendu par SOLIPAM aux femmes et à leurs enfants, aux professionnel·les du territoire de santé francilien et à la collectivité** » (**GT3**) a évolué depuis 2015. Une convention a été signée avec l'**EHESP** (*Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique attachée à l'Université Rennes 2*), au 1^{er} semestre 2015, afin que des recherches exploratoires soient menées par des étudiant·es en sociologie, santé publique et géographie de la santé, sous la direction scientifique de Clélia Gasquet-Blanchard, maîtresse de conférences en Géographie au Département SHS-EHESP. Elle a, par ailleurs, été en détachement à partir de novembre 2019 pour 3 ans afin de reprendre la direction du réseau, direction qu'elle continue d'exercer en 2023 à temps partiel. Quant au suivi des indicateurs de santé périnatale et d'accès aux droits des familles accompagnées par le réseau, il est assuré par l'équipe de coordination.

Ce fonctionnement en « *mode projet* » persiste dans la proposition du projet SOLIPAM 2021-2024 pour permettre une mobilisation continue des professionnel·les, médicaux et sociaux, du territoire de santé périnatale d'IdF sur les thèmes de la précarité, de l'accès aux soins et du maintien dans le système de santé des personnes les plus démunies. Cette mobilisation doit non seulement bénéficier aux familles prises en charge par le réseau, mais plus largement à l'ensemble de la population du fait des effets attendus sur les pratiques des professionnel·les de santé concernés.

1. Synthèse de l'année 2022 et perspectives pour l'année 2023

L'année 2022 nous a permis d'éprouver les nouveaux protocoles et de les faire progresser, ce qui nous a mené à la création d'une **nouvelle base de données** qui sera testée et mise en place en 2023 (cf. [page 45](#)). Cette année marque également le développement et l'expansion de plusieurs projets, notamment le projet **InfAU Préca Périnat** (cf. [page 9](#)), le projet **Rendre visibles les invisibles** autour d'une production de **Théâtre documentaire, « Riveraines »** avec la compagnie Mi-Fugue Mi-Raison (cf. [page 16](#)), le projet photo **Lignées : L'Odysée de nos mères** (cf. [page 17](#)). Un travail important a également été effectué avec l'entrée de SOLIPAM dans les **réseaux sociaux** et la recherche d'un prestataire afin de faire bénéficier au réseau d'un nouveau site internet courant 2023 (cf. [page 18](#)).

Une convention de partenariat a été signée avec le **Samu Social de Paris** en 2022 visant notamment à la mise en place pour l'année 2023 de l'**Etude REPERES** dont l'objectif principal sera l'étude et l'évaluation des conséquences de l'**errance résidentielle** sur la fréquence et les circonstances des évènements indésirables de santé survenant pendant la grossesse (mortinaissances, complications de grossesses), à l'accouchement (prématurité, petit poids de naissance, accouchement avec complication) et pendant la période néonatale (mortalité, hospitalisation) chez les femmes et les enfants en situation de précarité en Ile-de-France. (cf. [page 21](#))

Comme chaque année, des **séminaires** destinés aux professionnel·les du secteur médico-social ont eu lieu en 2022 sur différents départements de l'Ile-de-France ainsi qu'une journée de **colloque** (cf. [page 27](#)).

En 2022, l'équipe a continué son travail de partenariat auprès des professionnels d'Ile-de-France, toujours dans l'optique d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes en situation de grande précarité, malgré des **mouvements d'équipe** encore très présents.

Concernant la répartition de l'équipe, fin 2022, elle était faite de cette façon :

- Equipe de coordination médicale :
3 sages-femmes coordinatrices : **3 ETP**
- Equipe de coordination sociale :
2 assistantes de service social coordinatrices : **2 ETP**
- Equipe projet :
1 chargée de projet : **1 ETP**
1 apprentie à partir de septembre 2022
- Equipe administrative :
1 directrice : **1 ETP** sur 10 mois puis **0.3 ETP** à partir de novembre 2022
1 assistante de direction : **1 ETP**

Cette équipe doit de nouveau apprendre à se connaître et travailler ensemble tout en reprenant un nombre important de situations de femmes en situation de grande précarité avec peu ou sans passation entre les départs et prises de postes.

2. Gouvernance du réseau

Le réseau est doté d'une structure fonctionnelle hiérarchisée :

- **Un Bureau** réunit régulièrement les membres élus du Conseil d'Administration et la direction du réseau, pour définir les orientations stratégiques du réseau.

Il est composé de :

Dr Harvey Thierry, président
Madame Morisset Christine, vice-présidente
Monsieur Vincent Bru, membre
Madame Vanessa Benoît, trésorière
Madame Chansia Euphrosine, secrétaire
Pr. Azria Elie, membre

Une fois par an, **l'assemblée générale** de l'association est convoquée pour présentation des comptes et de l'activité du réseau. Cette année, elle s'est tenue le **17 juin 2022**. Il est aussi acté que trois réunions annuelles supplémentaires doivent être organisées.

- **Les (3) Groupes de Travail du réseau**, créés en 2010 et toujours opérationnels, se réunissent chacun deux à trois fois par an les partenaires du réseau et les coordinatrices en charge du portage des projets d'amélioration. La composition des groupes de travail évolue constamment ; de nouvelles personnes sont régulièrement conviées à y participer.

Pour 2023, l'objectif de stabilisation de l'équipe perdure mais la réalité du travail médico-social actuel met à mal les orientations stratégiques prises par le réseau.

Les différents **projets** menés par l'ensemble de l'équipe de SOLIPAM continueront à être développés davantage :

- **Projet InfAU Préca Périnat**,
- **Projet Rendre visibles les invisibles Théâtre documentaire et Exposition Photographique**
(différentes représentations et expositions sont déjà prévues, connectez-vous à nos réseaux sociaux pour être tenu·es informé·es des événements à venir)
- **Projet Site Internet**, le prestataire ayant été confirmé, la refonte du site sera un grand travail à effectuer sur l'année 2023,
- Mise en conformité **RGPD** validée par l'ARS fin 2022,
- **Projet Plaidoyer**, notamment avec la participation à l'ODSE.

Ces projets ont été approfondis et travaillés en 2022 par l'ensemble de l'équipe de SOLIPAM.

II. Projets

1. Projet InFaU Préca Périnat

Pour rappel, les premières formulations du projet **InFaU Préca-Périnat** – *(In)Former les Acteurs et Usagers de la Périnatalité en contexte de grande Précarité* – ont émergées dès 2019 mais n’ont pu aboutir à une mise en œuvre concrète qu’à partir de janvier 2021 en raison de la situation sanitaire liée au Covid-19. Durant cette année-là, le projet avait pour but d’implanter des ateliers sociolinguistiques (ASL)¹ à destination de femmes enceintes en situation de précarité allophones², au sein de structures partenaires sur l’ensemble du territoire francilien, en partenariat avec le **RADyA** (Réseau des Acteurs de la Dynamique des ASL).

Le projet œuvrait à sensibiliser et à informer le public cible sur les questions de **santé sexuelle et reproductive et d’accès aux droits sociaux et de santé**, de les faire gagner en compétences linguistiques en français autour d’un vocabulaire spécifique pour mieux appréhender les différentes démarches sociales, médicales et administratives liées à leur grossesse. Quatre expérimentations ont été conduites en 2021, sur trois des huit départements franciliens (75, 93 et 94). Les objectifs fixés pour 2022 étaient alors de poursuivre le développement du projet à l’échelle régionale et de multiplier les sites d’accueil des ateliers.

Chronogramme 2022

Projet InFAU Préca-Périnat

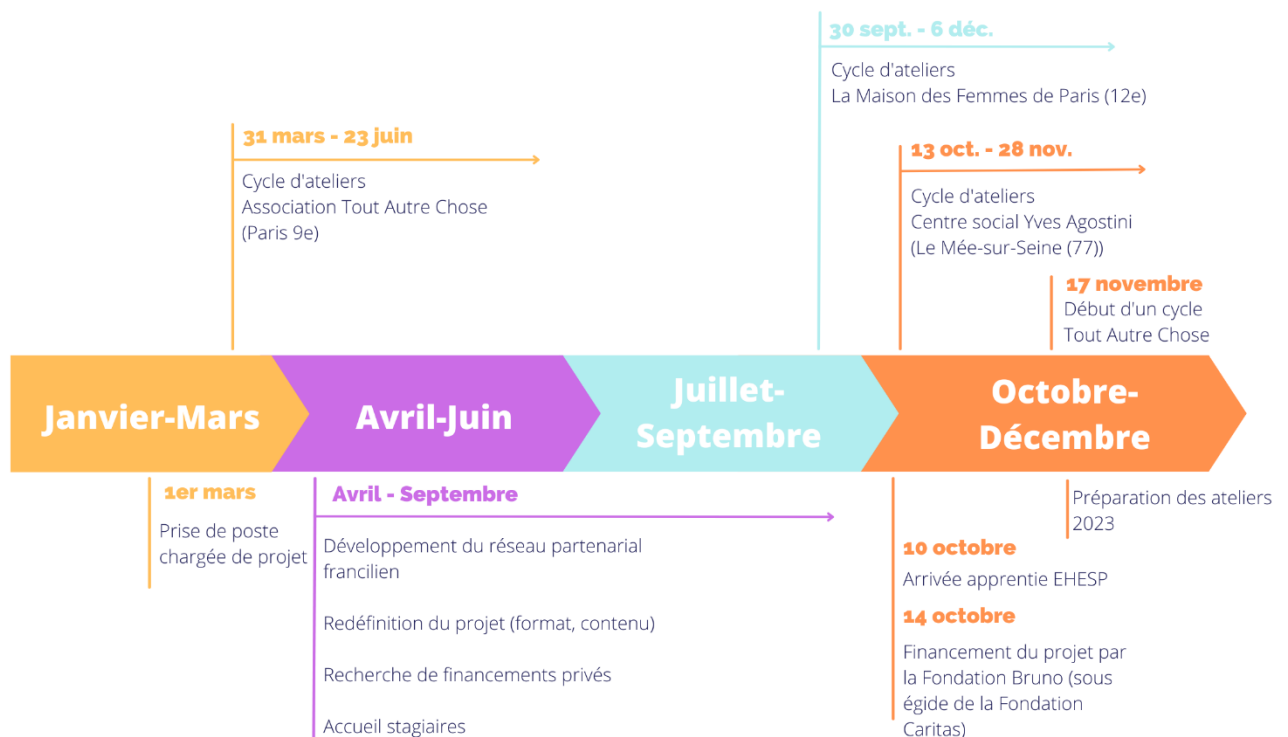


Figure 1 : Chronogramme du projet InFaU Préca Périnat sur l’année 2022.

¹ Les ateliers sociolinguistiques – également connus sous l’acronyme ASL- proposent une pédagogie spécifique d’apprentissage de la langue française adaptée à un public d’adultes migrant-e-s et vise à l’autonomie sociale et communicative des apprenant-e-s.

² Personne dont la langue maternelle est une langue étrangère, dans la communauté où elle se trouve

Le début de l'année 2022 a été marqué par une *pause* dans le développement du projet en raison de la prise de poste décalée de la nouvelle chargée de projet à la suite du départ de sa prédécesseuse en décembre 2021. Un **premier cycle d'ateliers** a démarré dès le mois de mars 2022 à Paris, au sein des locaux de l'association de quartier **Tout Autre Chose** située dans le 9^e arrondissement.

Trois autres cycles d'ateliers se sont tenus de septembre à décembre, dont deux à Paris, à la **Maison des Femmes de Paris** située dans le 12^e arrondissement et à nouveau à l'association **Tout Autre Chose**, ainsi qu'au **Centre Social Yves Agostini** de la commune du Mée-sur-Seine (Seine-et-Marne). Ces ateliers ont été financés par la **Fondation Seligmann** (pour ceux qui se sont déroulés sur le territoire parisien) ainsi que par l'ARS-IDF. Par ailleurs, nous avons accueilli plusieurs stagiaires et apprentie qui ont participé à la redéfinition du projet effectuée tout au long de l'année. Enfin, SOLIPAM a obtenu un financement de la part de la **Fondation Bruno** (sous l'égide de la *Fondation Caritas*) qui permettra de soutenir le développement du projet en 2023 et 2024.

Réflexions autour de la régionalisation des ateliers et des lieux d'accueil

En 2022, les cycles d'ateliers se sont principalement tenus dans le département de **Paris**. Bien que l'objectif initial ait été de déployer le projet sur l'ensemble du territoire francilien, un certain nombre de limites se sont révélées dans la pratique et interrogent quant à la faisabilité d'une telle régionalisation. Pour donner suite aux premières expérimentations concluantes à Montreuil et à Ivry-sur-Seine de 2021, des tentatives de reconduction de cycles sur ces territoires ont été menées. Si les acteurs-trices impliqués ont manifesté un certain intérêt pour le projet, les rencontres n'ont, pour l'heure, pas abouti à une réalisation concrète.

Des rencontres avec divers-es acteurs-trices (*centres d'hébergement, réseau ville-hôpital, PASH, Mairies, etc.*) ont également eu lieu en Seine-Saint-Denis (93), dans le Val-de-Marne (94), en Seine-et-Marne (77) et dans les Yvelines (78) sans succès, **à l'exception de la Ville de Saint-Denis** où une première expérimentation sera conduite au premier trimestre 2023 et du centre social Yves Agostini du Mée-sur-Seine au sein duquel un cycle s'est tenu en octobre-novembre 2022.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer une telle déroute : il se pourrait que, du fait de l'ancrage historique de SOLIPAM à Paris, **les acteurs et actrices des territoires les plus éloignés aient moins connaissance de l'existence du réseau**, et qu'à l'inverse **SOLIPAM ait aussi une visibilité limitée des ressources existantes** et partenaires clés qui pourraient œuvrer au déploiement du projet. Il est aussi envisageable – et cela a par ailleurs été avancé par certaines personnes rencontrées – que la mise en place d'un cycle représente un **investissement trop important** en termes de durée, de logistique, et de mise à disposition de moyens matériels (*location d'une salle*) et humains (*mobilisation d'intervenant-e-s, de structures prescriptrices pour l'inscription des participantes, d'accueillant-e, etc.*) dans un contexte de **pénurie de personnels** dans les secteurs du monde médical et social et dans un contexte d'exercice contraint, qui limite la possibilité d'investir du temps dans le développement d'actions relevant du champ de la prévention et de la promotion en santé sociale.

L'expérimentation conduite sur la commune du Mée-sur-Seine et les conclusions tirées lors de son bilan semblent **étayer** ces hypothèses. Alors que les partenaires impliqués ont paru enthousiastes et confiants quant à la pertinence et à la possibilité d'organiser un cycle sur leur territoire lors de la phase préparatoire, la mise en pratique a révélé **plusieurs limites** : d'une part, la mobilisation des intervenant-e-s, principalement les professionnel-le-s du secteur médical, a constitué une difficulté majeure pour l'équipe de SOLIPAM. Le centre de PMI (*Protection Maternelle et Infantile*) du territoire, qui s'était positionné sur l'animation de plusieurs séances médicales, s'est désisté **faute de disponibilité de son personnel** ; sur les dizaines de professionnel-le-s du secteur libéral contactés, une seule a donné suite à notre proposition

d'intervention. Le cycle a ainsi dû mobiliser les sages-femmes coordinatrices de SOLIPAM sur quatre demi-journées afin de permettre le maintien des séances programmées. D'autre part, l'orientation de participantes a d'abord nécessité de fournir un **important travail d'identification** de potentielles structures prescriptrices (*centres d'hébergement, assistantes de service social de maternité, PMI*), étant donné la présence ténue de SOLIPAM en Seine-et-Marne, couplée à un soutien minime des partenaires du projet. Le nombre d'inscriptions a ainsi été inférieur à celui des cycles parisiens et à un nombre encore plus restreint de participantes régulières : moins de cinq en moyenne par séance, deux en fin de cycle. En plus du difficile travail d'identification, ce **faible taux de participation** peut s'expliquer par la localisation géographique du lieu de tenue du cycle, relativement éloignée des lieux de vie des participantes, ou encore en raison de l'impossibilité pour elles de s'intégrer dans le reste de la vie du centre si elles n'étaient pas domiciliées dans la commune ; une seule d'entre elles habitait la commune.

Nous nous sommes interrogées sur la pertinence et la faisabilité de conduire un atelier, sans un soutien fort des partenaires, sur un territoire aussi étendu que la Seine-et-Marne, où les lieux de vie des femmes ne sont pas toujours bien reliés entre eux par des modes de transport en commun et où elles ne sont parfois hébergées qu'à titre temporaire dans le cadre d'une prise en charge par le 115 (quelques nuitées à l'hôtel). Il a ainsi été décidé, pour l'année 2023, de **concentrer les actions** de développement d'atelier principalement **sur le territoire parisien** puisque SOLIPAM y est bien implanté et bénéficie d'un réseau partenarial suffisamment solide. Cela facilite l'organisation logistique d'un cycle et semble également pertinent pour les femmes qui, pour la plupart d'entre elles, en raison de son caractère central et de la multitude de ressources institutionnelles et associatives, y ont un ancrage certain (*domiciliation, hébergement, suivis sociaux et/ou médicaux, distribution alimentaire, entourage*). En parallèle, le **territoire de la Seine-Saint-Denis** sera davantage exploré en 2023 en raison de son emplacement stratégique, de l'existence de nombreuses ressources partenariales et de la présence en nombre du public cible.

Enfin, une réflexion a été menée sur l'approche et le choix d'un lieu adapté pour l'accueil d'un cycle. Si nous sommes principalement entrées en contact direct avec des **structures spécifiques**, nous avons aussi expérimenté la prise de contact avec des **municipalités**, à la vue de la bonne connaissance qu'elles ont des ressources de leur territoire et du soutien qu'elles peuvent apporter dans leur identification et leur sollicitation. Ces deux approches sont **complémentaires** et semblent **fonctionnelles**. Il convient toutefois de préciser que les municipalités requièrent généralement que les femmes aient un ancrage dans la ville (domiciliation, suivi médical), ce qui n'est pas toujours adapté au profil des femmes cibles du projet, caractérisées par leur **errance résidentielle** ; dans la pratique, une certaine flexibilité est toutefois de vigueur. Sur la question du type de lieux, les **structures associatives**, fonctionnant sur un modèle « *accueil de jour* » où les femmes peuvent se rendre pour d'autres activités et qui n'ont pas de critères de sélection particuliers pour l'inscription des femmes, ont été privilégiées. Des **centres d'hébergement** accueillant ce public ont également été contactés mais ont fait part de la difficulté de garantir un nombre suffisant de participantes, en raison de leur manque de visibilité sur les entrées et sorties du centre. Par ailleurs, si l'option d'ouvrir les ateliers à des femmes n'étant pas hébergées au sein de ces centres pour permettre un nombre suffisant d'inscriptions a été envisagée, nous l'avons rapidement écartée par **crainte des inégalités** et du **sentiment d'injustice** que cela pourrait générer parmi les femmes qui y participeraient sans y être hébergées (particulièrement pour celles qui sont en situation de rue). Enfin, nous avons exploré la possibilité d'organiser un cycle au sein d'une structure médicale type **CMS (centre médico-social)** ou **maternité**. Les professionnel-le-s contacté-e-s ont, comme de nombreux autres, trouvé le projet pertinent mais ils ont estimé qu'il était peu envisageable de le réaliser dans leur structure : manque de personnel et impossibilité de mettre une salle à disposition.

Une redéfinition de la forme et du contenu du projet : des ASL aux ateliers de médiation en santé à dimension sociale

Le premier cycle de 2022 s'est décliné selon le **format ASL** : les séances ont été **coanimées** par des intervenant-e-s du secteur médical ou social (*sage-femme, infirmière puéricultrice, assistante de service social, etc.*) et par une bénévole de l'association accueillant les ateliers, présente à chaque séance pour assurer l'apprentissage du français. Des **limites** à ce format ont rapidement été observées : d'une part, il a été difficile d'identifier un **nombre suffisant** de femmes allophones pour permettre l'ouverture d'un cycle (*au moins 5 participantes*) en dépit de la communication menée auprès des partenaires du réseau et du travail d'identification en staff de coordination. Des femmes s'exprimant bien en français mais pour qui la participation aux ateliers présentait tout de même un intérêt en termes de compréhension des démarches administratives liées à leur grossesse et situation sociale et aussi pour sortir de leur situation d'isolement, ont ainsi rejoint le cycle. L'**hétérogénéité des niveaux de langue** des participantes a impacté la fluidité des échanges au sein du groupe (entre les participantes, entre les participantes et les intervenant-e-s) malgré la présence de la bénévole, et il n'a pas été possible de proposer un cadre d'accès à l'information **optimal** aux femmes allophones. Cela pourrait, en partie, expliquer le **décrochage** de deux d'entre elles (sur trois) en cours de cycle. Les séances étaient également délicates à articuler pour les professionnel-le-s présent-e-s (bénévole et intervenant-e-s), entre l'intervention à proprement parler sur la thématique du jour, les discussions qui en ont émergé et les points de français. D'autre part, le partenariat qui avait été établi avec le **RADyA** en 2021, et qui visait à l'élaboration de la pédagogie nécessaire à la partie « *formation linguistique* » du projet, **n'a pas été reconduit** en 2022.

Suite à ces premières observations, il a été décidé de **repenser le format** des ateliers et de développer des **ateliers de médiation en santé à dimension sociale** : c'est-à-dire combinant à la fois des thématiques relevant du champ de la périnatalité et des thématiques sociales abordant des problématiques du quotidien pour les participantes au sein d'un même cycle. Ce nouveau format s'adresse toujours à des femmes enceintes en situation de précarité mais **francophones** (dont le niveau de langue varie entre l'oral, l'écriture et la lecture), récemment arrivées en France et/ou éloignées des systèmes de soins et d'aide sociale depuis leur arrivée. Il s'inscrit dans une démarche de **réduction des inégalités sociales en santé** et semble par ailleurs correspondre davantage au profil d'une part importante du public accompagné par SOLIPAM qui, bien que s'exprimant en français, possède une **connaissance imparfaite** des modalités des systèmes de santé et de prise en charge médico-sociale et un accès à l'information limité du fait de leur situation d'exclusion sociale (séjour irrégulier, isolement sur le territoire français, droits non-ouverts, difficultés à être repérées et à s'ancrer dans une prise en charge médico-sociale stable). L'adoption de ce format a par ailleurs facilité l'identification de potentielles participantes et permis qu'il y ait un **plus grand nombre de femmes inscrites** par cycle.

Pour mieux répondre aux attentes et spécificités des participantes, une **redéfinition de la forme et du contenu** des ateliers a été effectuée à intervalles réguliers tout au long de l'année, réajustée à mesure des observations faites durant les ateliers. Cette redéfinition a été possible grâce au soutien de l'équipe de coordination de SOLIPAM et à la participation de collaborateurs-rices externes au réseau (association, professionnel de santé de l'APHP ou encore avocate). Les cycles ont été réduits de seize à **dix-onze séances** (*Annexe I*), sur un **rythme hebdomadaire** plutôt que bi-hebdomadaire comme c'était le cas auparavant ; certaines séances « *préparation à la naissance* » et « *accouchement* » par exemple, ont été **regroupées** en une seule, afin d'**éviter l'écueil d'une redondance** entre les séances³ et de nouvelles thématiques ont été

³ Observation faite lors d'un des cycles parisiens, durant lequel différentes intervenantes ont abordé des points similaires sur plusieurs séances, ce qui a semblé générer une certaine lassitude chez les participantes.

intégrées : **santé mentale, genre et santé sexuelle**. Enfin, une **trame détaillée** de chaque séance précisant les différents points à aborder par thématique, proposant une méthodologie pour une animation qui intègre une logique interculturelle et participative et rappelant les spécificités du public afin que les recommandations faites soient le plus adapté possible, ainsi que des supports libres de droit ont été mis à la disposition des intervenant·e·s.

L'adhésion des participantes aux ateliers

Au total, **soixante-trois** (63) femmes ont été, ou, se sont inscrites aux ateliers, parmi lesquelles **quarante-six** (46) ont participé à au moins une séance. **Dix-sept** (17) femmes contactées et inscrites ne sont donc jamais venues. **Trente-six** (36) des soixante-trois (63) femmes inscrites ont été identifiées lors des **staffs de l'équipe de coordination** du réseau ; **vingt-quatre** (24) d'entre elles ont été **orientées par des partenaires** de SOLIPAM (*associations, centres d'hébergement, maternités, PMI*) et **trois** (3) ont rejoint les ateliers sur **invitation d'une autre participante**. Six femmes ont donné naissance en cours de cycle ; certaines d'entre elles ont continué de participer aux séances **avec leur nouveau-né**.

Outre les femmes qui ne sont jamais venues, nous avons pu observer une **importante démobilisation** de celles qui ont participé à au moins une séance, et ce particulièrement **en fin de cycle**. L'adhésion puis la participation régulière aux séances des femmes, questionne :

Se pourrait-il qu'elles ne se sentent pas à l'aise durant les ateliers (et si oui, pour quelles raisons ?)

Qu'elles n'y trouvent pas d'intérêt à y participer ?

Serait-ce l'avancement de leur état de grossesse et l'augmentation des maux associée ?

La situation d'extrême précarité dans laquelle elles se trouvent qui les empêcherait d'être psychologiquement disponible pour pouvoir investir ce temps et cet espace qui leur sont dédiés ?

Il ne semble pas possible de répondre avec certitude à ces questionnements tant cela relève probablement d'une **explication multifactorielle**. Questionnées à ce sujet, un certain nombre de femmes ont effectivement évoqué des **problèmes de santé** liés à leur état de grossesse : nécessité de rester alitée pour éviter les risques de fausse couche ou d'accouchement prématuré, fatigue extrême, et des **difficultés liées à leur hébergement** et plus largement à leur **situation sociale** : hébergement trop éloigné du lieu de tenue des ateliers, errance résidentielle sur plusieurs départements franciliens, départ de l'Ile-de-France dans le cadre de la demande d'asile, multiples déplacements pour se rendre à des rendez-vous de suivis médicaux et sociaux, à des adresses de distribution alimentaire ou encore pour chercher un lieu où dormir le soir venu.

De son côté, l'équipe de SOLIPAM a mis en œuvre plusieurs actions pour tenter de lever certains des freins identifiés à une participation régulière. Comme évoqué plus haut, les cycles ont été **raccourcis** et les **séances espacées** ; la communication avec et entre les participantes en dehors des séances a été **renforcée** par la création d'un groupe *WhatsApp* sur lequel les femmes peuvent s'informer mutuellement de leur présence (ou absence) aux séances, et éventuellement motiver les plus hésitantes. Enfin, nous avons convenu de la nécessité qu'une personne « *fil conducteur* » soit présente à chaque séance pour **faire le lien** entre les femmes et les différent·e·s intervenant·e·s, nouer une relation de confiance avec les femmes et être la garante que les ateliers constituent des espaces sûrs⁴ pour elles.

⁴ Par espaces « sûrs », nous entendons par là des espaces où un certain nombre de principes tels que le non-jugement, la bienveillance, la confidentialité, le consentement ou encore le respect et la considération de la parole et du vécu de chacune sont appliqués. Le respect de ces principes nous paraît essentiel pour que les femmes, qui vivent quotidiennement de multiples violences d'ordre physique, psychique et moral, puissent se sentir en confiance et pleinement investir les ateliers.

Un partenariat a été établi avec l'INALCO⁵, qui propose un diplôme universitaire de **médiation interculturelle et langagière en contexte de migration** et qui pourrait mobiliser une à deux étudiantes par an sur le projet pour être la personne maintenant le fil entre les ateliers. Ces étudiantes, lorsqu'elles partageraient une langue ou des éléments de culture commune avec certaines participantes, pourraient aussi intervenir sur des situations d'incompréhensions entre les intervenant-e-s et les participantes.

La **vulnérabilité sociale** des femmes est omniprésente durant les ateliers. La question de l'**hébergement** constitue une de leur préoccupation majeure, dans leur quotidien immédiat et dans la projection et l'anticipation qu'elles font de l'arrivée de leur nourrisson. Elle est évoquée de façon quasi systématique durant les séances. Pour celles qui sont en situation de rue malgré les vulnérabilités liées à leur état de grossesse comme pour celles qui sont hébergées mais qui devront quitter leur hébergement à la naissance de l'enfant, sans garantie qu'une autre solution de relogement sera trouvée, **l'inquiétude est totale et constante**.

Bien que les questions de la mise à l'abri et du système d'hébergement et de l'aide sociale soient traitées par les intervenant-e-s et longuement discutées avec les participantes, et bien que, dans une moindre mesure, mieux comprendre le fonctionnement de ces dispositifs semble leur apporter une certaine satisfaction, les sentiments qui dominent sont la **frustration** et l'**injustice**⁶. En effet, elles ont été nombreuses à attendre qu'une solution concrète leur soit proposée durant les ateliers et à manifester leur déception que nous leur ayons « juste » apporté des informations sur ce sujet. Une participante nous dira à ce sujet que selon elle « *les femmes enceintes devraient être la priorité pour le logement et que l'intervenante [une écoutante du dispositif 115] aurait dû [les] aider individuellement* ». Il est également arrivé que le programme de certaines séances soit bousculé en raison des difficultés sociales et médicales des femmes. Par exemple, l'une d'entre elles qui venait récemment d'être mise à la rue par son hébergeuse, avec sa fille de 4 ans, s'est tout de même rendue à la dernière séance du cycle organisé et a passé une partie du temps en ligne avec le 115 dans l'espoir de trouver une solution pour la nuit. Il était à ce moment-là bien entendu impossible pour elle ni pour les autres personnes présentes de se concentrer sur le bilan du cycle et la séance a par conséquent été écourtée. Il est aussi arrivé qu'une femme fasse un malaise pendant une séance et que la sage-femme qui intervenait ce jour interrompe la séance pour l'emmener aux urgences. Ces deux exemples mettent en lumière la difficulté pour certaines femmes d'**investir** leur grossesse et plus largement leur santé et celle de l'enfant à naître tant les inquiétudes liées à leur situation sociale prennent **une place considérable** dans leur vie matérielle, concrète du quotidien, et aussi dans leur espace mental.

En dépit des frustrations et des difficultés qui viennent d'être évoquées, les femmes qui sont venues aux ateliers en ont fait un **retour positif** et ont exprimé l'intérêt qu'elles y ont trouvé de participer régulièrement. L'équipe de SOLIPAM a elle aussi pu faire un constat similaire, par le biais d'observations, de questionnaires ou encore de discussions plus informelles⁷.

Nous avons pu constater un **renforcement de leur connaissance à propos de leur santé** et de leurs droits sociaux) des participantes, qui ont pu acquérir un **vocabulaire spécifique** lié au champ de la périnatalité et mieux appréhender des termes techniques employés par les professionnel-le-s qui n'ont pas toujours le temps de les expliquer en consultation tels que « *hauteur utérine* », « *col ouvert à un doigt* » ou encore « *forceps* ». Une des participantes qui a accouché en cours de cycle, a par exemple pu revenir sur

⁵ L'Institut National des Langues et des Civilisations Orientales

⁶ A ce sujet, il est à préciser que plusieurs des professionnel-le-s impliqué-e-s dans les ateliers ont également fait part du sentiment d'impuissance qu'ils et elles ont ressenti face à la détresse des femmes.

⁷ L'utilisation d'outils d'évaluation quantitative nous a semblé peu pertinente pour mesurer l'impact du projet, nous avons ainsi pris le parti de nous fonder principalement sur une méthodologie d'évaluation qualitative.

son accouchement qui s'est passé en urgence, dans une autre maternité que celle où elle était inscrite, durant l'une des séances animées par une sage-femme. Elle a exprimé sa **reconnaissance** d'avoir pu revenir sur cet événement car celui lui a permis de **comprendre** les actes médicaux qu'elle a vécu. Une autre participante nous a, au sujet de son accouchement, qui était le premier pour elle, partagé le fait que pour elle ça s'était passé « *comme pendant les ateliers !* ».

De plus, le caractère intimiste et convivial des ateliers a permis aux participantes de nouer des **liens de confiance** avec les intervenant-e-s, et elles ont trouvé « *rassurant* » le fait de « *parler avec quelqu'un du corps médical* ». Ces rencontres plus informelles ont favorisé le **développement de leur principe d'affirmation** et les ont encouragées à **oser poser des questions** ou encore à **exprimer leur incompréhension** sur un sujet, ce qu'elles ne se permettent pas toujours de faire en rendez-vous. Elles ont aussi constitué une occasion de **déconstruire, en les questionnant, certaines représentations ou croyances** qu'avaient les participantes, sur l'accouchement, la grossesse en général ou encore sur le fonctionnement de la prise en charge médico-sociale en France.

Enfin, les ateliers représentent **des espaces de convivialité, de rencontre et de soutien entre pairs** qui permettent de **rompre avec l'isolement** dans lequel elles sont nombreuses à se trouver. Les participantes investissent cet espace pour partager leurs expériences, croiser leurs regards sur leurs vécus respectifs, et aussi nouer des **liens d'amitiés et de solidarité** qui perdurent en dehors des séances. Des participantes isolées et en situation de rue, ont par exemple décidé de passer leurs nuits ensemble ou encore de fréquenter les mêmes lieux de vie (accueils de jour, distributions alimentaires) ; une femme a hébergé pendant un temps une autre participante qui avait été mise à la rue. **Les ateliers constituent aussi des temps de répit et de soins dans leur errance du quotidien, où elles peuvent se reposer, au chaud, profiter d'une collation et « oublier [leurs] soucis ».** **Elles sont ainsi nombreuses à avoir exprimé leur tristesse de voir les ateliers prendre fin.**

Articulation du projet avec les autres activités de SOLIPAM

La mise en œuvre du projet s'articule avec les autres activités et projets de SOLIPAM conduits par l'équipe de coordination et le pôle administratif.

D'une part, il participe à **augmenter la visibilité** de l'association, de ses missions et des spécificités du cadre de sa prise en charge dans des départements où la présence de SOLIPAM est moindre et renforce ainsi son **maillage partenarial** à l'échelle régionale. En 2022, cela a particulièrement été le cas en **Seine-et-Marne**, où les multiples rencontres partenaires pour la présentation du projet et l'organisation des ateliers ont été des occasions de présenter l'ensemble des activités du réseau et de faire une mise en lien avec les autres membres de l'équipe. Dans le cadre de l'organisation des séminaires de SOLIPAM à destination des professionnel-le-s de santé et du social, cela a par exemple permis d'identifier davantage de potentiel-le-s participant-e-s et de mobiliser des structures d'accueil pour les terrains de stage de la deuxième journée des séminaires.

D'autre part, et comme mentionné précédemment, une part importante des femmes inscrites aux ateliers sont identifiées pendant les staffs de la coordination, au moment où elles intègrent le réseau. Or, lors de la première séance de présentation, elles sont un certain nombre à déclarer ne pas connaître SOLIPAM et ne pas être en contact avec l'équipe de coordination, ce qui laisse envisager qu'elles peinent parfois à **identifier** clairement les membres de l'équipe de SOLIPAM. Les ateliers permettent ainsi de créer **un lien physique** avec les femmes accompagnées et dont la coordination du parcours s'effectue essentiellement par téléphone. Il a donc été décidé qu'un **membre de la coordination** participerait aux premières et dernières séances de chaque cycle afin de se (re)présenter les missions du réseau et les

possibilités d'accompagnement possible par SOLIPAM. Par ailleurs, la coordinatrice présente participe à remplir des fiches navettes des participantes orientées aux ateliers par des partenaires. La présence régulière d'une personne de l'équipe projet aux séances facilite également la **transmission d'informations** concernant les situations individuelles des femmes à l'équipe de coordination (qui n'a pas toujours la possibilité d'entretenir un contact régulier avec les femmes aux vues de sa file active).. Les ateliers sont aussi des occasions de clarifier le rôle et le cadre de l'accompagnement SOLIPAM des femmes suivies, qui ont pu évoquer des frustrations et des incompréhensions à ce sujet, notamment sur le fait qu'il ne soit pas possible de solliciter SOLIPAM pour effectuer des démarches relevant du droit commun.

Enfin, le projet contribue à la **formation de stagiaires et apprenties**⁸ dans leurs domaines d'études : prévention et promotion en santé ou encore sciences humaines et sociales. Les étudiantes ont œuvré à l'élaboration des **contenus** des séances, ont participé aux **réflexions** quant aux évolutions et à la **gestion** du projet et ont pu plus largement bénéficier d'une expérience de terrain, professionnalisante qui aura permis, nous l'espérons, de les **sensibiliser** davantage aux enjeux de la périnatalité en contexte de précarité. Un partenariat avec des écoles de formation de sages-femmes avait été amorcé, afin que les étudiantes puissent participer aux ateliers dans le cadre de leur service sanitaire de 4^e année obligatoire en 2021, sans qu'une suite ne lui ait été donnée pour l'année 2022.

Conclusion et perspectives 2023

En conclusion, les bilans tirés des différents cycles ont fait émerger de nombreuses réflexions sur le projet et ont participé à une **redéfinition de son contenu** et à une **évolution des moyens d'action** pour sa mise en œuvre tout au long de l'année 2022 par rapport à 2021. Ce projet a semblé rencontrer un **accueil favorable** tant du côté des participantes que de celui des différent-e-s partenaires impliqué-e-s. Nous espérons que la simplification de l'organisation logistique d'un cycle permettra à un plus grand nombre d'acteur-ices de s'investir sur le projet.

En 2023, nous poursuivrons le développement des **ateliers de médiation en santé à dimension sociale** et tenterons de réactiver à nouveau la partie **ASL** du projet afin de le rendre accessible à un plus grand nombre de femmes, indépendamment de leurs niveaux de connaissance de la langue française, et ce grâce au soutien de la **Fondation Bruno**. Nous recentrerons les lieux de tenue des ateliers sur le territoire parisien et sur les départements limitrophes, facilement accessibles en transports en commun pour les participantes et les intervenant-e-s.

2. **Projet Rendre Visibles les invisibles : Femmes enceintes et jeunes mères en situation de grande précarité, une question sociale et de santé publique :**

Le projet vise à mettre en lumière au niveau national les trajectoires de femmes enceintes en situation de grande précarité et des professionnel.les du travail social et médical qui les accompagnent dans le cadre d'une démarche réflexive. Lors de journées mêlant débat scientifique, professionnel, et artistique, inscrites dans la valorisation d'une recherche-action centrée sur l'accompagnement médico-social de l'enfant dans ses 1000 premiers jours de vie et de ses parents, celui-ci s'articule autour du travail social et de la maïeutique, et touche aux questions de périnatalité et précarité.

Sollicitant un soutien en vue de manifestations articulant travail scientifique, artistique, professionnel, citoyen, nous réunirons des artistes (actrices, metteuse en scène, musicienne), l'équipe de SOLIPAM, des femmes enceintes en situation de grande précarité accompagnées par ce réseau (plus de 80% sont primo-arrivantes) et des chercheur.ses investiguant les thématiques autour de santé de la femme et migration.

⁸ 3 des 4 accueilli-e-s en 2022 ont été rattaché-e-s au pôle projet du réseau

Ce projet vise à promouvoir le **décloisonnement** d'approches « sachantes » et « professionnelles » lors de journées mêlant débat scientifique, professionnel, artistique et citoyen, autour d'une recherche-action sur les questions de périnatalité, précarité et migration. Il s'inscrit dans une thématique « *accueil et intégration à destination des immigrés* » et une autre de « *mise en œuvre et réception des politiques publiques* ».

2.1. Théâtre documentaire

Une troupe de théâtre a été sollicitée par le réseau pour travailler à une pièce de théâtre documentaire en vue notamment de proposer une réflexion par le biais du médium artistique dans le cadre des journées SOLIPAM en 2021 (présentation de saynètes) et 2022 (représentation de théâtre documentaire pour mettre en avant les difficultés rencontrées par les femmes et les professionnel·les qui les accompagnent. SOLIPAM avait alors souhaité, en collaboration avec les membres des compagnies *Le Troupeau dans le crâne*, *Mi-Fugue Mi-Raison* et *Fille sans flingue* mettre en place une pièce de théâtre visant à **visibiliser** et **valoriser** les femmes enceintes en situation de grande précarité, dans le respect des valeurs portées par le réseau. Par le biais d'un travail collaboratif de terrain, d'observation et d'enquête, les comédiennes, avec l'appui de l'équipe de SOLIPAM, ont pu restituer sous une forme artistique certaines des problématiques rencontrées par le public de SOLIPAM.

Ce projet s'est finalement concrétisé en 2022 (une représentation le 18 juin dans le cadre des séminaires commun avec le réseau Périnat 92, une représentation le 11 septembre dans le cadre du We Too Festival, à la Cité Fertile à Pantin, mais aussi dans le cadre d'un séminaire le 5 décembre à Sciences Po Paris, enfin une représentation le 14 décembre dans le cadre des 12^{ème} Rencontres SOLIPAM aux Diaconesses) et est conduit par Gerda de Lépine et l'équipe de direction.

La création de la pièce de théâtre documentaire « **Riveraines** » est inscrite dans une réalité de terrain lui donnant une finalité plus large que purement artistique. Pour SOLIPAM, il relève d'une nécessité **éthique** et stratégique de pouvoir rendre publiques grâce au médium artistique les difficultés que rencontrent les femmes et leurs familles accompagnées au sein du réseau et celles des professionnel·les qui les accompagnent : la grossesse, le post-partum, la maternité et la féminité des femmes en situation de précarité confrontées à l'errance résidentielle, alimentaire, administrative.

Ainsi, un travail régulier a été mené pendant deux ans via des rendez-vous de travail, des rencontres avec une femme suivie par SOLIPAM, des rencontres avec les membres de l'équipe de SOLIPAM, ainsi que des rencontres avec des partenaires du secteur social, sanitaire, mais aussi la recherche de financement. Le projet est actuellement soutenu par ICM (Institut Convergence Migration, l'ARS Ile de France, le CNRS, par le biais de l'UMR Espaces et Sociétés, l'Université Rennes 2 et l'EHESP (Ecole des Hautes Ecoles en Santé Publique) et des fonds privés.

Par le biais de ce travail de terrain, d'observation et d'enquête, les comédiennes ont pu restituer sous forme artistique les **problématiques** rencontrées par le public de SOLIPAM et les professionnel·es qui les suivent, mais vise également une mise en lumière des **réalités** et **dysfonctionnements globaux** des suivis en prénatal et post-natal avec finesse et force.

Des femmes suivies à SOLIPAM, et ayant participé à l'élaboration de cette pièce, ont également assisté à certaines représentations. Leur accueil des représentations et leurs retours **positifs** pointant la **justesse** du ton et la **réalité** des scènes décrites, nous a enjoint à poursuivre cette démarche. Certains professionnel·les sont également intéressé·es pour diffuser la pièce au sein de leurs établissements afin que professionnel·les et publics reçus puissent y assister (accueil de jour, crèches, etc.).

Ainsi, des représentations auprès d'écoles de sages-femmes et d'assistantes sociales sont en cours de développement. Et un appel à projet auprès de la DGCS a été déposé afin de faire soutenir institutionnellement ce projet.

Une réflexion concernant une diffusion auprès du grand public, afin de le sensibiliser à ces problématiques de société, est également en cours.

Une représentation est déjà prévue à l'Université Rennes 2 le 16 janvier 2023 et un évènement plus au titre du projet « *Rendre visible les Invisibles* » regroupant arts et recherche est prévu le 11 avril 2023 (*Annexe II*).

2.2. Projet Exposition Photographique

Le second volet du projet Rendre Visibles les Invisibles s'articule à travers d'une exposition photographique intitulée « *Lignées : L'Odyssée de nos mères* » et qui sera inaugurée en avril 2023 dans le cadre d'un évènement qui présentera tables-rondes scientifiques, pièce de théâtre documentaire « Riveraines » et exposition photographique et se tiendra au Campus Condorcet (*Annexe II*). Ce travail photographique a été initié et déjà travaillé en 2022. En partenariat avec la photojournaliste Pauline Gauer, cette démarche vise à mettre en lumière des trajectoires de femmes primo-arrivantes enceintes par une démarche réflexive de mise en lien d'acteurs du champ médical, social et médico-social.

En choisissant le médium artistique, ces œuvres permettent l'articulation d'une approche sensible, intime, artistique et scientifique qui visent à **questionner** les mondes académiques médicaux et sociaux, leurs prises en charge, leur frontières, leurs dysfonctionnements, éclairant des problématiques de santé publique de points de vue situés, diversifiés et complémentaires.

3. Projet réseaux sociaux et site internet

Face à l'**expansion** des différents projets de SOLIPAM et notamment les projets d'ordre plus artistique, s'est naturellement imposé le besoin de pouvoir **communiquer davantage** sur nos actions, autant auprès du grand public qu'auprès des professionnel·les du secteur médico-psycho-social.

Le site internet solipam.fr existe déjà depuis plus d'une décennie dans le but d'être repérable plus facilement par les femmes, les familles ou les professionnel·les qui auraient besoin de solliciter le réseau. Néanmoins, sa praticité ne correspond plus aux besoins actuels et son image figée dans le temps ne reflète en aucun cas la volonté des équipes de SOLIPAM de toujours aller vers l'avant en privilégiant un travail de qualité, baignant dans une actualité sanitaire et sociale évoluant rapidement.

Des discussions ont été menées auprès de différentes agences de webdesign en fin d'année 2022 pour une mise en ligne d'un nouveau site internet fonctionnel et moderne pour la fin de l'été 2023, soit un an après l'arrivée de SOLIPAM sur les réseaux sociaux !

En effet, le 27 juillet 2022, des comptes sur différents réseaux sociaux ont été ouverts au nom de @SOLIPAM_IdF. Il s'agit de Twitter, Instagram et Facebook. Un compte LinkedIn d'entreprise au nom de SOLIPAM existait déjà depuis 2019 mais n'était pas alimenté régulièrement par faute de moyen humain et matériel. Depuis juillet 2022, un temps dédié est consacré au développement de SOLIPAM sur les réseaux sociaux.

La volonté de cette présence sur les réseaux sociaux est née de ce besoin d'être toujours plus accessible, toujours plus transparent et communicatif autour de nos actions. Cependant, être *community manager* ou responsable de communication demande un temps important et des compétences spécifiques

dont ne disposent pas toujours les membres de l'équipe SOLIPAM. Les publications originales ont été centrées sur de l'événementiel (séminaires et colloques), du plaidoyer (une donnée clé par semaine) ou des relais d'informations ou recommandations sanitaires. Une veille des publications des comptes partenaires a aussi été tenue de façon quotidienne avec partage, republication ou réaction pour augmenter le taux d'interaction et la visibilité ; la nôtre et celle de nos partenaires.

Aucun seuil de rentabilité n'a été fixé pour ce lancement et bien que nous favorisons une diffusion de données qualitatives, voici quelques chiffres au bout de cinq mois d'expérimentation :

- **LinkedIn** :

Au 31 décembre 2022, SOLIPAM comptait 269 abonné.es dont 142 le sont depuis le 27 juillet 2022. Sur l'année 2022, une nette évolution concernant les consultations de la page entreprise a été constatée :

+2312,5% de visiteurs uniques (193 au total)

+1936% de vues sur la page (509 au total)

La communication entre professionnel·les fonctionne plutôt bien même si l'intérêt porté aux publications diffère beaucoup selon les thématiques.

- **Twitter** :

Au 31 décembre 2022, @SOLIPAM_IdF comptait 28 abonné.es et parmi ces comptes, il est possible de retrouver des professionnel·les du secteur médico-psycho-social, des institutions publiques, des associations ou encore des membres du grand public. Néanmoins, le taux d'engagement reste très bas.

- **Facebook** et **Instagram** :

Au 31 décembre 2022, @SOLIPAM_IdF comptait respectivement 16 et 14 abonné.es sur ces plateformes. Ce sont de loin celles pour lesquelles le projet a le moins adhéré.

Finalement, devant ces données clairement **disparates**. De nouvelles pistes et stratégies de communication à destination du public ou des professionnel·les vont être testées en 2023 dans un souci de constante perfectibilité et optimisation de communication et visibilité du réseau.

4. Projet post-partum

Ce projet est né, durant la crise sanitaire du COVID, des **difficultés** rencontrées par les sages-femmes coordinatrices de SOLIPAM de mettre en lien les femmes accouchées, accompagnées par SOLIPAM, avec une sage-femme pour une consultation post-natale **à domicile** lorsque celles-ci n'ont **pas encore de droits ouverts**. En raison du constat d'un grand nombre de situation de rue, cette proposition de visite postpartum est mis en place grâce à un financement de la Fondation **SANOFI** pour les situations **les plus complexes** lorsqu'une visite par les équipes de PMI à domicile n'étant pas possible rapidement. Il a été piloté par une sage-femme coordinatrice précédemment en poste et la direction du réseau : de l'établissement du protocole, recherche du financement, rédaction des documents de partenariat, à la recherche des sages-femmes libérales collaboratrices.

La convention de partenariat est établie entre le réseau SOLIPAM et une sage-femme libérale, sur le territoire d'Île de France, dès la sortie de maternité des accouchées sans couverture maladie ou en cours de demande de l'AME. Elle est signée pour la durée de l'ensemble des consultations postpartum préétablies.

La recherche de sages-femmes collaboratrices supplémentaires a été menée en 2022. Mais seulement huit profils sont enregistrés au réseau, répartis selon le département et secteur d'intervention. Le projet a été repris par une nouvelle sage-femme coordinatrice et continue d'être proposé aux partenaires médicaux malgré les contraintes qui limitent sa plus-value. Pour l'année 2022, **une seule femme** a pu bénéficier des soins par ce dispositif, via une communication avec le réseau départemental de Seine-Saint-Denis (réseau NEF) pour un suivi dans ce département.

Ce projet bien que bénéfique pour l'amélioration de l'état de santé de ses bénéficiaires, rencontre un **frein majeur** : la disponibilité et mobilisation de sages-femmes libérales volontaires pour ses missions. La pénurie de ces professionnelles se fait ressentir tant dans le milieu hospitalier que dans le secteur libéral où les déplacements pour les soins à domicile, particulièrement pour des femmes hébergées dans des hôtels sociaux, deviennent de plus en plus rares, **les demandes étant largement supérieures à l'offre disponible**.

5. Projet Plaidoyer

Souhaitant développer une mission de **plaidoyer**, SOLIPAM a rejoint l'**ODSE** (*Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers*) en 2021. L'objectif était aussi d'enrichir sa vision et partager les situations de terrain observées par l'équipe de coordination dans le but de questionner **la spécificité du droit des étrangers en périnatalité** : les droits de femmes, de leurs conjoints, de leurs enfants nés ou non sur le territoire français.

La prise en charge de la grossesse relève des **droits urgents**, mais elle n'est pas toujours aisée à mettre en place. SOLIPAM constate un trop grand nombre de **situations dysfonctionnelles** dans l'accès aux droits sociaux et de santé relevant tant de difficultés concrètes d'accès aux soins que de refus de soins et parfois de renoncements aux soins.

Aujourd'hui la périnatalité n'est plus une question sanitaire « *protégée* ». Sur le territoire francilien, les femmes enceintes ou sortantes de maternité à la rue sont toujours plus nombreuses et **leurs états de santé se détériorent** rapidement dans les situations de précarité. Pour ces familles cela participe à une médicalisation, notamment une psychiatrisation de leur situation, voire une judiciarisation de leur existence en raison du **non-respect de leurs droits fondamentaux**.

D'une autre façon, dans la mesure où SOLIPAM dépend directement, pour son fonctionnement, d'un financement d'investissement régional de l'**Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France**, les objectifs du réseau et directives données à celui-ci dépendent et sont dictées par le Département Périnatalité - Santé des femmes – Santé des enfants, de la direction de la Santé Publique de l'ARS.

Dans ce cadre, le réseau peut faire remonter des informations régulières à l'ARS des situations préoccupantes, tant qualitativement que quantitativement et être appui aux propositions faites par ce département, à la Direction de la Santé publique de l'ARS Ile de France, quant à la mise en place de projets ou actions autour des questions de périnatalité et précarité. A la jonction de la décision politique et de la mise en œuvre des politiques publiques par les acteurs et actrices de terrain, le réseau joue un rôle pivot au sein de la thématique précarité.

6. Projet ateliers CPAM

De part ce rôle de pivot, SOLIPAM a souhaité, en collaboration avec trois professionnelles de la CPAM de Paris, relancer les Ateliers Maternité initiés en 2015.

Ces ateliers, à destination de femmes en situation de **précarité**, abordent d'une part **la santé sexuelle et reproductive** des femmes, et d'autre part **l'accès aux droits**. Les ateliers visent, sur un temps court de deux demi-journées, à **informer** et **sensibiliser** les femmes aux enjeux de la prévention en matière de santé maternelle et de santé des enfants, les informer sur leurs droits, et leur permettre de solliciter les dispositifs existants.

À la suite de la dynamique impulsée lors des deux ateliers organisés en 2021 au sein du Centre d'hébergement d'urgence Dunkerque (situé à Paris 9ème), deux sessions se sont tenues en mars 2022 sur le même site. L'externalisation de ces ateliers a ainsi permis de toucher un public de femmes dont la situation est stabilisée au regard de l'hébergement et qui ne sont pas forcément suivies par SOLIPAM.

7. Projet Recherche

Grâce à la rencontre lors des GT3 avec des chercheuses de l'Université de Paris, de l'EHESP, de l'Université Rennes 2 et du CNRS (Laboratoire Espaces et Sociétés, UMR 6590), le réseau SOLIPAM a une activité de valorisation de base de données sur différentes thématiques : évolution du public pris en charge au sein du réseau, profils des femmes incluses au sein du réseau, concurrences des facteurs de la précarité au regard des issues de grossesse, etc. Différentes chercheuses, dont Anne-Cécile Hoyez (chargée de recherche au CNRS, spécialiste des questions d'accès aux soins des migrants), Frédérique Quidu (ingénieure de recherche à l'EHESP), Priscille Sauvegrain (Maîtresse de Conférences à l'Université de Paris) et Raquel Rico (Docteure de l'EHESS) toutes membres du GT3 participent à l'orientation scientifique de la valorisation des données du réseau SOLIPAM et ont été sollicité pour participer au GT3 en 2022. Dans ce cadre, ces chercheuses ont participé à accompagner la définition d'un projet de thèse (*Annexe VI*) visant à expliciter qualitativement la dégradation de la santé physique et psychique des femmes, en raison de leur errance résidentielle. Celui-ci rédigé courant 2022, sera présenté pour un financement de bourse doctorale au réseau des écoles doctorales en santé publique de l'EHESP au printemps 2023 et s'inscrit dans un projet commun avec l'Observatoire du Samu Social de Paris, qui réalisera la partie épidémiologique de cette recherche, Solipam ayant la charge de la partie qualitative de cette dernière. Celui-ci donnera lieu à la réalisation d'une thèse en santé publique, conduite par Maria lasagkasvili et encadrée par Clélia Gasquet-Blanchard.

III. Partenariats

Plusieurs intervenants acceptent de participer de manière commune à la réalisation de l'atteinte des objectifs de lutte contre les inégalités de santé périnatale, en rapport avec les missions de SOLIPAM.

1. Partenaires et thématiques d'actions

Réseaux départementaux de périnatalité, nouveau-nés vulnérables et réseaux de santé :

L'équipe de coordination collabore avec l'ensemble des réseaux de périnatalité d'Ile de France pour remonter des données de santé. Nous partageons à chaque réseau de périnatalité des tableaux d'activité semestriels (nombre de demandes et nombre d'accouchements sur le territoire concerné). Ces données sont obtenues via la base de données ou compte rendu d'accouchement reçus des maternités après demande ; et sont exclusivement recueillies pour être mises à la disposition des réseaux départementaux (*Tableau 2*).

Tableau 2 : Département d'origine et département d'accouchement des femmes accompagnées par SOLIPAM en 2021 et 2022

DEPARTEMENT D'ACCOUCHEMENT	2021	2022
75	61	65
77	2	5
78	1	3
91	6	11
92	3	7
93	25	36
94	7	11
95	9	7
DEPARTEMENT D'ORIGINE	2021	2022
75	80	140
77	2	9
78	2	10
91	6	9
92	3	8
93	33	96
94	8	17
95	4	6

Coordination médico-sociale

Le travail de coordination qui constitue **80%** des missions des sages-femmes et assistantes de service social coordinatrices s'effectuent en collaboration avec plusieurs partenaires autant médicaux que sociaux. Du secteur social, l'équipe est en communication avec les centres d'hébergement, accueils de demandeurs asiles, accueils de jour, permanences sociales et juridiques (nous avons à l'exemple rencontré en 2022 la DRIHL, le CHU Basiliade, CHUM d'Ivry, CADA, SPADA 77, l'ESI Georgette Agutte, l'association Picoulet). S'agissant du secteur médical, la collaboration est faite avec les centres médicaux et structures médicales, les centres de PMI, les structures hospitalières, les associations et dispositifs de périnatalité sur l'IdF (notamment avec l'Equipe Mobile Santé Périnatale Basiliade, la CPM Cité, sage-femme du GHEF site marne la vallée, Ecole de sage-femme Baudelocque, UAP Montreuil, CEOSP).

Etablissements/associations :

Soutenu par la politique médicale de l'AP-HP, le réseau consolide son partenariat avec l'ensemble des maternités de l'AP-HP et est invité à participer aux réflexions menées pour améliorer l'accès et le maintien de ces femmes enceintes dans un parcours de soins cohérent. Une réunion de synthèse sur la situation d'une femme suivie à SOLIPAM s'est tenue au mois de mai 2022 à la maternité port royal. Concernant les maternités hors AP-HP, des collaborations s'établissent via les réseaux périnataux. Des relations privilégiées se sont tissées depuis la création du réseau avec la Maternité du groupe hospitalier Diaconesses Croix Saint Simon et la Fondation Croix Saint Simon qui met gracieusement à disposition du réseau ses locaux pour recevoir les formations et les rencontres SOLIPAM.

Partenaires sociaux

Les partenariats se poursuivent avec le **Samu social de Paris**, partenaire privilégié et membre fondateur du réseau ; les femmes accompagnées par le réseau SOLIPAM sont souvent bien identifiées dans le système d'information des 115-75 et 115- 93, mais la situation d'hébergement particulièrement sur ces départements ont mis à mal cette identification en 2020 et nous retravaillerons ces partenariats depuis 2021, notamment autour d'une réflexion conjointe avec les SIAO engagée sur le l'orientation la plus adaptée des femmes enceintes en situation de grande vulnérabilité. Le travail de réseau avec les autres SIAO départementaux se fait via les prises en charge de chaque famille et a été un axe de travail depuis 2017 (rencontres avec les équipes du 92, du 93 et du 95) et renouvelé en 2021 (SIAO 77, 75, 93).

Un partenariat avec le restaurant PALI KAO, restaurant solidaire de la mairie de Paris est toujours actif et permet d'avoir des cartes de restauration gratuites à distribuer aux femmes et familles dans le cadre de leur prise en charge si ces dernières en ont besoin. Ces cartes sont données aux femmes en grande précarité et rencontrant des difficultés à s'alimenter.

2. Rencontres partenariales

Rencontres partenaires mensuelles

Toute l'équipe de SOLIPAM rencontre régulièrement des professionnel·les ou structures travaillant ou susceptibles de pouvoir travailler **en collaboration** afin de (re)définir et présenter les objectifs et missions de chacun et d'améliorer au maximum le lien partenarial avec les acteurs et actrices rencontrés.es. De fait, plusieurs rencontres ont eu lieu au cours de l'année 2022.

Le 1^{er} semestre de l'année correspond à la période accrue des rencontres partenaires, une période correspondant à l'arrivée de la chargée de projet sur la gestion du projet « Ma grossesse en Ile de France ».

Association Solidarité Paris Maman Ile-de-France - 52 rue Richer - 75009 PARIS / Tél: 01 48 24 16 28 – Télécopie: 01 48 24 19

Cette augmentation d'effectif au réseau a redéfini la fréquence de communication avec les partenaires et le déploiement d'initiatives supplémentaires pour le **renforcement des liens partenariaux**. Les partenaires rencontrés sont essentiellement le SIAO (SIAO 77, 75 à l'exemple), CHU/CHRS (CHUM d'Ivry, CHS Cœur des femmes etc.), associations (Ikambere, Tout Autre Chose, Age-Moise etc.), PMI (PMI Seine Saint-Denis, PMI Cité...), réseaux (RSPP, RPVO...), hôpitaux (APHP Tenon, GHEF Marne la Vallée etc.), ARS et autres structures partenaires impliquées dans l'accompagnement médicosocial des femmes suivies par le réseau. Sans surprise, le mois d'août caractérise la période de faible mobilisation, moins de rencontres en lien avec les périodes de congés estivales. Cette mobilisation de l'équipe SOLIPAM pour les rencontres partenariales s'effectue sur l'ensemble des départements de l'île de France.

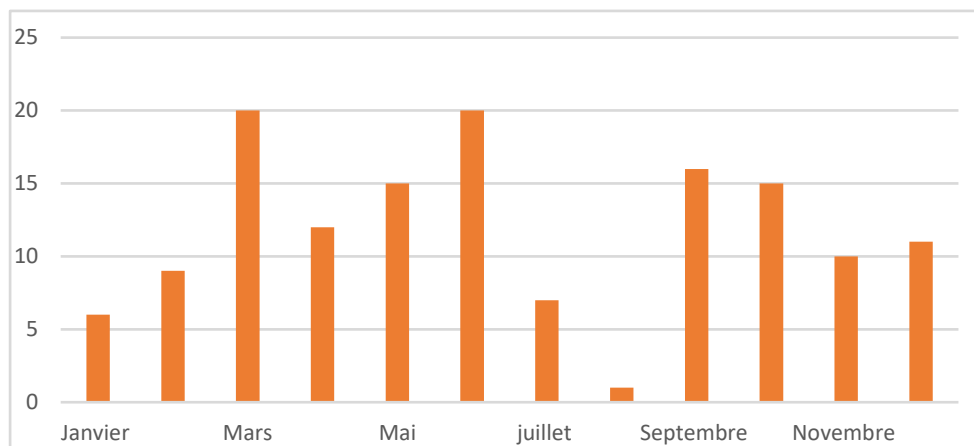


Figure 2 : Nombre de rencontres partenariales effectuées par mois en 2022.

Rencontres partenariales par territoire d'intervention

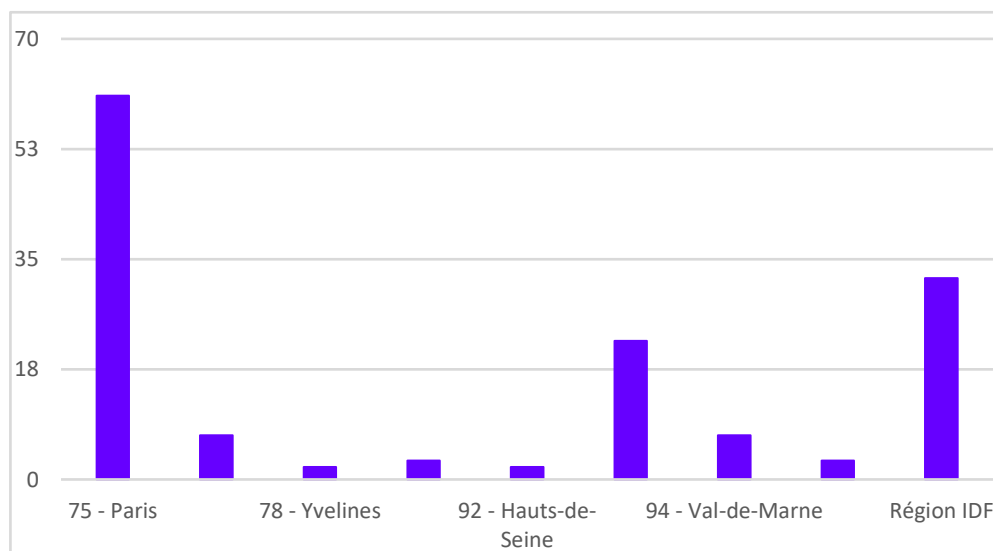


Figure 3 : Nombre de rencontres partenariales par département au cours de l'année 2022.

Ces rencontres dépendent de la disponibilité des structures sociales et médicales et de leur possibilité à pouvoir trouver un temps pour le développement de partenariat en vue de faciliter l'insertion des personnes en situation de grande précarité. Ces liens sont particulièrement prégnants dans les départements d'ancrage historique du réseau SOLIPAM mais aussi dans ceux particulièrement confrontés à la thématique de la pauvreté, de la précarité et des inégalités sociales et spatiales de santé périnatale. De

fait, les rencontres ont donc majoritairement lieu avec des partenaires régionaux et des départements de **Paris** et de **Seine-Saint-Denis** qui représente également, particulièrement pour sa partie sud, l'un des territoires les plus accessibles en termes de disponibilité et de communication avec les partenaires. Ces deux territoires sont les plus usités par les femmes suivies au réseau où l'on retrouve la majorité des lieux qu'elle pratiquent.

Une volonté de **régionalisation** des partenaires rencontrés a été recherchée depuis fin 2019, pour un meilleur ancrage du réseau une échelle régionale ; cependant, nous rencontrons une difficulté de visibilité sur certains territoires de grande couronne où au sein desquels la présence de SOLIPAM ne semble pas toujours nécessaire. C'est notamment le cas pour l'Essonne, les Yvelines, et le Val d'Oise.

3. Actions de communication menées par la direction

Définition de la politique de communication

Une réflexion a été menée courant 2011 sur la politique de communication, face aux nombreuses sollicitations des médias. Le Comité de pilotage du réseau a arrêté la décision de répondre uniquement aux demandes de témoignages des professionnels, et de refuser systématiquement toutes demandes concernant un reportage ou une connexion avec les femmes prises en charge dans le cadre du réseau. Cette décision a été validée par les membres du bureau. Les sollicitations étaient toujours aussi soutenues en 2018 du fait de l'actualité (réfugiés), ainsi qu'en 2019, en raison de l'actualité des sorties de maternité à la rue, très médiatisées durant l'été 2019.

Néanmoins, la situation actuelle est tellement préoccupante, relativement à la dégradation massive des états de santé de ces femmes qu'il peut arriver que nous répondions positivement à certaines sollicitations. Cela a été le cas pour une émission de Médiapart ([À l'air libre \(262\) : Enceintes, exilées, elles vivent à la rue - YouTube](#)) sur la thématique des femmes exilées et des grossesses qu'elles mènent à la rue (mettre le lien). Nous avons également été sollicités par la production d'Arte et avons favorablement répondu à cette demande pour un reportage qui se déroulera courant 2023.

Cette communication passe également par la publication d'articles vulgarisés ou scientifiques, communications dans des colloques de professionnel.les en formation initiale ou continue, en vue de sensibiliser d'autres acteur.ices aux thématiques de la périnatalité et de la précarité. Néanmoins, nous avons favorisé pour l'année 2022, une valorisation et une visibilisation de ces thématiques par le biais des médiums artistique, notamment, le théâtre documentaire et à venir en 2023, la photographie journalistique.

Dans le cadre du DU Précarité, Santé Maternelle et périnatale, le réseau SOLIPAM pilote un Module « politiques publiques à destination des femmes enceintes en situation de précarité » de trois jours qui ne s'est pas tenu pour l'année universitaire 2021-2022, faute d'inscrit, mais qui aura lieu en mai et juin 2023. SOLIPAM siège également au sein du comité pédagogique du DU et est également en charge de l'encadrement d'étudiants et étudiantes sur le versant qualitatif des mémoires des participant.es de ce DU.

4. Groupes de travail

Les groupes de travail SOLIPAM permettent régulièrement aux professionnel.les du social et du médical d'échanger sur leurs pratiques et de confronter leur point de vue. Ces réunions de travail permettent de trouver des réponses innovantes et concrètes aux questions posées sur le terrain, en favorisant la connaissance réciproque des compétences et des champs d'intervention de chacun. Ce travail en commun

permet un **décloisonnement** des secteurs d'activité de chacun, essentiel pour l'amélioration de la prise en charge des femmes et des enfants.

GT1 : « *Garantir la continuité du parcours médico-psycho-social des femmes enceintes et de leurs nouveaux jusqu'à trois mois de vie* »

Groupe opérationnel du réseau, il réunit deux à trois fois par an de nombreux acteurs médico-psycho-sociaux engagés dans le réseau.

Nombre de réunions au cours de l'année 2022 du GT 1 : 3

Nombre de participants / réunion : **9**

GT2 : « *Devenir un centre ressources « Périnatalité/grande précarité » (formations, informations, études, manifestations)* »

Travail fondamental pour mener à bien le projet réseau, la conduite du changement passe par la formation et l'information des acteurs de terrain, en rapprochant les professionnels du secteur médical et ceux du secteur social autour de la problématique commune Périnatalité/Grande Précarité. Ce rapprochement a pour vocation de fédérer au mieux les ressources mobilisées en vue d'améliorer le suivi périnatal de ces femmes enceintes et de leurs enfants sur l'ensemble du territoire régional.

Nombre de réunions au cours de l'année 2022 du GT 2 : 2

Nombre de participants/réunion : **5**

GT3 : « *Evaluer le service rendu par SOLIPAM aux femmes et à leurs enfants, aux professionnels du territoire de santé parisien et à la collectivité* »

Ce groupe de travail peut être compris comme la commission d'évaluation scientifique du réseau. La composition de ses membres gage de la rigueur et de la conformité des travaux menés sur le territoire de santé (APHP, ORS). L'année 2014 a été marquée par le développement d'une collaboration entre l'EHESP et le réseau SOLIPAM, qui n'a pas cessée depuis. **Une convention de partenariat a été signée au 1^{er} semestre 2015** permettant de formaliser et renforcer les liens d'expertise, d'enseignement et de **recherche entre le réseau SOLIPAM et l'EHESP, notamment dans le cadre d'une réflexion sur la santé maternelle et infantile qui se développe au sein de l'EHESP.**

Nombre de réunions au cours de l'année 2022 du GT 3 : 2

Nombre de participants/réunion : **5**

IV. Évènements et formation

1. Séminaires SOLIPAM

Les séminaires SOLIPAM ont pour objectif de sensibiliser les professionnel·les du social et du médical au **repérage précoce**, à l'**orientation** et à l'**accompagnement** des femmes enceintes en situation de précarité. Ces séminaires sont *départementalisés* et sont donc organisés conjointement avec les réseaux périnataux respectifs de chaque département, se déroulent sur trois jours non consécutifs et comptent environ **une vingtaine de participant·es** :

- **Journée 1** : apport théorique
- **Journée 2** : sur terrain de stage
- **Journée 3** : retour d'expérience sur les terrains de stage + apport théorique

Au printemps 2022, les séminaires ont été prévus sur trois départements, le 92 avec **Périnat92**, le 78 avec **MYP** et le 95 avec le **RPVO**. Seul le séminaire du **92** a pu avoir lieu, il a donc été décidé d'ouvrir l'après-midi de la troisième journée à l'ensemble de l'IdF à l'occasion de la représentation théâtralisée « *Riveraines* ».

Pour la session d'automne 2022, les séminaires prévus sur le 77 et le 91 ont également dû être annulés et seuls ceux sur le 93 avec **NEF** et le 94 avec le **RPVM** ont pu être maintenus.

Au total,

Départements ayant bénéficié d'un cycle de séminaire en 2022 : **92, 93 et 94**

Nombre de participants 92 : **67** (comprenant l'après-midi du J3 ouvert à l'IDF)

Nombre de participants 93 : **16**

Nombre de participants 94 : **16**

La mobilisation des professionnel·les s'est avérée compliquée cette année, il est en effet difficile pour les équipes aussi bien sociales que médicales de libérer leurs salariés quand on sait à quel point ces secteurs sont en **manque d'effectifs**.

2. Colloque : Les Rencontres SOLIPAM

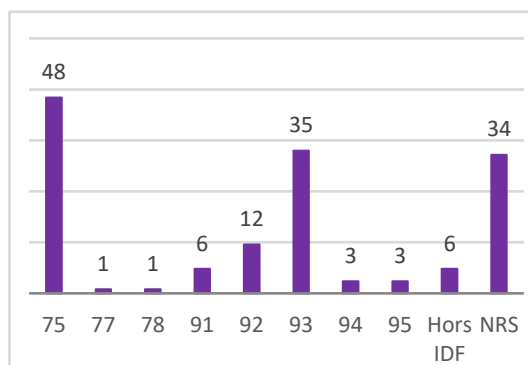


Figure 4 : Nombre de participant·es par département.

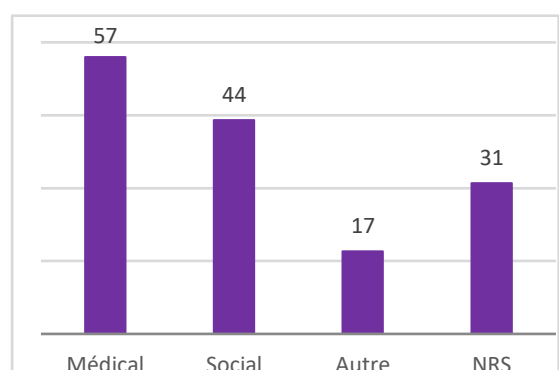


Figure 5 : Nombre de participant·es par secteur professionnel.

La journée annuelle de colloque « **12^{ème} Rencontre Solipam** » (*Annexe III*) a pu avoir lieu en présentiel à l'amphithéâtre des Diaconesses, le 14 décembre 2022 avec pour thème :

« De l'importance de nos institutions comme leviers pour les prises en charge dans l'articulation périnatalité et précarité »

Cette journée a été constituée de plusieurs tables rondes réunissant comme intervenant-es des professionnel·les du secteur médical et social.

Il a également été l'occasion pour la troupe **Mi-Fugue Mi-Raison** de présenter sa nouvelle performance en collaboration avec SOLIPAM, « *Riveraines* ». (*cf. page 17*)

Le colloque a permis de réunir **cent quarante-neuf** (149) professionnel·les amené·es à travailler avec des femmes en situation de précarité dans le champ de la périnatalité. (*Figures 4 et 5*)

V. Coordination médico-sociale

La mission de coordination médico-sociale personnalisée du parcours de soins périnataux des femmes enceintes et de leurs enfants en situation de grande précarité sur la région IdF explique la spécificité du réseau SOLIPAM : un **lien direct** et **continu** s'établit avec chacune des familles prises en charge par le réseau et les professionnel·les de santé et du milieu psychosocial en charge de la situation.

Ce lien entretenu par le binôme sage-femme/assistante de service social coordinatrices du réseau a pour objectif d'initier et de maintenir la **continuité du parcours de soins** sur l'ensemble de la région malgré les ruptures de prise en charge (changements d'hébergements, absence de couverture sociale, problème de compréhension), les vulnérabilités des familles et les facteurs d'exclusion psychosociale. Les situations rencontrées par l'équipe de coordination ont vite montré l'importance de la persistance de ces prises en charge et de leurs transmissions à l'ARS quand cela concerne des femmes/familles en situation de rue (*Annexe IV*).

Un **évènement indésirable grave** (EIG) a été déclaré à l'ARS en décembre 2021 par l'une des sages-femmes coordinatrices du réseau, dans le cadre d'une sortie de maternité avec un hébergement d'urgence très ponctuel ayant entraîné une dégradation sévère de l'état de santé du nouveau-né. Ce signalement a donné lieu à une **revue morbi-mortalité** (RMM) au printemps 2022 regroupant une partie des professionnel·les qui ont pris en charge cette famille. (*Annexe V*)

Les missions principales assurées par l'équipe de coordination du réseau restent identiques et permettent de mener à bien les missions inscrites dans le **Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens** (CPOM) 2021-2024 signé avec l'ARS IDF en 2021, à savoir :

- **Mission 1** : participer à la coordination du parcours de santé des femmes enceintes en situation de grande précarité sociale en Ile-de-France jusqu'aux trois mois de l'enfant né
- **Mission 2** : sensibiliser et former les acteur·ices du secteur médical et du secteur psychosocial d'Ile-de-France à la problématique « santé périnatale/grande précarité »
- **Mission 3** : Evaluer et produire des données épidémiologiques

Pour ce faire, SOLIPAM est un **réseau de coordination médico-social** qui s'adresse aux professionnel·les et aux femmes enceintes dès le début de la grossesse jusqu'au trois mois de l'enfant né ou déjà à charge d'un nouveau-né de moins de trois mois, dès lors que leur situation présente des facteurs de risque pour la santé de la femme, du bon déroulement de sa grossesse et/ou de l'enfant.

Les critères d'orientation vers le réseau sont

- Être enceinte ou avoir accouché il y a moins de 3 mois,
- Être **majeure**,
- Se situer en Ile-de-France,
- Se trouver dans une situation de grande précarité.

La définition de « *grande précarité* » n'est **volontairement** pas précisée, le réseau SOLIPAM se voulant le plus inclusif possible.

Une fois la situation connue par l'équipe de coordination, est mis en place :

- Un **accompagnement de la femme/famille** pour faciliter son insertion dans un parcours de soins et un accès au droit commun le plus rapidement possible,
- Un **appui aux professionnel·les** confronté·s à ces situations pour les aider dans leurs orientations et accompagnements.

Cet accompagnement ou appui se décide lors des **staffs bi-hebdomadaires** de l'équipe de coordination.

Association Solidarité Paris Maman Ile-de-France - 52 rue Richer - 75009 PARIS / Tél: 01 48 24 16 28 – Télécopie: 01 48 24 19

1. Les staffs bi-hebdomadaires

SOLIPAM fonctionne sur un système de « *fiche navette* » (Annexe VII). Ces recueils d'informations primordiales peuvent être remplis par l'équipe de coordination de SOLIPAM après entretien téléphonique avec la femme/famille accompagnée lors d'un appel sur le numéro vert (Annexe VIII), le standard ou après une présentation spontanée aux locaux, ou alors directement par des professionnel·les en lien avec les situations pour lesquelles l'expertise de SOLIPAM aurait une plus-value.

Chaque semaine, généralement le lundi et le jeudi, les membres de l'équipe de coordination prennent connaissance de ces fiches navettes et après concertation et échanges s'entendent sur un type de prise en charge initiale : **orientation**, **support** ou **inclusion**. L'équipe peut intervenir tant auprès des femmes/familles qu'auprès des professionnel·les ayant besoin d'un soutien ou d'information supplémentaire.

Toutes les demandes sont traitées et une réponse leur est systématiquement apportée par l'équipe de coordination.

Un binôme composé d'une sage-femme coordinatrice et d'une assistante de service social coordinatrice est alors positionné sur la situation. Chacune ayant ses spécificités à apporter à la situation, les deux coordinatrices sont amenées à être régulièrement en contact avec la femme/famille et/ou les professionnel·les qui l'entourent. Néanmoins, dans le cas de prise en charge à très court terme, les **orientations**, une seule coordinatrice est mobilisée.

2. Les types de prise en charge

Le type de prise en charge initial n'est pas figé, il peut évoluer au fur et à mesure de l'accompagnement des femmes/familles selon l'appréciation du binôme médico-social positionné sur la situation.

a. Orientation

Sont considérées comme des **orientations**, les réponses apportées à des demandes très ponctuelles, uniques ou pour des personnes ne rentrant pas dans les critères de prise en charge de SOLIPAM. Ce type de prise en charge n'engage aucun accompagnement ; c'est pour cela qu'il est considéré comme une prise en charge de très court terme.

b. Support

Sont considérés comme des **supports** des accompagnements médico-sociaux à moyen terme, c'est-à-dire quelques semaines à quelques mois. Pendant ce temps, les coordinatrices sage-femme et assistante de service social œuvrent au maximum pour que la femme/famille puisse accéder à des lieux ressources adaptés à sa situation : PMI, maternité, CPAM, multiples associations ou encore des structures de suivi social du droit commun et y prendre **ancrage**.

L'objectif est que la femme/famille puisse bénéficier d'un suivi médical, d'un suivi social et d'un lieu d'hébergement stable le plus rapidement possible.

L'accompagnement s'arrête une fois le maillage autour de la femme/famille considéré comme satisfaisant au regard des difficultés, de la réalité du terrain et des politiques actuelles. Néanmoins, quand divers motifs empêchent ce maillage de prendre forme autour de la femme/famille, un accompagnement à plus long terme devient indispensable : l'**inclusion**.

c. Inclusion

A l'inverse du **support** qui est le type de prise en charge majoritaire, l'**inclusion** n'est que très rarement choisie lors d'un premier staff autour de la situation d'une femme/famille. En effet, l'**inclusion** d'une

femme/famille engage le binôme médico-social à un accompagnement jusqu'aux trois mois de vie du/des nouveau(x)-né(s) ou jusqu'à son premier anniversaire s'il(s) présente(nt) des vulnérabilités sur le plan médical : prématurité, malformation, maladie, etc.

Ainsi, la quasi-totalité des **inclusions** sont, à l'origine, des **supports**. Ce changement de type de prise en charge ne modifie en aucun cas le travail des coordinatrices : il reste le même, seulement sur une durée prolongée. Cet allongement du temps d'accompagnement peut être décidé face à des vulnérabilités de la femme accompagnée (*contexte de violences, pathologies graves en dehors de la grossesse, troubles psychiatriques, situation de handicap, etc.*), des difficultés à mettre en place le maillage nécessaire autour de la femme/famille à moyen terme notamment sur le plan social ou encore une grossesse à haut-risque (*grossesse multiple, pathologie fœtale ou maternelle, etc.*).

Un dépassement des fonctions de coordination, appelé **dispositif d'appui**, est nécessaire dans de très rares cas. Cette prise en charge particulière sera développée plus loin. (*cf. page 44*)

3. Principaux indicateurs de suivi du réseau

Le tableau de bord est construit à l'identique des tableaux de bord remis depuis 2006 à la MRS. Cependant, grâce à la commission d'évaluation du réseau appelée *Groupe de Travail 3* ou **GT3**, certains items ont évolué pour rendre mieux compte de la réalité de terrain.

Un avenant au tableau de bord a été rédigé et validé par le GT3 le 27 mars 2011, ce qui explique les modifications apportées au tableau ci-joint. Cette perspective confère au réseau la possibilité de participer à l'**Observatoire Régional de Santé** concernant la périnatalité et la précarité et aux études menées au sein de l'AP-HP. Cette évolution concerne particulièrement les indicateurs d'hébergement, qui ne pouvaient être renseignés les années précédentes et pour lesquels nous avons mis en place un recueil opérationnel.

Pour mieux comprendre les liens entre **taux de prématurité et instabilité d'hébergement**, nous avons convenu en 2013 de comptabiliser tous les hébergements durant la grossesse et non plus seulement à partir de 37 SA. Cependant, pour alléger les tableaux, les données ne seront plus affichées qu'à partir de 2019, année de la prise de poste de la nouvelle direction encore présente en 2022.

Pour optimiser le temps de recueil des données et fiabiliser le système d'information, un travail de refonte des supports d'information a été réalisé en 2012. De plus, une seconde base de données a été créée en complément en 2021. Ces deux outils fonctionnant sur Excel® ont été révisés et améliorés en 2022.

Les situations de précarité évoluent constamment, et globalement **toujours vers une complexité plus importante**. Il est donc nécessaire d'effectuer de manière systématique un travail de fond pour réévaluer les indicateurs médicaux comme sociaux utilisés pour visibiliser les parcours des femmes et familles accompagnées.

Le réseau s'est doté de **trois types d'indicateurs de suivi de son activité** :

a. Des indicateurs de fonctionnement

Ces indicateurs de fonctionnement rendent compte de **l'évolution de la demande** faite au réseau et de la **charge de travail** de l'équipe de coordination.

Les principaux indicateurs de ce type sont :

1. Nombre de demandes et file active :

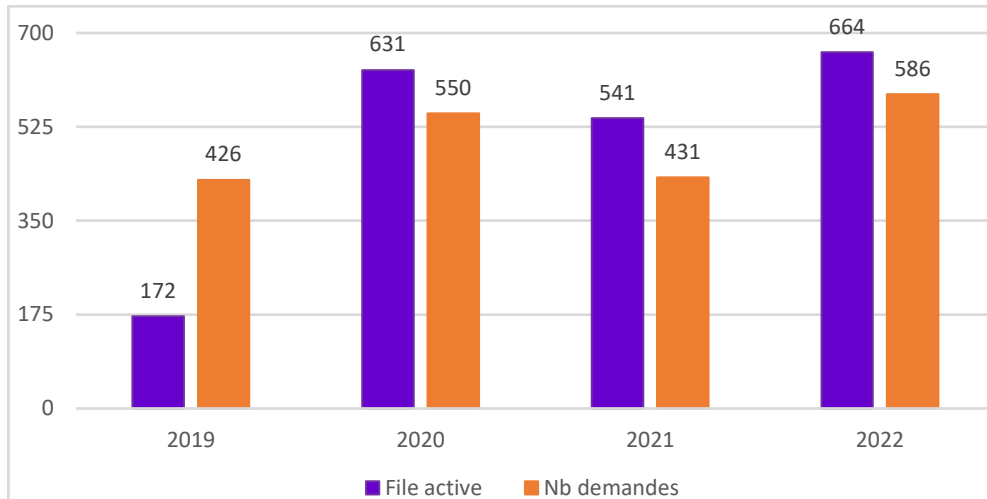


Figure 6 : Nombre de demandes et file active de 2019 à 2022.

En 2019, un tri des situations était effectué selon des critères qui ne sont plus d'actualité à ce jour. Ce n'est qu'à partir de 2020 que l'entièreté des demandes ont été traitées avec une modalité de prise en charge adaptée et adaptable (**inclusion, support, orientation**). La différence entre le nombre de demandes et la totalité de la file active est, depuis, toujours en faveur de la file active. Elle s'explique par la présence de suivis dont la demande datait de l'année précédente mais qui se sont poursuivis sur l'année d'après.

Ce graphique permet aussi de constater une **augmentation** des demandes d'accompagnement par SOLIPAM pour 2022. Cela est à mettre en lien avec la **dégradation**, déjà préexistante mais s'intensifiant, de la qualité des parcours médicaux et sociaux des femmes enceintes ou accompagnées de leur nouveau-né en situation de grande précarité. (Figure 6)

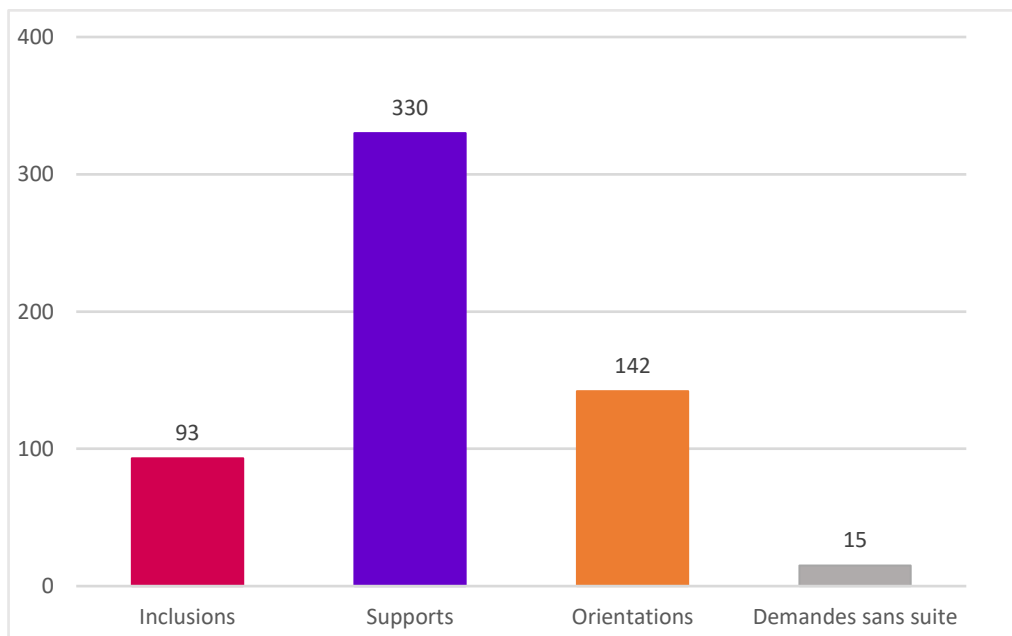


Figure 7 : Répartition du type de prise en charge sur les demandes 2022.

Il existe une différence de **six (6)** entre le total du nombre de demandes en 2022 (*Figure 6*) et les données ci-dessus. En effet, six demandes n'ont malheureusement pas pu être traitées pour des raisons organisationnelles et logistiques, soit **1%** des demandes totales.

Le travail d'accompagnement à moyen terme (**supports**) a été **majoritaire** en 2022, permettant de traiter davantage de situations sur un plan quantitatif. Ce type de prise en charge a été attribué à **56,3%** des demandes totales, soit trois cent trente fois. Les modalités de sortie de ces suivis, plus ou moins satisfaisantes, seront détaillées tant sur le plan médical que social ci-après.

Le nombre d'**orientations** est de cent quarante-deux (142) sur 2022. Cela représente un changement radical par rapport à l'année dernière où ce type de réponse était le plus attribué aux demandes reçues. Plus précisément, cette année, cela n'en représente *que* **24,2%**. Ces chiffres sont à mettre en adéquation avec le constat précédent : une **aggravation des conditions de vie**, une **précarité encore plus importante**, un **état de santé encore plus mauvais**, rendant de plus en plus complexe de se limiter à une action ponctuelle et non un accompagnement au moins à moyen terme.

Par ailleurs, pour quatre-vingt-treize (93) de ces demandes, une **inclusion** a été décidée, la très grande majorité après réévaluation d'un **support** pour lequel après diverses démarches et pour diverses raisons, la situation sur le plan médico-social ne s'améliorait que très peu ou pas du tout. Une prise en charge à long terme, jusqu'au trois mois de du nouveau-né, a donc été mise en place pour **15,9%** des demandes reçues en 2022 : une charge de travail d'autant plus conséquente pour l'équipe de coordination quand l'année dernière les **inclusions** étaient au nombre de quarante-six (46). Un chiffre qui a plus que doublé, en lien avec les difficultés retrouvées sur le terrain et qui seront détaillées plus bas.

Enfin, les **demandes sans suite** correspondent à des situations dans lesquelles la femme ou la famille nous a directement contactée ou nous a été orientée par un-e professionnel-le mais aucun contact supplémentaire n'a pu avoir lieu (*numéro non-attribué, pas de réponse aux différentes sollicitations, etc.*). Elles sont au nombre de quinze (15) pour 2022 et représentent les **2,5%** restant des demandes totales. (*Figure 7*)

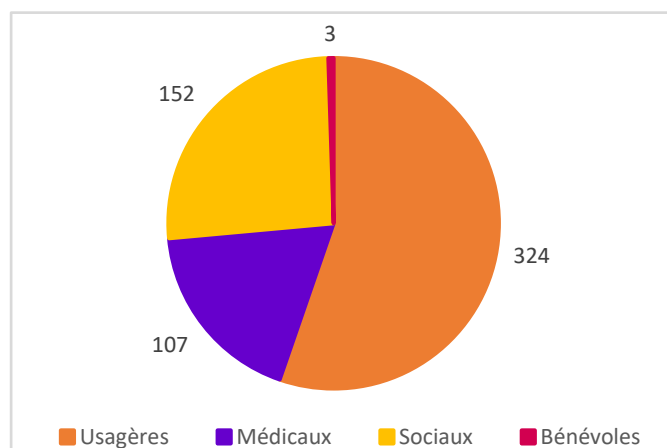


Figure 8 : Origines des demandes en 2022 selon le type d'acteur.

Sur les cinq cent quatre-vingt-six (586) demandes qui ont été adressées à SOLIPAM en 2022, **plus de la moitié (55,3%)** proviennent *directement* des femmes/familles accompagnées. Utilisant notre numéro vert, le numéro du standard ou se présentant spontanément dans nos locaux, cela montre qu'il existe tout de même une connaissance satisfaisante de notre association, de nos missions, au sein de ces populations de femmes en situation de grande précarité. Pour le reste, ce sont parfois des **professionnel-les de santé** (18,3%) mais davantage de **travailleur·euses sociaux·les** (25,9%) qui nous les orientent via notre système

de fiche navette, le numéro vert ou lors d'un appel sur le standard. En 2022, nous avons aussi été alertées de trois (3) situations par des bénévoles ou des citoyens-nes. (Figure 8)

2. Durée de prise en charge moyenne :

En 2022, **soixante-quinze** (75) femmes/familles suivies en **inclusion** ont été sorties du réseau, c'est-à-dire qu'une fin de leur prise en charge a été actée après un accompagnement d'une durée moyenne de **258 jours** soit 37 semaines environ.

Concernant les **deux cent cinquante-neuf** (259) **supports** dont l'accompagnement a été terminé en 2022, la durée moyenne de prise en charge a été de **128 jours** soit 18 semaines environ.

Il est **impossible** de quantifier un temps de travail moyen par coordinatrice et par femme/famille accompagnée car chaque situation est évidemment différente.

Ce calcul reviendrait à volontairement omettre les trop nombreuses variables influant sur la coordination médico-sociale qu'il est possible d'exercer autour de ces femmes/familles (*département d'ancrage, terme de la grossesse, maillage médico-social déjà mis en place ou non, composition familiale, pathologie préexistante, situation administrative, politique médico-sociale etc.*).

Le travail de coordination à SOLIPAM s'appuie avant tout la **qualité** des accompagnements et non sur la quantité de travail réalisé par semaine ou par mois pour ces femmes/familles accompagnées, indicateur de performance qui n'est pas des plus pertinents lorsqu'il est question d'êtres humains.

3. Les demandes sur l'année 2022 :

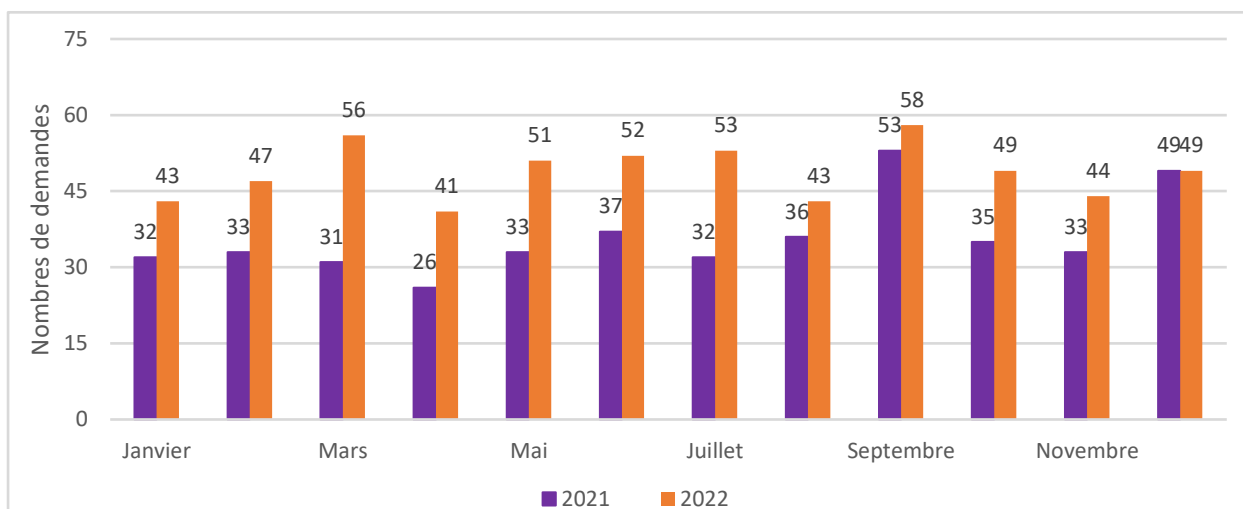


Figure 9 : Nombre de demandes comparées par mois entre 2021 et 2022.

En comparaison à l'année 2021, les demandes d'accompagnement à SOLIPAM ont été plus nombreuses et effectuées prioritairement par les **usagères**. Elle démontre bien l'utilité du **numéro vert** gratuit à destination de ce public. Les partenaires ont également été à l'origine de davantage de demandes, sur l'ensemble des mois de l'année. Cela pourrait s'expliquer par les *questions géopolitiques* reflétant l'année 2022 mais aussi la multiplicité des ateliers du **projet InFaU Préca Périnatal** sur le territoire IdF. Cela a pu engendrer plusieurs actions de communication/information sur les missions du réseau SOLIPAM et ainsi contribué à faire augmenter cet indicateur.

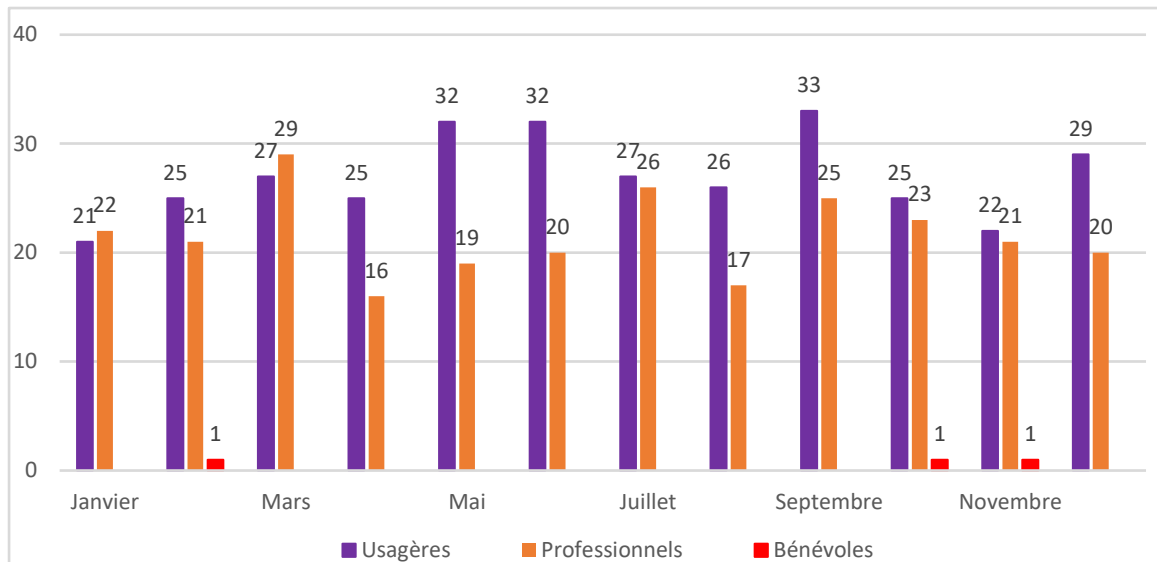


Figure 10 : Origine des demandes comparées par mois pour l'année 2022.

En plus d'une évaluation du nombre de demandes mensuelles pour l'année 2021 et 2022 (Figure 9), une comparaison a aussi été effectuée en prenant compte de l'origine de la demande (Figure 10). Cette dernière ne nous permet pas de conclure à une tendance saisonnière dans les demandes.

4. Répartition des demandes par département

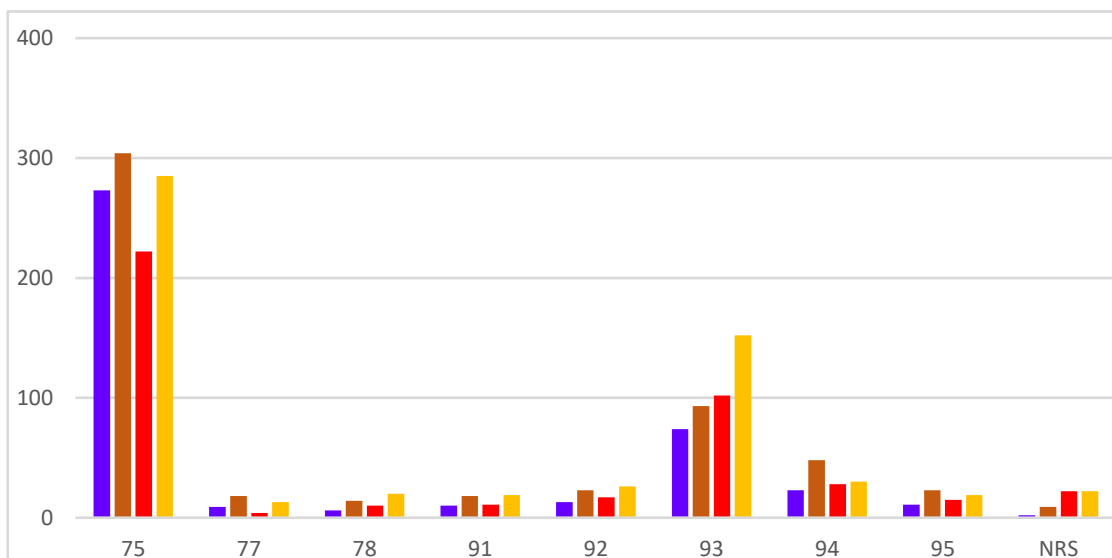


Figure 11 : Répartition des demandes par département entre l'année 2019 et 2022.

Si le département de Paris reste le principal demandeur, tant concernant les demandes effectuées par les professionnels que par les femmes, la **dynamique de régionalisation** se poursuit avec un étalement des demandes sur l'ensemble de l'Île de France. Paris reste donc le département d'où émane le plus grand nombre des suivis SOLIPAM. Le nombre de demandes des services médico-sociaux des départements hors Seine-Saint-Denis et Paris progressent, en comparaison aux demandes des années précédentes (Figure 11).

5. Répartition par type de professionnel-le

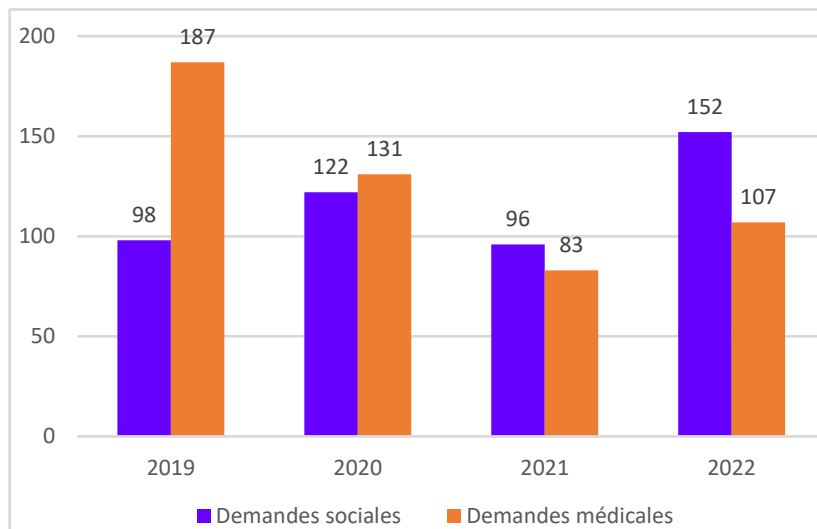


Figure 12 : Evolution des demandes entre 2019 et 2022 selon le/la professionnel-le.

Si les demandes des professionnel-les étaient majoritairement médicales en 2019 et 2020, on constate une inversion de cette tendance pour la suite. Les difficultés d’hébergement d’urgence, de suivi social par cause de pénurie de moyens humains et matérielles pourraient expliquer l’inversion de cette tendance, même si le milieu médical, notamment les maternités et les centres de PMI ont subi les mêmes problématiques au cours de l’année 2022 (Figure 12).

Par ailleurs, les structures dont dépendent ces professionnel-les sont en premier lieu les **maternités** et les **plateformes d’hébergement** ; structures indispensables pour le public de SOLIPAM (Figure 13).

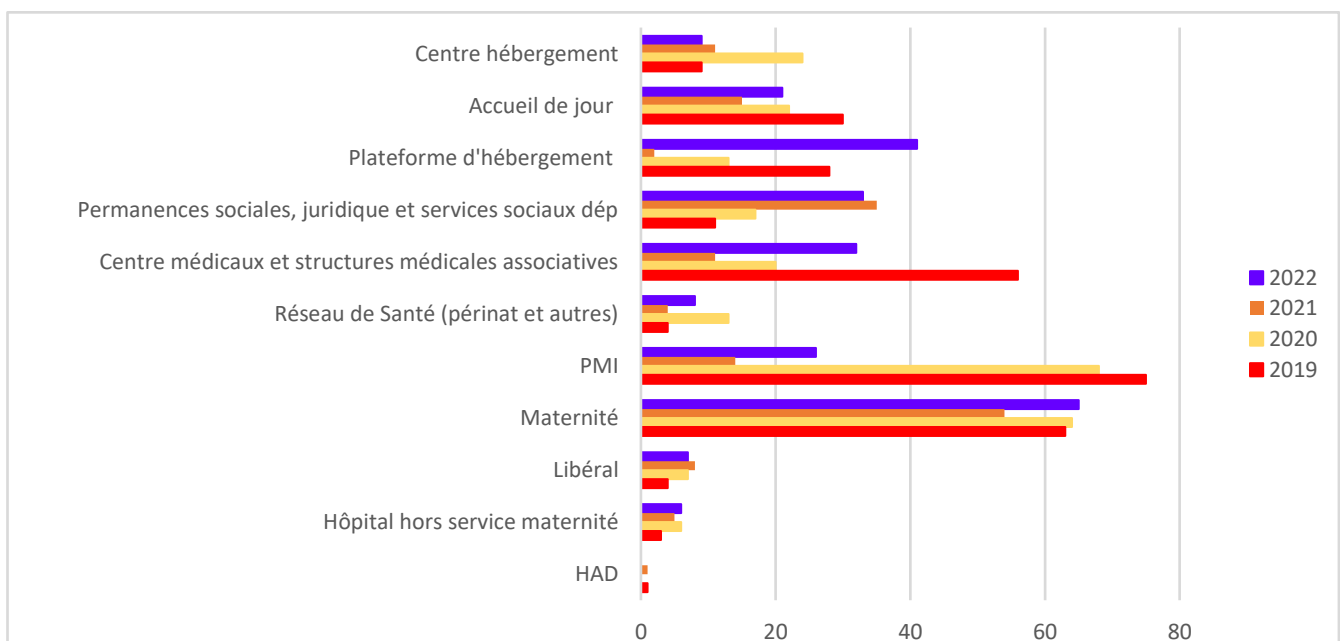


Figure 13 : Origine des demandes entre 2019 et 2022 selon le type de structure.

b. Des indicateurs de processus

Utilisés pour décrire l'évolution des conditions sociales et médicales des familles de l'entrée à la sortie du réseau, reflet du travail de soutien et d'appui de l'équipe de coordination, ils permettent également de mesurer l'évolution et l'impact des partenariats et du travail en réseau sur le territoire régional.

1. Taux d'hospitalisation en anténatal

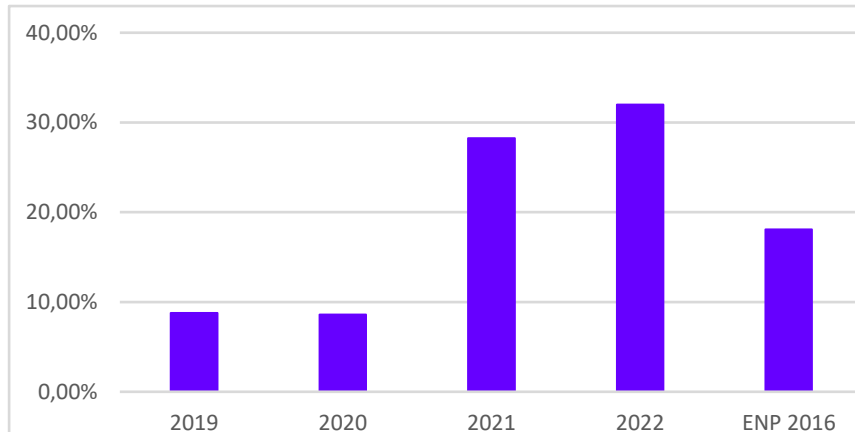


Figure 14 : Pourcentage de femmes hospitalisées en prénatales depuis 2019

Le pourcentage de femmes hospitalisées en 2020 est de 8,6% et augmente d'une manière significative en 2021 (28,26%). En 2022, le taux (**32%**) s'avère nettement supérieur à celui de la population générale selon l'ENP 2016 (18%) (Figure 14). La raison pour laquelle la référence dans ce cas est l'ENP 2016 et non celle de 2021, est le fait que le taux d'hospitalisation prénatale global et sa durée n'ont pas été recueillis en 2021, puisqu'il s'agit de données disponibles dans le SNDS qui vont être exploitées secondairement. Après avoir consulté le rapport SNDS 2022, il est toujours complexe d'utiliser le taux mentionné dans ce rapport (18% taux d'hospitalisation prénatale chez les ouvrières) parce que le public de SOLIPAM n'y est pas représenté.

Malgré ces difficultés, ce taux (32%) est le plus élevé que le réseau ait eu depuis 2015. Il est fortement lié à la hausse du **nombre de grossesses pathologiques** sur le territoire francilien par rapport aux données recueillies en 2020 et 2021.

La **pénurie de sages-femmes** a créé des tensions importantes dans la majorité de maternités en Ile de France . Pendant l'été 2022, l'équipe de coordination de SOLIPAM a eu de difficultés importantes pour inscrire les femmes pour un suivi de grossesse et par conséquent la majorité de femmes accompagnées par le réseau n'ont pas pu avoir un suivi de grossesse conforme aux recommandations de la HAS.

Souvent, elles arrivent sur le territoire français **après sept mois de grossesse** et sans avoir eu un suivi en amont et s'inscrivent donc très tardivement dans un parcours de soins, notamment en maternité (*inscription tardive*). Par ailleurs les facteurs influençant ces situations peuvent également être d'ordre social et présentent souvent un rôle important concernant les hospitalisations en prénatal.

2. Taux de conformité du suivi de grossesse pendant la prise en charge

Sur tous les départements, **le service de PMI** est l'acteur majeur de cette mise en conformité du parcours de soins. Malgré la bienveillance et les efforts des maternités pour répondre aux besoins portés par les sages-femmes coordinatrices de SOLIPAM, les consultations hospitalières en Ile de France ont parfois des délais de rendez-vous incompatibles avec un suivi adapté (fin de grossesse non suivie parce qu'arrivée sur le territoire après sept mois de grossesse, impossibilité d'inscription faute de place).

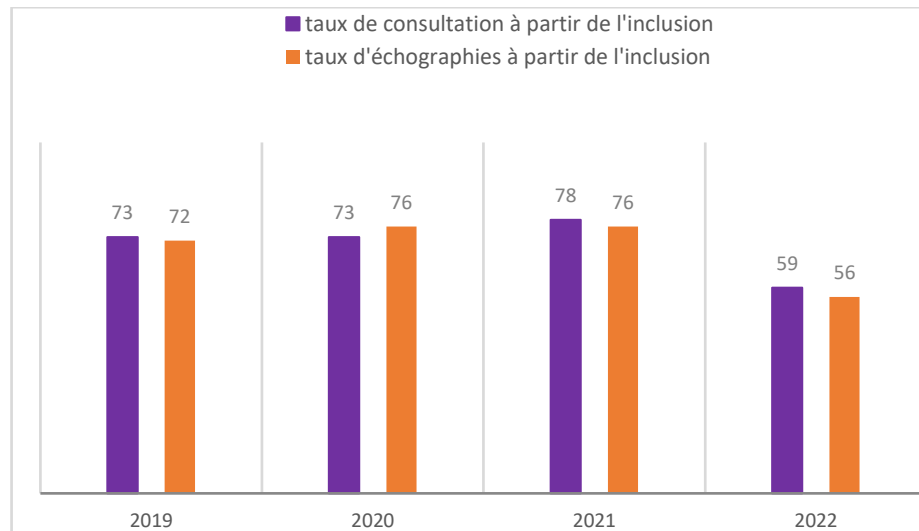


Figure 15 : Taux en (%) de suivi de grossesse des femmes pendant la prise en charge par le réseau depuis 2019

Faciliter l'accès et le maintien dans un parcours de soins adaptés de ces familles (femmes enceintes ou ayant accouché, nouveau-nés, enfants à charge, conjoint le cas échéant), quel que soit le lieu de leur hébergement sur la région IDF, occupe l'essentiel du temps de travail des sages-femmes coordinatrices du réseau. **Obtenir l'inscription puis le suivi dans la maternité de proximité, après stabilisation de la mise à l'abri, demeure une réelle difficulté à laquelle se confronte quotidiennement l'équipe de SOLIPAM.** Malgré ces multiples difficultés et l'augmentation de leur charge de travail, les sages-femmes de coordination avaient réussi à maintenir un niveau de suivi de grossesse conforme à **58,6%** en 2022, ce qui n'est pour autant **pas du tout satisfaisant** pour ces femmes (Figure 15).

On remarque une baisse du taux de consultation par rapport à l'année précédente. Ce changement peut être dû à la situation des services sanitaires qui a empiré en 2022 : une **saturation** dans les services de maternités toujours d'actualité aujourd'hui avec une **pénurie de sages-femmes** dans les services hospitaliers. Tout cela participe à rendre plus complexe le travail de l'équipe de la coordination médicale de SOLIPAM. Il reste important de noter que grâce à la mobilisation de l'équipe, vingt-deux (22) des soixante-quinze (75) femmes suivies en **inclusion** au réseau ont pu avoir un suivi de grossesse conforme.

3. Nombre moyen d'hébergement pendant la prise en charge :

Cet indicateur rend compte des difficultés rencontrées pour répondre aux demandes de mise à l'abri de ces familles en raison d'une **insuffisance chronique et toujours plus importante de places d'hébergement disponibles**.

En 2022, les femmes incluses dans le réseau ont principalement eu un, deux ou trois hébergements lorsqu'elles étaient stabilisées. Certaines femmes ont changé sept à huit fois d'hôtel, malgré une évaluation sociale effectuée par un-e professionnel-le et un niveau de priorisation maximum auprès des plateformes SIAO (Figure 16).

Cette observation démontre une **mobilité aigüe** toujours d'actualité pour ces femmes, *entravant* toute possibilité d'ancrage de leur situation tant au niveau social et administratif (domiciliation, couverture maladie, suivi social) que médical (inscription en maternité, suivi PMI), et par là même une **difficulté d'accès à leurs droits fondamentaux**.

La plupart des changements d'hébergements ne se font plus principalement en anténatal avec en général deux ou même trois hébergements encore différents après la sortie de maternité du fait de la modification de composition familiale lors de l'arrivée du nouveau-né. Malgré la mobilisation des acteurs

afin de permettre la stabilisation des sorties de maternité pour la plupart des femmes, bénéficier d'un hébergement stable en sortie de maternité reste une gageure.

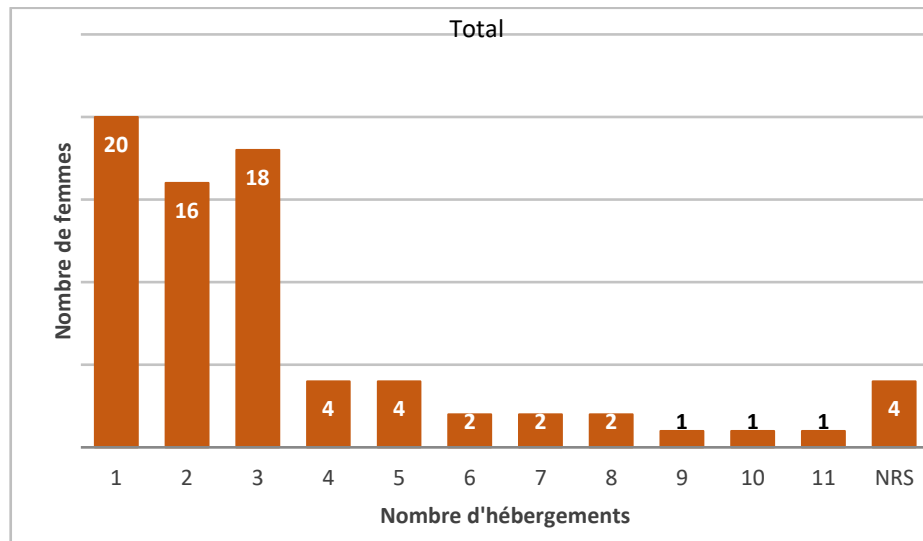


Figure 16 : Nombre d'hébergements par femme (sur les sorties de réseau 2022)

La saturation des dispositifs d'hébergement d'urgence a, entre autres, pour **conséquence l'embolisation de lits** dans certains hôpitaux. En effet, certaines maternités gardent, lorsque cela est possible, des femmes hospitalisées uniquement du fait de leur situation sociale, afin d'éviter une sortie de maternité à la rue. La sortie de la maternité reste toujours un **point de vigilance majeur** dans l'accompagnement de ces femmes enceintes du fait de la vulnérabilité médicale de la femme et de son bébé.

4. Comparaison des types d'hébergement entrée/sortie :

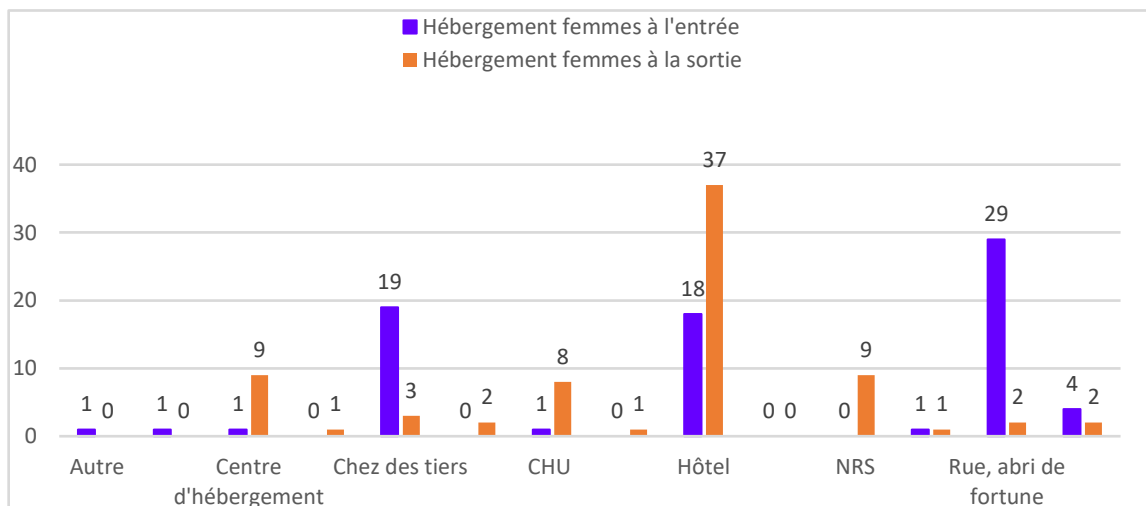


Figure 17a : Comparaison du type d'hébergement à l'entrée et à la sortie du réseau pour les femmes/familles suivies en **inclusion** et sorties en 2022.

NB : Le nombre de femmes dont les données ne sont pas renseignées concerne des femmes perdues de vue.

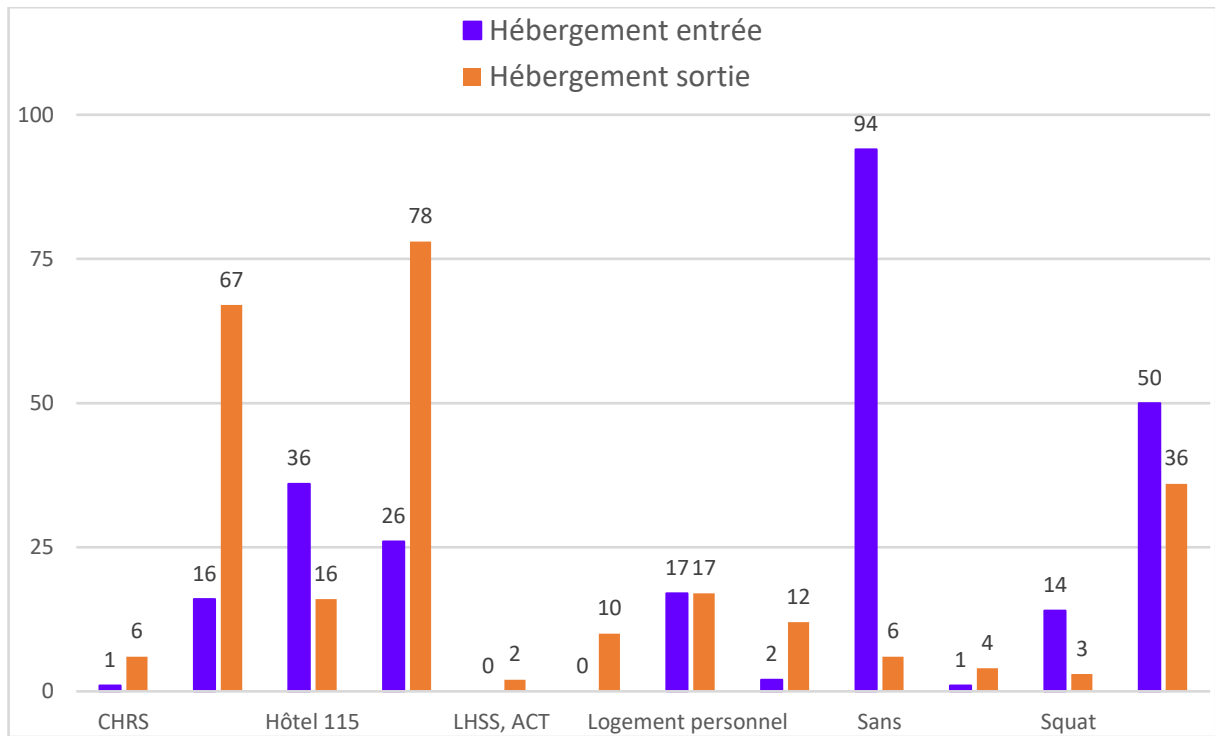


Figure 17b : Comparaison du type d'hébergement à l'entrée et à la sortie du réseau pour les femmes/familles suivies en **support** et sorties en 2022.

NB : Le nombre de femmes dont les données ne sont pas renseignées concerne des femmes perdues de vue.

A l'entrée dans le réseau, les femmes se trouvent majoritairement en **situation de rue** (38,7% pour les femmes incluses, 36,6% pour les femmes en support) ou hébergées **chez des tiers** (25,3% pour les femmes incluses, 19,4% pour les femmes en support). Cependant, il est à noter que les hébergements par des tiers en début de prise en charge aboutissent souvent à une **rupture d'hébergement** durant la grossesse, d'où peut découler une situation de rue. Une situation de rue qui perdure est un critère d'**inclusion** dans le réseau. Ainsi, une femme suivie en **support**, dont la situation reste instable, fragile et impossible à ancrer tant au niveau médical que social, sera incluse dans le réseau.

A la sortie du réseau, **aucune femme incluse ne se trouve en situation de rue**. Elles sont prises en charge en hôtel, par le biais du 115, en court ou long séjour à hauteur de 49,3% pour les femmes suivies en **inclusion**, ou en centre d'hébergement. L'équipe de coordinatrices de SOLIPAM alerte quotidiennement sur les situations de ces femmes auprès des opérateurs des SIAO franciliens, en appui des signalements effectués par les acteurs de terrain.

Concernant les **prises en charge hôtelières**, si elles permettent la mise à l'abri de ces familles, elles les confrontent cependant à **diverses problématiques** : difficultés d'accès en transport, éloignement des lieux de soins, éloignement des lieux de scolarisation (avec risque de déscolarisation des enfants), éloignement des structures associatives (notamment distribution alimentaire), sur-occupation des chambres avec inadéquation aux nouvelles « compositions familiales », chambre en étage élevé sans ascenseur, absence de sanitaires dans la chambre, impossibilité de cuisiner dans l'hôtel restreignant le régime alimentaire et engendrant des déséquilibres ayant des conséquences importantes pour les femmes souffrant de pathologies chroniques, notamment de diabète gestationnel.

5. Couverture maladie des enfants nés en France :

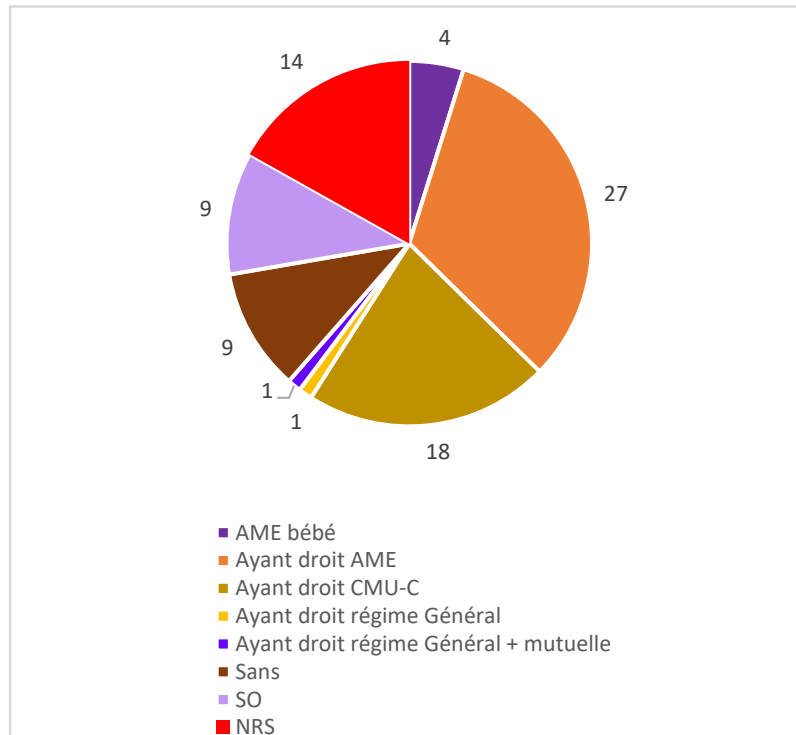


Figure 18 : Couverture maladie des enfants nés en France dont la mère était suivie en **inclusion** et sortie en 2022.

NB : Nous ne disposons pas de cette information pour 14 femmes suivies et pour 9 perdues de vue en prénatal.

Relativement à leur couverture sociale, les enfants nés, dans le cadre d'une **inclusion** au sein du réseau, sont rattachés à l'un des deux parents. Le parent qui élève l'enfant est privilégié dans le cadre des familles monoparentales. La CPAM met souvent en avant le rattachement au régime **le plus avantageux** pour l'enfant. C'est souvent le cas lorsqu'il y a un conjoint qui bénéficie du régime général et l'autre de l'AME.

A noter : **aucun enfant ne bénéficie d'une AME séparée de ses parents alors que la loi prévoit l'ouverture des droits à l'AME pour tout enfant mineur, jusqu'à ses 16 ans, lorsque ses parents sont en situation irrégulière.**

Pour les 9 enfants indiqués comme sans AME au moment de la sortie, il s'agit de demandes AME en cours, instruites généralement par les assistantes de service social de maternité.

c. Des indicateurs de résultat en santé périnatale

Ces indicateurs ont été choisis pour pouvoir être comparés aux résultats des dernières Enquêtes Nationales Périnatales (2016 et 2021). La **morbidity périnatale** retient particulièrement notre attention, du fait du retentissement reconnu de la **précarité** sur le risque de prématurité, de petit poids de naissance et de transfert néonatal.

Le taux d'hospitalisation néonatale des femmes suivies par SOLIPAM était jusqu'alors comparable au taux en population générale (ENP 2016), ce qui peut être à mettre au crédit du travail de la coordination du réseau et des professionnel·les impliqué·es dans la prise en charge de ces situations périnatales complexes. Le taux des nouveau-nés de petits poids de naissance est inférieur à l'ENP 2016.

Néanmoins, depuis 2021, **le taux de prématurité a nettement augmenté** et reste très élevé en 2022. On peut noter que le taux de nouveau-nés petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) est trois fois supérieur

à celui de l'ENP 2021. Cette donnée peut être liée à la hausse du nombre des hospitalisations prénatales et en conséquence les accouchements prématurés.

	Hospit NN %	Petit poids %	Préma %
2019	0,06	0,07	0,05
2020	0,05	0,02	0,02
2021	15,21	8,69	17,39
2022	15,94	21,74	17,31
ENP 2021	4,5	7	7

Figure 19 : Evolution de la Morbidité périnatale de 2019 à 2022 comparée à l'ENP 2021.

Dans un contexte de situation de tension importante en maternités durant l'été 2022, il a été possible de constater que les femmes accompagnées par le réseau étaient particulièrement touchées. Inscriptions tardives, manque d'hébergement contribuant à **la dégradation des états de santé des femmes** et prouvent que la précarité reste un facteur de risque important dans le déroulement de la grossesse et de l'accouchement d'une femme.

En mars 2022, une **Revue de Mortalité et de Morbidité** (RMM) a été effectuée avec le Réseau de Santé Périnatal Parisien (RSPP) pour la situation d'une femme accompagnée par le réseau SOLIPAM : du fait de sa situation sociale et du manque d'hébergement, son nouveau-né a été réhospitalisé en pédiatrie à la suite de convulsions probablement liées au froid (*Annexe V*).

4. Les spécificités du travail de la sage-femme coordinatrice

L'accès aux soins est un droit fondamental de l'être humain et c'est précisément pour le faire respecter que les sages-femmes coordinatrices de SOLIPAM travaillent chaque jour.

Pour ce faire, le travail en binôme avec une **assistante de service social coordinatrice** est fondamental car le suivi de ces femmes/familles a et aura nécessairement un impact sur certains éléments d'ordre médical : droits ouverts à l'Assurance maladie, lieu d'hébergement, département d'ancrage, suivi social, etc.

En *adéquation* avec l'accompagnement vers une amélioration de la situation administrative et sociale de chaque femme/famille – considérant que le suivi médical de la fratrie relève également d'une priorité de santé publique –, la sage-femme coordinatrice cherche les structures et professionnel-les de santé les plus adaptées à solliciter pour **démarrer ou poursuivre le suivi de grossesse, post-natale ou pédiatrique et évidemment, l'accouchement**. La sage-femme coordinatrice fait aussi de l'accompagnement pour les démarches d'interruption volontaire de grossesse.

Ces structures et professionnel-les de santé sont les équipes de **maternité**, les équipes de **PMI** (centre de Protection Maternelle et Infantile) et plus rarement les sages-femmes et médecins de ville. Une inscription en maternité est, dans tous les cas, indispensable à partir du huitième mois de grossesse.

La sage-femme coordinatrice est tenue de dépister et de prendre en considération les **vulnérabilités médicales et sociales** de la femme enceinte accompagnée pour procéder aux demandes d'inscription auprès des structures les plus adaptées. Toutefois, il arrive que la maternité ciblée, car elle semble être la

plus optimale sur différents plans (médical, social et surtout géographique), ne donne pas suite à la demande d'inscription pour diverses raisons, obligeant la coordination médicale à solliciter une seconde maternité, et ainsi de suite. Une orientation vers des structures plus spécifiques (suivi psychologique, prise en charge dans un contexte de violences, etc.) est aussi possible.

Ce possible empêchement dans l'accès aux soins renforce le fait qu'il est indispensable pour la sage-femme coordinatrice de prendre le plus régulièrement possible des nouvelles directement auprès de la femme/famille ou auprès des professionnel·les qui assurent le suivi médical pour essayer d'intervenir, idéalement, en amont d'un **décrochage médical** et pour essayer de palier **aux refus de soins** que les femmes/familles peuvent subir pour être en mesure de les signaler aux instances concernées le cas échéant.

De plus, du fait de l'importante *errance géographique* de la très grande majorité des femmes accompagnées, il faut toujours veiller à ce que leur lieu de suivi ou d'accouchement prévu soit toujours à une distance respectable, accessible en transport en commun. C'est pour cela qu'**un ou plusieurs changements/transferts de structures de suivi** fait partie des réorientations courantes dans le suivi de coordination médical.

La sage-femme coordinatrice s'attache aussi à s'assurer de la bonne **adhésion** et **compréhension** du parcours de santé de ces femmes/familles tout en veillant à respecter et encourager leur *autonomie*, leur *esprit critique* et le *respect de leur consentement*.

Finalement, un des objectifs principaux des sages-femmes coordinatrices est que les femmes enceintes accompagnées puissent bénéficier d'un suivi de grossesse le plus **conforme** possible aux recommandations nationales ; dans les faits, cela est malheureusement, rarement le cas.

En complément, des orientations vers des associations ou structures assurant de **l'aide alimentaire ou matérielle** sont souvent réalisées pour veiller à maintenir l'état de santé de la femme/famille accompagnée d'autant plus face à la complexification des situations ouvrant toujours davantage ce décroisement entre l'accompagnement d'ordre médical et social.

5. Les spécificités du travail de l'assistante sociale coordinatrice

Le travail en binôme sage-femme coordinatrice et assistante de service social coordinatrice permet de poser un **regard croisé** sur les situations de ces femmes afin d'en tirer une analyse plus fine et de solliciter les acteur·ices les plus adapté·es pour chaque situation. Aux vues de la **complexité toujours plus importante des parcours** des femmes suivies à SOLIPAM, une **veille sociale** régulière, afin de connaître les contextes sociaux actuels et les dispositifs existants sur le territoire, est nécessaire.

Cette coordination de parcours implique que les assistantes sociales coordinatrices ne mettent pas en place d'accompagnement social global, l'objectif étant de **ne pas se substituer** aux dispositifs de droit commun existants, mais de favoriser la **mise en lien** entre les personnes suivies et les professionnel·les. Ainsi, l'équipe d'assistantes sociales reste en lien étroit avec les acteur·ices de terrain : service social de maternité, 115 et SIAO via des alertes régulières, accueils de jour, associations pour de l'aide alimentaire et matérielle, associations pour de la domiciliation.

Cependant, lorsque cela est nécessaire, et après concertation et accord de l'ensemble de l'équipe, des accompagnements en binôme de références sont effectués dans le cadre du **dispositif d'appui**. Les femmes suivies en DA l'ont principalement été du fait de la complexité de leurs parcours, cumulant des problématiques liées à la périnatalité et précarité, auxquelles s'ajoutent des troubles psychiques et/ou conduites addictives.

L'action des assistantes sociales coordinatrices passe par un suivi des femmes et un soutien des professionnels **par téléphone**. Ce mode d'intervention, inhabituel dans le secteur social, peut générer de l'incompréhension, voire de la frustration, tant chez les personnes suivies que chez les professionnel·les. Crise dans les hôpitaux, crises dans les PMI, désintégration du secteur social : confrontées à l'**absence criante** de professionnels sur le terrain, les femmes suivies développent des **attentes** toujours plus importantes à l'égard de l'équipe de coordination : demande de lien – la coordinatrice de SOLIPAM étant parfois l'unique professionnelle voire interlocutrice de la personne dans la journée –, demande d'hébergement, demande de mise en place d'un suivi social à SOLIPAM faute de pouvoir s'inscrire dans d'un suivi social avec les acteurs de terrain.

Les fins de prises en charge ne sont, aux vues de la complexité des parcours des femmes et du contexte actuel, **pas satisfaisantes**, malgré la sollicitation constante des dispositifs existants, l'augmentation de la file-active et l'allongement des durées de prises charge.

Ainsi, il est fréquent que des familles fassent de **nouveau appel** au réseau lors d'un changement de situation : nouvelle grossesse, retour en Ile de France à la fin de prise en charge en CADA pour les femmes déboutées de leur demande d'asile, ou du fait de la difficulté à bénéficier d'un accompagnement social pérenne malgré une stabilisation de leur hébergement pour d'autres. L'équipe de coordination se trouve alors confrontée aux **limites de ses missions**, à savoir parfois une **impossibilité d'ancrage durable** auprès de professionnel·les de terrain.

Ce travail empêché explique en partie le *turn-over* connu sur les postes d'assistantes sociales coordinatrices à SOLIPAM.

6. Particularités du dispositif d'appui

Comme indiqué précédemment (*cf. page 31*), ce qui est appelé **dispositif d'appui** est un dépassement temporaire et exceptionnel des missions de coordination dans des cas où l'équipe de coordination estime qu'il est impossible de faire autrement.

En 2022, après **accord** et soutien de la direction du réseau, ce type de prise en charge a pris les formes suivantes :

- Un **accompagnement physique** vers une potentielle solution d'hébergement pour une (1) femme et son nouveau-né âgé de quelques jours qui devaient quitter la maternité sans aucune autre orientation proposée que la rue,
- Un **accompagnement physique** vers une association spécialisée dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales pour une (1) femme,
- Une **rencontre en « aller-vers » au domicile** d'une (1) femme accompagnée dont la santé physique et psychique se dégradait rapidement et qui était en rupture de soins,
- Une **demande d'insertion sur le SI-SIAO** créée pour une (1) femme qui a été sortie de la maternité avec son nouveau-né âgé de cinq jours à la rue.

Au total, en 2022 **quatre** (4) femmes/familles ont dû bénéficier de ce dispositif dans le cadre de leur situation médico-sociale.

7. Outils internes de l'équipe de coordination

En 2022, le réseau est passé progressivement au « *tout numérique* ». Les dossiers papiers ont été remplacés par des **dossiers numériques** écrits sur Word®, classés dans différents sous-dossiers (orientation,

support, inclusion, demandes sans suite et sorties). Ils comprennent la fiche navette numérisée et les notes du binôme médico-social à sa suite, le tout sécurisé sur le serveur interne. Seuls les suivis en **inclusion** conservent un dossier papier, *doublon du numérique*, classés dans nos locaux. Il est néanmoins prévu que ce dossier papier disparaisse *définitivement* en 2023. Il sera remplacé par un tableau récapitulatif des indicateurs les plus importants accolé au dossier numérique.

Dans le cadre de la rédaction du rapport d'activité annuel et des remontées de chiffres importants à l'ARS pour rendre compte de la situation de terrain, des **bases de données** sur Excel® existent depuis 2011 pour les **inclusions** et depuis 2021 pour les **supports** et **orientations**. Ces deux derniers outils de travail ont été retravaillés en 2022 pour optimiser la quantité et la qualité des données recueillies.

Un groupe de travail réunissant une sage-femme coordinatrice, une assistante de service sociale coordinatrice et l'assistante de direction du réseau a travaillé pendant les quatre derniers mois de l'année 2022 sur une **nouvelle base de données unique**, toujours sur Excel®, avec des indicateurs **actualisés** aussi bien au niveau social que médical. Le lancement est prévu début janvier 2023.

La **fiche navette** (*Annexe VII*), document principal utilisé à SOLIPAM, a aussi été modifiée en 2022 pour être plus compréhensible pour les partenaires et plus facilement compréhensible dans les retours, pour les coordinatrices. La dernière version en date est disponible sur notre site internet.

Un autre outil de travail central est le **numéro vert**. Depuis 2015, un numéro de téléphone **gratuit** et accessible du lundi au vendredi de 9h à 17h permet aux femmes/familles de contacter directement le réseau avec la certitude d'entrer en communication avec une des coordinatrices du réseau. Assistantes de service social coordinatrices et sages-femmes coordinatrices s'organisent par un planning prédéfini pour assurer ces permanences téléphoniques.

La communication autour de ce **numéro vert** s'effectue régulièrement à l'aide de **flyers** en français et en anglais (*Annexe VIII*), distribués largement aux professionnel·les rencontré·es ou lors des ateliers de médiation en santé sociale organisés par SOLIPAM dans le cadre du projet **InFaU Préca Périnat**.

Cet accès direct permet aussi de pouvoir réaliser des orientations *urgentes* s'il y en a à faire et de repositionner les missions du réseau par rapport à aux situations médico-sociales exposées, en amont des staffs bi-hebdomadaires.

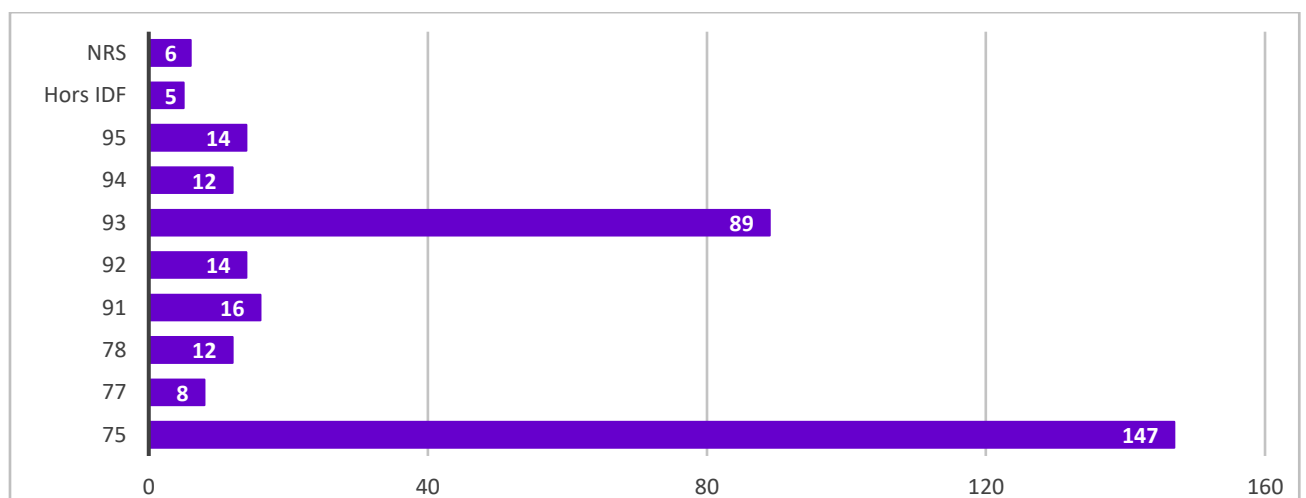


Figure 20 : Département de provenance des appels au numéro vert en 2022

En 2022, le **numéro vert** a été à l'origine de **trois cent vingt-quatre** (324) appels contre deux cent quarante-neuf en 2021 (*Figure 23*). Cette importante augmentation (+30%) est probablement dû à une meilleure connaissance du réseau SOLIPAM par les professionnel·les du secteur médico-psycho-social d'associations, de maternités ou des milieux libéral et territorial, connaissance qui s'affine et s'accroît d'années en années.

La répartition des appels est très disparate avec une très grande majorité des demandes issues de **Paris** (75) et de **Seine-Saint-Denis** (93). Ce sont les deux départements d'où les prises de contact sont majoritaires chaque année. Un long travail de rencontres partenariales a été débuté depuis quelques années et continuera d'autant plus dans les départements où la potentielle plus-value du réseau SOLIPAM semble être moins connue. De la même façon, ces territoires sont aussi les moins bien assimilés par l'équipe de coordination. Un meilleur réseautage paraît donc indispensable à travailler pour les deux parties.

Il est à noter que cinq (5) demandes sont originaires d'un département **hors Ile-de-France**. L'intégralité de ses appels concerne des femmes/familles qui avaient une situation plus ou moins stable dans une ville et, des suites de la perte cette stabilité, souhaitent venir ou retourner en région parisienne pour être accompagnées (*Figure 23*).

8. Caractéristiques médico-sociales des familles

La base de données du réseau permet de décrire la population incluse dans le réseau selon les étapes du parcours de soins. 115 items sont renseignés pour chaque femme en ante et post natal et pour chaque nouveau-né par la sage-femme et l'assistante sociale coordinatrice de la situation. Les items renseignés ont été définis par le GT 3 depuis la création du réseau et ont évolués en fonction des besoins d'évaluation du service rendu par le réseau. Ils permettent une comparaison avec les résultats de l'ENP. Un groupe de travail, composé de coordinatrice médicale et sociale du réseau est en train de réfléchir à un nettoyage des variables au sein de la nouvelle base des données et sera présent courant 2023 à l'ARS.

Profil médical des femmes

Tableau 3 : Profil médical des femmes suivies en **inclusion**

	2019	2020	2021	2022
Age moyen (en année)	28	28	29	27
Taux de primiparité (%)	40%	43%	52%	36%
Terme moyen de l'inclusion (en SA)	22	23	25	26
Taux de femmes avec au moins un autre enfant à charge* (%)	10%	48%	26%	25%
Médecin traitant à l'inclusion* (%)	11%	4%	2%	3%
Suivi conforme HAS à l'inclusion* (%)	45%	49%	40%	29%
Sans inscription maternité à l'inclusion** (%)	43%	52%	61%	41%

Le terme moyen au moment de l'**inclusion** connaît une légère augmentation en 2022 par rapport 2021. Il est possible d'expliquer cette évolution par le fait que la majorité des femmes accompagnées au sein du réseau arrivent sur le territoire français à un **terme avancé** de leur grossesse. Il est important de rappeler que le **repérage précoce** des grossesses chez les femmes en situation de précarité permet aux sages-femmes coordinatrices de SOLIPAM de travailler au suivi médical adéquat afin de prévenir les complications obstétricales et néonatales.

Le **taux de conformité** du suivi à l'**inclusion** a baissé d'une manière significative en 2022 alors même qu'il était relativement stable depuis 2019. Le rôle de la coordination médicale est essentiel pour inclure ces femmes dans un parcours de soin afin de **sécuriser** au maximum et le plus rapidement possible leur suivi de grossesse. Malgré le travail de l'équipe de la coordination, l'absence de places d'hébergement et le manque de suivi social de ces femmes contribuent à leur **hypermobilité** qui, par conséquence, conduit à des difficultés d'obtenir un suivi de grossesse conforme aux recommandations de la Haute Autorité de Santé. Le nombre moins important d'inclusions avant 12 SA (**13,3% en 2022 par rapport à 15% en 2021**), non pris en compte dans le calcul de cet indicateur, indique qu'un repérage précoce des situations par les professionnels de la périnatalité n'est pas toujours possible, probablement à cause du **sous-effectif** dans la majorité des structures médicales et sociales (pénurie de soignants, travailleurs sociaux, etc.).

Le taux de femmes enceintes n'ayant pas d'**inscription en maternité** à l'**inclusion** reste élevé mais nettement **plus bas** que celui de 2021. La difficulté dans l'interprétation de ce taux est que, souvent, une inscription en maternité ne garantit pas forcément un **suivi médical** sur place avant le **septième voire huitième mois de grossesse**. Ainsi, les femmes accompagnées seront davantage suivies par les sages-femmes de centre de PMI.

Concernant les femmes accompagnées en **support**, dont **44%** sont des primipares, il est montré que **23,3%** d'entre-elles n'avaient pas du tout de suivi de grossesse au début de leur accompagnement. Le taux reste assez élevé malgré les dispositifs mis en place par l'Etat.

Tableau 4 : Antécédents obstétricaux des femmes suivies en **inclusion**

	2019		2020		2021		2022		ENP 2021
Mortinatalité (%)	4,8%	8/165	3,4%	1/29	13%	6/46	45%	31/69	8,90%
Césarienne (%)	3,6%	6/165	17,2%	5/29	32,6%	15/46	30%	22/75	21,40%

*ENP (2021) : Enquête nationale périnatale 2021

**Pour les femmes multipares incluses en 2022 soit 75

Le **taux de césarienne** reste relativement stable mais est toujours supérieur à celui de l'ENP 2021. Nous avançons plusieurs hypothèses, celles d'une corrélation entre des situations d'arrivées tardives sur le territoire et alors l'**absence de dossier médical** et de suivi pour certaines de ces femmes, notamment en raison d'une **grande mobilité** relevant de leur situation d'hébergement d'urgence. Nous postulons également que le contexte de **pénurie de sage-femme** et de surcharge du travail maïeutique, ayant conduit à des tensions extrêmement importantes, particulièrement dans les maternités principales d'inscriptions des femmes suivies au sein du réseau SOLIPAM, ont pu participer à entraver des prises nécessitant du temps pour des accouchements eutociques entraînant alors des naissances par césariennes.

Il est également important de souligner que **le taux de mortinatalité explose par rapport aux années précédentes**.

Cette donnée montre clairement que même après la création de différents dispositifs par l'ARS et la DRIHL, l'état de santé de ces femmes et de leurs nouveau-nés **se dégrade chaque année**. Plusieurs rapports commencent à prendre en compte la **précarité** comme un indicateur important et reconnaissent l'impact qu'il a sur la santé périnatale.

En Île-de-France, le taux de femmes sans-abri ayant accouché est passé de 0,58% en 2015 à **2,28%** en 2019. C'est à Paris qu'il est le plus élevé, passant de 1,13% à **5,28%**, bien que ce taux ait augmenté dans tous les départements d'Île-de-France. Cette augmentation peut être interprétée à la fois, comme le reflet de l'augmentation de la précarité due à l'absence de logement et également de la **meilleure prise en compte** de ces situations.

Ce sont, au total, treize (13) femmes accompagnées en **inclusion** dont la sortie a été actée en 2022 qui présentaient un **état de santé dégradé** que ce soit dans un contexte de grossesse ou non. Néanmoins, du fait du faible effectif sur lequel ces données sont tirées, la comparaison avec les chiffres de l'**ENP 2021** n'est pas possible. De plus, la catégorie « autres pathologies », majoritaire dans cette saisie, rend compliquée l'interprétation des résultats.

La création d'une *nouvelle base de données* pour 2023 devrait permettre de pallier ce problème et donc d'augmenter la pertinence de ces relevés pour rendre compte de l'état de santé de ces femmes en situation de grande précarité.

D'un autre côté, la connaissance de l'état de santé des femmes avant, pendant ou après la grossesse n'est basée que sur du déclaratif la majorité du temps. Bien que l'équipe de coordination de SOLIPAM s'attèle à la récupération du compte-rendu d'accouchement des femmes accompagnées en **inclusion** (et plus rarement en **support**), ce n'est que trop peu souvent le cas. Ainsi, il est probable que certaines femmes, en plus de celles déjà connues, aient un état de santé dégradé mais soient rendues invisibles par défaut d'informations ; les résultats seraient alors **sous-estimés** (Tableau 5).

Tableau 5 : Antécédents médicaux des femmes accompagnées en **inclusion**

	2019		2020		2021		2022		ENP* 2021
	n/tot	%	n/tot	%	n/tot	%	n/tot	%	%
Diabète gestationnel** (grossesse(s) précédente(s))	1/165	0,61	1/29	3,45	3/46	6,52	1/46	2,17	2,60
HTA gravidique** (grossesse(s) précédente(s))	1/165	0,61	/	/	1/46	2,17	/	/	1,20
Diabète insulino-dépendant	1/283	0,35	1/58	1,72	/	/	1/75	1,33	0,30
HTA chronique	2/283	0,71	/	/	/	/	1/75	1,33	0,90
Autres pathologies (hors grossesse)	15/283	5,30	5/58	8,62	2/46	4,35	10/75	13,33	ND

* Enquête Nationale Périnatale 2021

(<https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2022/10/rapport-2022-v5.pdf>)

** 46 multipares suivies en inclusion dont la sortie a été actée en 2022 sur 75 femmes au total.

Les mêmes difficultés d'obtention d'informations primordiales se répètent concernant les hospitalisations pendant la grossesse. Sur les soixante-quinze (75) femmes accompagnées en **inclusion** dont la sortie a été actée en 2022, nous avons eu connaissance d'une hospitalisation pour **dix-sept** (17) de ces femmes. La très grande majorité était liée à une pathologie maternelle dont plus de la moitié (8) concernait une **menace d'accouchement prématuré** (Tableau 6).

Tableau 6 : Motifs d'hospitalisation(s) pendant la grossesse

	2019	2020	2021	2022
Pathologie maternelle	13	4	11	15
Pathologie fœtale	3	2	1	2

D'autres pathologies de la grossesse nous ont été signalées toujours relativement à ce groupe de soixante-quinze femmes accompagnées en **inclusion**. Il s'agissait surtout du **diabète gestationnel** (4/75), d'un **retard de croissance intra-utérin** (4/75) ou encore d'un suivi spécifique pour des **troubles psychiatriques** diagnostiqués pendant ou avant la grossesse (4/75). Au total, ce fut **trente-et-une**, soit **41,3%** des femmes accompagnées qui ont déclaré une pathologie pendant la grossesse.

Une **grossesse à haut risque** peut être un critère de passage en **inclusion**, octroyant un accompagnement à la coordination médico-sociale du réseau SOLIPAM pendant l'intégralité de la grossesse ainsi que jusqu'au trois mois, voire un an, du ou des nouveau-né(s). Ce qui pourrait expliquer l'important pourcentage de pathologies décelées pour ces femmes. L'équipe de sages-femmes de SOLIPAM travaille pour qu'en 2023, ce recensement soit optimisé notamment sur les **supports**.

Une autre donnée importante est celle de l'âge gestationnel (en semaine d'aménorrhée) lors de la décision d'un suivi en **inclusion** pour une femme accompagnée, la très grande majorité du temps, initialement en **support**. En moyenne, le passage en inclusion aura lieu à **26 SA** avec pour extrême, une femme accompagnée à **6 SA** et une autre femme à **40 SA**. Il faut aussi noter que pour **24%** des femmes accompagnées, une modification du type de prise en charge a lieu, permettant d'augmenter la durée de prise en charge pour qu'elles et leur famille puissent bénéficier plus longtemps de l'accompagnement de SOLIPAM. Ces **inclusions** en post-partum ont lieu le plus souvent pour des femmes qui se retrouvent en situation de **rupture d'hébergement** à la suite de leur accouchement ou lorsque leur nouveau-né est dit « **vulnérable** », c'est-à-dire né prématurément, hypotrophe, avec une malformation, un handicap ou une maladie nécessitant un suivi médical extrêmement rapproché et sérieux. Dans le cas de ces nouveau-nés dits « vulnérables », le suivi peut aller jusqu'à leur premier anniversaire.

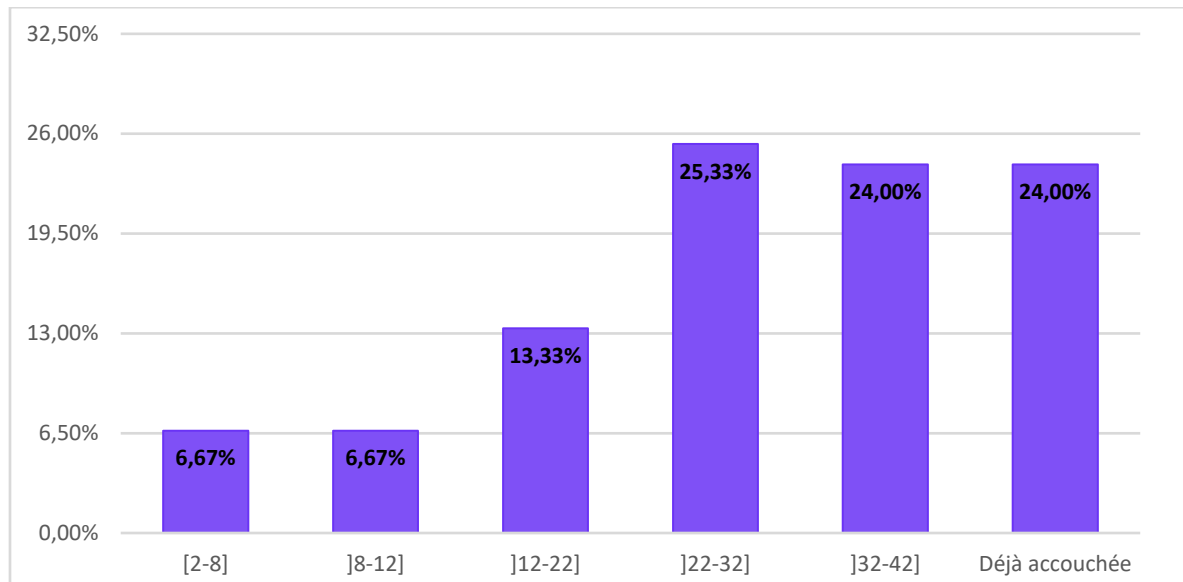


Figure 21 : Age gestationnel (en SA) au passage en inclusions.

Profil social des femmes :

A l'entrée dans le réseau, **36,6%** des femmes en **support** et **38,6%** des femmes en **inclusion** sont en **situation de rue** (Figure 20). Enceintes et/ou avec des enfants, souvent en bas-âge, le quotidien de ces femmes est rythmé par les temps de répit passés dans les accueils de jour, la recherche de lieux de distribution alimentaire et biens de premières nécessité pour leurs enfants et elles, les appels quotidiens au 115 pour les femmes qui ont un portable et un forfait de téléphone (sans certitude d'avoir un écoutant au bout du fil), les rendez-vous médicaux (PMI, maternité...), les démarches administratives (domiciliation, Préfecture, CPAM...), l'accompagnement et le maintien des enfants à l'école (lorsque cela est possible), la prise des transports en commun en absence de titre de transport avec la crainte des contrôles et des amendes, la recherche d'un abri pour la nuit...

Souvent invisibles, mais exposées malgré tout, les femmes vivant à la rue encourent de **forts risques** de subir des **violences** (physiques, verbales ou sexuelles) dégradant d'autant plus leur état de santé.

Quant aux **enfants**, ces situations de rue ont inévitablement un **impact négatif majeur sur le développement** de ceux qui les vivent, tant au niveau physique que psycho-social. Ces enfants sont, de plus, à risque de déscolarisation, de non-recours aux soins, du fait de l'instabilité de la situation sociale de leur famille, les confrontant à **une perte de chance inacceptable**.

Les femmes et familles contactent SOLIPAM à la suite d'échanges avec des professionnels (écoutant 115, accueil de jour, professionnel de santé...), ou par leur propre biais (recherche internet, échanges avec d'autres familles ayant déjà contacté le réseau). Après les situations de rue, ce sont les **hébergements chez des tiers** qui apparaissent, à hauteur de **25,3%** des femmes **incluses** et **19,5%** des femmes en **support**. Cependant, il est à noter que les hébergements par des tiers en début de prise en charge aboutissent souvent à une **rupture d'hébergement** durant la grossesse, d'où peut découler une situation de rue, avec toutes les vulnérabilités qui s'ensuivent.

Tableau 7 : Suivi social à l'entrée dans le réseau pour les femmes en **inclusion** sorties en 2022

Type de suivi	2019	2020	2021	2022
Maternité	30,8%	53/172	12,99%	10/77
Secteur	–	–	5,19%	4/77
Association	2,3%	4/172	5,19%	4/77
Centre hébergement	–	–	2,6%	2/77
Autre (CMS, SSR, CPM Cité...)	3,5%	61/172	7,79%	6/77
Sans	63,3%	109/172	66,23%	51/77

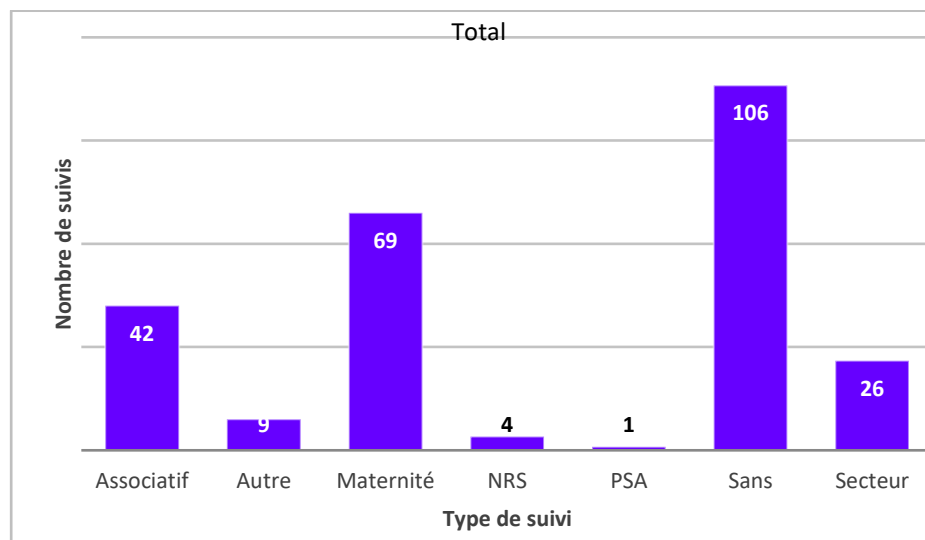


Figure 22 : Suivi social à l'entrée dans le réseau pour les supports.

A l'entrée dans le réseau, **57,3%** des femmes **incluses**, et **41%** des femmes suivies en **support**, sont sans aucun suivi social. Ce pourcentage est en augmentation d'1 point comparé à 2021 pour les femmes incluses, mais reste inférieur aux taux de 2019 et 2020. Ces chiffres peuvent s'expliquer en partie par le fait que les femmes enceintes en situation de grande précarité sont **repérées plus rapidement** à leur arrivée sur le territoire français par les professionnel·les partenaires de SOLIPAM, comme les maternités, mais restent insuffisants au regard des besoins exprimés par ces familles.

Les acteurs sociaux de terrain se font de plus en plus en rares et doivent faire face à un afflux constant de demandes, auxquelles ils ne peuvent répondre que partiellement. En découle une absence de suivi social pour les familles suivies par SOLIPAM, avec un **non-recours à leurs droits**. Alors que la lutte contre le non-recours aux droits est au cœur de la prévention et de la lutte contre la pauvreté, cette problématique reste, du fait de l'absence d'information et de professionnels, d'**actualité sur le terrain**.

Tableau 8 : couverture sociale à l'entrée dans le réseau pour les **inclusions** sorties en 2022.

Type de couverture	2019		2020		2021		2022	
Régime général	2,9%	5/172	2,6%	2/77	—	—	2,66%	2/75
CSS	16,3%	28/172	14,29%	11/77	17,39%	8/46	25,33%	19/75
AME	15,1%	26/172	18,17%	14/77	19,57%	9/46	17,33%	13/75
Sans	59,9%	103/172	58,44%	45/77	60,86%	28/46	50,66%	38/75
Régime général + mutuelle	1,2%	2/172	2,6%	2/77	2,18%	1/46	4%	3/75
Couverture sociale européenne	NRS	NRS	1,3%	1/77	—	—	—	—
Couverture sociale étudiante	NRS	NRS	—	—	—	—	—	—
Non renseigné	4,6%	8/172	2,6%	2/77	—	—	—	—

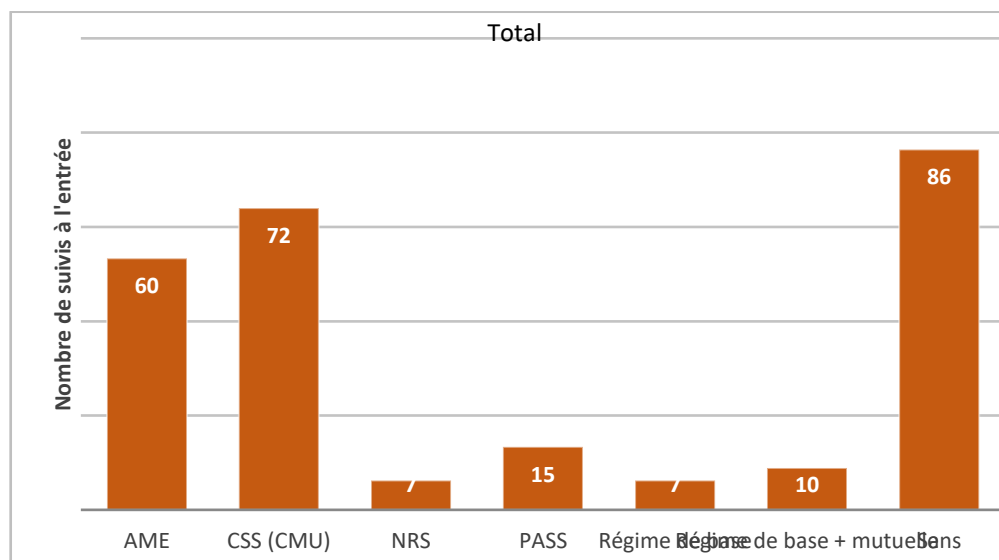


Figure 23 : couverture sociale à l'entrée dans le réseau pour les **supports**.

Plus de la moitié des femmes **incluses** à l'entrée dans le réseau sont **sans couverture sociale**, en 2022. Ce nombre est en baisse de 10 points par rapport à 2021, mais reste sensiblement élevé au vu des soins dont ont besoin les femmes enceintes accompagnées. Cette absence de couverture maladie conduit certaines femmes à ne **pas avoir recours aux soins**, auxquels elles auraient droit, par manque d'information et peur de devoir régler les frais de consultations.

Le taux de femmes sans aucun suivi social est de **34,5%** à l'entrée dans le réseau pour les femmes en **support**, là aussi nettement supérieur aux restes des propositions.

Ne pouvant attester d'une présence suffisante sur le territoire, les femmes **incluses** dans le réseau se trouvent donc, pour une majorité d'entre elles, sans couverture sociale à l'entrée dans le réseau. De plus,

Association Solidarité Paris Maman Ile-de-France - 52 rue Richer - 75009 PARIS / Tél: 01 48 24 16 28 – Télécopie: 01 48 24 19

en octobre 2020, une réforme de l'Assurance Maladie a encore allongé le temps de délai d'accès aux droits puisqu'il est maintenant nécessaire de pouvoir justifier de **trois mois de présence** en France, hors Visa.

Ces chiffres reflètent les **difficultés d'accès à des professionnel·les** de terrain pouvant initier les démarches pour l'ouverture de leurs droits.

Un nombre conséquent de femmes se trouve ainsi sans couverture maladie au moment de l'accouchement, et donc dans l'impossibilité de régler les frais générés pour les soins reçus (rendez-vous médicaux, accouchement, hospitalisation). Pour les femmes en situation irrégulière, le **cumul des factures** pour soin constitue également un frein à terme à la régularisation de leur situation, les maintenant dans une situation instable et précaire.

9. Conformité des parcours de soin anténatals

Effectivité et continuité du suivi de grossesse

Il y a eu **58,6%** des femmes enceintes **incluses** dans le réseau qui ont eu au moins une consultation de suivi de grossesse par mois après l'inclusion et qui ont bénéficié également du suivi échographique recommandé par la HAS.

Il est à noter qu'en 2022 on a signalé 7 décrochages médicaux. Un décrochage est défini comme une absence au rendez-vous n'ayant pas pu être reporté dans un délai de 15 jours.

Il existe deux modalités de repérage des décrochages :

- soit le/la professionnel·le médical signale l'absence au rendez-vous à la coordination,
- soit la coordination constate le décrochage du suivi en contactant la femme.

Le nombre de décrochage est probablement lié aux nombres de contact entre la coordination et les femmes ainsi qu'à la vigilance des partenaires qui les signalent à la coordination.

Par ailleurs, le **taux de suivi conforme HAS** est en diminution aussi bien pour le nombre de consultations que pour le nombre d'échographies. Il est important de souligner que cela n'est pas seulement le reflet du nombre de décrochage. Il s'agit pour un certain nombre de cas :

- d'une **difficulté réelle de la coordination médicale à trouver des rendez-vous d'échographie (notamment de datation) ou de consultation dans des délais conformes à l'HAS.**
- des situations de plus en plus **complexes.**
- **d'une arrivée des femmes enceintes avec un terme avancé sur le territoire.**
- une **amélioration du recueil de données** : les femmes ayant été incluses après 35 SA n'ont pas été comptabilisées comme ayant eu les échographies à SA recommandées, puisque le délai de recommandation de la dernière échographie est dépassé.

Au total, **soixante-quinze (75) femmes incluses** ont eu une « issue de grossesse » en 2022. Elles avaient, en majorité, été incluses pendant la grossesse. Parmi ces femmes, deux présentaient une grossesse **gémellaire**, une grossesse **triple** et une était enceinte de **quintuplés**.

Sont comptés dans les « issues de grossesses » : les accouchements, les fausses couches précoces ou tardives, les interruptions médicales de grossesses, les morts fœtales in-utero, mais également les interruptions volontaires de grossesse.

L'accès à l'orthogénie est en progression non seulement pour les femmes suivies par le réseau mais également pour les femmes qui contactent la coordination en via le **Numéro Vert** pour une « simple » **orientation**. Plus largement, la santé sexuelle et reproductive de ces femmes est un axe majeur d'accès aux soins porté par la coordination.

Parmi ces soixante-quinze (75) femmes :

- **Trente-sept (37) femmes** ont mené leur suivi à terme au sein d'une même structure
- **Vingt-sept (27) femmes** ont été transférées vers une autre maternité en prénatal pour effectuer un rapprochement entre le lieu d'hébergement et la maternité de suivi ou pour des raisons médicales.
- **Cinquante-deux (52) femmes** ont accouché dans la maternité où elles ont effectué leur suivi de grossesse (Figure 27).

La coordination propose systématiquement aux femmes de poursuivre leur suivi dans une maternité **plus proche** de leur lieu d'hébergement en fin de grossesse mais cette proposition n'est pas toujours acceptée par les femmes ; la maternité reste un **point d'ancrage** pour certaines femmes. Il arrive aussi que certaines prises en charge complexes nous amènent à prévoir plusieurs lieux d'accouchement possibles.

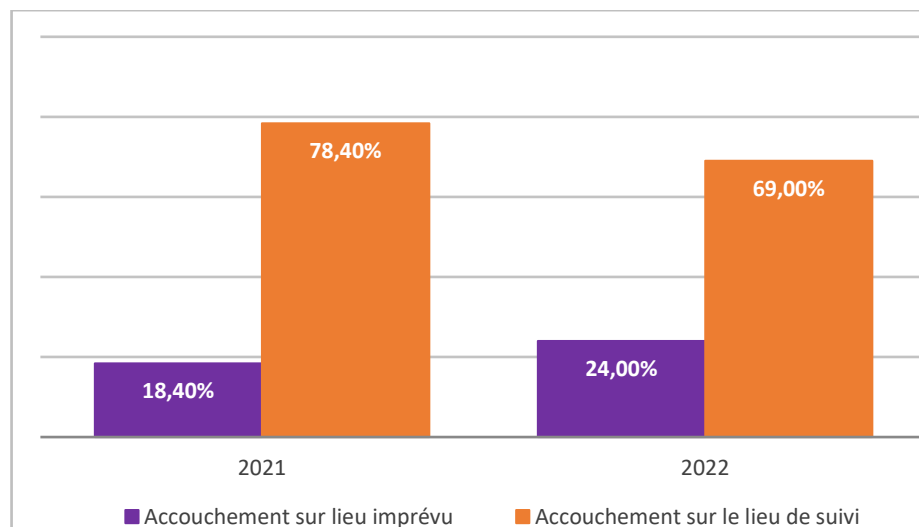


Figure 24 : Taux d'accouchement sur le lieu de suivi de grossesse.

Il a été décidé de comparer le taux des femmes qui ont pu accoucher dans la maternité où elles étaient suivies ou dans un lieu complètement imprévu. Il a alors été montré les difficultés de ces femmes à avoir un parcours de soins stable. En 2021, **78,4%** des femmes **incluses** ont pu accoucher dans leur maternité de suivi contre **69%** en 2022. La diminution de ce taux, élément pourtant indispensable pour garantir la santé de la femme et de son enfant à naître, pourrait s'expliquer en partie par l'importante **errance géographique** du fait, notamment, des prises en charge par le 115 sur des hôtels dispersés dans toute l'Ile-de-France mais aussi par les **très importantes difficultés rencontrées par les maternités**, surtout pendant la période estivale avec la **fermeture**, même, de certains services pendant plusieurs jours, voire semaines. Les femmes alors suivies dans ces maternités, qu'elles soient ou non en situation de précarité, se sont retrouvées **transférées par délestage** dans les maternités alentour.

En période prénatale, pour ce qui est de l'errance géographique et des difficultés d'accès à une solution d'hébergement d'urgence ou non, stable et pérenne, il est constaté que près de 68% des femmes ont plus d'un hébergement en prénatal. Pour près de la moitié d'entre elles, ce sont au moins **trois hébergements qui se succèdent pendant leur grossesse**, à partir du moment où elles sont connues du réseau, soit autour d'un terme moyen à 26 SA (Figure 16).

10. Issues de grossesse

Quarante-six (46) femmes enceintes suivies en **inclusion** ont donné naissance à cinquante enfants né-vivants. **Deux fœtus sont décédés in-utero**, dont un des quintuplés. Le second est décédé quinze jours après l'expulsion par avion de sa mère à 32 SA. La femme portant les triplés a fait une **fausse-couche tardive** à près de quatre mois de grossesse. Une autre femme a fait une **fausse-couche précoce**.

Pour la femme qui a donné naissance aux quintuplés, deux nouveau-nés sont **décédés après la naissance** à trois jours et une semaine de vie.

Parmi les nouveau-nés vivants :

- **Douze** sont nés avant 37 SA
- **Neuf** ont été hospitalisés en néonatalogie (dont 1 hors site)

L'hébergement des sept femmes dont les *enfants ont été hospitalisés en néonatalogie* se répartit ainsi :

- Une femme été admise dans un **dispositif médical** entre l'**inclusion** dans le réseau et l'accouchement.
- Trois femmes ont eu **trois** hébergements entre l'**inclusion** dans le réseau et l'accouchement.
- Une femme a eu **deux** hébergements entre l'**inclusion** dans le réseau et l'accouchement.
- Une femme a eu **quatre** hébergements différents entre l'**inclusion** dans le réseau et l'accouchement.
- Une femme a eu **sept** hébergements différents entre l'**inclusion** dans le réseau et l'accouchement.

La **Durée Moyenne de Séjour** (DSM) était de **huit (8) jours** pour les femmes ayant accouché **par voie basse**. La durée de séjour la plus courte était de trois jours, soit la norme, et la plus longue était de **quarante-deux (42) jours**. Concernant les femmes ayant eu une **césarienne**, la durée moyenne de séjour était de **dix (10) jours**. La durée de séjour la plus courte était de quatre jours, soit la norme, et la plus longue était de **quatre-vingt-dix (90) jours**.

Ces prolongations d'hospitalisation sont parfois, évidemment, pour des **raisons médicales** mais bien plus souvent pour **défaut d'hébergement**. Cependant, toutes les maternités ne procèdent pas de la même façon face à l'impossibilité que rencontrent ces femmes pour trouver un toit en sortie d'hôpital : certains services vont garder les familles en chambre le plus possible, d'autres ont recours à des sorties « sèches », c'est-à-dire en ayant conscience qu'**il n'y a pas d'autres solutions que la rue pour ces familles**. Les chiffres pour concernant la partie post-natale sont faites sur les femmes qu'on a sortie du réseau SOLIPAM en 2022.

En sortie de maternité, les femmes sont majoritairement dirigées vers des dispositifs **dépendant du 115**, à hauteur de **49,33%** pour des orientations en **hôtel/CHU** en 2022. Les prises en charge en dispositifs d'urgence (gymnases, LIMA, *compris dans l'indicateur hébergement 115*), initialement pensés pour des prises en charges de courtes durées, ne sont pas systématiquement adaptés aux ménages. Quant aux orientations en hôtels, elles ne sont majoritairement pas pérennes – quelques nuitées –, avec des **ruptures d'hébergements fréquentes**, ayant pour conséquence inquiétante **la présence de nouveau-nés à la rue** (Tableau 9).

Alors que pendant la crise du COVID les familles étaient hébergées sur le long terme, **ce n'est plus le cas aujourd'hui**, de nombreux hôteliers réservant désormais leurs chambres pour la **reprise du tourisme**, et notamment pour des événements tels que la coupe du monde de rugby en 2023 et les Jeux Olympiques en 2024. Faute de places, de nombreuses femmes enceintes et familles, avec nourrissons et/ou enfants en bas âge, se retrouvent à la rue et, lorsqu'elles sont hébergées, **ces familles peuvent être séparées**, du fait du changement de la composition familiale, incompatible avec l'hébergement dans certaines structures :

Association Solidarité Paris Maman Ile-de-France - 52 rue Richer - 75009 PARIS / Tél: 01 48 24 16 28 – Télécopie: 01 48 24 19

chambre d'hôtel trop petite, dispositifs uniquement pour femmes et enfants. Ces séparations privent alors les enfants et les mères du soutien du conjoint **au quotidien**.

Il est, néanmoins, possible de remarquer une hausse de taux d'admission en **centre d'hébergement** (22,6%) en sortie de maternité ; cela peut être dû à la création et donc l'augmentation des places dans ce genre de structures **spécifiquement** pour ces **familles en postpartum**.

Tableau 9 : Hébergement pour les femmes incluses à la sortie de maternité entre 2019 et 2022

Hébergement en sortie de maternité	2019		2020		2021		2022	
115 dont hôtel/CHU	61,1%	173/283	61%	47/77	52,2%	24/46	49,33%	37/75
Chez des tiers	8,5%	24/283	1,30%	1/77	4,3%	2/46	4%	3/75
Centre maternel	0,4%	1/283	1,30%	1/77	2,2%	1/46	1,33%	1/75
Hôtel prise en charge via plateforme	5,3%	15/283	5,20%	4/77	–	–	–	–
Hospitalisation	0,7%	2/283	–	–	–	–	1,33%	1/75
Logement de droit commun	0,7%	2/283	1,30%	1/77	–	–	–	–
Centre d'hébergement	2,8%	8/283	3,90%	3/77	13%	6/46	22,66%	17/75
Structure d'urgence hors 115	0,4%	1/283	–	–	–	–	–	–
Hôtel prise en charge par l'ASE	–	–	–	–	–	–	–	–
Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile	0,7%	2/283	1,30%	1/77	–	–	–	–
Logement capté et adapté CHRS	3,5%	10/283	–	–	4,3%	2/46	2,66%	2/75
Logement adapté résidence sociale	–	–	–	–	–	–	1,33%	1/75
SO	0,7%	2/283	10,40%	8/77	8,8%	4/46	2,66%	2/75
NRS	0,7%	2/283	14,3%	11/77	15,2%	7/46	12%	9/75
Abri de fortune	10,2%	29/283	–	–	–	–	1,33%	1/75
Autre	–	–	–	–	–	–	1,33%	1/75

11. Conformité des suivis postnatals des mères et des enfants

Concernant les **quarante-six** (46) femmes accompagnées en **inclusion** ayant accouché en 2022, **85%** d'entre-elles ont pu bénéficier d'une visite postnatale six à huit semaines après leur accouchement, consultation centrale et essentielle de dépistage et de prévention notamment de la dépression du postpartum. Bien que ces données soient satisfaisantes, l'objectif est d'atteindre **100%** en 2023. Par ailleurs, **tous leurs nouveau-nés** (*nés vivants*) ont pu bénéficier d'un ancrage sur une PMI, couplé ou non d'un suivi en médecine de ville ou hospitalière.

Pour les **cent vingt-deux** (122) femmes accompagnées en **support** ayant accouché en 2022, un ancrage sur une PMI a été mis en place pour **81%** de leurs nouveau-nés. Lorsqu'il en est impossible, cela est surtout dû à l'**errance géographique** qui persiste, voire s'aggrave, après l'accouchement pour ces familles. Cela ne veut pas dire que ces nouveau-nés ne sont pas correctement suivis, seulement, plusieurs professionnel·les de santé de plusieurs, villes, départements, parfois régions sont amené·es à les prendre en charge de façon très ponctuelle.

Nous n'avons eu connaissance d'**aucune réadmission à l'hôpital** pour les **quarante-six** (46) femmes suivies en **inclusion** ni leurs enfants nés en 2022.

12. Sortie du réseau

En sortie de réseau, les familles sont majoritairement prises en charge par les dispositifs d'Etat type 115. Principalement vers des hôtels, **40%** pour les femmes **incluses** et **36,57%** pour les femmes en **support**, ou centres d'hébergements (CHU/CHRS), **25,3%** et **26,1%** pour les femmes en **support**. Les chiffres montrent une diminution de 3 points du nombre de personnes prises en charge dans les dispositifs hôteliers tandis que le nombre de personnes pris en charge dans les structures d'hébergements de type centre d'hébergement a augmenté par rapport aux années précédentes (25,3% en 2022 contre 12,9% en 2021) (*Figures 17a et 17b*).

Les femmes connaissent majoritairement de **deux à trois hébergements en moyenne** lors de leur prise en charge. Ce nombre moyen d'hébergement peut monter jusqu'à huit, rendant impossible la stabilisation de ces familles. Et, lorsqu'une situation commence à se stabiliser, il est fréquent qu'un changement (nouvelle grossesse, changement d'une situation administrative) la fragilise.

Cette absence d'hébergement pérenne impacte non seulement le suivi médical de la famille (suivi de grossesse de la femme, inscription en maternité tardive, suivi en PMI des enfants...), mais aussi son suivi social et administratif (ouverture de droits, inscription pour de l'aide alimentaire, scolarisation des enfants...).

Ces changements successifs et cette absence de stabilisation questionnent également sur l'impact de la construction du **lien parent/enfant**.

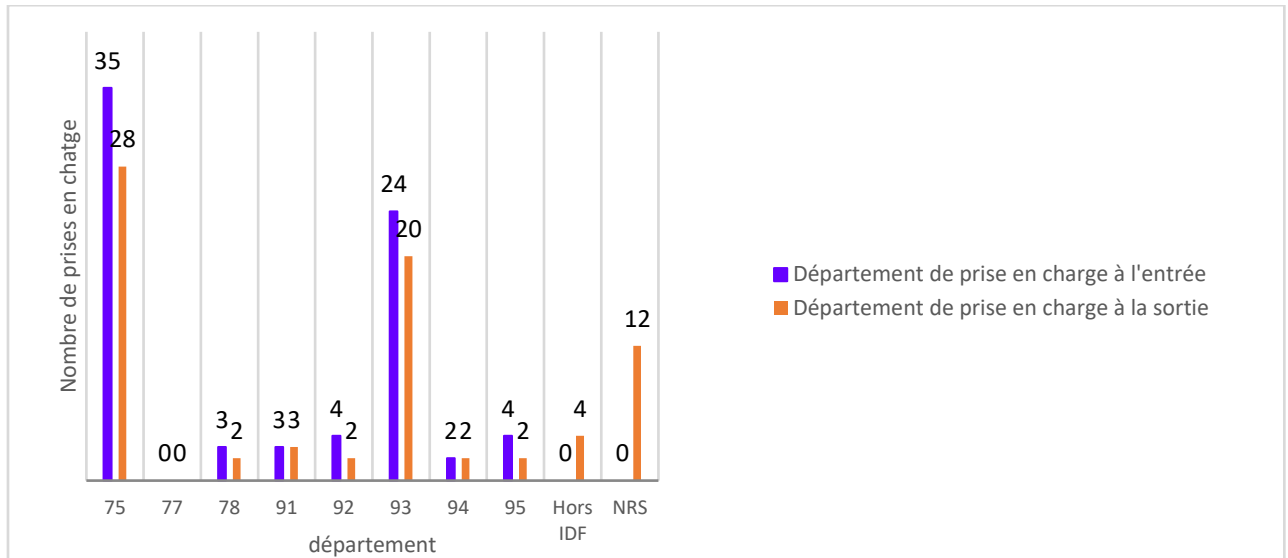


Figure 25 : Département de prise en charge à l'entrée et à la sortie du réseau pour les femmes incluses sorties en 2022

Le réseau reste majoritairement identifié comme parisien par certains partenaires, notamment de la grande couronne, malgré l'étendue de son champ d'intervention à l'ensemble de la région Ile-de-France, les demandes émanent donc toujours principalement de **Paris** (46,6% à l'entrée et 37,3% à la sortie) et de **la Seine-Saint-Denis** (32% à l'entrée et 26,6% à la sortie). Afin d'augmenter sa visibilité sur le territoire, l'équipe de coordination médico-sociale du réseau SOLIPAM effectue des rencontres ciblées avec les partenaires identifiés sur les territoires ayant un faible taux de sollicitation, souvent par méconnaissance de l'existence de notre dispositif, ainsi qu'avec les acteurs de terrain recevant, ou susceptibles de recevoir, le public suivi par SOLIPAM afin de leur proposer, à défaut d'un suivi social, du moins des aides ponctuelles afin d'effectuer certaines démarches, comme par exemple dans les accueils de jour et les PASH (lorsque le ménage est hébergé en long séjour en hôtel).

Aux vues des difficultés d'ancrage au niveau social sur le territoire, il est nécessaire de **renforcer les liens** avec les structures encore en capacité de recevoir et suivre, même ponctuellement, du public.

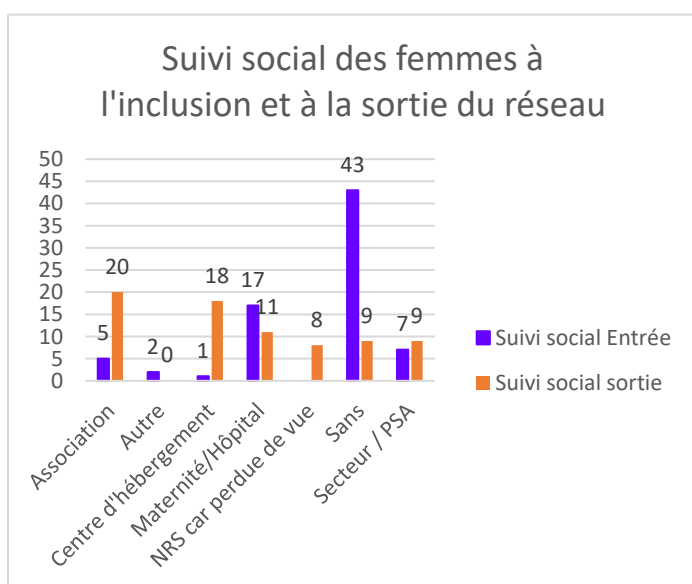


Figure 26a : Suivi social des femmes en **inclusion sorties en 2022** à l'entrée et à la sortie

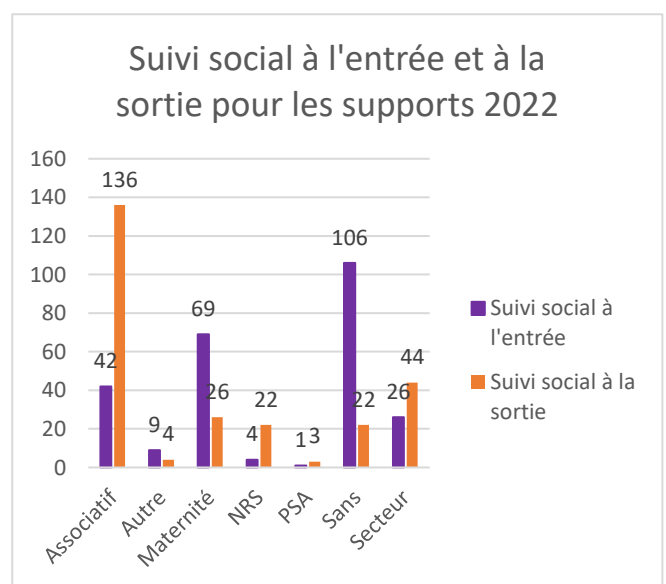


Figure 26b : Suivi social des femmes en **support** à l'entrée et à la sortie

A l'entrée dans le réseau, **plus de la moitié** des femmes suivies en **inclusion** n'ont **aucun suivi social** et **41,2%** pour les femmes suivies en **support**. Ces chiffres reflètent le manque de professionnels sur le terrain et la difficulté pour ces familles d'accéder à un travailleur social qui pourrait les aider à initier des démarches.

En sortie du réseau, **12%** des femmes **incluses** restent sans suivi social, **26,6%** d'entre-elles sont suivies en association et **24%** en centre d'hébergement. Le recours aux associations est souvent l'**unique possibilité** pour la majorité de ces familles, qui ne peuvent recourir au droit commun tant que leur situation administrative n'est pas régularisée. Ainsi, **52,9%** des femmes suivies en **support** se trouvent suivies dans une association à leur sortie du réseau. Ces suivis, faute de professionnels et de moyens, se limitent souvent à des **demandes ponctuelles** (fiche SIAO, demande de renouvellement de couverture maladie...) et non à des accompagnements sociaux globaux et de long terme.

L'absence de prise en charge sociale est élevée à l'entrée dans le réseau mais reste **trop importante** en sortie également (12% pour les femmes **incluses** et 8,5% pour les femmes en **support**).

Il est également fréquent que des familles fassent de nouveau appel au réseau lors d'**un changement de situation** : nouvelle grossesse, retour en région parisienne à la fin de prise en charge en CADA pour les femmes déboutées de leur demande d'asile, ou du fait de leurs difficultés à bénéficier d'un accompagnement social pérenne malgré une stabilisation de leur hébergement pour d'autres.

La crise traversée par le secteur social depuis plusieurs années, avec une insuffisance de professionnels formés disponibles, explique en grande partie cette difficulté à trouver un suivi social pour ces familles, maintenant ces familles dans une situation précaire avec une impossibilité d'accès à leurs droits fondamentaux.

VI. Conclusion

L'année 2022 a été marquée par un fort *turn-over* de l'équipe de coordination sociale et l'embauche d'une troisième sage-femme coordinatrice sur un poste pérenne. L'arrivée d'une chargée de projet à temps plein sur le projet **InFaU Préca Périnat** a permis son expansion et donc l'augmentation du nombre de femmes pouvant avoir accès à cette forme de médiation en santé à dimension sociale.

Pour les autres projets déjà existants, la très grande majorité d'entre eux ont beaucoup avancé grâce aux initiatives et à l'investissement important des salariées concernées : projet théâtre, projet photo, réseaux sociaux, projet de recherche...

D'autres nouveaux axes de travail, centrés sur la **modernisation du réseau SOLIPAM** tant dans sa façon de travailler que de communiquer ont été développés à tel point que les réseaux sociaux ont été lancés durant l'été 2022, et qu'une nouvelle base de données actualisée et plus complète sera utilisable dès le 1^{er} janvier 2023, permettant la mise en lumière de nouveaux chiffres plus pertinents et adaptés à la réalité actuelle du terrain. De plus, un nouveau site internet verra le jour courant 2023.

Du côté de la coordination, la file active du réseau a atteint **son plus haut niveau** depuis la refonte de SOLIPAM courant novembre 2019. Les situations **se complexifient** avec les tensions importantes tant dans le travail social que le travail soignant, situation qui ne fait que de s'aggraver et s'en trouve rejointe par la situation particulière de l'importante pénurie de sages-femmes dans tous les domaines de son exercice de soin : centre de PMI, cabinet libéral et surtout maternités.

Toute l'équipe de SOLIPAM reste **engagée** pour aider et participer à l'amélioration des conditions de vie de ces femmes et familles accompagnées.

ANNEXE I – TRAME DES SÉANCES DÉTAILLÉE “MA GROSSESSE EN ÎLE-DE-FRANCE”

Séances	Thématiques	Points abordés	Objectifs
S1	<p>Séance introductive – Présentations</p> <p>+</p> <p>Lieux et professionnels de la maternité</p>	<p>Présentation de Solipam et de la structure d'accueil de l'atelier</p> <p>Présentation de l'atelier (contenu, rythme, durée, intérêts, cadre de sécurité)</p> <p>Présentation des participantes</p> <p>Communication des numéros d'urgence, numéro vert Solipam, numéro de la chargée de projet Solipam</p> <p>Lieux de suivi de grossesse : PMI, centre de santé, sage - femme libérale et maternité.</p> <p>Métiers de la maternité/ périnatalité : sage-femme, gynécologue, infirmier, auxiliaire de puériculture, pédiatre, anesthésiste.</p>	<p>Identifier les professionnel.les intervenant dans le cadre de l'atelier</p> <p>Connaître le cadre de l'atelier</p> <p>Se saisir des ressources disponibles pour être accompagnée</p> <p>Favoriser la cohésion de groupe</p> <p>Encourager la prise de parole en public</p> <p>Identifier les lieux de santé : Hôpital-Maternité, PMI, laboratoires, etc.</p> <p>Identifier-nommer les professionnel.le.s de santé</p> <p>Classer les documents de santé/ Garder les documents et venir avec</p>
S2	<p>Suivi social &</p>	<p>Rôle d'un.e assistant.e social.e (AS)/travailleur.se social.e/intervenant.e social.e</p> <p>Missions d'un.e AS (accompagnement pour les démarches sociales et administratives)</p> <p>Lieux où rencontrer un.e AS</p> <p>Communication d'adresses de banques alimentaires et vestiaires solidaires</p>	<p>Comprendre le système de prise en charge sociale</p> <p>Renforcer sa capacité à agir sur sa situation sociale</p> <p>Sensibiliser à l'importance de rencontrer un.e AS</p> <p>Présenter sa situation sociale et de grossesse</p> <p>Formuler ses besoins</p> <p>Exprimer son incompréhension</p> <p>Poser des questions</p> <p>Répondre aux questions</p>

	Mise à l'abri, SIAO	<p>Présentation du 115 et du SIAO (rôle et fonctionnement)</p> <p>Identifier les différents types d'hébergement</p> <p>Distinguer hébergement et domiciliation</p>	<p>Établir un itinéraire/Se repérer en IDF</p> <p>Comprendre le système d'hébergement d'urgence et de prise en charge sociale</p> <p>Renforcer sa capacité à agir sur sa situation sociale</p> <p>Sensibiliser à l'importance d'appeler le 115</p> <p>Se présenter et décrire sa situation</p> <p>Comprendre les informations sur le 115 et le SIAO</p> <p>Différencier l'adresse de domiciliation et d'hébergement</p>
S3	Prévention et suivi de grossesse	<p>Hygiène de vie, alimentation et grossesse</p> <p>Modification corporelle au cours de la grossesse</p> <p>Signaux d'alarmes nécessitant une consultation médicale en urgence</p> <p>Evolution du fœtus</p> <p>Suivi de grossesse en fonction du terme (quel rythme, actes médicaux)</p> <p>Entretien prénatal précoce</p>	<p>Comprendre, évaluer et utiliser les informations transmises pour améliorer sa santé</p> <p>Renforcer ses capacités à agir sur sa santé</p> <p>S'ancrer dans un suivi de grossesse stable et régulier</p> <p>Savoir quand consulter</p> <p>Poser des questions</p> <p>Répondre aux questions</p> <p>Exprimer son incompréhension</p> <p>Comprendre, évaluer et utiliser les informations transmises pour améliorer sa santé</p> <p>Renforcer ses capacités à agir sur sa santé</p> <p>Comprendre les actes médicaux associés à la grossesse</p> <p>Poser des questions</p> <p>Répondre questions</p> <p>Exprimer son incompréhension</p> <p>Prendre/Se rendre aux rendez-vous de suivi de grossesse</p>
		<p>Anatomie gynécologique</p> <p>Représentations de l'accouchement</p> <p>Douleurs pendant le travail</p> <p>Positions pour soulager les contractions</p>	<p>Identifier les signaux d'alarmes et savoir quand se rendre à la maternité</p> <p>Exprimer l'apparition et le degré d'une douleur</p>

<p>S4</p>	<p>Préparation à la naissance & Accouchement</p>	<p>Signaux d’alarmes nécessitant une consultation médicale en urgence Faire un point sur la césarienne Sophrologie</p> <p>Suivi de travail Etapes de l’accouchement (installation, poussée, naissance du bébé, délivrance) Positions d’accouchement Instruments Péridurale Épisiotomie, déchirure</p>	<p>Reconnaître et utiliser les positions proposées pour soulager la douleur</p> <p>Appréhender sereinement l’accouchement</p> <p>Partager les expériences et représentations autour de l’accouchement en contexte interculturel</p> <p>Orienter les participantes vers des structures spécialisées si nécessaire</p> <p>Comprendre les informations transmises par la sage-femme Renforcer ses capacités à agir sur sa santé Comprendre le déroulement de l’accouchement (étapes, professionnels présents, instruments utilisés, potentiels actes chirurgicaux) Poser des questions Répondre aux questions Exprimer son incompréhension</p>
<p>S5</p>	<p>Genre et santé sexuelle</p>	<p>Droit de disposer de son corps Consentement Violences sexuelles et sexistes Violences dites « gynécologiques et obstétricales »</p>	<p>Sensibiliser aux droits spécifiques des femmes Renforcer sa capacité à agir et à faire valoir ses droits Exprimer son opposition Formuler une opinion, un avis</p>
<p>S6</p>		<p>Suivi postnatal du bébé Allaitement maternel et artificiel (SOS allaitement) Hygiène du bébé Lien mère-enfant</p>	<p>Comprendre, évaluer et utiliser les informations transmises pour améliorer la santé du bébé S’inscrire dans un suivi post-natal pour bébé Appréhender la parentalité</p>

	<p>Prévention après accouchement partie 1 <i>Axé soins du bébé</i></p>	<p>Dépression postnatale, baby blues Lieux de suivi : PMI, médecin de ville</p>	<p>Comprendre les informations transmises Poser des questions Répondre aux questions Exprimer son incompréhension</p>
S7	<p>Prévention après accouchement partie 2 <i>Axé santé de la femme</i></p>	<p>Contraception - IVG - retour des règles Rééducation du périnée Autopalpation mammaire, IST, dépistage Lien mère-enfant Dépression postnatale, baby blues Entretien postnatal précoce Lieux de suivi : PMI, sage-femme libérale, centre de santé</p>	<p>Comprendre, évaluer et utiliser les informations transmises pour améliorer sa santé S'inscrire dans un suivi postnatal Appréhender la parentalité Comprendre les informations transmises Poser des questions Répondre aux questions Exprimer son incompréhension</p>
S8	<p>Accès aux droits</p>	<p>Droit d'asile : procédure de demande d'asile, procédure « Dublin », recours, bénéficiaires de la protection internationale Droits au séjour des étrangers : entrée et visas, demandes de titres de séjour, OQTF Permanences d'aide juridique Droits en cas d'arrestation</p>	<p>Appréhender les démarches et enjeux liés à la régularisation Identifier et différencier les voies de régularisation Connaître les recours possibles Identifier et se procurer les documents nécessaires aux démarches Identifier les professionnels et lieux où solliciter de l'aide Poser des questions Répondre aux questions</p> <p>Comprendre le cadre légal relatif aux étrangers en France Connaître et faire valoir ses droits en fonction de sa situation administrative Connaître les recours possibles Identifier les professionnels et lieux où solliciter de l'aide</p>

<p>S9</p>	<p>Santé mentale</p>	<p>Présenter les outils thérapeutiques/prises en charge courant.e.s, les critères de choix des différents outils Expliquer des spécificités, rôles et démarches des acteurs.trices de santé mentale Informer sur les troubles psychopathologiques liés aux situations de violence (parcours migratoire et à l'arrivée, violences intrafamiliales et conjugales) Informer sur la psychologie de la grossesse, la notion de période à risque Informer sur le psychisme du bébé Informer sur les troubles psychopathologiques courants durant la grossesse et la période du post-partum Expliquer les risques et conséquences sur les parents, l'enfant, les interactions et le lien de ces troubles (bébé secoué, transmission du trauma, retrait relationnel, « bébé médicament ») Décrire et identifier les signes « d'alerte » Proposer un exercice de relaxation/cohérence cardiaque</p>	<p>Favoriser l'accès à l'information concernant la santé mentale Rassurer les participantes par rapport au contact avec les professionnel.le.s de la santé mentale De-stigmatiser les soins de santé mentale et faciliter le recours à ceux-ci Diminuer les facteurs sociaux et environnementaux limitant l'accès aux soins Promouvoir/Potentialiser les ressources et les capacités de décider et d'agir Prévenir les situations de crise ou la dégradation de l'état santé du public concerné ou favoriser leur rétablissement Améliorer le parcours de soins et la qualité de vie du public concerné</p>
<p>S10</p>	<p>Bilan</p>	<p>Bilan de toutes les informations transmises dans le cadre des interventions sociales et de santé Distribution du livret de l'atelier Suites de parcours Parentalité Questions-réponses Evaluation de l'atelier</p>	<p>Comprendre, évaluer et utiliser les informations transmises pour améliorer sa propre santé et celle du nourrisson et sa situation sociale Sensibiliser à l'ancrage dans un lieu d'accueil et de prise en charge sociale Sensibiliser à l'ancrage dans un suivi de santé stable Orienter vers les dispositifs de droit commun Formuler une opinion, un avis</p>

Le nombre, l'ordre et le contenu des séances sont modulables et adaptables aux besoins et profils spécifiques des participantes de l'atelier.

ANNEXE II – Programme de l'évènement « *Rendre Visibles les Invisibles* » (11 avril 2023)



Rendre Visibles les Invisibles
Convergences arts et recherche

Exposition photographique,
tables rondes et théâtre documentaire

11 avril 2023 de 9h30 à 18h00
Centre des Colloques, Campus Condorcet
Place du Front populaire, 93322 Aubervilliers cedex









PROGRAMME

- **9h30 : Accueil café au foyer**
- **10h : Lignées : L'Odysée de nos mères**
Exposition photographique de Pauline Gauer
Hall, Foyer et Etage (1h)
- **11h : Trajectoires, Santé et Lieux**
Table ronde - Amphi 250 (1h30)

Modération : Lamia Missaoui (ICM, UVSQ)
Intervenant-es : Clémence Schantz (IRD, CEPED),
Anne-Cécile Hoyez (CNRS ESO), Nina Sahraoui
(GTM-CRESPPA, CNRS)
- **12h30 : Déjeuner au foyer**
- **14h : Riveraines - Théâtre documentaire**
avec la compagnie Mi-Fuge Mi-Raison
Amphi 250 (1h)
- **15h15 : Invisibilisation des femmes dans la migration**
Table ronde - Amphi 250, (2h15)

Modération : Clélia Gasquet-Blanchard (EHESP, ESO)
Intervenant-es : Virginie Rozée (INED), Arnaud Banos
(CNRS IDEES), Priscille Sauvegrain (ICM, Sorbonne Université)
- **17h30 : Clôture de la journée**

ANNEXE III – Programme du colloque « 12^{ème} Rencontre SOLIPAM »

PROGRAMME

8H30 : ACCUEIL

8H45 : MOT D'ACCUEIL PAR LA MARRAINE DES RENCONTRES - DR LAURENCE DESPLANQUES, DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, RESPONSABLE DU DÉPARTEMENT PÉRINATALITÉ - SANTÉ DES FEMMES - SANTÉ DES ENFANTS

9H00 : PRÉSENTATION DE LA JOURNÉE, CLÉLIA GASQUET-BLANCHARD, DIRECTRICE DU RÉSEAU SOLIPAM

TABLE RONDE 1

9H15 : RENDRE DÉSIRABLE AUX NOUVELLES GÉNÉRATIONS DE PROFESSIONNELS DU SOIN ET DU SOCIAL LE SERVICE PUBLIC

MODÉRATRICE : CÉCILE CAZÉ, CHEFFE DE PROJET « APPUI AUX DOSSIERS STRATÉGIQUES EN PÉRINATALITÉ », DÉPARTEMENT PÉRINATALITÉ - SANTÉ DES FEMMES - SANTÉ DES ENFANTS, DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, ARS IDF

INTERVENANT.ES :

- AUDREY SEVRE, SAGE-FEMME À MONTFERMEIL
- ROXANNE LANDAIS HAUSER, PRÉSIDENTE DE L'ANESF ET CAMILLE BUISSON, ÉLÈVE SAGE-FEMME À RENNES
- SIMON BOUNOURE, FORMATEUR ASS. IRTS IDF MONTRouGE-NEUILLY/MARNE ET LUCIE BRUNETEAU, ÉLÈVE ASSISTANTE SOCIALE

PAUSE

TABLE RONDE 2

11H : FAIRE DIALOGUER MÉDICO-PSYCHO-SOCIAL

MODÉRATRICE : GERDA DE LÉPINE, ASSISTANTE SOCIALE COORDINATRICE AU RÉSEAU SOLIPAM

INTERVENANT.ES :

- MALLORY MAHOUT, CHEFFE DE SERVICE, CHU PRÉ-POST MATERNITÉ GCSMS LA CANOPÉE
- PAULINE GEINDREAU, RESPONSABLE PÔLE ACTIONS TRANSVERSALES, INTERLOGEMENT 93
- FLORENT CHANAU, PSYCHIATRE, HÔPITAL TENON, APHP
- SARA ABBoud, MÉDECIN, MONFERMEIL

PROGRAMME

RIVERAINES - PERFORMANCE THEATRALE

14H00 : PERFORMANCE THÉÂTRALE "RIVERAINES" PAR LA TROUPE MI FUGUE MI RAISON

15H00 : DÉBAT AVEC GERDA DE LÉPINE, CAROLINE SAHUQUET, DELPHINE BIARD, FLORE GRIMAUD, MIA DELMAÉ, CLÉLIA GASQUET-BLANCHARD

PAUSE

TABLE RONDE 3

16H00 : QUELS LEVIERS AU SEIN DES INSTITUTIONS ? AGIR AU SEIN, À CÔTÉ, AUX FRONTIÈRES DE NOS INSTITUTIONS

MODÉRATRICE : GAËLLE JACOB, SAGE-FEMME À LA MATERNITÉ DE MONTREUIL


INTERVENANT.ES :

- IOANA BARRY, ASSISTANTE SOCIALE, ÉQUIPE MOBILE PRÉCARITÉ DE PMI DE SEINE SAINT DENIS
- MATHILDE DELESPINE, SAGE-FEMME AU CHU DE RENNES, MAISON DES FEMMES
- ERIC LEMERCIER, SOS SOLIDARITÉS, RESPONSABLE DES ÉQUIPE MOBILE LHSS PÉRINATALITÉ, 93-95-77
- PAULINE HIGGINS, SAGE-FEMME ET MISSIONS DE COORDINATION ET DE SENSIBILISATION, PASH 75

17H30 : SYNTHÈSE ET CLÔTURE DE LA JOURNÉE, DR THIERRY HARVEY, CHEF DE SERVICE MATERNITÉ DES DIACONESSES, PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION SOLIDARITÉ PARIS MAMAN ÎLE DE FRANCE

17H45 : FIN DE LA JOURNÉE

INSCRIPTION



Contact : Julie à secretariat@solipam.fr ou 01 48 24 16 28

ANNEXE IV – Tableau « Femmes à la rue » envoyé à l'ARS

NOM et Prénom	DDN	Connue par le 115	Département 115	ENCEINTE	Age Nouveau-né (j)	Composition famille	Fiche SI-SIAD
	décembre-90	oui	78	accouchée	60	1A+2E	oui
	juin-95	oui	75	3ème trimestre		1A	oui
	décembre-02	oui	75	2ème trimestre		2A	oui
	août-89	oui	94	2ème trimestre		1A	non
	septembre-96	oui	75	3ème trimestre		1A	non
	mai-85	oui	75	3ème trimestre		1A	oui
	décembre-95	oui	75	accouchée	30	2A+1E	oui
	juin-03	oui	92	3ème trimestre		1A	non
	décembre-00	oui	75	2ème trimestre		2A	oui
	septembre-96	oui	77	2ème trimestre		1A	non
	août-99	oui	75	2ème trimestre		2A+1E	oui
	juin-97	oui	75	3ème trimestre		1A	oui
	octobre-86	oui	75	accouchée	90	2A+2E	oui
	octobre-91	oui	93	3ème trimestre		2A+1E	oui
	août-95	oui	75	accouchée	21	2A+1E	oui
	octobre-96	oui	93	1er trimestre		2A	non
	août-87	oui	75	1er trimestre		2A	non
	septembre-98	oui	78	3ème trimestre		2A	non
	mars-84	oui	75	accouchée	17	1A+1E	oui
	avril-84	oui	75	accouchée	120	2A+2E	oui
	mars-97	oui	75	accouchée	180	2A+1E	oui
	septembre-97	oui	75	accouchée	25	2A+1E	oui
	février-98	oui	75	3ème trimestre		2A	oui
	décembre-03	oui	75	accouchée	20	2A+1E	oui
	juin-00	oui	75	2ème trimestre		2A	oui
	décembre-03	oui	75	accouchée	24	2A+1E	non
	juin-97	OUI	95	2ème trimestre		2A	non
	novembre-96	oui	75	3ème trimestre		2A	oui
	janvier-02	oui	75	3ème trimestre		1A	non
	janvier-01	oui	93	2ème trimestre		2A	oui
	mai-01	oui	94	3ème trimestre		1A	non
	novembre-99	oui	93	3ème trimestre		2A	oui
	mai-96	oui	93	2ème trimestre		1A	non
	octobre-92	oui	93	3ème trimestre		1A	non
	septembre-82	oui	94	3ème trimestre		2A	non
	décembre-92	oui	75	3ème trimestre		2A	oui
	avril-98	oui	93	accouchée	90	2A+1E	oui
	NRS	oui	93	3ème trimestre		2A	oui
	avril-19	oui	75	accouchée	90	2A+1E	oui
	février-88	oui	78	2ème trimestre		1A+1E	oui
	décembre-95	oui	94	2ème trimestre		2A	non
	juin-96	oui	75	3ème trimestre		1A	oui
	avril-97	oui	78	1er trimestre		1A	oui
	octobre-98	oui	94	accouchée	30	1A+1E	oui
	janvier-98	oui	75	2ème trimestre		1A	non
	décembre-92	oui	93	1er trimestre		2A	non
	septembre-83	oui	93	2ème trimestre		1A	oui

ANNEXE V – Revue morbi-mortalité (mars 2022)

En France, la mortalité infantile ne cesse d'augmenter depuis 2012, particulièrement pour les évènements indésirables survenant autour de l'accouchement avec des taux de décès qui sont aujourd'hui parmi les plus haut d'Europe. Alors que le taux de la mortalité néonatale était de 1,6 pour 1000 naissances vivantes en 2010, il était de 1,8 pour 1000 naissances vivantes en 2019 pour la France métropolitaine. L'accouchement et les premiers jours de vie représentent des périodes particulièrement à risque.

L'Ile-de-France est la région qui présente le deuxième taux de mortalité (mort avant la naissance) de France métropolitaine avec 9,1 pour 1 000 naissances totales contre 8,2 pour 1 000 en moyenne sur le territoire national (2019). L'évolution des taux de mortalité néonatale (de 0 à 27 jours) y est en hausse entre 2010 et 2019, passant de 1,7 décès pour 1 000 naissance vivante pour la période 2010-2012 à plus de 2 pour la période 2017-2019. De plus, le taux de mortalité néonatale précoce (entre la naissance et sept jours de vie) est le plus élevé de France avec 1,9 décès pour 1 000 naissances vivantes contre 1,6 en France.

L'année dernière, deux situations ont été décrites dans le rapport d'activités sous forme de vignette dont une pour laquelle une **Revue de Mortalité et de Morbidité** a été organisée conjointement avec le Réseau de Santé Périnatal Parisien (RSPP) en mars 2022.

La situation de Mme B. s'est déroulée en 2021 pour laquelle un EIGS a été déclaré en décembre 2021 par l'une des sages-femmes coordinatrices du réseau en raison d'une ré hospitalisation de son nouveau-né après une remise à la rue par le 115.

Une **revue de morbidité et de mortalité (RMM)** est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas cliniques pour lesquels est survenu un événement indésirable associé aux soins (EIAS) ou toute complication inattendue qui a causé ou non (si arrêté à temps) un dommage aux patients. Cette analyse vise à permettre une réflexion générique sur les circonstances de survenue et sur d'éventuelles actions à mettre en œuvre pour éviter la récurrence d'un tel événement.

Cette démarche de **retour d'expérience** (aussi qualifiée d'apprentissage par l'erreur) est un outil d'amélioration des pratiques et peut être aussi un support pédagogique en milieu académique. Ce **maintien (voire acquisition) des compétences** fait de manière non culpabilisante a prouvé son utilité et efficacité.

Pendant cette RMM, tous les acteurs qui ont participé dans l'accompagnement de Mme B. étaient présents dans les locaux du RSPP (SOLIPAM, RSPP, Utopia 56, Samu Social de Paris, une maternité de l'APHP, un CHU parisien, expert social, expert médical, la PMI Hors les Murs) pour analyser l'évènement et faire des propositions pour éviter que ce genre des incidents se reproduisent.

A la suite de cette revue l'équipe de la coordination a rempli le deuxième volet de l'EIGS avec l'appui de la STAR AQS et un plan d'action était mis en place pour diminuer les facteurs identifiés qui ont contribué pour que cet incident se produise.

ANNEXE VI – Projet Recherche (REPERES)

En France, la **mortalité infantile** augmente de nouveau de manière significative depuis 2012, particulièrement pour les événements indésirables survenant autour de l'accouchement avec des taux de décès qui sont aujourd'hui parmi les plus haut d'Europe. Alors que le taux de la mortalité néonatale était de 1,6 pour 1000 naissances vivantes en 2010, il était de 1,8 pour 1000 naissances vivantes en 2019 pour la France métropolitaine. L'accouchement et les premiers jours de vie représentent des périodes **particulièrement à risque**.

La **précarité sociale** est un facteur de risque périnatal influençant le risque de **mortalité**, d'**accouchement prématuré** ou de **petit poids de naissance**. Le désavantage socio-économique est quasi-systématiquement associé à un risque accru de survenu de ces événements, et cela quel que soit le pays d'étude. De plus, les **femmes migrantes** ont un risque plus élevé de recours inadéquat aux soins prénatals comparées à celles nées en France, avec un risque particulièrement fort pour les femmes en **précarité administrative**.

L'**instabilité résidentielle** augmente de façon significative depuis le début de l'année 2022 et ce mouvement va perdurer. En effet la reprise touristique post-covid ainsi que l'organisation de la coupe du monde de rugby 2023 et des jeux olympiques 2024 entraîne une **perte importante** de partenariats hôteliers. Cette situation a comme principales conséquences une hausse des demandes d'hébergement non pourvues et une stabilisation plus difficile des femmes enceintes au sein d'un même hôtel ou d'une même zone géographique tant municipale que départementale.

Dans cette démarche l'**Observatoire du Samu Social de Paris** en partenariat avec SOLIPAM a signé une convention fin 2022 pour la mise en place d'une étude sur le public accompagné par l'équipe de la coordination. Le but de cette étude est de montrer l'**impact** de l'errance résidentielle sur la santé de femmes accompagnées par SOLIPAM et leurs enfants.

Les objectifs secondaires comprendront l'évaluation de l'état de **santé mentale** des femmes le temps de leur grossesse et des premiers mois de vie de leur enfant et son lien avec le parcours d'hébergement, la description des potentielles disparités géographiques liées au lieu d'hébergement, la compréhension du parcours de soins, son lien avec le type d'hébergement et les raisons de non-recours tant aux soins qu'à l'hébergement.

L'étude va commencer au printemps 2023 et concernera environ **cinq-cents (500) femmes**.

Annexe VII – Fiche Navette 2022

FICHE NAVETTE SOLIPAM

FAX : 01.48.24.19.29 MAIL : secretariat@solipam.fr

Je certifie avoir informé la personne concernée de la transmission de ces informations à votre structure.

ORIGINE DE LA DEMANDE :

Institution : Date :
 Nom : Tel / Fax :
 Fonction : Mail :

DEMANDE CONCERNANT :

Nom : Nationalité :
 Prénom : Langue parlée :
 Date de naissance : TELEPHONE :

MOTIF D'ORIENTATION (évaluation des besoins de la personne) :

SOCIAL

Situation administrative

En France depuis :

Séjour régulier : Oui Non

Si oui : CNI
 Demande d'Asile
 Titre de séjour

Couverture maladie

Ressources

Hébergement

Domiciliation :

Service social rencontré :

MEDICAL

Nb grossesses antérieures (IVG, fausse couche, enfants) :

Date des dernières règles :

Date d'accouchement :

Grossesse suivie : oui non

Maternité de suivi :

Si autre structure :

Antécédents / pathologies / Rendez-vous :

Conjoint présent : Oui Non Identité :

Enfants présents à charge :

Autres informations utiles :

Association Solidarité Paris Maman Ile-de-France - 52 rue Richer - 75009 Paris. Siret : 490 909 496 000 39 NACE 9499Z – www.solipam.fr

CONFIDENTIALITE : Les informations contenues dans les documents ci-joints sont destinées à l'usage EXCLUSIF du destinataire indiqué ci-dessus. Si vous recevez cette communication par erreur, merci de ne pas la divulguer, la reproduire et de nous contacter au numéro de téléphone suivant : 01 48 24 16 28.

MAJ le 15/09/2022

Association Solidarité Paris Maman Ile-de-France - 52 rue Richer - 75009 PARIS / Tél: 01 48 24 16 28 – Télécopie: 01 48 24 19

ANNEXE VIII – Flyer Numéro Vert en français et en anglais



SOLIPAM
Ile-de-France

N°Vert

Numéro d'appel gratuit :
0801 801 081

Permanence téléphonique
Du lundi au vendredi
De 9h à 17h

Réseau de santé périnatal d'Ile de France pour les femmes enceintes et leur nouveau-né de moins de 3 mois en situation de grande précarité :

- Sages-femmes et assistants sociaux répondent à vos questions :
 - Démarches sociales
 - Suivi de grossesse
- Tous départements d'Ile de France (75, 93, 91, 92, 94, 95, 77, 78)

www.solipam.fr
Ne pas jeter sur la voie publique




SOLIPAM
Ile-de-France

N°Vert

Free number :
0801 801 081

Hotline
Monday to Friday
9am to 5pm

Ile de France perinatal network for pregnant women and their children under 3 months in precarious situations :

- Midwives and social workers answer your questions :



www.solipam.fr
Do not throw on the public highway





ANNEXE IX – Financeurs

Principal



Projets

