



# Journées Nationales du CNGOF 2011:

Atelier d'éthique clinique proposé par le réseau  
SOLIPAM le 7 décembre 2011

1

**EXPÉRIENCE DU RÉSEAU SOLIPAM-  
MATERNITÉ EN SITUATION DE PRÉCARITÉ-  
MODÈLE D'OUVERTURE DE LA RÉFLEXION  
AU PROJET D'ENFANT**

Une mission: contribuer à l'amélioration de l'accès et du maintien dans le système de soins des femmes enceintes et de leurs enfants en situation de grande précarité sociale.

Un objectif: neutraliser les déterminants sociaux pour contribuer à la réduction de la morbidité périnatale induite.

Un territoire de santé: la région IDF.

## Trois actions synergiques:

- 1- Directe auprès des femmes avec les partenaires du réseau: coordonner le parcours médico-psycho-social des femmes enceintes en situation de grande précarité jusqu'aux trois mois de l'enfant né
- 2- Directe auprès des professionnels: formations, sensibilisations, ressources (site internet, annuaire, outils professionnels)
- 3- Indirecte avec les partenaires du réseau: évaluation du service rendu et recueil de données.

## POURQUOI UN RESEAU TRANSVERSAL REGIONAL?

- mobilité des femmes sur l'ensemble du territoire régional
- stabilisation de l'hébergement privilégié
- reconstitution des ressources médico-social au plus près de l'hébergement, avec l'accord de la femme.

*Pr. Dominique Mahieu Caputo, fondatrice de SOLIPAM*

### CONSTAT:

la précarité sociale est un risque médical pour la femme enceinte et l'enfant à naître.

### HYPOTHESE DU RESEAU:

La neutralisation des déterminants sociaux par une coordination médico-psycho-sociale adaptée du parcours de soins doit diminuer la morbidité périnatale des populations les plus démunies sur le territoire de santé régional.

- Un tableau de bord médico-social et des indicateurs de suivi conformes aux études nationales.
- Un groupe de travail réseau pour faire évoluer les indicateurs et évaluer le service rendu (1 réunion/2 mois depuis 2010): le GT3.
  - ❖ Marc Dommergues, chef de service de la maternité Pitié
  - ❖ Elie Azria, gynéco-obstétricien de la maternité Bichat
  - ❖ Virginie Halley Des Fontaines, médecin de santé publique Pitié Salpêtrière.
  - ❖ Catherine Vincelet, médecin chargé d'études à l'ORS d'IDF
  - ❖ Laurence Desplanques, pédiatre santé publique DFPE PMI
  - ❖ Claire Fekete, chirurgien pédiatre Hôpital Necker.

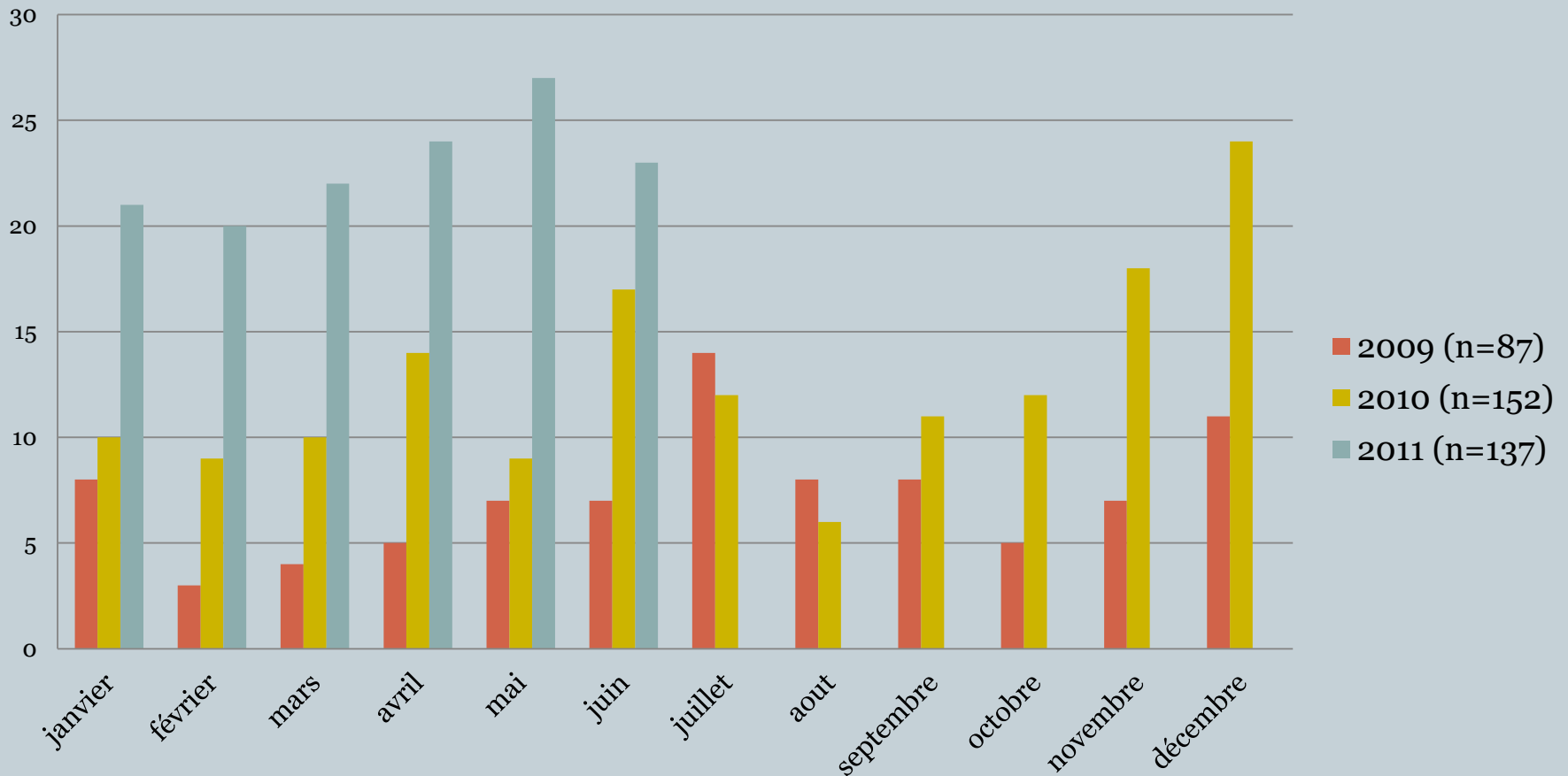
Et des étudiantes sages-femmes en stage à SOLIPAM.

Tous nos remerciements à Dorothee MACE, étudiante sage-femme du CHU de Nantes (Pr Philippe) pour son aide dans la mise en forme des tableaux qui vont suivre.

# Inclusions dans le réseau

5

## Inclusions depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009



# Indicateurs utilisés

6

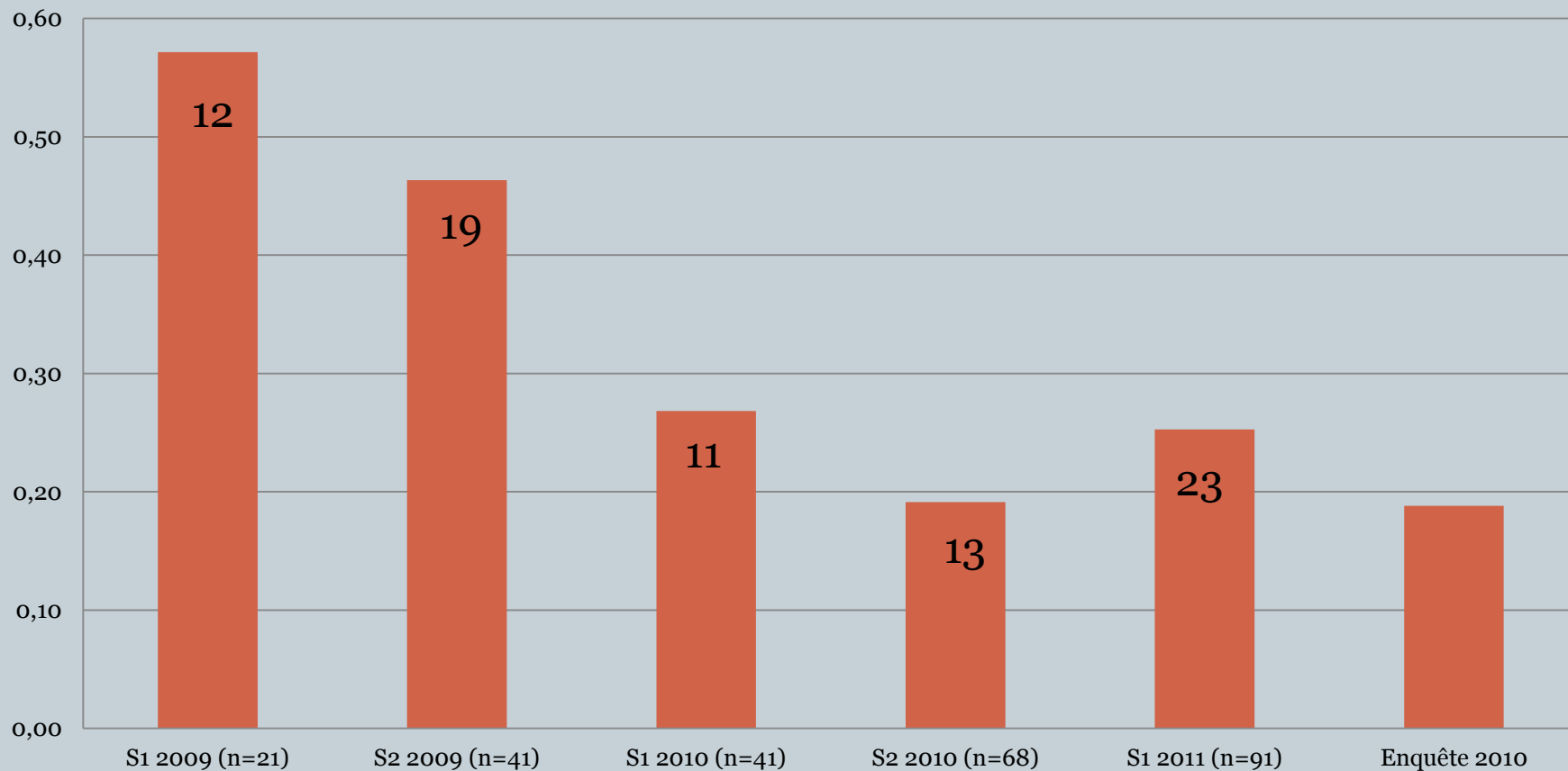
- **Indicateurs de résultats:**

- ❖ morbidité néonatale: prématurité, hypotrophie, transfert néonatal, hospitalisation prénatale.
- ❖ DMS
- ❖ Suivi post natal

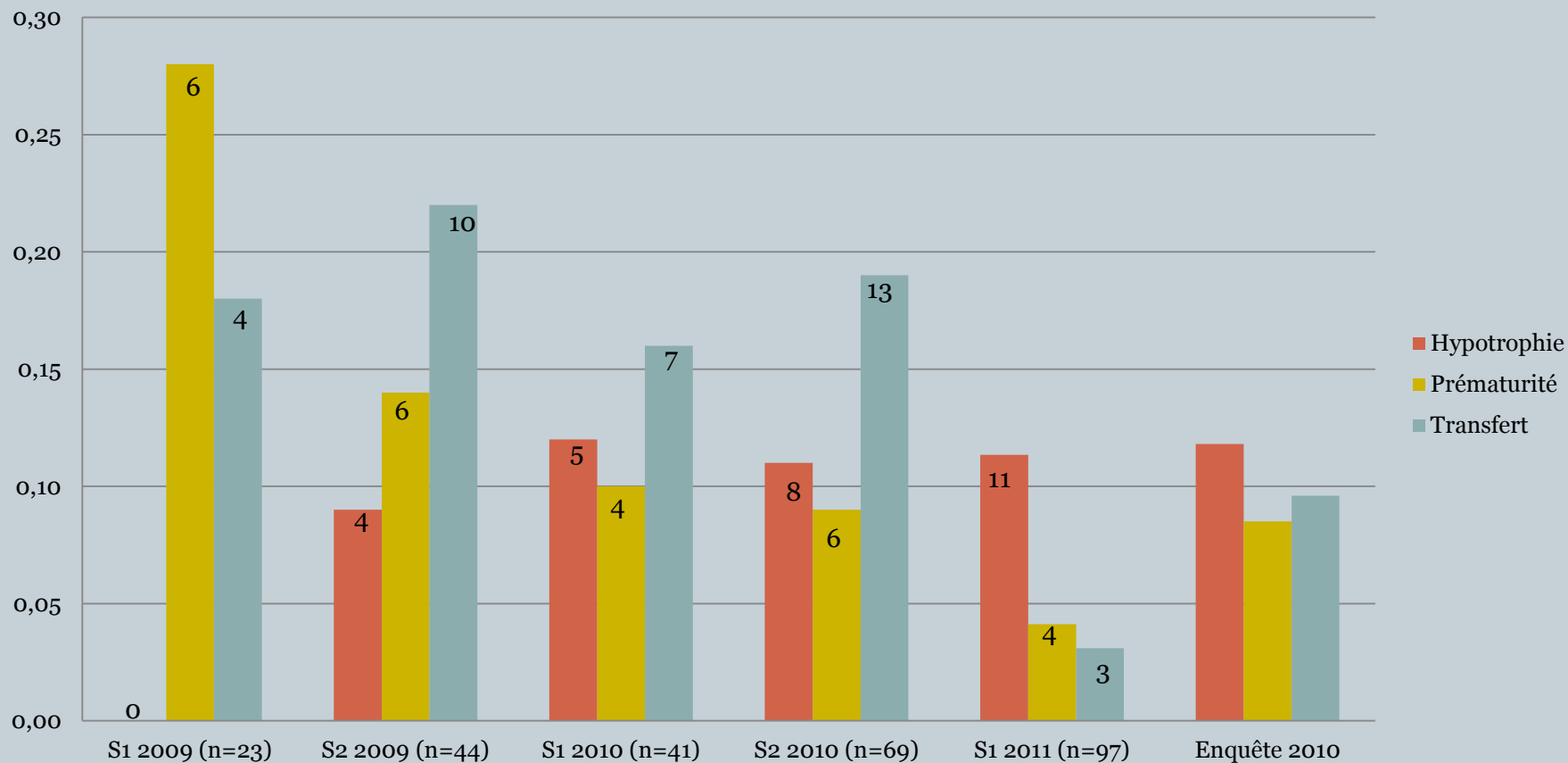
- **Indicateurs de processus:**

- ❖ type d'hébergement à l'inclusion dans le réseau
- ❖ stabilisation de l'hébergement en ante natal
- ❖ stabilisation de l'hébergement en post natal
- ❖ type d'hébergement à la sortie du réseau

## Hospitalisation prénatale

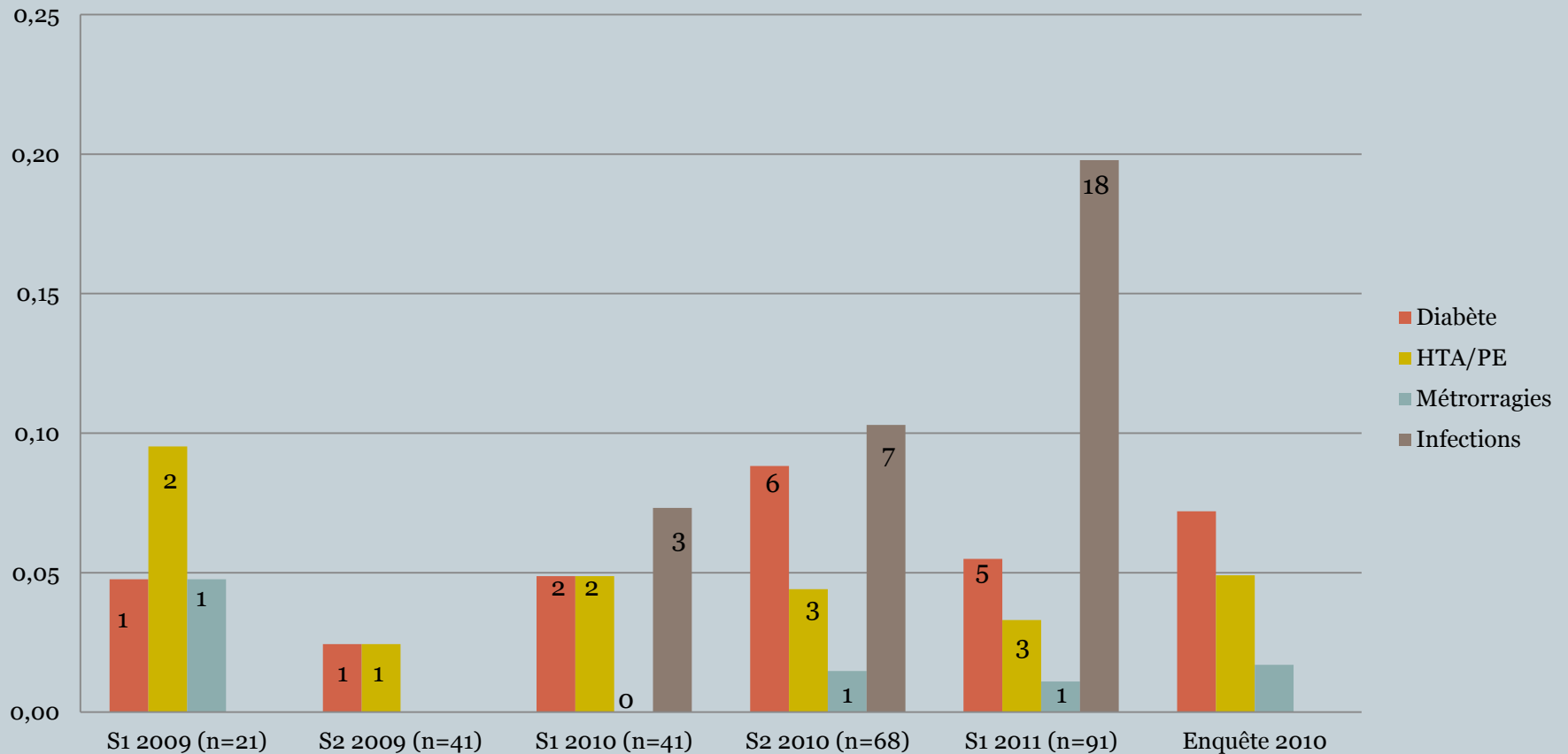


## Morbidité post natale





## Grandes pathologies

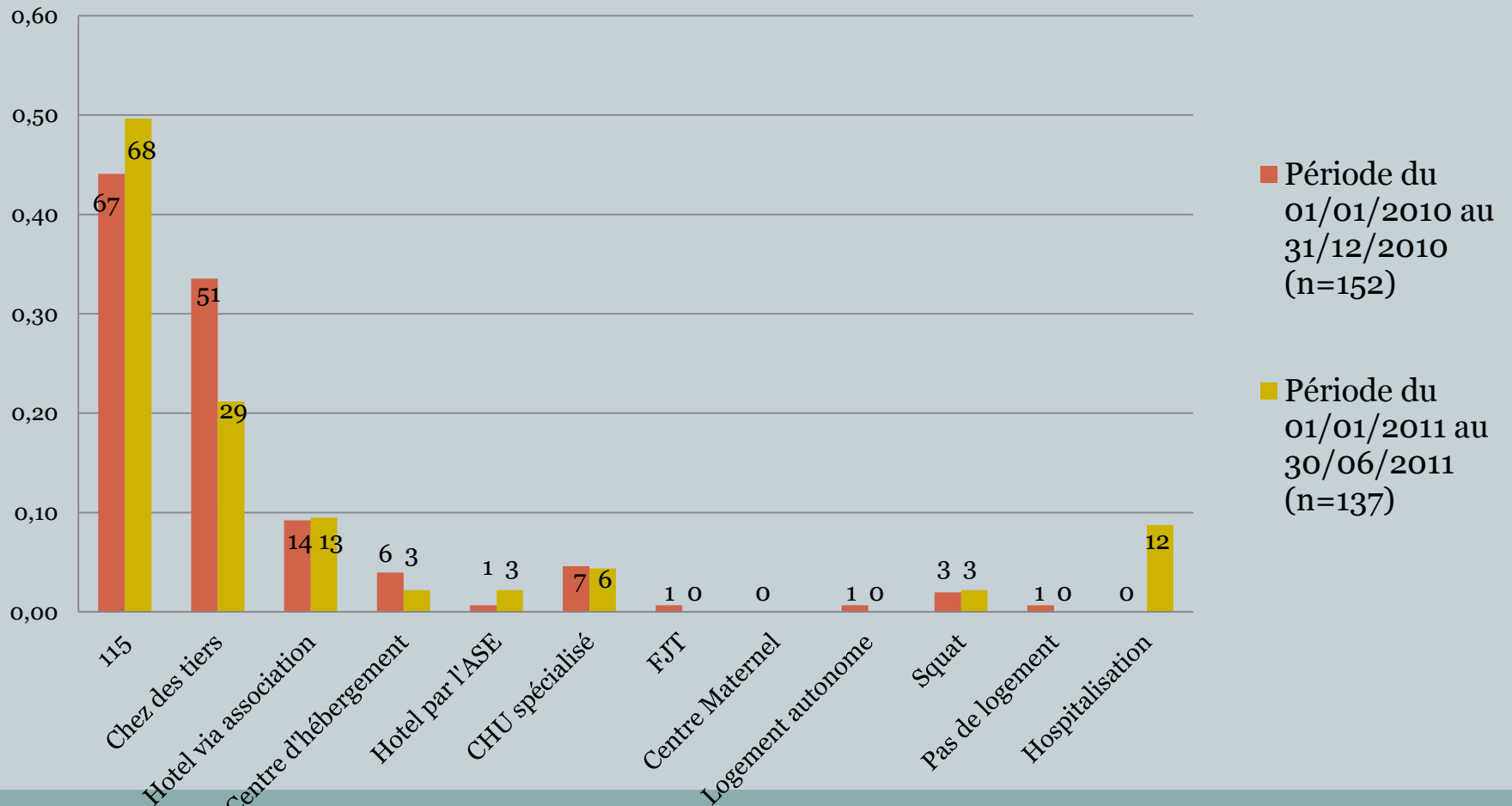


*Le profil pathologique semble superposable à celui de la population générale.*

Concernant les infections :

- ❖ Majorité de VIH et d'hépatite B
- ❖ Un cas de listeria compliquée d'un choc septique en 2011
- ❖ Forte cohorte de femmes africaines avec antécédent de paludisme (sans crise repérée durant la grossesse) mais pas toujours renseigné
- ❖ Aucune information concernant les pathologies infectieuses en 2009

## A l'inclusion dans le réseau

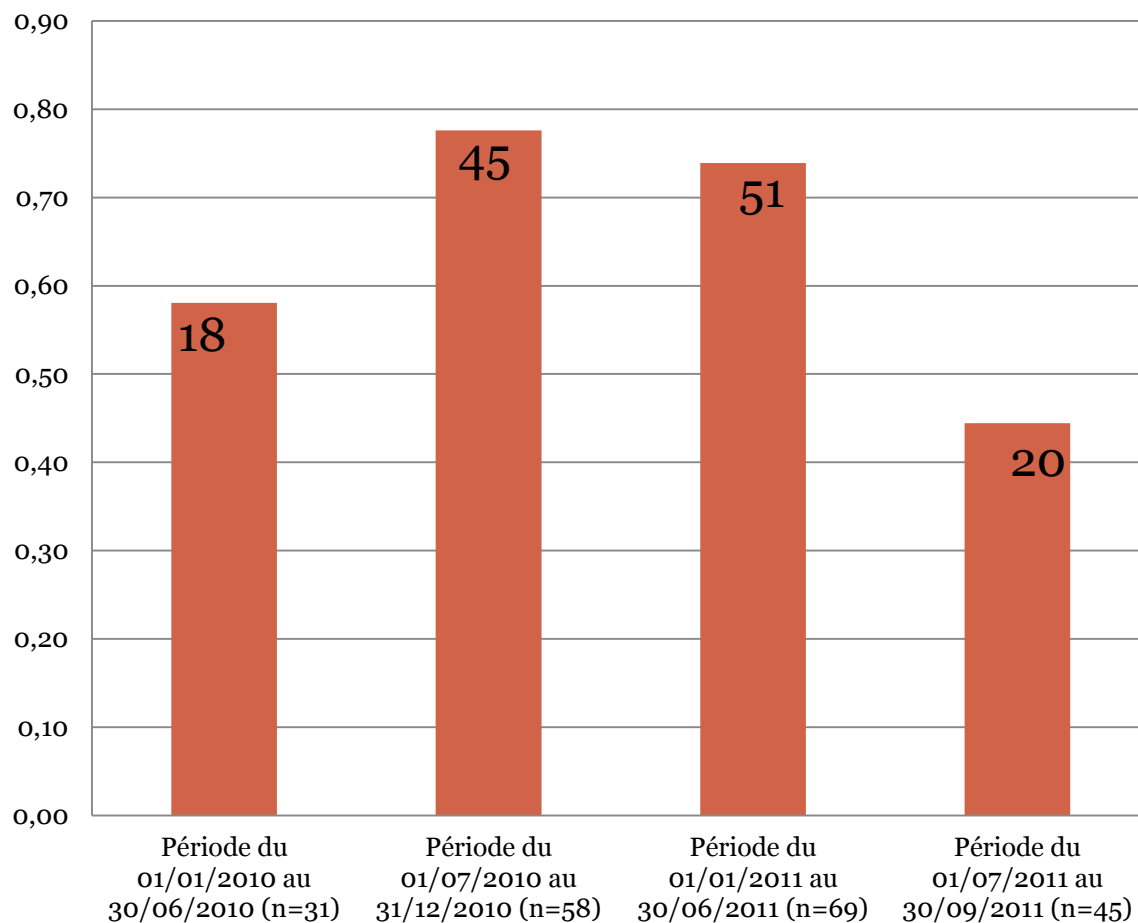


## Hébergement (2)

Stabilisation : un seul hébergement sur la période donnée

Femmes incluses dans le réseau 1 mois ou plus avant l'accouchement

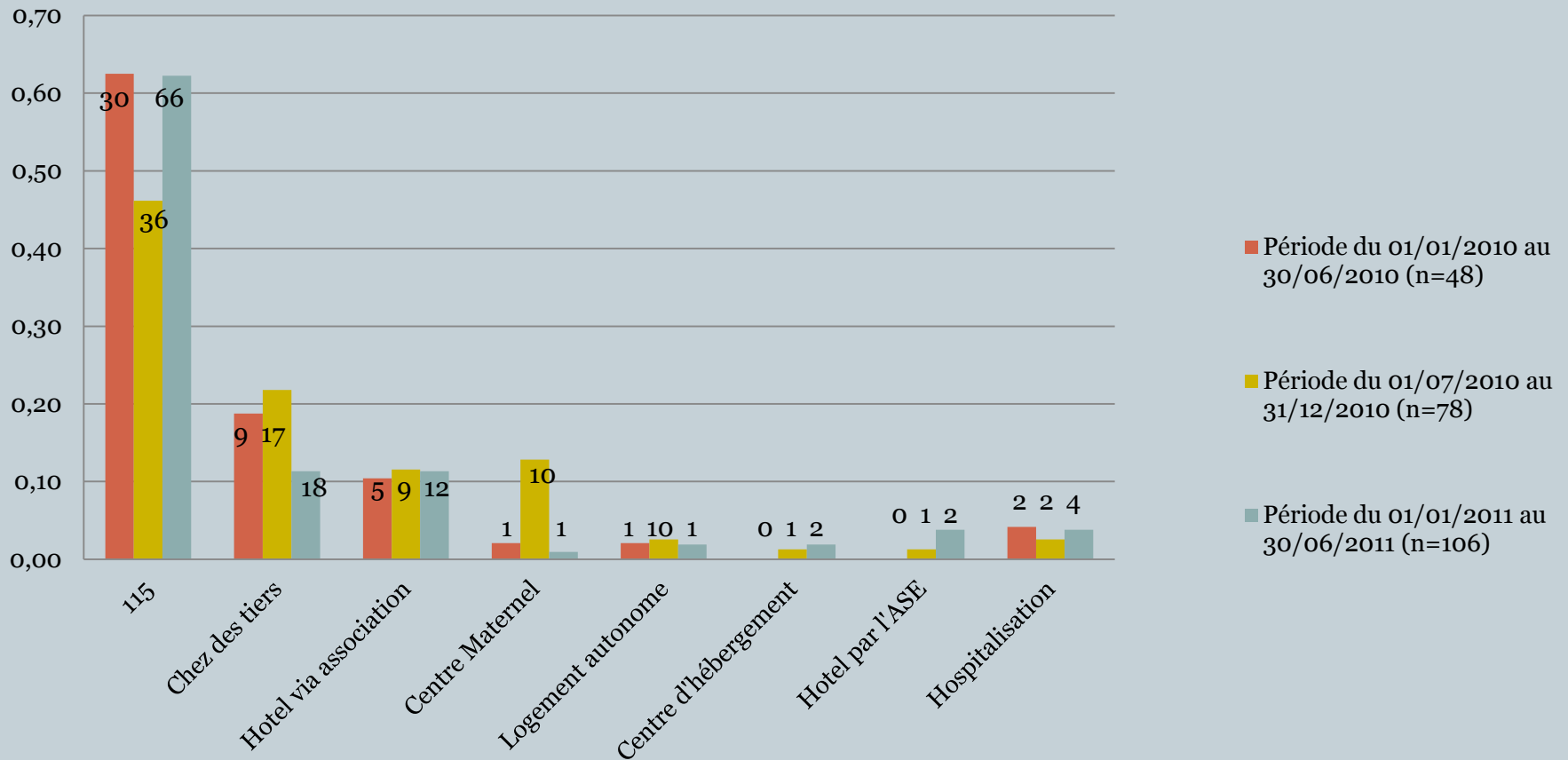
### Stabilisation de l'hébergement pendant la grossesse (1 mois avant l'accouchement)



## Durée Moyenne de Séjour

	2009		2010		1 <sup>er</sup> semestre 2011
	1 <sup>er</sup> semestre	2 <sup>ème</sup> semestre	1 <sup>er</sup> semestre	2 <sup>ème</sup> semestre	
DMS AVB	4,9	4,6	5,9	4,6	4,4
DMS Césarienne	7	7,2	7,1	8,2	8,3

## En sortie de maternité

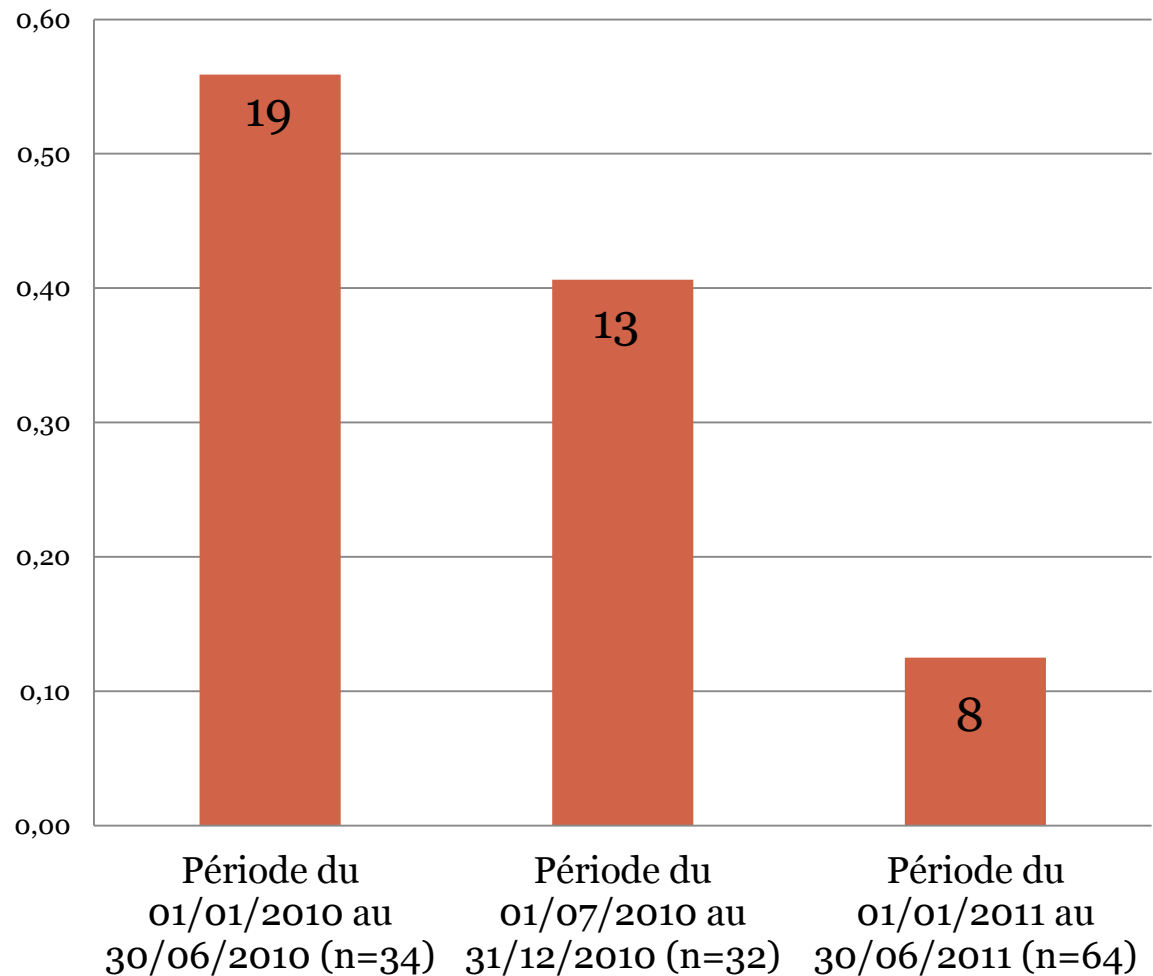


## Hébergement (4)

Stabilisation : un seul hébergement sur la période donnée

Stabilisation dans les trois mois post-partum

### Stabilisation de l'hébergement après l'accouchement



## Taux de « perdues de vues »

	2009		2010		1 <sup>er</sup> semestre 2011
	1 <sup>er</sup> semestre	2 <sup>ème</sup> semestre	1 <sup>er</sup> semestre	2 <sup>ème</sup> semestre	
Taux de « fuite * »	0,22	0,29	0,08	0,15	0,34

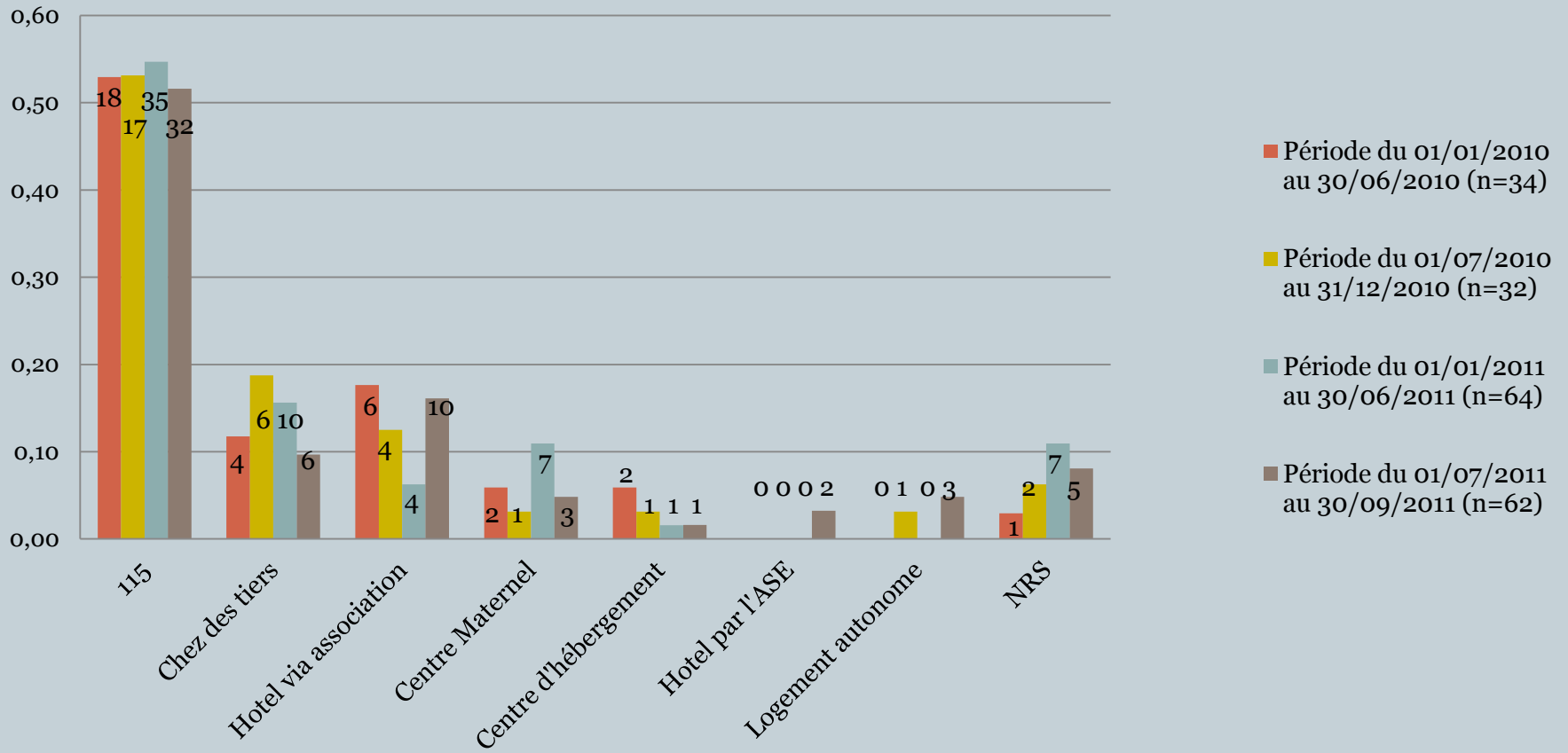
- \* taux de fuite : sorties non programmées.
- Validation par le GT3, d'un nouvel indicateur : taux de « perdues de vues », en remplacement du taux « de fuite ».



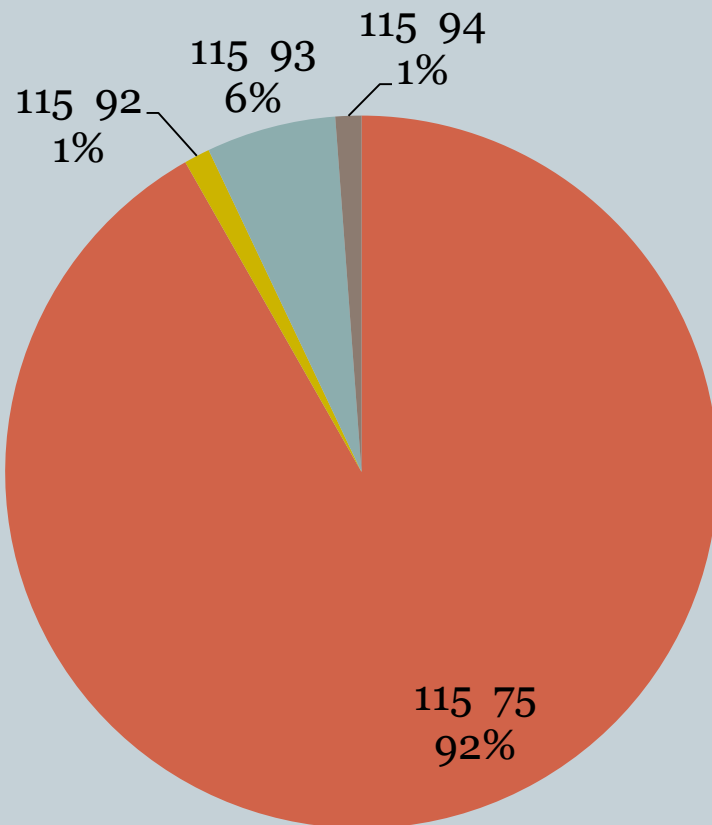
## Visites *Post-Natales*

	2009	2010	1 <sup>er</sup> semestre 2011
Taux de VPN	0,53	0,64	0,88

## En sortie de réseau



## Répartitions des différents Samu Sociaux (n=85)



Sur une file active de 227 familles au 1<sup>er</sup> septembre 2011, 85 sont prises en charge par le 115.

**La grande précarité subie en période périnatale par la mère et l'enfant à naître est un problème de santé publique peu visible car difficile à étudier.**

- ❖ les femmes enceintes sont peu ou ne sont pas identifiées comme telles dans les grandes études actuelles sur la précarité
- ❖ la grande mobilité de ses populations met en échec les grandes études de suivi périnatal

**Néanmoins, la simple description statistique des données du réseau SOLIPAM met en évidence les difficultés rencontrées en IDF pour assurer à ces familles des conditions de prise en charge périnatale optimale.**

**La grossesse est une période favorable aux actions de santé publique: contact obligatoire avec le système de santé.**

**Intérêt pour les familles et la collectivité:**

Dépistage et éducation à la santé, notamment:

- Dépistage des IST
- Dépistage des pathologies infectieuses (tuberculose notamment)
- Dépistage des pathologies générales
- Dépistage des pathologies infantiles

Droit commun (accès aux soins, scolarisation, projet de vie)

**Intérêt pour l'amélioration du système de santé:**

La mise en évidence et la résolution des dysfonctionnements subis par les populations les plus marginalisées améliorent les organisations et les pratiques professionnelles à destination du plus grand nombre.

**MERCI DE VOTRE ATTENTION.**