

Rapport d'activité du réseau

SOLIPAM

01/01/2020 au 31/12/2020

Sommaire

Sommaire	2
Rapport d'activité du réseau SOLIPAM arrêté au 31 décembre 2020	4
Introduction	4
SYNTHESE DE L'ANNEE 2020 ET PERSPECTIVES 2021	6
Modalités de prise en charge (synthèse) :	6
GOVERNANCE DU RESEAU	9
Principaux indicateurs de suivi du réseau :	11
<i>Des indicateurs de fonctionnement :</i>	11
<i>Des indicateurs de processus :</i>	20
<i>Des indicateurs de résultats en santé périnatale :</i>	24
Fonctionnement de l'équipe	27
Un fonctionnement d'équipe repensé fin 2019 et mis en place en 2020.	27
Fonctionnement en contexte COVID durant la période d'état d'urgence sanitaire lié à l'épidémie de Covid-19	34
Coordination médico-sociale des parcours de soins	37
Modalités de prise en charge (Annexe 1) :	37
Le réseau SOLIPAM s'adresse à un public spécifique :	37
1- L'inclusion dans le réseau SOLIPAM	38
Les modalités d'inclusion dans le réseau SOLIPAM.	39
Inclusion classique	39
Inclusion accélérée	39
2- Les spécificités du travail de coordination de la sage-femme	40
La priorité : assurer l'insertion dans les soins là où se trouve la famille sur la région IDF	40
Assurer la continuité des soins : « le suivi du suivi »	40
3- Les spécificités du travail de coordination de l'assistant.e social.e	41
Le numéro vert	42
4- Protocoles de coordination et supports réseau	42
5- Analyse de l'utilisation des supports de transmissions	42
6- Outils internes	43
Le numéro vert SOLIPAM :	43
Le dispositif d'appui à l'accompagnement social (DA) :	44
Mission d'améliorer la qualité et la sécurité des soins de la population concernée	46

1 - Partenariats du réseau_____	46
2 - Actions de communications menées par la direction du réseau afin de faire connaître et construire le réseau _____	52
3 - Projet réseau 2020_____	53
4 - Formation des professionnels, éducation pour la santé des femmes _____	57
5- Evaluation des partenariats _____	57
Evaluation du service rendu et description épidémiologique de la population	60
1- Caractéristiques médico-sociales des familles à l'inclusion dans le réseau ___	60
2- Conformité des parcours de soins ante natal _____	67
3- Issues de grossesse _____	71
4- Conformité des suivis post natal des mères et des enfants _____	73
5- Caractéristiques sociales des familles en sortie de réseau _____	74
Conclusion _____	77
PERSPECTIVES 2021 _____	77

Rapport d'activité du réseau SOLIPAM arrêté au 31 décembre 2020

Introduction

Le réseau **SOLIPAM** (SOLIdarité PARis Maman Ile de France) est un réseau régional de périnatalité et d'accès aux soins. 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. L'inclusion la plus précoce possible dans 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 de 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 identifié par l'ensemble des acteurs de santé et du champ psycho-social de la région IDF comme une des ressources 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 de l'enfant né :
 - Repérer le plus précocement possible les situations à risques
 - Réduire les risques périnataux liés aux mauvais suivis de grossesse 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 professionnels de santé dans la recherche de solutions et d'orientations pour les situations ne nécessitant pas d'inclusion dans le réseau
 - Favoriser le repérage des freins à l'accès et au maintien dans un parcours de soin adapté, sur l'ensemble de la région IDF, avec l'ensemble des partenaires concernés

- 2- Sensibiliser et former les acteurs 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 acteurs de terrain en favorisant la collaboration entre secteur médical, 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 réunissent régulièrement jusqu'à ce jour, dans les locaux de la coordination de SOLIPAM, des professionnels médicaux et sociaux concernés :

- 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 2017-2020.
- 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)**. Préparation des Rencontres SOLIPAM annuelles, élaboration de sessions de séminaires et de projets de sensibilisation des professionnels 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 professionnels du territoire de santé parisien et à la collectivité » (GT3) a évolué depuis 2015**. Une convention a été signée avec l'EHESP au 1^{er} semestre 2015, afin que des évaluations externes soient menées par des étudiants en sociologie et géographie de la santé, sous la direction scientifique de Clélia Gasquet-Blanchard, maîtresse de Conférences en Géographie au Département SHS, EHESP de Rennes 2, en détachement à partir de novembre 2019 pour 3 ans pour reprendre la direction du réseau. Quant au suivi des indicateurs de santé périnatale et d'accès aux droits des familles incluses dans le réseau, il est assuré par l'équipe de coordination.

Ce fonctionnement en « mode projet » persiste dans la proposition du projet SOLIPAM 2020-2022 pour permettre une mobilisation continue des acteurs, 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 plus démunies. Cette mobilisation doit non seulement bénéficier aux familles prises en charge dans le réseau, mais plus largement à l'ensemble de la population du fait des effets attendus sur les pratiques des professionnels de santé concernés.

SYNTHESE DE L'ANNEE 2020 ET PERSPECTIVES 2021

L'année 2020 est une année charnière pour le réseau Solipam, durant celle-ci nous avons mis en application l'ensemble des nouveaux protocoles définis fin 2019 par la nouvelle équipe (**Figure n°1**).

Figure n°1 : nouveaux protocoles

Modalités de prise en charge (synthèse) :

i) Prise de contact avec SOLIPAM

- NUMERO VERT (0801 801 081) : appel de la femme ou d'un usager
 - o Un membre de l'équipe répondra directement à certaines questions et/ou remplira une fiche de renseignements pour évaluer la situation médico-sociale ensuite en équipe.
- FICHE NAVETTE (téléchargée sur site Solipam.fr par mail : secretariat@solipam.fr ou fax : 01 48 24 19 29) : remplie par le professionnel alerté par la situation de la femme

L'ensemble des fiches établies est staffé chaque lundi et jeudi en équipe complète afin de définir le type de prise en charge pouvant être proposé (orientation, support, inclusion) et le binôme de référence (sage-femme / assistant social) pour chaque situation.

Un retour est fait au professionnel et/ou à la femme sous 5 jours ouvrés.

ii) Public concerné

Femme majeure enceinte ou ayant accouché depuis moins de trois mois

En situation de grande précarité

Avec un ancrage sur le territoire francilien

Les critères de vulnérabilité restent volontairement ouverts mais sont souvent l'instabilité de l'hébergement en Ile de France dans les hôtels du 115 et une mobilité des femmes et famille d'hôtel en hôtel à l'échelle régionale, l'errance récente, l'isolement de la femme et les difficultés de communication.

Une décision d'inclusion au sein du réseau entraînera un entretien médico-social avec le binôme en fonction de différents éléments (possibilité et nécessité de déplacement de la femme et de l'équipe de coordination : au réseau, par téléphone ou sur le lieu de vie de la femme).



Fonctionnement SOLIPAM

Public concerné : - Femme enceinte, majeure ou avec enfant de moins de 3 mois en situation de grande précarité

Avec une attention particulière si :

- Mobilité en Ile de France
- Errance récente
- Femme seule, famille monoparentale, allophone ...

Usagers :

Numéro Vert
0801.801.081

Professionnels :

Fiche navette
Solipam.fr
Mail :
secretariat@solipam.fr
Fax : 01.48.24.19.29

Staff médico-social
lundi et jeudi

Prise de contact avec le
professionnel et/ou la femme
concernée sous **5 jours ouvrés**

Demande ponctuelle médicale ou sociale :

➔ **ORIENTATION**

Suivi pour une courte durée (quelques semaines) :

➔ **SUPPORT**

Situation complexe et nécessité de
coordination médico-sociale :

➔ **INCLUSION**

Contacts : Secrétariat : 01.48.24.16.28
Coordination : sages-femmes@solipam.fr
assistantes-sociales@solipam.fr

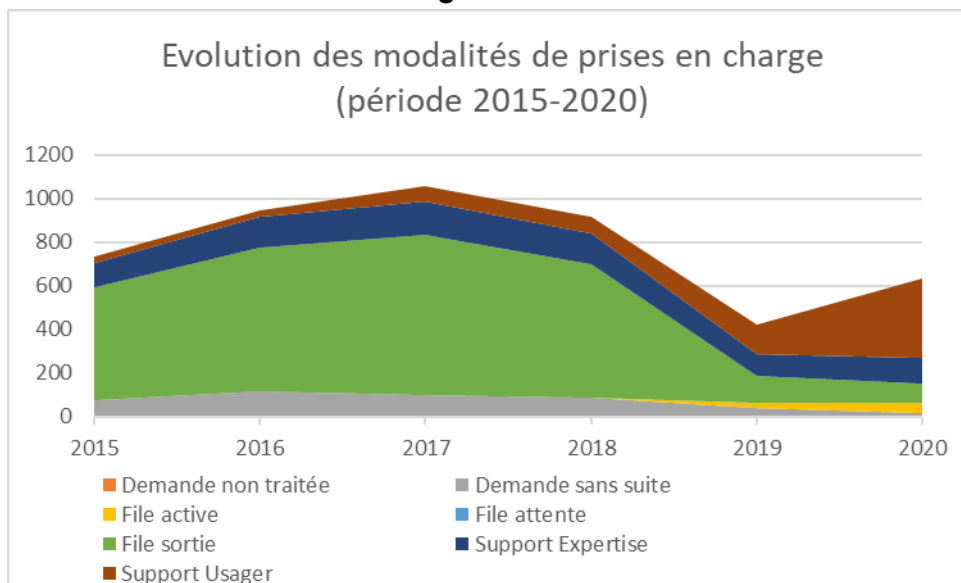
*Détails de l'orientation, Support et inclusion en **Annexe 1**

Dans le cadre du projet 2020-2022 du réseau l'équipe de Solipam devait présenter son nouveau fonctionnement auprès des partenaires et des professionnels médico-sociaux historique du réseau mais aussi développer de nouvelles collaborations. Une très grosse partie de l'activité en 2020 s'est axée sur la rencontre des partenaires afin de présenter la nouvelle équipe, les protocoles et de recréer du lien avec les acteurs de terrain, tout en développant son action et ses partenariats à une échelle régionale.

Malgré les difficultés qu'a connu le réseau Solipam en 2019, la situation en 2020, bien qu'évoluant dans un contexte de crise sanitaire, s'articule autour d'une dynamique partenariale et une reprise significative de l'activité.

Les difficultés qu'a connues le réseau en 2019 ont participé à fortement impliquer le bureau de l'association et l'ARS qui ont soutenu le développement du nouveau projet, validé fin 2019 et du recrutement d'une nouvelle équipe pour le réseau SOLIPAM qui s'est échelonné entre septembre 2019 et janvier 2020.

Figure n°3 :



Cette nouvelle équipe participe à une reprise de l'activité en 2020, par rapport à l'année 2019, avec un nouveau fonctionnement mais dans un contexte sanitaire et de gestion de crise à une échelle nationale qui implique néanmoins une reprise « prudente » d'activité en plein, tant dans le développement de partenariat, que de formation ou encore de prise en charge des usagères du réseau.

Les taux de morbidité périnatale des mères et des enfants inclus dans le réseau restent proches des moyennes nationales relativement aux chiffres de l'enquête périnatale. Les pourcentages ont été calculés sur une base de 76 enfants nés vivants.

% d'enfants hospitalisés en néonatalogie en 2020 : 5,2% (5,75% en 2019)

% d'enfants de petit poids pour l'âge gestationnel (<10^{ème} percentile) en 2020 : 2,63% (7,19% en 2019)

% d'enfants nés prématurément en 2020 : 5,2% (5,03% en 2019)

GOVERNANCE DU RESEAU

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.

Une fois par an, l'assemblée générale de l'association est convoquée pour présentation des comptes et de l'activité du réseau. L'assemblée générale s'est tenue le 22 septembre 2020.

Composition du bureau :

- Dr Harvey Thierry, président
- Madame Lamouche Corinne, vice-présidente
- Madame Laconde Christine, trésorière
- Madame Grellet Odile, secrétaire
- Pr. Azria Elie, membre

Lors de cette assemblée générale, un nouveau bureau a été élu à l'exception du Dr Harvey qui maintient sa présidence au sein de l'association.

Les adhérents du réseau seront informés lors de l'assemblée générale 2021 de la passation de leur statut au sein du réseau par Mme Laconde et Mme Grellet à leur successeur respectif.

Cette nouvelle constitution permet également de nouvelles collaborations, via la sollicitation de différentes personnalités.

Il est également acté que trois réunions annuelles sont organisées.

L'amélioration de la coordination des prises en charge et l'animation des partenariats sont des processus continus.

- **Les groupes de travail du réseau**, créés en 2010 sont toujours opérationnels, comme présentés en introduction et réunissent chacun tous les deux mois les partenaires du réseau et les coordinateur·ices en charge du portage des projets d'amélioration. Les GT font remonter les difficultés du terrain et mettent en œuvre les actions préconisées dans le plan d'action. De même, la composition des groupes de travail évolue et de nouveaux partenaires sont conviés à y participer.

Le fonctionnement de la coordination des parcours de femmes et de leurs enfants est organisé comme suit :

La coordination de SOLIPAM se réunit tous les lundis et jeudis matin pour une revue de dossiers des femmes suivies (orientées, en support ou incluses) dans le réseau et/ou posant des problèmes spécifiques dans la prise en charge (femmes à la rue ou dans un abri de fortune, pathologies maternelles ou néonatales). Chaque cas est discuté et une conduite à tenir est décidée en équipe (sages-femmes et assistant·e·s social·e·s coordinateur·ices, équipe administrative).

Un point sur l'agenda commun (notamment pour les réunions partenaires) est effectué en fin de staff et une réunion de service a lieu une à deux fois par mois.

Des réunions de coordination médicale ou sociale peuvent être organisées selon les besoins et les prises en charge en binômes entraînent également des temps de rencontre régulier entre les

membres de l'équipe. Une supervision mensuelle à destination de l'équipe a été mise en place en octobre 2019 avec Marcela Montes, pédiatre et psychanalyste à raison d'une heure par mois, elle se poursuit en 2020 avec Monsieur Didier Gandon psychanalyste à raison de 2 heures par mois.

Par ailleurs, une revue de mortalité et de morbidité (RMM) peut être proposée aux partenaires devant un évènement indésirable grave (accouchement hors maternité, mort foetale in utero, décès).

Concernant la coordination personnalisée des prises en charge et la conduite du changement au sein du territoire de santé périnatale, des réunions sont régulièrement organisées avec les partenaires du réseau, qu'ils appartiennent au secteur médical, au secteur médico-social ou au secteur social (réseaux périnatalité, SIAO, 115, maternités, associations impliquées, etc.). Ces réunions ont été relancées en 2020.

Principaux indicateurs de suivi du réseau :

Le tableau de bord (**Excel joint**) est construit à l'identique des tableaux de bord remis depuis 2006 à la MRS. Cependant, grâce à la commission d'évaluation du réseau (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 conserve 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 ; afin d'alléger certains tableaux, la comparaison des résultats annuels se font à compter de l'année 2011 voire 2015 pour certains d'entre eux.

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, améliorée en 2013 sous Excel®. Une nouvelle base de données est en cours de réalisation par **Alexandra Maslin** et **Julie Dabadie**, elle sera mise en service fin 2021 sous Access®. Celle-ci permettra que soit en lien les données relatives aux partenariats (répertoire de contacts avec les professionnels), aux prises en charge et à l'activité de l'équipe de coordination. Début 2020, l'ensemble de l'équipe a bénéficié d'une formation sous Access®.

Au 31 Décembre 2020, les fondations de cette nouvelle base sont terminées. Il s'agit maintenant de créer l'aspect fonctionnel, soit, les formulaires, en accord avec le reste de l'équipe de coordination qui sera amenée à se servir de cet outil quotidiennement.

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

- 1- Des indicateurs de fonctionnement
- 2- Des indicateurs de processus
- 3- Des indicateurs de résultats en santé périnatale

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 la coordination. Les principaux indicateurs de ce type sont :

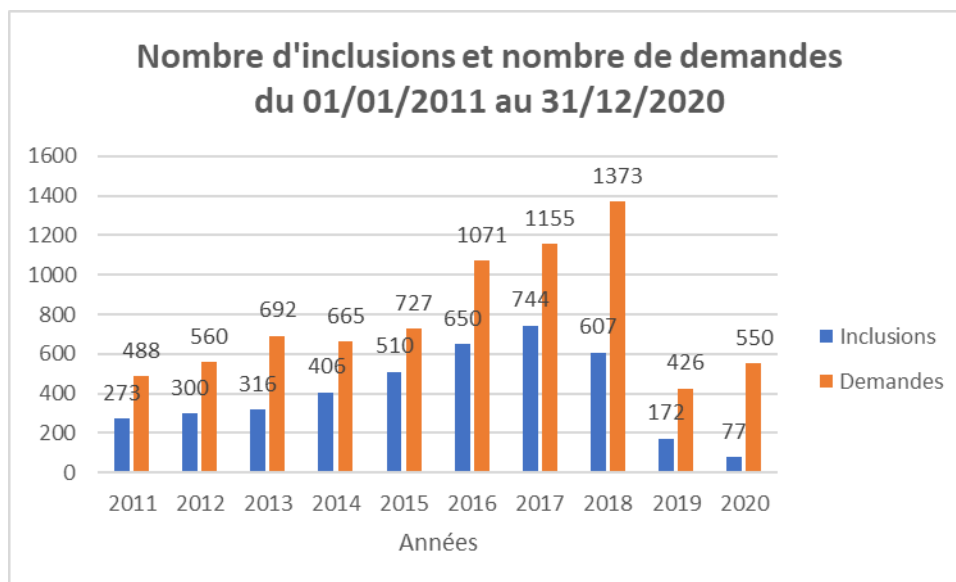
***nombre de demandes et le nombre d'inclusions**

NB : comme évoqué ci-avant le mode de prise en charge a évolué en 2020. L'entièreté des demandes sont traitées mais le type de prise en charge peut varier : comprenant inclusions, supports, orientations.

Les demandes sont donc ventilées entre les inclusions quand la situation le nécessite, les supports pour l'appui à la mise en place d'une prise en charge, et les orientations pour les demandes ponctuelles. La différence entre le nombre de demandes et le nombre d'inclusions n'est donc plus un indicateur de fonctionnement pertinent pour l'année 2020. Il semble plus opportun de calculer la différence entre le nombre de demandes et la file active du réseau (comprenant les inclusions, supports et orientations). Néanmoins cette année étant une année charnière dans l'évolution des prises en charge nous faisons signifier ici le nombre d'inclusions au regard du nombre de demandes.

En effet, après évaluation collective de la situation, si cette dernière ne nécessite pas une inclusion dans le réseau, la coordination propose au professionnel demandeur un support ou des orientations adaptées aux besoins exprimés. La famille signalée par le professionnel peut également être appelée par la sage-femme ou l'assistant·e social·e de coordination afin de répondre directement à sa demande sans toutefois être incluse dans le réseau. De même, les demandes directes des familles n'aboutissent pas forcément à une inclusion mais à des orientations adaptées (Figure n°4).

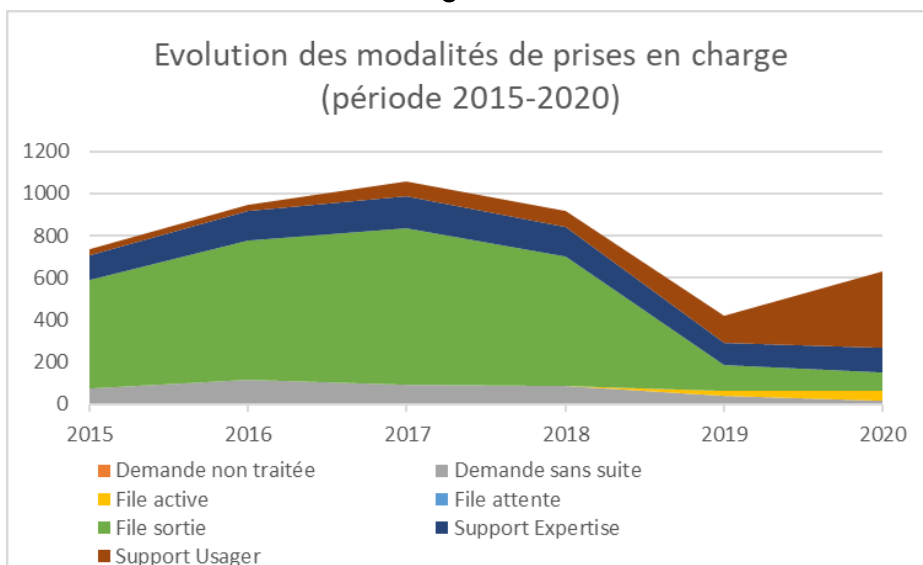
Figure n°4 :



Entre 2018 et 2019, le nombre de demandes avait été divisé par 3,2 (de 1373 en 2018 à 426 en 2019) et le nombre d'inclusions par 3,5 (de 607 inclusions en 2018 à 172 inclusions en 2019) en raison notamment de l'absence de direction et d'équipe de coordination impliquant un message d'impossibilité de dépôt de demande en raison d'un arrêt du fonctionnement de la coordination médico-sociale (absence de coordination sociale et de direction à partir du mois de mai et absence de coordination médicale à partir du mois d'août).

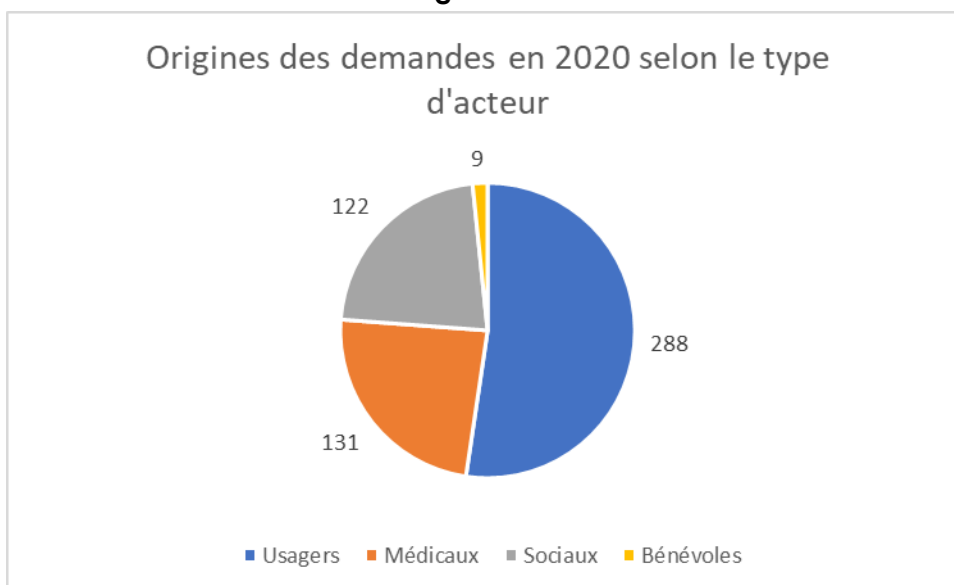
Entre 2019 et 2020, la situation a évolué et les demandes ont réafflué avec une **augmentation des demandes de 29,1%** (de 426 demandes en 2019 à 550 demandes en 2020) mais une **diminution des inclusions de 55%** (de 172 inclusions en 2019 à 77 inclusions en 2020) en raison de l'évolution des protocoles, cela dans le contexte particulier de la pandémie de COVID (**figure n°3**).

Figure n°3 :



Par ailleurs, la place du numéro vert (**figure n°5**) participait pour 31,7 % (135 sur 426 en 2019) au total des demandes en 2019, par rapport à l'année 2018 ou celui-ci représentait 25% (344 sur 1376 en 2018) de l'ensemble des demandes. **En 2020, la part des demandes via le numéro vert a encore augmentée s'élevant à 52,36%** (288 demandes en 2020 sur un total de 550 demandes). Les sollicitations du réseau via le numéro vert ont donc une proportion de plus en plus importante dans l'activité du réseau. En outre, les femmes qui se sont présentées au réseau spontanément, ont toujours été reçues par un.e coordinateur.ice.

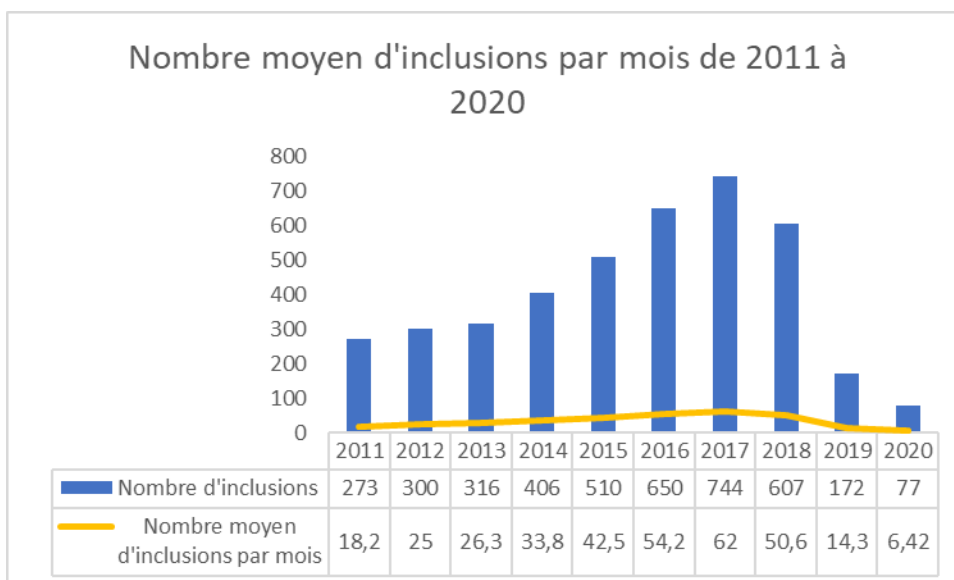
Figure n°5 :



L'augmentation du nombre de demandes indique une reprise d'activité du réseau par ailleurs, la diminution du nombre d'inclusions en 2020 par rapport à 2019, reflète une refonte de la définition des prises en charge au sein du réseau.

***nombre moyen d'inclusion par mois.** Cet indicateur permettait de mesurer l'accroissement mensuel du temps de travail de la coordination du réseau, chaque inclusion mobilisant un temps moyen de 3 heures de coordination (entretien d'inclusion, transmissions entre coordinatrices en charge de la situation, retours et contacts partenaires, mise à jour de la base de données du réseau, création du dossier réseau et des outils de communication) (**figure n°6**). Les situations des femmes incluses sont de plus en plus complexes et il semblerait opportun de réévaluer très largement à 15 heures le temps de travail consacré à une inclusion par membre de l'équipe de coordination, soit 30 heures au total pour la prise en charge d'une femme incluse (soit 2310 heures de travail pour 77 femmes incluses). Le suivi d'un support s'élèverait en moyenne à 5 heures par membre du binôme de coordination social, soit 10 heures au total par supports (339 supports en 2020, soit environ 1995 heures de travail) et une orientation correspondrait à environ 3 heures de travail par un membre de l'équipe en moyenne par orientation (134 orientations en 2020 moyenne, soit environ 402 heures de travail).

Figure n°6 : Nombre moyen d'inclusion par mois de 2011 à 2020



Commentaire :

Par ailleurs, la diminution du nombre moyen d'inclusions mensuel est en rapport avec l'augmentation de la demande, la priorisation des situations les plus précaires (le critère « à la rue » étant devenu indispensable pour être incluse) mobilisant un temps de coordination plus conséquent pour stabiliser le parcours de soins des familles. L'évolution du type de prise en charge proposée en 2019 montrant un effondrement des inclusions au profit des supports (expertise comme usagers) et une reprise majoritairement centrée au quatrième trimestre sur les supports aux usagers et professionnels et un recentrement des critères d'inclusion pour la file active (**figures n°7 et 8**).

Figure n°7 :

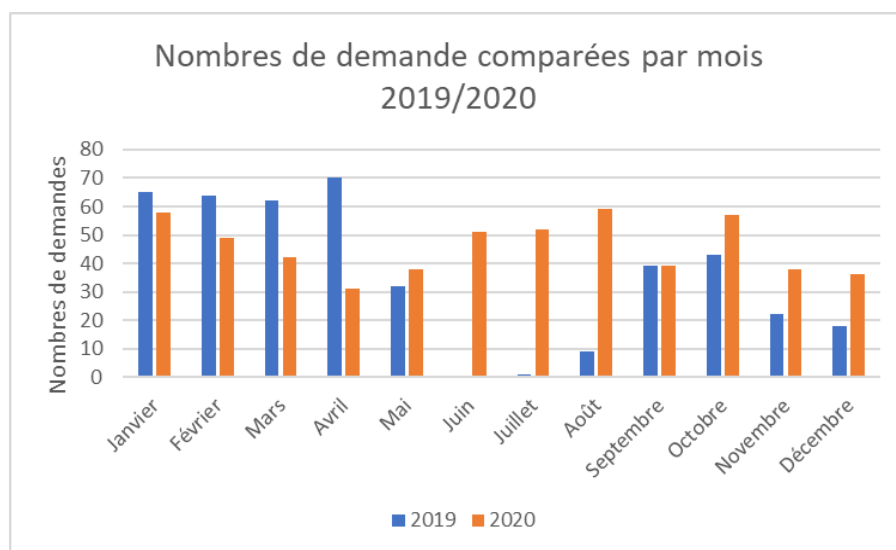


Figure n°8 :

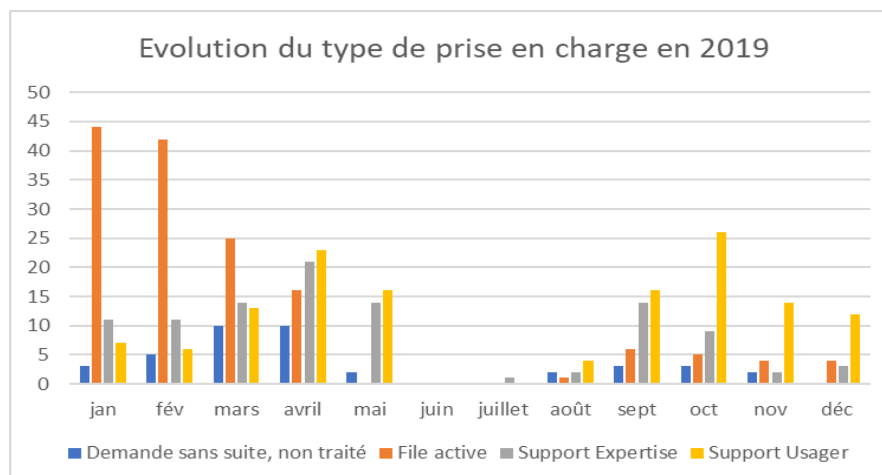
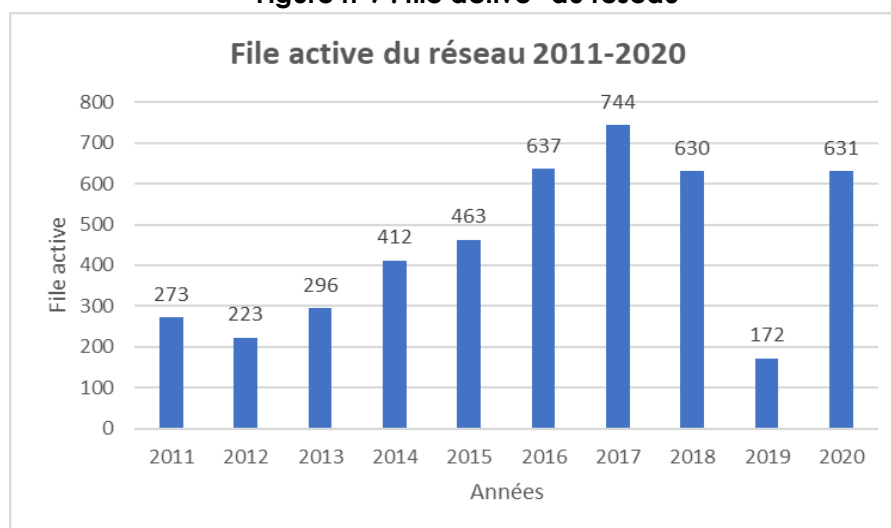


Figure n°9 : *file active du réseau : La file active permet d'appréhender la charge de travail quotidienne de chaque coordinateur ice. En effet, tout au long de leur prise en charge dans le réseau, chaque famille bénéficie d'un suivi par le même binôme sage-femme/assistant-e social-e de coordination du réseau, la sage-femme soutenant la continuité du parcours de soins et l'assistant-e social-e celui du parcours social selon les préconisations du projet de soin. Le calcul de la file active de l'année n = file active de l'année n-1 + nombre d'inclusions + nombre de support + nombre d'orientation année n – nombre de sorties année n.

Figure n°9 : file active* du réseau



* définition de la file active en 2020 : inclusions + supports + orientations

* définition de la file active **avant** 2020 : inclusions uniquement

Commentaire :

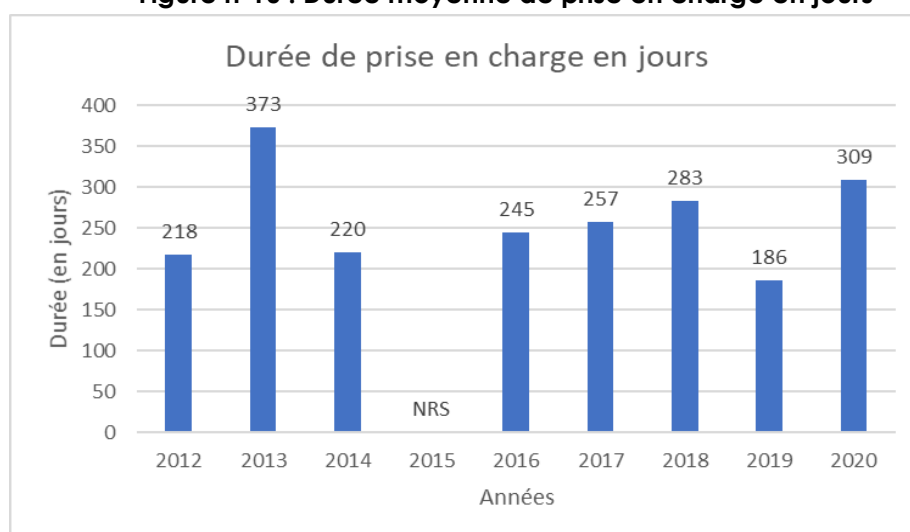
La file active du réseau a **augmenté de 266.9 % en 2020** par rapport à 2019. Ce pourcentage d'augmentation s'explique par une relance de l'activité de Solipam en 2020, avec l'élaboration de nouveaux protocoles de prise en charge.

Cependant, si l'on compare les années 2018 et 2020, **l'augmentation est, elle, de 0.2%**. Cela s'explique par une redéfinition de la file active qui comprend maintenant en plus des inclusions, les supports et les orientations et qui correspond à une reprise d'activité « classique » du réseau.

Par ailleurs, entre 2018 et 2017, la diminution des inclusions était déjà entamée (15,3% en 2018 par rapport à 2017) et ce phénomène n'a pu que s'accroître au regard des difficultés rencontrées par le réseau en 2019. L'année 2020 montre une situation similaire à 2016 et 2018.

***durée moyenne de prise en charge :** cet indicateur permet de compléter l'analyse des variations de la file active en tenant compte des délais de sortie du réseau (**figure n°10**).

Figure n°10 : Durée moyenne de prise en charge en jours

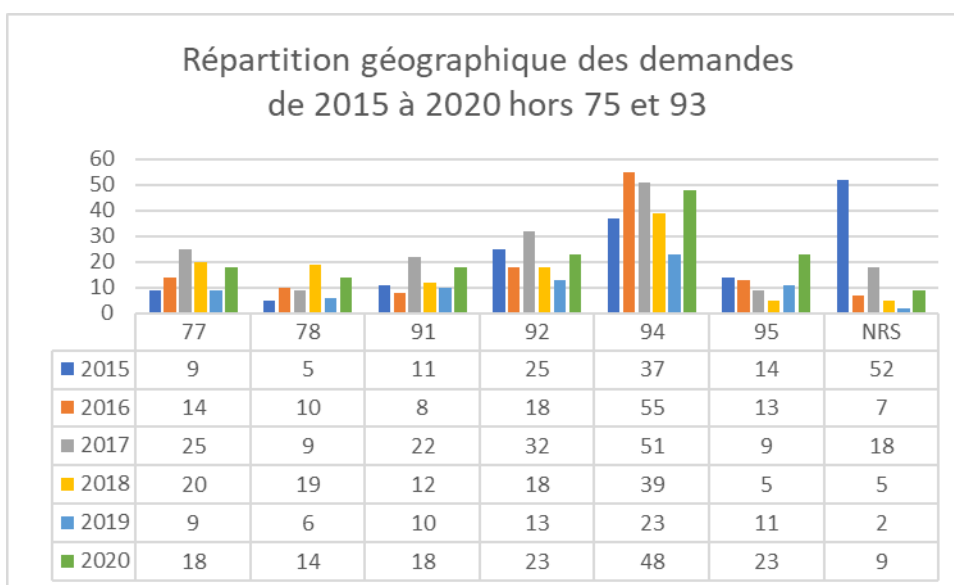
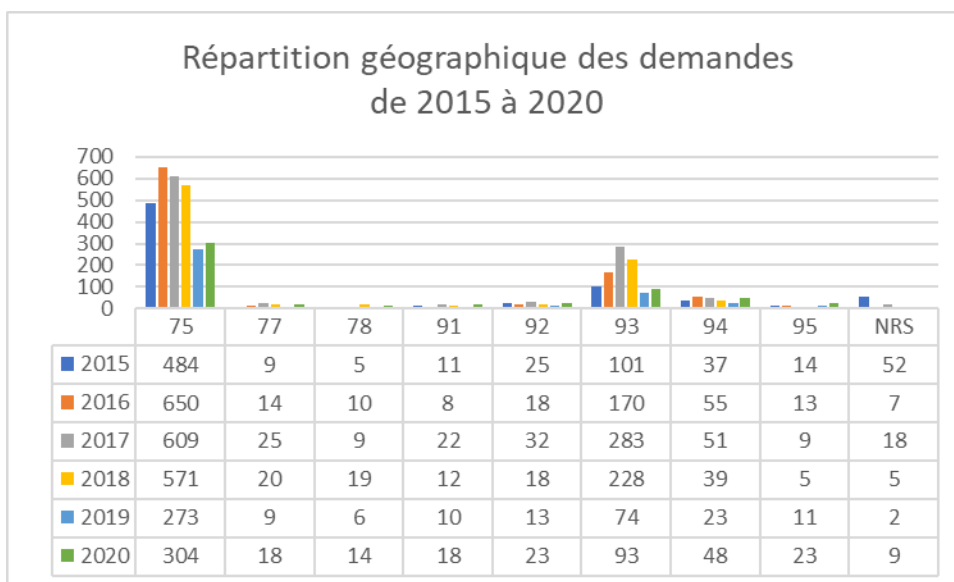


Commentaire :

La durée de prise en charge est calculée pour l'année 2020 uniquement sur la file des inclusions (et non des supports et des orientations, dont les durées de prise en charge ne dépassent pas 30 à 45 jours pour un support et 15 jours pour une orientation). Elle augmente de plus de 166 % entre 2019 et 2020, notamment en raison de la complexité des situations des femmes incluses pour une prise en charge. Cela particulièrement en raison de situation de rue persistante, mais également de difficultés à trouver un relais adapté à l'issue des 3 mois révolus du nouveau-né. Si l'augmentation de la durée de prise de charge montrait une complexité de plus en plus importante des situations incluses depuis 2016, celle-ci se réaffirme en 2020.

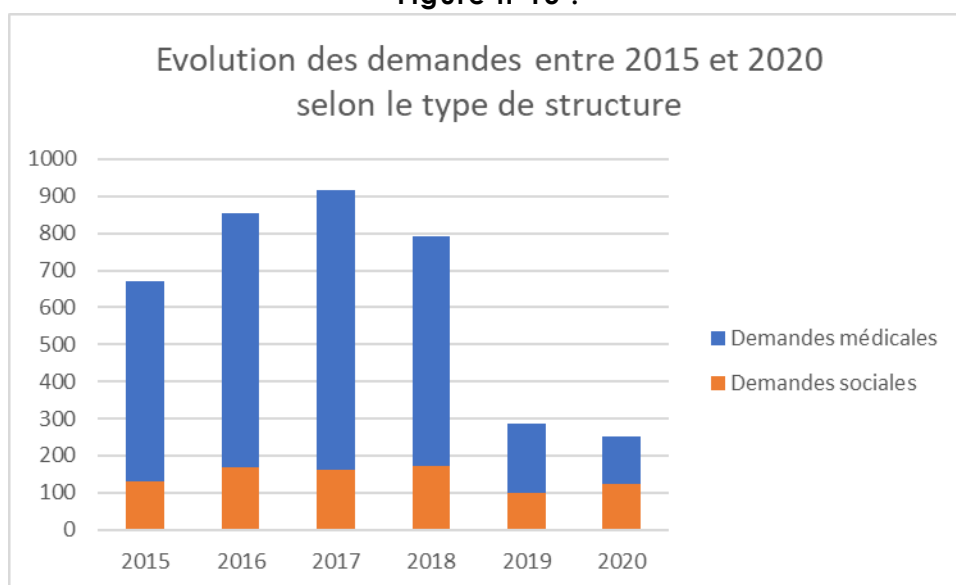
***comparaison de la répartition des demandes par département d'IDF année n/n-1 :** cet indicateur se veut un reflet indirect de la couverture territoriale du réseau (**figures n°11 et 12**)

Figures n°11 et 12 : Répartition géographique des demandes



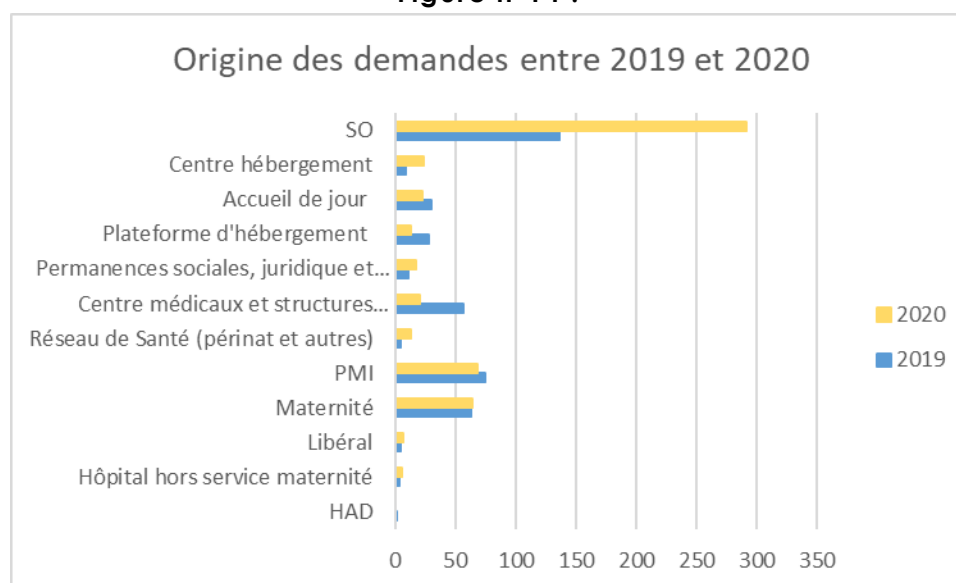
Si le département de Paris reste le principal demandeur, tant concernant les demandes effectuées par les professionnels que par les femmes, la dynamique de régionalisation se poursuit avec un étalement des demandes sur l'ensemble de l'Île de France. Paris reste le département d'où émane le plus grand nombre d'inclusions. Les nombres de demandes des services médico-sociaux des départements 94, 92, 91 et 77 progressent de nouveau par rapport aux années précédentes.

Figure n°13 :



Par ailleurs, il convient de noter que les demandes des professionnels restent à dominante médicale et que cette tendance reste stable entre 2015 et 2020. Néanmoins, on constate au sein des demandes médicales une tendance plus importante en 2019 d'un adressage des demandes provenant des PMI plutôt que des maternités qui se réajustent en 2020. Alors que la tendance était inverse en 2018.

Figure n°14 :



En réponse à la régionalisation croissante des demandes, l'équipe de Solipam organise des rencontres avec les professionnels concernés afin de mettre en place des protocoles de prise en charge conjointe. L'équipe sociale a ainsi pu rencontrer les SIAO urgence et insertion de plusieurs départements et l'équipe médicale poursuit les rencontres avec les réseaux périnataux très impliqués dans le nouveau projet du réseau SOLIPAM. Ce travail avec les départements franciliens est un axe de travail majeur de la coordination Solipam et s'inscrit dans la durée en 2020. Il a pour objectif général de favoriser une prise en compte globale et adaptée des besoins de chacune de ces femmes enceintes et de leurs enfants en fonction de leur ancrage dans différents territoires.

La fonction « support » du réseau à destination des professionnels permettait de renforcer la sensibilisation et la formation des professionnels, quant aux spécificités périnatalité/grande précarité et aux possibilités de travailler avec les dispositifs et ressources existantes sur l'ensemble du territoire régional. Cette fonction support se caractérisait par des appels aux standards de Solipam, transmis à la coordinatrice de permanence. Les orientations médicales et/ou sociales étaient ainsi assurées pour les familles ne pouvant relever de Solipam, les conditions de grande précarité n'étant pas toutes réunies. Dans la nouvelle organisation, un fiche navette est remplie via le standard ou via le numéro vert et toutes les situations sont staffées pour arbitrer d'une prise en charge via une inclusion, un support ou une orientation. Un retour est fait auprès de la femme ou du professionnel dans les 5 jours ouvrés.

Grace au numéro vert, cette fonction support est également proposée aux familles qui appellent le réseau, sans pour autant réunir les critères de grande précarité indispensables à leur inclusion. Ces familles bénéficient d'une orientation médicale et/ou sociale ou d'un support adapté en fonction des difficultés exposées aux coordinatrices.

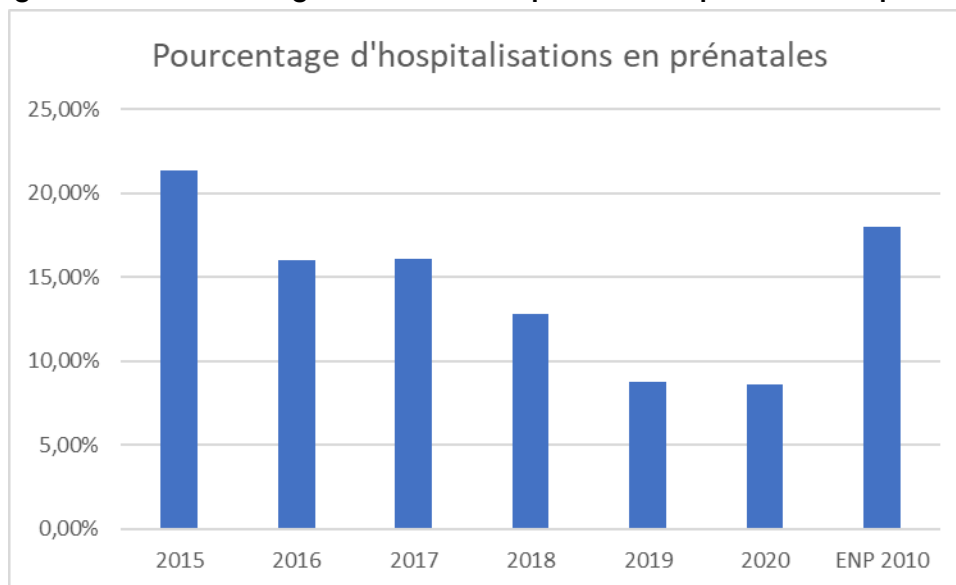
Enfin, les formations et les rencontres Solipam, sont l'occasion de faire connaître le réseau et de sensibiliser les acteurs de terrain aux risques périnataux liés à la grande précarité et aux ressources mobilisables pour les réduire. Ces événements permettent également aux professionnels d'échanger entre eux sur leurs pratiques professionnelles et ainsi d'améliorer la collaboration entre leurs secteurs d'activité (médicale, médico-sociale et psycho-sociale), au profit de tous les usagers du système de soins périnataux. En 2020, aucune formation n'a pu avoir lieu, même si une session était prévue en amont du second confinement puis en mars 2020 (elle se déroulera finalement probablement à l'automne 2021). Une nouvelle formule de séminaire est proposée en collaboration avec les réseaux périnataux : il s'agit de dupliquer à l'échelle des différents départements (deux par session) une journée de séminaire commun avec des acteurs d'un même territoire inscrit en binôme médico-social, puis d'une journée de stage dans une structure médicosociale, puis d'une journée de séminaire général réunissant les participants des deux départements. En raison du contexte sanitaire ces sessions n'ont pas pu se tenir. Nous avons pu maintenir la journée Solipam en décembre 2020, sous forme de webinaire, qui a réuni environ une centaine de participants (le programme de la journée est en annexe du rapport – **Annexe n°3** – et les présentations sont en accès libre sur le site internet – lien : [Rencontres Solipam 2020](#)).

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. Les principaux indicateurs de ce type sont :

Taux d'hospitalisations prénatales (figure n°15) : comparaison avec l'Enquête Nationale Périnatalité.

Figure n°15 : Pourcentage de femmes hospitalisées en prénatales depuis 2015



Commentaire :

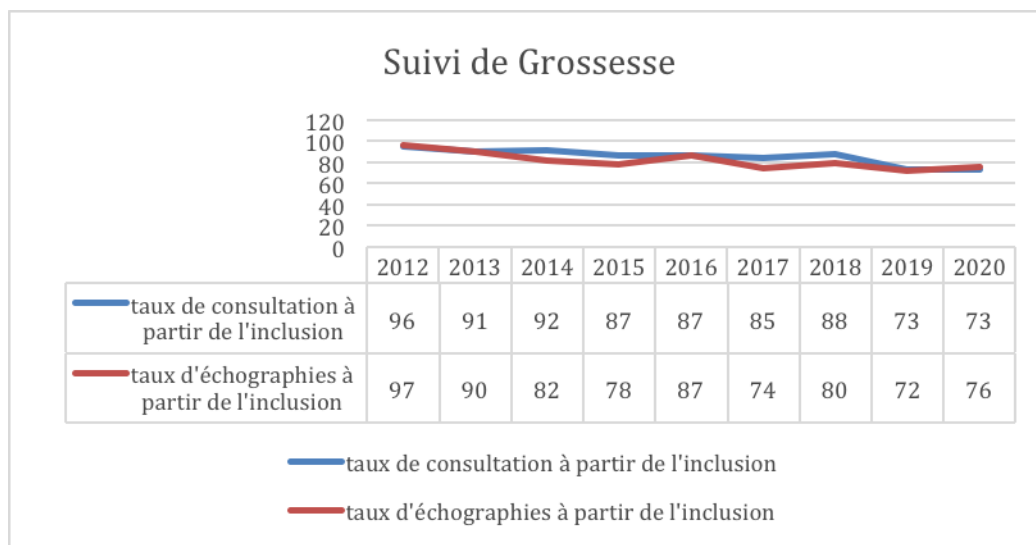
Le pourcentage de femmes hospitalisées en 2018 est de 15%. Il est passé à 7% en 2019 et est resté stable en 2020. Ce taux s'avère nettement inférieur à celui de la population générale selon ENP de 2010 (18%). Si cette donnée pouvait les années précédentes être considérée comme le reflet d'une meilleure anticipation des risques obstétricaux, réduisant le nombre d'hospitalisations évitables du fait de meilleurs suivis, particulièrement médicaux en 2019 dans la mesure où l'équipe SOLIPAM réduite à son strict minimum durant plusieurs mois, était composée de sages-femmes, ce taux en 2020, est certainement symptomatique de la situation sanitaire et de la mobilisation des services de santé sur les prises en charge liées au COVID, reportant certaines prises en charge « non essentielles ». Par ailleurs, certaines études ont mis en avant un moindre recours aux soins, voir un renoncement aux soins durant l'année 2020, particulièrement chez les classes populaires¹ ces éléments peuvent nous donner des clés de lecture sur les taux d'hospitalisation des femmes suivies au sein du réseau SOLIPAM. Enfin, particulièrement en temps d'épidémie et de saturation des services de santé, cela **peut aussi témoigner de la difficulté de certaines maternités à considérer la grande précarité sociale comme un risque médical à part entière qui nécessiterait, pour certaines situations complexes, une hospitalisation en grossesse pathologique.** La précarité sociale doit être prise en compte comme un facteur de

¹ [Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 \(insee.fr\)](https://www.insee.fr/fr/statistiques/1511144?geo=FRANCE) DOSSIERS DE LA DREES n° 62 • juillet 2020 Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 État des lieux et perspectives Dossier coordonné par Claire-Lise Dubost, Catherine Pollak et Sylvie Rey (DREES)

risque médical. Cette notion de risque social périnatal reste un des axes majeurs de sensibilisation des professionnels de santé et des maternités pour 2020 via le développement d'une collaboration étroite avec les réseaux de périnatalité.

Taux de conformité du suivi de grossesse pendant la prise en charge dans le réseau (figure n°16) : mesure du soutien de la coordination médicale dans l'accès et le maintien des femmes enceintes incluses dans un parcours de soins périnataux adaptés

Figure n°16 : Suivi de grossesse des femmes pendant la prise en charge par le réseau



Commentaire :

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 IDF ont parfois des délais de rendez-vous incompatibles avec un suivi adapté (fin de grossesse non suivie parce qu'arrivée sur le territoire après 7 mois ou impossibilité d'inscription faute de place). 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.** En outre, le suivi de la cicatrice de césarienne en sortie de maternité s'avère une difficulté non négligeable (cela concerne plus d'un tiers de femmes incluses dans le réseau) pour trouver un lieu de soins infirmier quand l'ouverture de droit n'est pas encore assurée (ablation des agrafes par exemple).

Dans ce cadre, nous avons réfléchi collectivement, avec l'appui des réseaux périnataux, à la mise en place d'une visite du postpartum par des sages-femmes libérales. Nous avons décroché un soutien de la Fondation Sanofi Espoir dans le cadre de ce projet (évoqué plus en détail page 52).

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 pour 88% en 2018 et de 73% en 2019 des femmes enceintes. Cette diminution peut être dû à la

complexité toujours plus grande des parcours de soins des femmes incluses dans le réseau mais également l'absence durant un temps de l'année 2019 de l'équipe de coordination médicale et sociale. En 2020, la situation n'a pas évolué favorablement, elle reste stable, mais ce phénomène s'explique en grande partie par la difficulté à maintenir une continuité des soins en contexte de saturation des services de santé et de mesures de confinement. Le maintien de cette stabilité a été possible grâce à la grande mobilisation de l'équipe de coordination médicale.

Nombre moyen d'hébergement pendant la prise en charge réseau (figure n°17) :

Celui-ci permet une mesure du travail de la coordination sociale avec les dispositifs sociaux afin de soutenir les familles dans leur projet de stabilisation et d'améliorer l'inscription et le maintien dans les soins de proximité. Cet indicateur rend compte de la qualité des partenariats entretenus avec les 115 et les SIAO départementaux, tout en mesurant les difficultés rencontrées pour répondre aux demandes de mise à l'abri de ces familles.

Figure n°17 : Nombre d'hébergements par femme (sur les sorties de réseau 2019/ 2020)

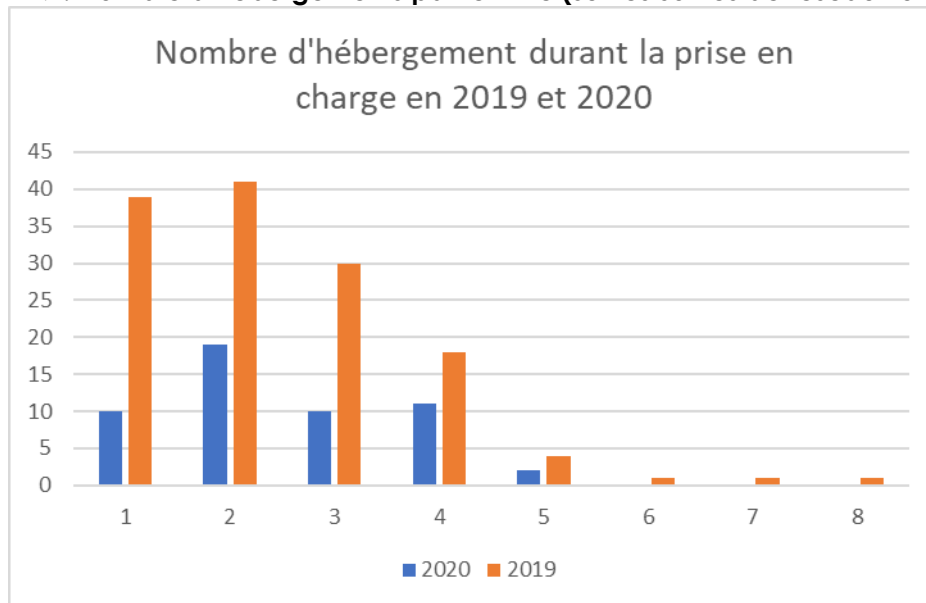
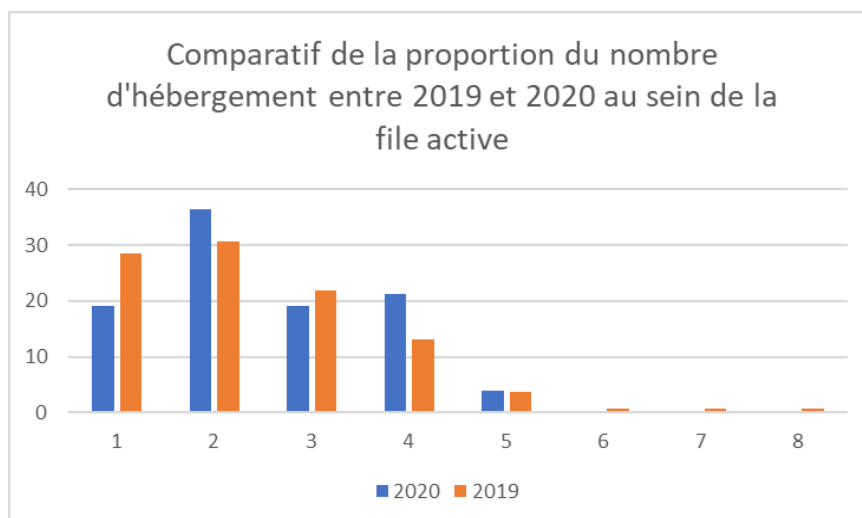


Figure n°18 :

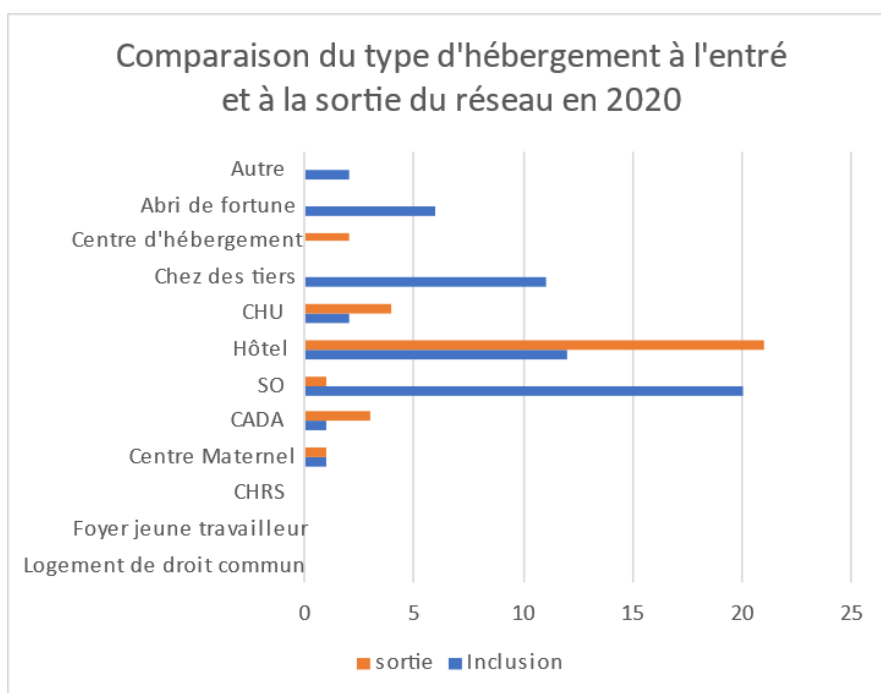


Commentaires :

En 2019, les femmes de la file active ont pu avoir jusqu'à huit hébergements différents durant leur prise en charge. On ne retrouve pas cette tendance en 2020, puisque les femmes de la file active ont pu avoir jusqu'à cinq hébergements durant leur prise en charge. Cela s'explique probablement en raison du premier confinement, durant lequel l'état d'urgence a permis une mise à l'abri massive des personnes en situation de rue. Cependant, en 2019 seulement 18,8% des femmes de la file active ont eu plus de trois hébergements, en 2020 un quart de la file active (25,1%) a connu plus de trois hébergements durant la prise en charge. De la même manière, en 2019 ce sont un peu plus de 80% des femmes de la file active qui ont eu au maximum trois hébergements. En 2020, ce seront 75% des femmes de la file active qui connaîtront jusqu'à trois hébergements au maximum. Cette observation démontre que le nombre d'hébergement que les femmes de la file active peuvent connaître a réduit. Cependant, on constate sensiblement la même proportion de femmes de la file active ayant connu plus ou moins de trois hébergements qu'en 2020.

La plupart des changements d'hébergement se font en anténatal avec en général un hébergement encore différent après la sortie de maternité du fait de la modification de la composition familiale avec l'arrivée du nouveau-né. Bien que la mobilisation de tous les acteurs permette de stabiliser les sorties de maternité, il reste difficile dans certains départements pour les familles de bénéficier d'une stabilisation de l'hébergement et ceci, de la sortie de la maternité et jusqu'au trois mois de l'enfant (lors de la sortie du réseau Solipam). La sortie de la maternité reste un point de vigilance majeure dans l'accompagnement de ces femmes enceintes.

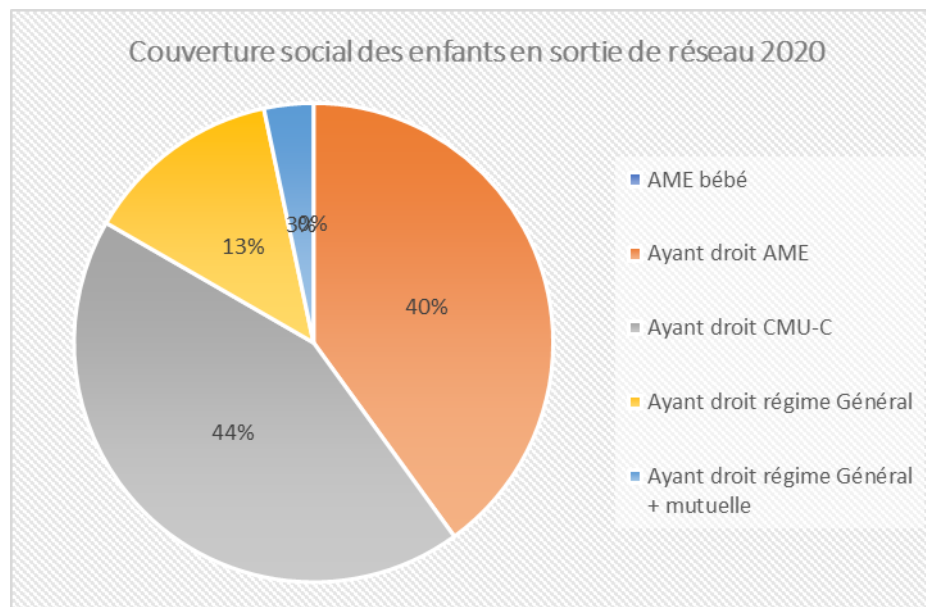
Figure n°19 : Comparaison du type d'hébergement à l'entrée et à la sortie du réseau (sur les sorties du réseau datant de 2020)



Ne pouvant attester d'une présence de plus de trois mois sur le territoire, les femmes incluses dans le réseau sont, pour plus de 60% d'entre elles sans couverture sociale à l'entrée dans le réseau. De plus, en octobre 2020 une réforme de l'assurance maladie a encore allongé le temps de délai d'accès à l'assurance maladie puisqu'il est nécessaire maintenant d'avoir trois mois de présence en France et sans visa.

Les premières preuves de présence de ces femmes sur le territoire correspondent souvent à leur première consultation aux urgences ou à Médecins du Monde par exemple. Elles sont respectivement 15,2% et 15,9% à bénéficier de la CMUC ou de l'AME en 2019 contre 16,36% et 12,73% en 2020.

Figure n°20 : Couverture sociale de l'enfant (sorties de réseau 2020)



Les enfants sont rattachés à l'un des deux parents. Le parent qui élève l'enfant est privilégié, toutefois nous avons eu plusieurs situations en 2020 d'enfants pour lesquels l'assurance maladie exigeait le rattachement sur la sécurité sociale « la plus avantageuse », ce qui peut engendrer par la suite des difficultés pour le parent présent au quotidien avec l'enfant.

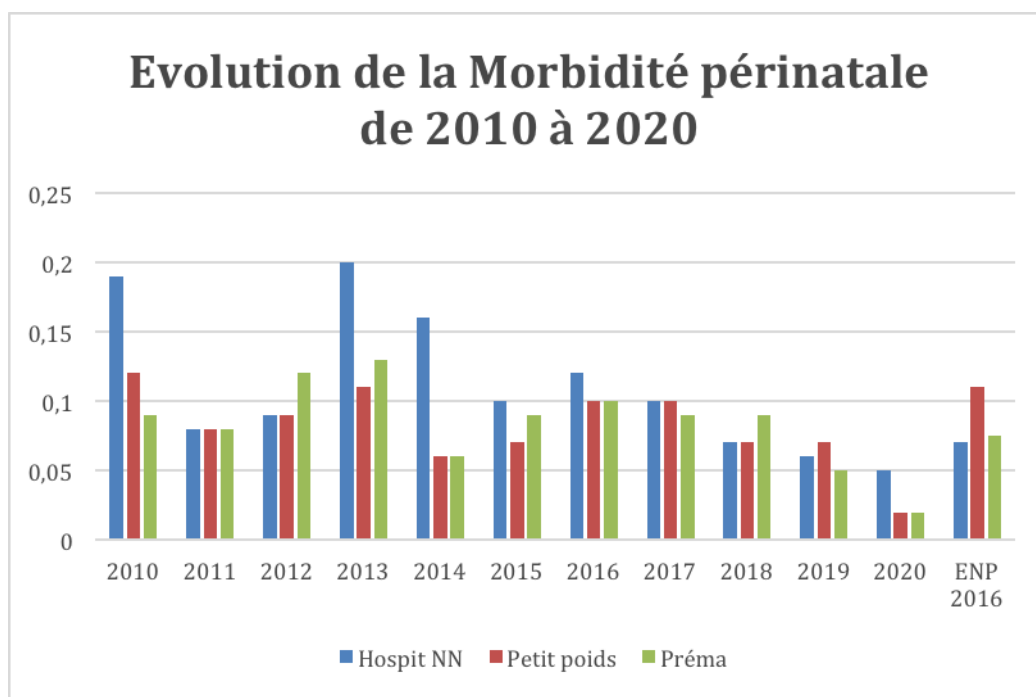
A noter qu'aucun enfant ne bénéficie d'une AME séparée de leur parent alors que la loi prévoit l'ouverture des droits à l'AME pour tout enfant mineur, jusqu'à ses 16 ans, dont les parents sont en situation irrégulière. En effet, il est possible de rattacher l'enfant ayant droit aux deux parents. La CPAM 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.

Des indicateurs de résultats en santé périnatale :

Ces indicateurs ont été choisis pour pouvoir être comparés aux résultats de la dernière Enquête Nationale Périnatale (conduite en 2016). La morbidité 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.

Figure n°21 : Evolution de la Morbidité périnatale de 2010 à 2020

	Hospit NN	Petit poids	Préma
2010	0,19	0,12	0,09
2011	0,08	0,08	0,08
2012	0,09	0,09	0,12
2013	0,2	0,11	0,13
2014	0,16	0,06	0,06
2015	0,1	0,07	0,09
2016	0,12	0,1	0,1
2017	0,1	0,1	0,09
2018	0,07	0,07	0,09
2019	0,06	0,07	0,05
2020	0,05	0,02	0,02
ENP 2016	0,07	0,11	0,075



Commentaire :

Le taux d'hospitalisation néonatale des femmes suivies par SOLIPAM est comparable au taux en population générale (ENP 2016), ce qui est à mettre au crédit du travail de la coordination du réseau et des professionnels impliqués 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. Leur probable sous-estimation par une approximation des données récoltées via les femmes devra être travaillée en 2021. L'objectif est d'obtenir systématiquement les comptes-rendus d'accouchement afin de minimiser les erreurs. Toutefois, ces données exploitables prouvent l'implication de la coordination dans la prévention des risques inhérents à la grossesse.

Le taux de prématurité a nettement diminué en 2019 et 2020 et est passé depuis 2019 en dessous de celui de l'ENP de 2016. Cette tendance devra être validée en 2021 pour pouvoir tenter de poser des hypothèses sur ce processus s'il persiste. En effet, les situations de 2019 et

2020 au sein du réseau Solipam et dans le contexte général sanitaire et social ne permettent pas de tirer de conclusions relatives à cette tendance. Une attention particulière a d'ailleurs été portée à la précarité. Un indice de précarité a même été étudié pour la première fois.

Bien qu'ils ne s'agissent que de statistiques descriptives, ces chiffres restent malgré tout encourageants et viennent conforter le réseau dans la pertinence de ses missions et outils de soutien aux professionnels et aux familles concernées.

Le chapitre « épidémiologie » de ce rapport, fondé sur la base de données du réseau, apporte un éclairage détaillé des risques périnataux encourus par ces femmes enceintes et ces nouveau-nés.

Fonctionnement de l'équipe

Entre septembre et décembre 2019, une équipe réduite (assistante de direction, sage-femme, travailleuse sociale et à partir de novembre direction) a participé à produire un rapport d'étonnement et conduit différentes actions en vue de repartir sur les bases d'un nouveau projet, tout en continuant à répondre aux sollicitations des professionnels et des usagères faisant appel au réseau (sortie de la file active ; appropriation des anciens protocoles et proposition de nouveaux ; réflexion sur la base de données ; déménagement ; rencontre avec les partenaires extérieurs et définition du nouveau projet).

Un fonctionnement d'équipe repensé fin 2019 et mis en place en 2020.

Au regard de l'ensemble de l'activité proposée pour le nouveau projet SOLIPAM. Nous avons proposé en décembre la constitution de l'équipe suivante :

Composition de l'équipe et répartition du travail

Composition de l'équipe permanente :

- Equipe administrative est composée de deux personnes :
- **Clélia Gasquet-Blanchard**, direction/chargée de projet (1ETP) :
 - o 0,6 ETP Direction du réseau (RH, gestion des comptes, management de l'équipe, rédaction des écrits, rencontres partenaires, développement du projet de réseau et mise en œuvre)
 - o 0,4 ETP Valorisation des données SOLIPAM, recherche sur les thèmes migrations, trajectoires des femmes enceintes et rapports sociaux et inégalités de santé
- **Julie Dabadie**, assistante de direction (1 ETP) :
 - o 0,8 ETP Assistante de direction (RH, gestion logistique et des comptes, organisation des formations, rédaction des écrits, rencontres partenaires, développement du nouveau projet)
 - o 0,2 ETP Animation du site internet de la communication du réseau (newsletter trimestrielle), mise en place de la base de données
- L'équipe de coordination sociale est composée de trois assistantes sociales :
 - o **Tatevik Nadaryan** (0,8 ETP), puis **Gerda de Lépine** (1ETP) arrivée en juillet 2020 :
 - 0,6 ETP appui au suivi des femmes
 - 0,1 puis 0,2 ETP séminaire, organisation des journées, intervention
 - 0,1 puis 0,2 ETP Mise en œuvre des projets (ateliers et projet théâtre) et partenariats
 - o **Capucine Toulouse** (1 ETP) arrivée en septembre 2020 :
 - 0,8 ETP appui au suivi des femmes et action visite à domicile durant le premier confinement
 - 0,1 ETP séminaire, organisation des journées, intervention
 - 0,1 ETP Mise en œuvre des partenariats
 - o **Raphaël Moine** (1 ETP) arrivée en janvier 2020 :
 - 0,8 ETP appui au suivi des femmes
 - 0,1 ETP séminaire, organisation des journées, intervention

- 0,1 ETP Mise en œuvre des partenariats
- L'équipe de coordination médicale est composée de deux sages-femmes :
 - **Alexandra Maslin** (1 ETP) arrivée en septembre 2019 :
 - 0,6 ETP sage-femme : appui au suivi des femmes
 - 0,2 ETP valorisation des données SOLIPAM ; mise en place de la base de données
 - 0,1 ETP Mise en œuvre des projets (participation au projet G4P au projet atelier) et partenariats
 - 0,1 ETP séminaire, organisation des journées, intervention
 - **Céline Chatellier** (1 ETP) recrutée arrivée en janvier 2020 :
 - 0,6 ETP appui au suivi des femmes
 - 0,2 ETP Mise en œuvre des projets (ateliers et visite postpartum) et action visite à domicile durant le premier confinement
 - 0,2 ETP séminaire, organisation des journées

Activité RH (non-renouvellement de contrat, démission, recrutement)

Au terme de son CDD (0,8 ETP), une des travailleuses sociales (Tatevik Nadaryan) n'a pas souhaité poursuivre sur un poste en CDI. L'équipe administrative et la Présidence du réseau a alors procédé à une campagne de recrutement courant avril pour une nouvelle assistante sociale coordinatrice. Celle-ci a pris son poste le 15 juillet en CDI, sur un 1 ETP (Fond FIR). Il s'agit de Gerda de Lépine.


L'annonce de la démission de Capucine Toulouse, assistante sociale coordinatrice, pour un poste plus en lien avec le terrain, a conduit l'équipe administrative et la présidence de l'association à lancer une nouvelle campagne de recrutement en décembre 2020, une nouvelle assistante sociale coordinatrice Marie Tahiri, prendra ses fonctions début janvier 2021, dans le cadre d'un CDI sur 1 ETP (Fond FIR).

Par ailleurs, la possibilité de la mise en place du projet InfAU Préca-Périnatal grâce à son financement a également conduit au recrutement d'une chargée de projet : Linda Sahnoun, recrutée en CDD de deux ans (un an financé par l'ARS sur des FD et un an financé par la Fondation de France) sur un 0,5 ETP.

Par ailleurs, le réseau s'appuie ponctuellement durant l'année sur un soutien temporaire à l'équipe en fonction des projets collectifs que souhaite développer le réseau selon les besoins du terrain et de l'évolution du contexte :

- **Deux étudiantes, Océane DEVIGNE et Khadijatou DIAMBOU**, de l'IFSI Paul GUIRAUD (Villejuif), stagiaires infirmières en binôme sur un projet spécifique durant 10 semaines en 2020 (d'avril à mai) devait intervenir sur des missions de prévention, mais la situation sanitaire (le premier confinement a arrêté leur intervention). Le partenariat sera relancé pour l'année 2021 (à l'automne : octobre et novembre)

- **Clémence Felden** : Etudiante en sciences politiques (stage au sein du réseau SOLIPAM) :

Titre : L'accès aux soins des femmes enceintes en situation de grande précarité Étude mixte (qualitative et quantitative) pour conduire une analyse prospective de l'évolution des types de précarités rencontrés par le public du réseau SOLIPAM et des difficultés qui y sont associées. Auteure : Clémence Felden, Sous la direction de Mme Nora El Qadim & Mme Audrey Mariette  Institution : UNIVERSITÉ PARIS 8 VINCENNES-SAINT-DENIS Formation : Master 2 Science politique, Parcours Diversités, Discriminations & Représentations

- **Nikita Maucotel** : Accompagnements de mémoire sage-femme

Titre : Prise en charge, par les sages-femmes des maternités d'Ile de France, des femmes migrantes logées en hôtel social Auteure : MAUCOTEL Nikita ; Directrice de mémoire : Mme Nathalie BANEUX Institution : ESF – SORBONNE UNIVERSITÉ Formation : ÉCOLE DE SAGES-FEMMES SAINT-ANTOINE
--

- **Romane Couteux** : Etudiante en santé publique (en partenariat avec l'EHESP, rémunération EHESP) :

Titre : Facteurs de risque en périnatalité. Etude des effets de la grande précarité sur la santé des femmes enceintes reçues par Solipam entre 2011 et 2018. Auteure : Romane Couteux Institution : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique Formation : Master 2 mention Santé Publique parcours Promotion de la Santé et Prévention https://solipam.fr/Facteurs-de-risque-en-perinatalite,441
--

Cette proposition d'appui par des stagiaires pour des missions ponctuelles pourra être réajustée selon l'accord d'attribution de fonds dédiés mais aussi en fonction de l'activité du réseau.

La répartition de l'ensemble de l'activité est proposée comme suit (**figure n°22**) :

Figure n°22 :

Répartition de l'activité par poste en ETP	Total (etp)	Direction	Assistante de direction	Chargée de projet (0,5 etp)	Assistante sociale 1 (0,8 puis 1 etp)	Assistante sociale 2	Assistante sociale 3	Sage-femme 1	Sage-femme 2
Formation, intervention et journées SOLIPAM	0,75	0,1	0,2	0,05	0,1	0,1	0,1	0,1	
Recherche	0,7	0,4			0,1			0,1	0,1
Partenariats (rencontres, actions de communication)	0,85	0,2	0,1	0,05	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Développement de projet	0,65	0,1	0,05		0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Ateliers régionaux	0,85	0,1	0,05	0,4		0,1	0,1		0,1
Activité de logistique et gestion RH	0,7	0,1	0,6						
Activité de support orientation et suivi	3				0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Total	7,5	1	1	5	1	1	1	1	1

Figure n°23 : Composition et coordonnées de l'équipe de SOLIPAM fin 2020

Pôle administratif				
Nom	Prénom	Poste	Mail	Téléphone
GASQUET-BLANCHARD	Clélia	Directrice	clelia.gasquet@solipam.fr	01 48 24 19 28 06 22 07 63 53
DABADIE	Julie	Assistante de direction	secretariat@solipam.fr	01 48 24 16 28 07 50 54 27 52

Pôle médical				
Nom	Prénom	Poste	Mail	Téléphone
MASLIN	Alexandra	Sage-femme coordinatrice	alexandra.maslin@solipam.fr	01 48 24 19 26
CHATELLIER	Céline	Sage-femme coordinatrice	celine.chatellier@solipam.fr	01 48 24 19 26

Pôle social				
Nom	Prénom	Poste	Mail	Téléphone
DE LEPINE	Gerda	Assistante sociale coordinatrice	gerda.delepine@solipam.fr	01 48 24 19 27
TOULOUSE	Capucine	Assistante sociale coordinatrice	capucine.toulouse@solipam.fr	01 48 24 19 27
MOINE	Raphaël	Assistant social coordinateur	raphael.moine@solipam.fr	01 48 24 19 27

Fonctionnement de l'équipe et prévention des risques psychosociaux

L'association s'adosse à la convention collective 51, sans en être signataire. Une embauche de temps plein est favorisée pour souder l'équipe, organisée selon des contrats de 35, 37,5 ou 39 heures selon le souhait du salarié de bénéficiaire ou non de RTT. Des jours de télétravail ont été mis en place, notamment en raison du contexte sanitaire mais cette démarche était par ailleurs en cours d'élaboration selon les besoins de l'équipe pour les postes plein temps de manière hebdomadaire quand l'équipe sera au complet. Les congés annuels sont passés de 25 à 30 jours pour l'ensemble des salariés.

Une supervision mensuelle est organisée pour évoquer les situations rencontrées.

Un staff a lieu chaque lundi et jeudi matin et une réunion d'équipe est également organisée de manière bi-mensuelle, ou plus fréquemment selon les besoins de l'équipe.

Le fonctionnement par fiche navette (professionnel et numéro vert) est maintenu pour bénéficier d'une vision des situations de terrains qui ne sont pas traitées par le réseau.

Et un nouveau protocole de suivi est défini :

- L'activité d'inclusion, de support et d'orientation est renouvelée et ventilée avec une activité qui « fait sens » pour le ou la professionnelle (sage-femme ou assistant·e social·e : recherche, plaidoyer, animation scientifique ou communication) afin de limiter l'impact des situations difficiles auxquelles sont confrontées l'équipe.
- L'équipe s'adosse à un projet pensé collectivement pour la période 2020-2022.

Pour mettre en œuvre ce projet, il est indispensable de :

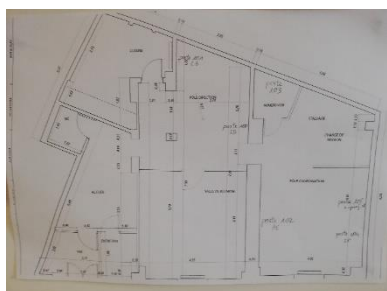
Recentrer l'activité :

Nous avons souhaité avec le concours de l'ARS IDF centrer l'activité sur des parcours régionaux et diminuer de manière conséquente la file active en vue de pouvoir retravailler l'établissement de liens forts entre le réseau et les acteurs du terrain, renouvellement des partenariats, développement de projets impliquant les acteurs. Cela permet une sensibilisation des équipes sur le terrain aux thématiques de SOLIPAM et nous l'espérons, l'amélioration à terme des suivis des femmes articulés autour d'un réseau d'acteurs. Ces projets sont élaborés collectivement avec les partenaires qui souhaitent s'y associer et font suite à la consultation préalable d'un panel de partenaires en amont. Ils devraient être des leviers vers des liens entre le réseau et les institutions et structures dans lesquels travaillent les professionnels sociaux et sanitaires. Ils participent à l'identification des partenaires de terrain en demande d'appui auprès du réseau.

Déménagement (2019), travaux (2020) et équipement :

Le bail locatif du 3/5 rue de Metz dans le 10^{ème} qui abritait le réseau a été résilié en juin 2019. L'ARS ayant accepté une augmentation du budget locatif. Nous avons finalisé un contrat le 16 décembre 2019 pour une nouvelle location à hauteur de 42 000 euros annuels au rez-de-chaussée du **52 rue Richer dans le 9^{ème} arrondissement à Paris** et avons emménagé dans les locaux le 18 décembre 2019. Ce déménagement a nécessité une logistique importante, l'organisation de la mise aux normes des nouveaux locaux et l'organisation des locaux nécessitant des travaux de cloisonnement de l'espace de travail fin décembre 2019 et début janvier 2020.

L'aménagement au 52 rue RICHER, Paris 9^{ème}, a permis de limiter les nuisances du travail en open-space et accueillir les femmes dans de bonnes conditions lors d'un rendez-vous d'inclusion.

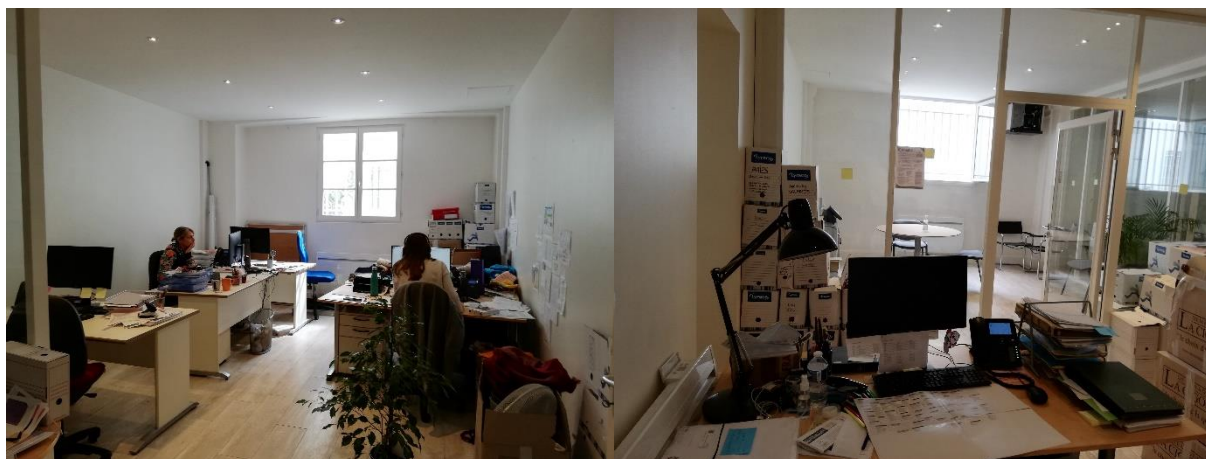


Photographie 1 : Plan des locaux

Les locaux disposent d'un sas pour laisser les poussettes, un espace d'accueil et d'attente pour les femmes, un espace d'entretien pour les inclusions, une salle de réunion, une cuisine/salle de détente pour l'équipe, un espace pôle administratif, un espace de travail pôle coordination, un sas « numéro vert », et un espace pour la chargée de projet et les stagiaires éventuels.

Photographie 2 : L'espace pôle de coordination

Photographie 3 : Vue d'un bureau du pôle administratif vers la salle de réunion



Equipement partiel en informatique portable de l'équipe, en vue d'une mise en place possible ponctuelle de télétravail. Cela a permis une mise en place techniquement plus confortable du télétravail durant les périodes de confinement de l'année 2020. Le télétravail est maintenu un jour par semaine pour l'ensemble des membres de l'équipe. La fin de l'appareillage en ordinateur portable pour l'ensemble de l'équipe sera discutée avec l'ARS en 2021.

Conduite de l'évolution du système d'information du réseau (projet 2020-2021) :

La mise en place d'un nouveau système d'information permettra une saisie plus efficace, une exportation des données facilitée, une mise en lien des différentes bases (femmes, annuaire, activité etc.). C'était une demande importante de l'ancienne équipe. Une formation sous ACCESS® a été suivie début 2020 par l'ensemble de l'équipe. L'architecture de la base de données a été réalisée et sa mise en place est en cours mais demande un investissement de temps important (et sa réalisation se fait par l'une des sage-femme coordinatrice et l'assistante de direction, sa mise en place se fera donc que courant 2021 et n'a pu être réalisée en 2020 comme initialement prévue. La mise en place de la base ACCESS permettra de regrouper les bases de données (de suivi des femmes, celle des acteurs, institutions et partenaires, celle regroupant l'activité des salariés du réseau). Ce dispositif permettra à terme i) de collecter un ensemble d'informations qualitative et quantitative et ii) d'améliorer les échanges au sein de l'équipe, le suivi de l'appui proposé aux femmes et aux professionnels, iii) d'être en mesure d'avoir accès à une information à jour rapidement, iv) mais aussi de collecter l'information en vue de l'exporter pour la réalisation du rapport d'activité.

Développer le versant communication (projet 2020-2021) :

La mise à jour du site internet a été en partie conduite en 2020, notamment sur les contenus, une lettre d'informations utiles durant le confinement (structures médicales et sociales ouvertes et modalités de fonctionnement) a été tenue à jour durant tout le premier confinement et plusieurs articles scientifiques relatifs aux questions de périnatalité et précarité sont également relayés sur notre site internet.

Nous souhaiterions également en 2021 pouvoir revoir le site internet pour une refonte en vue d'améliorer sa visibilité et son usage. Nous souhaitons également positionner Solipam en 2021 au sein de certains réseaux sociaux, notamment Twitter, Facebook et Instagram. Ce projet est en cours d'élaboration. Il nécessite de fournir du contenu régulier de la part du réseau pour alimenter ces différents médias. Ce développement permettrait une meilleure visibilité du

réseau par certains acteurs, mais également de mettre en valeur la mission plaidoyer portée par **Raphaël Moine**.

Ces aspects seront développés notamment par **Julie Dabadie et Marie Tahiri** (arrivée en janvier 2021).

Par ailleurs, dans l'idée de l'établissement d'un projet collectif animant l'ensemble de l'équipe, ces nouvelles modalités de fonctionnement impliquent également plus largement l'équipe dans les relations partenariales avec l'extérieur.

Il est important de souligner que i) l'équipe arrivée en septembre 2019, a conduit de front, une prise en poste sans réelle passation de service, le maintien de la file active et la reprise d'une astreinte du numéro vert ainsi qu'une réflexion active autour du développement du nouveau projet avec l'équipe administrative ; ii) l'équipe au complet début 2020 a pris ses marques dans un contexte de crise sanitaire.

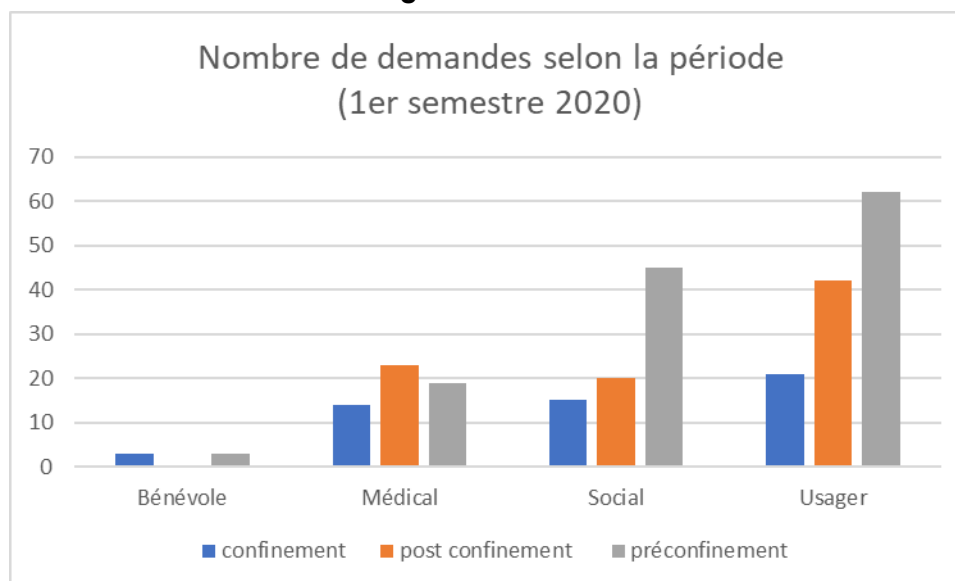
Fonctionnement en contexte COVID durant la période d'état d'urgence sanitaire lié à l'épidémie de Covid-19

- A partir du 16 mars, l'activité du réseau a perduré. Durant les deux dernières semaines de mars, une ouverture du site selon un système de rotation de l'équipe (par 3, les 15 premiers jours) pour limiter les contacts, tout en maintenant la possibilité de recevoir des femmes si elles se présentaient (**Annexe 4²**).
- Durant le premier confinement, l'activité a été ralentie notamment en raison de la fermeture d'un grand nombre des structures partenaires de SOLIPAM, et également en raison de l'état d'urgence permettant l'hébergement des femmes en situation de rue, alors moins amenées à appeler le numéro vert, mais également en raison de leur peur, de sortir, d'être verbalisées, etc.

Il semble important de souligner que si les femmes à la rue ont été rapidement hébergées, la possibilité de s'alimenter (banque alimentaire, lieux de distribution, etc.) a été plus longue à mettre en place.

Par ailleurs, si la situation d'état d'urgence a permis l'hébergement des femmes en situation de rue durant le premier confinement, l'arrêt de l'état d'urgence et de la trêve hivernale ont eu un impact direct sur les femmes en situations de grande précarité qui nous ont de nouveau sollicitées relativement à des situations de rue. Il semble d'ailleurs important de souligner que ces situations ont perduré durant le second confinement.

Figure n°24 :



² Les protocoles ont été revus toutes les deux semaines en fonction des annonces gouvernementales. Nous ne faisons pas figurer l'ensemble des protocoles. Seuls deux sont présentés en annexe.

Figure n°25 :

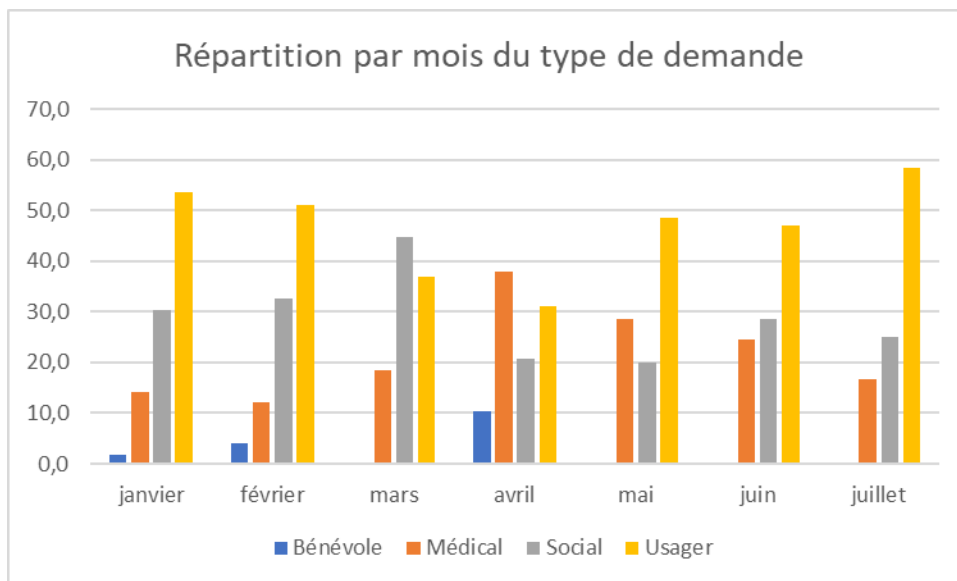
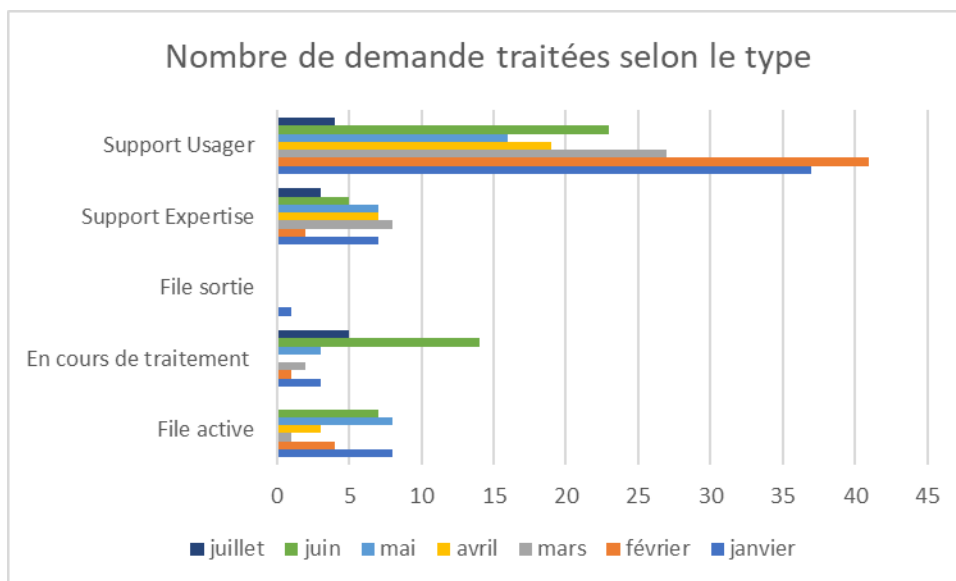


Figure n°26 :



- A partir du mois d'avril, une permanence du réseau a été maintenue les lundis et jeudis, avec deux équipes en rotation (toujours de 3 personnes, pour avoir une représentativité de l'équipe sociale, médicale et administrative), et un maintien du télétravail pour le reste de l'équipe (**Annexe 5**).
- Devant les difficultés rencontrées par certaines femmes pour pouvoir s'alimenter et subvenir aux besoins primaires de leurs nouveau-nés, à partir de mi-avril, une « tournée SOLIPAM », sur la base du volontariat, a été mise en place par le réseau en Ile de France pour appuyer les femmes les plus isolées du réseau (distribution de lait, savon et couche, lorsqu'elles étaient dans l'impossibilité de trouver un lieu d'approvisionnement pour les besoins primaires de leur enfant) (**Annexe 6**). Cette initiative a été conduite par **Céline Chatellier et Capucine Toulouse** et soutenue par la dotation de la **Fondation Seligman**

qui a accepté durant l'urgence socio-sanitaire de réorienter le fond alloué à SOLIPAM pour l'interprétariat et la formation en langue française.

Figure n°27 : Femmes et nouveaux nés rencontrés durant le confinement.

Distribution	Date	Nb Femmes							Total	NB BB
		75	77	78	92	93	94	95		
1	10/04/2020	4		3	1			3	11	11
2	17/04/2020	2		1		1		1	5	5
3	24/04/2020	2	2			1	1		6	8
4	30/04/2020			1				2	3	3
5	05/05/2020	1	2					2	5	5

Début mai, et dans un contexte de besoins accrus de lien pour les femmes en situation de grande précarité avec un maintien des suivis de grossesse et des nouveau-nés parfois en pointillés durant la période de confinement, nous avons préparé pour le 11 mai une reprise d'activité en présentielle avec une rotation de l'équipe et la possibilité d'inclure de nouveau des femmes. Cette rotation de l'équipe a été revue chaque semaine. Une reprise des inclusions était possible dès le lundi 4 mai. Les mesures de distanciation sociale et de protection de la femme et de l'équipe ont été respectées.

Les locaux, d'une superficie de 95m², permettent à une équipe de 6 personnes de mettre en œuvre les mesures de distanciation sociale nécessaire à la protection de l'équipe mais également des femmes accueillies en vue de leur inclusion.

Le réseau est actuellement équipé en gel hydroalcoolique et masques et à disposition de l'ensemble de l'équipe. Dans le cas d'une inclusion, un masque sera également remis à la femme et la personne qui l'accompagne. La fourniture de masque et de gel a été rendue possible, via deux dotations de l'ARS de lots de masques et de gel hydroalcoolique et la commande sur le fond FIR du réseau de gel hydro alcoolique.

Les bureaux de chaque membre de l'équipe sont organisés pour que les personnels de l'équipe soient situés à une distance de plus d'un mètre de leurs collègues. A l'issue de chaque journée de travail, les poignées de portes et interrupteurs sont désinfectées.

Coordination médico-sociale des parcours de soins

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 incluses dans le réseau et les professionnels de santé et psycho-sociaux en charge de la situation. Ce lien entretenu par le binôme sage-femme/assistante sociale de coordination 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. Cette mission centrale persiste au sein du nouveau projet, et les situations rencontrées par la nouvelle équipe (annexe x : Exemples de situations alarmantes rencontrées) ont vite montré l'importance de la persistance de ces prises en charge).

Modalités de prise en charge (Annexe 1) :

Nous soulignons qu'une ventilation entre le type de suivi est tout à fait possible selon l'évolution de certaines situations. Un support peut devenir une inclusion tout comme une orientation précoce pourra par la suite donner lieu à un support ou une orientation en sortie de maternité. L'expérience des anciennes coordinatrices témoigne d'une interrogation sur le sens d'une file active qui parfois relevait plus d'orientations ponctuelles.

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 2017-2020 signé avec l'ARS IDF en 2017, à savoir :

Mission 1 : coordination du parcours de soins des femmes enceintes ou ayant accouché en situation de grande précarité sociale sur la région IDF (prise en charge personnalisée).

Mission 2 : améliorer la qualité et la sécurité des soins de la population concernée (formations, informations, protocoles de soins).

Mission 3 : évaluation du service rendu par le réseau.

Le réseau SOLIPAM s'adresse à un public spécifique :

SOLIPAM est un réseau médico-social qui s'adresse aux professionnels et aux femmes enceintes dès le début de la grossesse jusqu'au 3 mois de l'enfant né (voir 6 mois pour les femmes de la file active), 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 :

- Être enceinte ou avoir accouché il y a moins de 3 mois
- Être majeure
- Se situer en Ile de France
- Ne pas avoir de logement ou être dans une situation d'hébergement instable

- N'avoir aucune ressource ou des revenus très faibles

D'autres critères de vulnérabilités participant au risque sanitaire lié à la précarité pour la femme et son enfant notamment (non exhaustif) : barrière de la langue, absence de titre de séjour, réseau social, fragilité psychique, vécu antérieur traumatique, antécédant de violence) peuvent être pris en considération.

SOLIPAM propose :

- Un accompagnement des femmes enceintes en situation de grande précarité en vue les insérer dans un suivi de soins et un accès au droit commun jusqu'au 3 ou 6 mois de l'enfant.
- Un appui aux professionnels confrontés à des situations qu'ils évaluent trop complexes (dans le cadre de leur exercice) relativement à la situation de précarité de la femme.

Cet accompagnement ou appui se décline selon différentes modalités :

1- L'inclusion dans le réseau SOLIPAM

La demande d'inclusion dans le réseau peut venir :

-d'un professionnel médical ou social ou d'un bénévole : dans ce cas, il fait parvenir une fiche navette³ au réseau et sa demande est étudiée par l'équipe de coordination lors du « tri des demandes ». Cette fiche navette est disponible sur le site internet du réseau, peut être envoyée au professionnel demandeur par mail. Le réseau peut également remplir la fiche avec le professionnel demandeur par téléphone.

-de la femme elle-même (n° vert) : dans ce cas, la demande est enregistrée par la coordinatrice qui est en contact avec la femme et qui évaluera avec elle l'intérêt d'une inclusion dans le réseau ou d'une orientation vers le ou les dispositifs adaptés.

Le tri des demandes

Qui ? Par une sage-femme coordinatrice et une assistante sociale coordinatrice, avec la directrice du réseau

Fréquence : deux fois par semaine (le lundi et jeudi)

Modalités :

- Examen de la situation
- Détermination conjointe du délai « optimale » pour la prise en charge
- Identification si c'est une AS ou SF de l'équipe qui contacte la femme, en fonction de la situation (absence de suivi de grossesse, femme à la rue, violence conjugale).

Les demandes sont rangées dans un classeur dédié et c'est à chaque coordinatrice, chaque semaine, de contacter les nouvelles demandes qui lui ont été attribuées.

Contact pour proposition d'inclusion

Protocole : appel de la femme pour lui donner un rendez-vous d'entretien d'inclusion à la coordination du réseau. Si la situation le nécessite, avec l'accord de la femme, les démarches peuvent commencer avant le rendez-vous d'entretien au réseau (inscription et prise de rendez-vous PMI ou maternité, appel 115). Le professionnel adresseur est prévenu que sa demande est en cours de traitement.

³ Voir annexe 8

Les modalités d'inclusion dans le réseau SOLIPAM.

La modalité d'inclusion la plus fréquente est l'inclusion dite classique. Sur rendez-vous, la famille est reçue au siège du réseau (rue Richer, 75009) et un entretien physique est mené par une des coordinatrices en charge de la situation. En cas de difficultés ou d'impossibilité de déplacement (familles hors Paris, femmes enceintes de plus de 8 mois, hospitalisation, handicaps, ...) l'inclusion dite accélérée peut se faire par téléphone avec la famille ou par les partenaires du réseau et la famille en lien téléphonique avec une des coordinatrices.

Inclusion classique

Entretien d'inclusion

Durée d'entretien : 1 heure.

Lieu : le réseau

La technique d'entretien s'apparente à celle de l'entretien prénatal précoce.

Le recours à l'interprétariat ou la médiation est privilégié pour les familles non francophones ni anglophones (ISM ou associations en partenariat).

Les différents temps de l'entretien :

-explication réseau SOLIPAM, signature de l'adhésion⁴ femme avec désignation d'une personne de confiance

-expression des besoins et attentes de la femme

-entretien précisant certains points médicaux

-identification partenaires mobilisés

-synthèse, proposition de piste de travail

Documents à remplir et/ou à faire remplir et à garder dans le dossier coordination : Fiche adhésion, Dossier de coordination

Documents remis à la femme : Plaquette femme, Carnet PMI maternité, fiche d'identification des partenaires mobilisés (à faire remplir par la femme si elle est suffisamment autonome), orientations si nécessaires avec des lettres sociales pour d'autres professionnels.

Un dossier patiente réseau est créé avec un numéro d'archivage avec les différents outils créés par Solipam : plan de suivi, repérage vulnérabilité médicale et sociale, fiche obstétricale, fiche d'adhésion signée par la patiente.

Il est ensuite renseigné dans la base de données du réseau.

Transmission de chaque dossier au binôme (assistante sociale si inclusion faite par la sage-femme/ sage-femme si inclusion faite par l'assistante sociale) de la situation.

Inclusion accélérée

Depuis 2011, devant l'augmentation importante des demandes, la coordination a dû revoir les modalités d'inclusions dans le réseau pour réduire le délai de prise en charge :

⁴ Voir annexe 9

- **Gestion des priorités dans les demandes de prises en charge** : les femmes n'ayant pas de suivi de grossesse, les femmes enceintes ou ayant accouché porteuses d'une pathologie, ainsi que les nouveau-nés vulnérables sont vues en priorité.
- **Accord téléphonique d'adhésion au réseau** : dès le premier contact par téléphone, l'accord de la patiente pour être prise en charge dans le réseau est recueilli afin de mettre en place le suivi nécessaire le plus rapidement possible. (Orientation vers une consultation médicale si nécessaire avant l'entretien d'inclusion).
- **Procédure « d'inclusion accélérée »** : Il s'agit d'une procédure où l'inclusion est réalisée directement par le professionnel qui fait la demande, après accord de la coordination Solipam. Dans ce cas, c'est le professionnel à l'origine de l'orientation qui fait signer l'adhésion à la patiente afin de ne pas retarder le début de la prise en charge. L'entretien est proposé secondairement par la coordination. Cette modalité a été proposée par les professionnels du GT1 et expérimentée en 2011. La diminution du délai de prise en charge a permis de mettre en place des solutions rapides notamment en cas d'hospitalisation pour éviter des durées de séjour prolongé. L'expérimentation s'est donc avérée très positive et a été diffusée plus largement en 2012. Cette procédure est maintenant intégrée au fonctionnement du réseau.

2- Les spécificités du travail de coordination de la sage-femme

La priorité : assurer l'insertion dans les soins là où se trouve la famille sur la région IDF

Avant 6 mois de grossesse : la PMI prend en charge le suivi (voir avec les professionnels de ville si couverture sociale). A Paris, l'inscription en maternité est un préalable à toute consultation (procédure inscription maternité). Cela dit, il existe depuis 2016 des consultations précarité de SF PMI hors maternité (consultations et échographies en dessous de 27 SA) qui permettent d'initier le suivi, le temps de stabiliser la famille. Dès stabilisation, la maternité et la PMI de proximité sont privilégiées, en accord avec la femme et les professionnels concernés.

Après 6 mois de grossesse : hôpital. Passer par les cadres de maternités.

Assurer le transfert de dossier médical pour rapprocher la femme enceinte de la maternité la plus proche de son nouveau lieu d'hébergement : travail important de concertation avec les équipes de maternités et la famille, de demande par fax du dossier de la maternité initiale puis fax de Solipam vers la nouvelle maternité avec demande de RDV correspondant au bon suivi de la patiente (femme prévenue et d'accord, maternités prévenues et d'accord).

Assurer la continuité des soins : « le suivi du suivi »

- Contacter la femme systématiquement avec une fréquence prévue dépendant de la mesure du degré d'autonomie et des vulnérabilités repérées.
- Transmettre aux collègues sociales si informations médicales importantes pouvant agir sur la PEC sociale, si informations sociales données par la patiente. Le projet périnatal doit être cohérent : le projet médical doit se penser en intégrant les vulnérabilités

psychosociales ; de même, le projet social doit être pensé en intégrant les préoccupations obstétricales repérées.

- Contacter les professionnels en charge du suivi afin d'assurer la continuité et la pertinence du parcours de soins de la femme enceinte et accouchée, des enfants (né et fratrie) en fonction des vulnérabilités repérées, notamment en cas de grossesses pathologiques, de rupture dans les soins, de fragilités psychologiques.
- Coordonner l'action des différents professionnels autour d'un projet commun et étayer le suivi (prises de RDV, soutien de la famille dans son autonomie et la compréhension du projet de soins, relais vers les dispositifs et les professionnel.le.s concerné.e.s)
- Etablir un plan personnalisé de suivi avec les maternités (calendrier des RDV jusqu'à l'accouchement) en accord avec la femme enceinte.
- Coordonner le projet de soins en concertation avec l'assistant.e social.e coordinateur.ice de la situation, en lien avec les professionnel.le.s du secteur social mobilisés ou à mobiliser en fonction des besoins identifiés.

3- Les spécificités du travail de coordination de l'assistant.e social.e

- Soutenir le plan de suivi périnatal en concertation avec la sage-femme coordinatrice, la famille et les partenaires psycho-sociaux et sociaux sur la région IDF.
- Assurer le lien entre la famille et les dispositifs de mise à l'abri départementaux et les dispositifs d'hébergement (travail en concertation avec les assistant.e.s social.e.s de maternité, de services spécialisés, de secteur ou d'association, mobilisées également sur la situation de la famille).
- Connaître les dispositifs sociaux existants susceptibles de répondre au projet périnatal et être force de proposition auprès des professionnel.le.s engagé.e.s dans la situation.
- Soutenir quotidiennement les familles restées sans solution d'hébergement jusqu'à la mise à l'abri en proposant notamment des lieux d'accueil de jour, des orientations alimentaires et vestimentaires qui prennent la forme du dispositif d'appui lorsqu'aucun.e professionnel.le n'est encore mobilisé ou mobilisable autour de la famille.
- Appeler systématiquement les familles en hébergement instable et relayer les demandes vers les dispositifs sociaux (115 et SIAO départementaux, ASE, dispositifs spécialisés, associations...), afin de permettre une stabilisation de la famille en accord avec le projet périnatal.
- Vérifier et soutenir les familles dans l'ouverture des droits en faisant le lien avec les travailleurs sociaux pour expliciter les demandes, signaler les situations les plus fragiles.
- Coordonner l'action des différents professionnels autour d'un projet commun et étayer le suivi (soutien de la famille dans son autonomie et la compréhension du projet social, relais vers les dispositifs et les professionnel.le.s concerné.e.s).

Dispositif d'appui à l'accompagnement social (DA)

Chaque assistant.e social.e coordonat.eur.ice peut effectuer un accompagnement social ponctuel si la famille ne peut accéder au service social de droit commun du fait de son statut et/ou de son errance administrative. L'accompagnement social prend fin dès lors que la famille peut bénéficier du droit commun (ASS mater/secteur/associations...).

Le numéro vert

Mise en place d'une permanence physique et téléphonique afin de recevoir des demandes directes de femmes/familles appelant ou venant sans rendez-vous à Solipam. Une évaluation de la situation est alors effectuée aboutissant à des orientations/préconisations ou à une inclusion au réseau.

Chaque coordinatrice assume, dans le cadre de son travail quotidien, cette permanence selon un planning établi à l'avance. Il fonctionne aux heures ouvrables.

Depuis le mois de septembre 2019, nous avons continué à appliquer les protocoles existants quant au suivi des personnes incluses dans le réseau.

Cette prise en charge n'a pas été modifiée.

Le flyer du Numéro vert a été mis à jour. Il en est remis à chaque réunion partenaire et celui-ci est également disponible sur notre site internet (lien : [flyer_nvert_2020.pdf \(solipam.fr\)](#)).

4- Protocoles de coordination et supports réseau

- La fiche hébergement type

Co-construite avec le 115 du 75 en 2010, elle est transmise par la coordination de Solipam au 115, après expertise de la situation médicale et sociale, pour chaque femme prise en charge dans le réseau. Un outil similaire et adapté a été construit avec Interlogement 93, et était systématiquement rempli pour chaque situation par la coordination sociale et transmise au référent santé à Interlogement 93. Le même système s'applique pour le 115 du 92. Mais courant 2020, l'usage de cette fiche a été abandonné car les SIAO concernés retournaient sa non-utilité à l'équipe de coordination. En ce qui concerne les 115 du 94, 77, 78 et 91, les échanges se font par mail sans fiche particulière. Depuis fin 2019-début 2020 et suite aux rencontres avec les différents services des SIAO, il a été décidé que les assistants sociaux de Solipam enverraient chaque semaine un tableau avec les noms et les différentes situations des femmes suivies par le réseau.

5- Analyse de l'utilisation des supports de transmissions

Depuis 2010, le réseau est dans une phase de développement considérable avec une réelle augmentation des prises en charge et une diversification des partenaires. Les partenariats avec les différentes maternités se sont consolidés avec la mise en place d'un référent médical dans certaines maternités. Certains outils prévus dans la phase de construction du réseau ont été abandonnés au profit d'une fiche unique, remplie par la coordination et adressée à la maternité.

Ces outils ont été peu utilisés en 2019 et encore moins en 2020. Néanmoins, la rencontre avec les différentes maternités franciliennes se poursuit et a été relancé activement en 2020 poursuivant un travail de développement au niveau régional. En effet, 16 maternités ont été rencontrées en 2020 pour présenter le nouveau fonctionnement du réseau et définir avec les professionnels les modalités d'adressages des femmes en situations de grande précarité au réseau Solipam. Un travail de renforcement des liens avec les maternités qui ne les ont pas encore intégrés est à poursuivre en 2021 avec l'appui des réseaux périnatalité départementaux.

En outre, mise à l'ordre du jour du GT1, la question de la possession par la femme elle-même de son dossier médical est un axe de travail qui n'a pu être travaillé en 2018 dans le cadre des

partenariats avec les réseaux périnataux départementaux de la région. En 2017, ce besoin a également été explicité par SOLIPAM dans le cadre d'un groupe de travail « parcours de soins des femmes en situation de précarité » organisé par la direction médicale de l'APHP qui le soutient mais depuis la question est restée pendante, elle a été ramenée sur le devant de la scène à l'été 2019, à une période où le réseau SOLIPAM n'était plus en mesure de participer aux discussions qui ont eu alors lieu. En 2020, en raison du contexte sanitaire et du développement du nouveau projet du réseau cette question n'a pas été évoquée mais elle devra être travaillée pour la période 2021-2022, particulièrement dans une phase test au sein des ateliers ma maternité en Ile de France dans le cadre du projet InfAU Préca-Périnat.

6- Outils internes

Les coordinateur.ices actualisent régulièrement le dossier réseau de coordination du parcours de soins (dossier papier et base Excel) afin d'améliorer la traçabilité des données médicales et sociales. Le recueil des données se fait essentiellement par téléphone auprès des femmes et des partenaires. Pour améliorer l'exhaustivité des données, la coordination a renforcé la fréquence et la régularité de ces liens.

Depuis 2010, le projet réseau a mis l'accent sur le renforcement de sa présence auprès des femmes autant en étayage qu'en accompagnement, ce qui a permis de repositionner la femme au cœur du dispositif (plaquette Solipam à disposition des femmes, chaque coordinatrice joignable sur téléphone portable 5 jours/7, entretien en cours de prise en charge, numéro vert, accueil inconditionnel aux heures ouvrables pour les familles se présentant au réseau sans RDV...). La connaissance par la coordination des difficultés rencontrées par la femme s'est améliorée, permettant aux partenaires mobilisés autour de chaque parcours de soins de répondre de façon plus efficiente aux besoins exprimés. Des procédures d'appel systématique par la coordination médicale permettent de s'assurer que toutes les femmes sont bien insérées dans les soins, ainsi que leur nouveau-né. Des critères de vulnérabilités spécifiques sont pris en compte (jeune âge, à la rue, pathologies aggravantes, inquiétudes...) et guident la fréquence des appels selon l'évolution de la situation (appels de quotidiens à mensuels).

Le numéro vert SOLIPAM :

Le numéro vert a vu le jour dans le courant de l'année 2015. Ce projet a le mérite de répondre directement aux préoccupations des femmes et de les orienter le plus tôt possible dans l'organisation des soins et dans les dispositifs de droits communs. Cette orientation précoce, à la demande des femmes, dès le début de la grossesse, permet de travailler sur l'autonomisation des familles et d'améliorer leur insertion dans les soins. Elle aide les professionnels du secteur à la prise en charge précoce des situations.

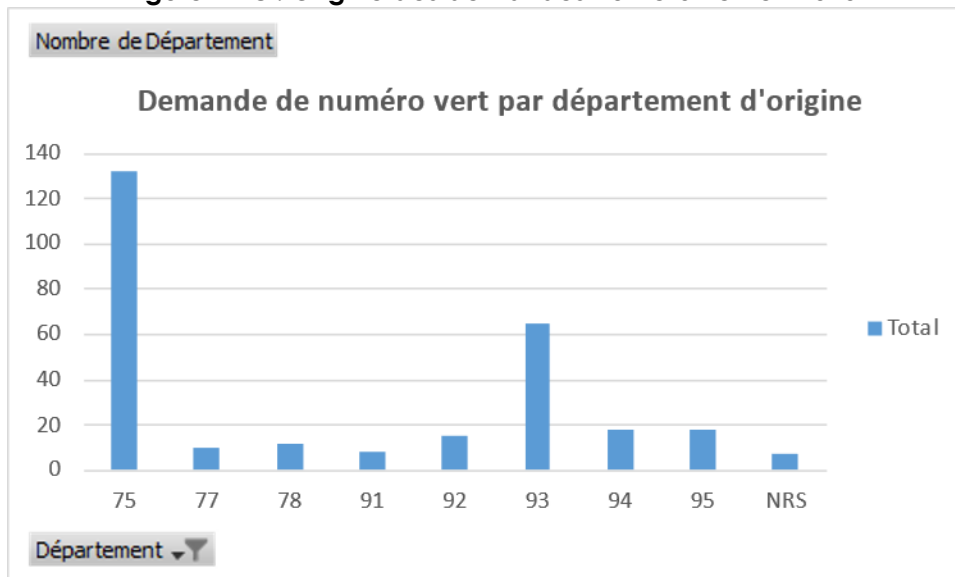
Ayant été évalué par une mesure d'impact externe (EHESP) positive, ce dispositif a été intégré en 2017 par ARS IDF dans le CPOM 2017-2020 du réseau.

En 2020, nous avons reçu **288 appels** (135 appels en 2019). Pour l'année 2019, 20,9% des inclusions ont été faites à partir d'un appel du numéro vert, contre 13,14% des femmes incluses par ce biais en 2018. En 2020, **55,6%** des inclusions ont été faites à partir d'un appel du numéro vert. Cette augmentation de la place du numéro vert dans les inclusions s'explique par la continuité d'une permanence du numéro vert dans un contexte où les acteurs étaient en revanche informés lorsqu'ils souhaitaient transmettre une fiche navette, de la cessation d'activité

de prise en charge des femmes durant quelques mois en 2019, différemment les femmes en situation de grande précarité pouvaient continuer à appeler le numéro vert.

Les appels numéro vert proviennent de différents départements, même si Paris reste prédominant.

Figure n°28 : Origine des demandes numéro vert en 2020



Le dispositif d'appui à l'accompagnement social (DA) :

Dispositif innovant initialement testé durant deux ans grâce à un financement privé (1,3 ETP d'assistante sociale, Fondation Sanofi Espoir), ce dispositif d'appui à l'accompagnement social a été reconnu et financé par l'ARS IDF depuis 2015 à hauteur de 0,5 ETP d'assistante sociale. Ayant fait la preuve de son intérêt dans l'accès et l'insertion dans les soins des familles ne pouvant bénéficier d'aucun accompagnement social du fait de leur situation administrative, ce temps peut être mobilisé par chaque assistante sociale de coordination pour les situations de sa file active répondant aux critères de non-substitution des dispositifs sociaux existants.

Le « Dispositif d'Appui » s'adresse aux femmes enceintes incluses au sein du réseau et qui ne bénéficient pas, au moment de l'action entreprise, d'un accompagnement social de droit commun. Les assistantes sociales coordinatrices du réseau peuvent mettre en place des actions ayant pour but d'entamer des démarches administratives ou juridiques, de les rediriger vers des structures médicaux-sociales ou encore alimentaires. Le but n'est pas de se substituer aux services sociaux existants mais de permettre aux femmes enceintes ou venant d'accoucher de jouir de leurs droits en attendant qu'un relai avec les partenaires sociaux puisse s'établir. Lors de l'inclusion, nous informons toutes les femmes de leurs droits.

Il est à noter que la difficulté majeure pour ces femmes est de trouver une commune d'ancrage leur facilitant l'accès à certains dispositifs et de bénéficier des structures environnantes.

En 2019, seulement 2 femmes incluses à Solipam ont pu bénéficier du Dispositif d'Appui pour diverses orientations. Cette faible sollicitation du dispositif s'explique par la faible présence sur l'année de l'équipe sociale. En 2020, **8 femmes** ont bénéficié de ce dispositif. Les orientations du Dispositif d'appui étaient les suivantes :

- Service de domiciliation
- Accueil de jour pour les femmes en attente d'une orientation du 115 ou en errance
- Distributions alimentaires ou restaurants sociaux avec courrier d'orientation

- Vestiaires pour les mamans et leurs enfants
- Liens/rapports sociaux dans le but d'intégrer un centre d'hébergement (Centre maternel, Arfog, Cité Saint Martin, CHU jardin du monde, etc.)
- Rapports sociaux, signalement auprès de l'ADEMIE
- Liens/Rapports sociaux pour une orientation en service social de secteur

Le DA semble intégrer au fonctionnement du réseau et il semble que le support ou l'inclusion dans le réseau n'empêche pas une orientation vers ce type de dispositif de manière ponctuelle quand un besoin d'orientation existe.

**Mission d'améliorer la qualité et la sécurité des soins de la population
concernée**

1 - Partenariats du réseau

Professionnels libéraux et centres de santé :

L'indicateur « Nombre de professionnels libéraux adhérents aux réseaux » a été supprimé par la commission d'évaluation du réseau (GT3) en mars 2011. En effet, le réseau SOLIPAM, transversal et secondaire, n'a pas vocation à développer son propre réseau de libéraux mais s'appuie sur les professionnels de l'ensemble des réseaux ville-hôpital constitués par les réseaux de santé, notamment les réseaux périnatalité départementaux d'IDF avec lesquels des conventions ont été signées.

Cela dit, historiquement, 16 professionnels libéraux ont adhéré au réseau et continuent de participer à la prise en charge des femmes et des nouveau-nés. Des nouveaux professionnels souhaitent également adhérer et s'impliquer dans l'accompagnement des femmes et des enfants en situation de grande précarité et bien sûr, nous répondons favorablement à leur demande.

Par ailleurs, les centres médico-sociaux de la Ville de Paris participent activement au repérage des situations à risque. La coordination s'appuie également sur les centres de santé de la région IDF pour intégrer les femmes et les enfants dans un système de soins de droit commun. En 2018, une convention de partenariat a été signée avec le Centre de santé Belleville. Des femmes enceintes ont pu bénéficier d'un accès aux soins rapide avec les médecins généralistes du centre, ce qui a permis en outre, d'éviter des consultations aux urgences de la maternité. De la même manière, en 2018, un travail de partenariat a été élaboré et mis en place avec le MSP Michelet (Dr Dardel) et une convention a été signée fin 2019, et en 2020 avec la Villa Vauvenargues, la CMS Jourdain, le développement de ces partenariats avec la médecine de ville permettent une détection précoce et une meilleure prise en charge des femmes.

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

La coordination collabore avec l'ensemble des réseaux de périnatalité. La coordination médicale propose à chaque réseau de périnatalité **des tableaux d'activité semestriels** (nombre de professionnels du territoire ayant orienté une situation vers SOLIPAM et nombre d'accouchement sur le territoire concerné).

Exemples d'items des tableaux d'activité semestriels :

Demande				
Fonction	Type de structure	Structure	Département	Date de la demande

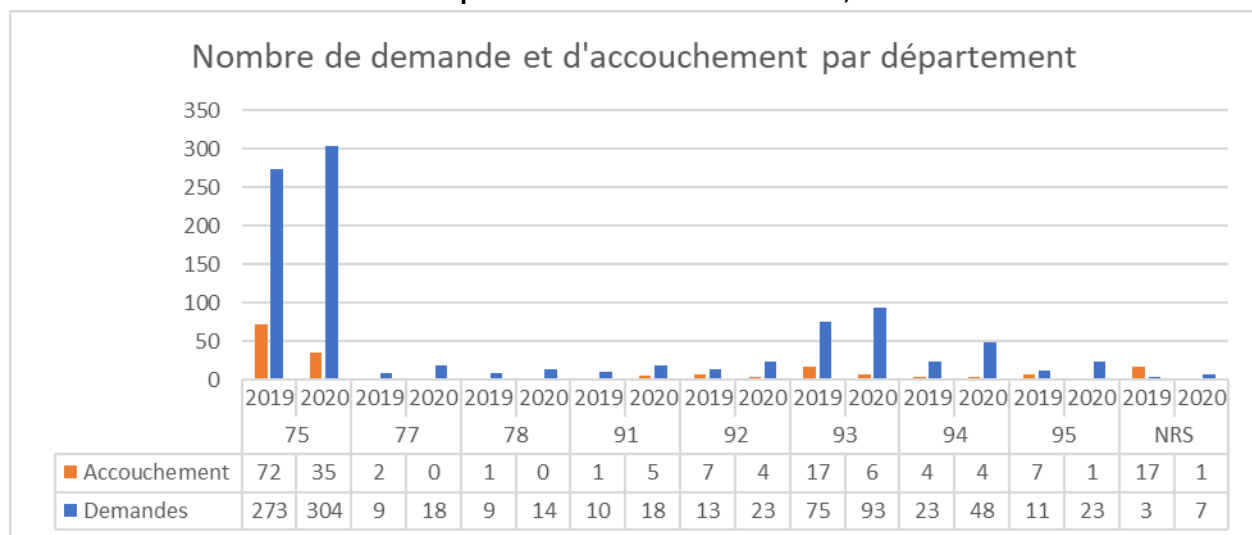
Maternité de suivi	
Maternité AP-HP	Maternité Hors AP-HP

Lieu accouchement			
Maternité AP-HP	Maternité Hors AP-HP	Date d'accouchement	Terme d'accouchement

Hébergement durant la prise en charge				
Catégorie	Financier	Nom de l'hôtel	Ville	Remarques

Un bilan d'activité est également fait chaque semestre et adressé par courriel aux coordinatrices de réseau périnatalité concerné.

Figures n° 29 : Répartition des demandes et des accouchements en fonction des territoires des réseaux périnataux sur les années 2019/2020



Par ailleurs, les collaborations avec **les réseaux de suivi des nouveau-nés à risque** sont actives afin que les nouveau-nés concernés inclus dans SOLIPAM bénéficient de la même qualité de suivi que les autres enfants. En 2020, Nous n'avons pas identifié de nouveau-nés à risque (il y en avait 6 identifiés en 2019). Bien qu'aucun enfant n'ait été concerné en 2020, nous soulignons que pour ces nouveau-nés, la coordination du réseau SOLIPAM ne prend pas fin au 3 mois de l'enfant né et se poursuit jusqu'au 6 mois. Des contacts s'établissent avec chacun des réseaux pour s'assurer de l'inscription et de la prise en charge de ces nouveau-nés vulnérables. Pour certains d'entre eux, la coordination SOLIPAM a un rôle de repérage auprès du réseau pédiatrique concerné, ces nouveau-nés n'étant pas nécessairement identifiés du fait de la mobilité territoriale de leur mère. Les nouveau-nés vulnérables bénéficient d'un accompagnement durant un an par SOLIPAM avec rappel des rendez-vous du suivi pédiatrique à 4 mois et à un an de vie. Les relances éventuelles sont ensuite gérées par les réseaux de suivi des nouveau-nés vulnérables.

En outre, à propos de situations particulières, des liens opérationnels s'établissent avec **le DAPSA** et **les réseaux de santé thématique** (diabète, soins palliatifs pédiatriques, ...).

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 cohérents.

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 met gracieusement à disposition du réseau ses locaux pour recevoir les formations et les rencontres SOLIPAM. La collaboration étroite avec les deux SSR périnatalité d'IDF s'avère précieuse.

La collaboration avec la PMI de Paris et l'HAD APHP est constante et soutenue.

Partenaires sociaux :

Les partenariats se poursuivent avec le **Samu social de Paris** partenaire privilégié et membre fondateur du réseau ; les femmes incluses dans le réseau SOLIPAM étaient bien identifiées dans le système d'information des 115 75 et 115 93, mais la situation d'hébergement particulièrement sur les départements de Paris et de la Seine Saint Denis ont mis à mal cette identification en 2020 et nous retravaillerons ces partenariats de manière aigue en 2021, notamment autour d'une réflexion conjointe avec les SIAO engagée sur le fléchage de place 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 2020 (SIAO 77, 91, 94) via des rencontres et la présentation du réseau au sein de commission départementale, ou d'appui sur certaines thématiques (note transmise sur la dépression du postpartum à la direction du SIAO 94 pour appuyer l'argumentation selon laquelle la stabilisation des femmes durant la grossesse est une mesure de protection et de prévention sanitaire)..

Un partenariat avec le restaurant PALI KAO, restaurant solidaire de la mairie de Paris, remettant des cartes mensuelles au réseau pour les familles, qui sont ensuite distribuées 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. Afin d'améliorer le taux d'utilisation de ces cartes et de mieux répondre aux demandes des familles, il a été décidé en 2017 que ces cartes seraient distribuées aux familles par les coordinatrices du réseau et non plus par les AS de maternité (circuit compliqué qui conduisait à une non-utilisation des cartes d'un côté et une demande de carte non assurée de l'autre). Ce système est toujours d'actualité.

Partenaires de recherche :

Une rencontre le 1^{er} octobre avec deux formateurs de l'IFSI Paul Guiraud de Villejuif a permis d'établir une collaboration à visée pédagogique à destination des élèves en soins infirmiers qui pourront être accueillis deux fois pas ans en binômes durant 10 semaines (un jour par semaine) pour la mise en place d'un projet de santé publique initié par leur service sanitaire. Celui-ci pourra prendre la forme d'atelier pour les femmes incluses dans le réseau, de réalisation de courts métrages et de dépliants sur un thème intéressant particulièrement l'équipe de SOLIPAM. Le premier confinement a avorté cette initiative qui sera relancée à l'automne 2021.

Grace à la rencontre lors des GT3 avec des chercheuses, le réseau Solipam a une activité de valorisation de base de données SOLIPAM sur différentes thématiques : évolution du public pris en charge au sein du réseau SOLIPAM, profils des femmes incluses au sein du réseau, concurrences des facteurs de la précarité au regard des issues de grossesse, etc. Différentes chercheuses, dont Priscille Sauvegrain (sociologue à l'INSERM et sage-femme travaillant sur la question de la périnatalité et d'inégalités), Anne-Cécile Hoyez (chargée de recherche au CNRS, spécialiste des questions d'accès aux soins des migrants) et Frédérique Quidu (ingénieure de recherche à l'EHESP), membres du GT3 sont disposées à participer à la valorisation des données du réseau SOLIPAM et ont été sollicité pour participer au GT3 en 2020.

Par ailleurs, SOLIPAM participe depuis 2019 à l'expérimentation **Groups for Pregnancy (G4P)** - Suivi prénatal en groupe, une modalité alternative de suivi prénatal. Il s'agit d'une étude d'implémentation, dans un principe de co-construction entre usagères, le Lab Idée ATD Quart Monde, les professionnels et les chercheurs. Le groupe vise à réaliser l'étude de l'implémentation et le guide d'implémentation multicontexte et à préparer une évaluation du dispositif par essai randomisé en cluster. La mise en place des modalités de suivi prénatal de groupe sera conduite sur 3 sites franciliens (Hôpital de Saint Denis ; Hôpital Paris Saint Joseph ; PMI 93). L'évaluation sera qualitative et quantitative. Les groupes seront constitués de 8 à 12 femmes. Les partenaires du projet sont l'Inserm, Sanofi Espoir, PMI 93, Centre hospitalier de Saint Denis, Groupe Hospitalier de Saint Joseph, Université Paris Descartes, Institut convergences Migrations. SOLIPAM a été sollicité pour son échelle d'action (régionale) en vue de pouvoir mobiliser à terme d'autres sites. Le contexte sanitaire a fait prendre du retard au projet mais les réunions de préfiguration de sa mise en œuvre ont eu lieu en 2020, Alexandra Maslin est l'un des membres engagés dans ce projet.

Synthèse des partenariats :

De manière synthétique, la **figure n° 30** présente le type de structures rencontrées en 2020. Malgré la situation sanitaire, une activité importante de rencontre partenariale a été maintenue mobilisant l'ensemble de l'équipe durant l'ensemble de l'année 2020 (avec une diminution des rencontres durant le premier confinement). Celles-ci se sont développées sur l'ensemble des départements franciliens et de manière à peu près équivalement entre rencontres avec des acteurs sanitaires et sociaux (**figures n° 30, 31 et 32**). Le détail de ces rencontres apparaît en **Annexe n°2**.

Figure n°30 :

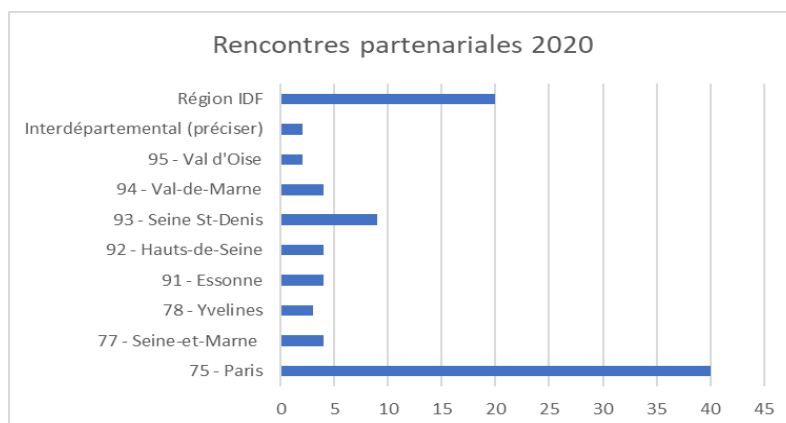


Figure n°31 :

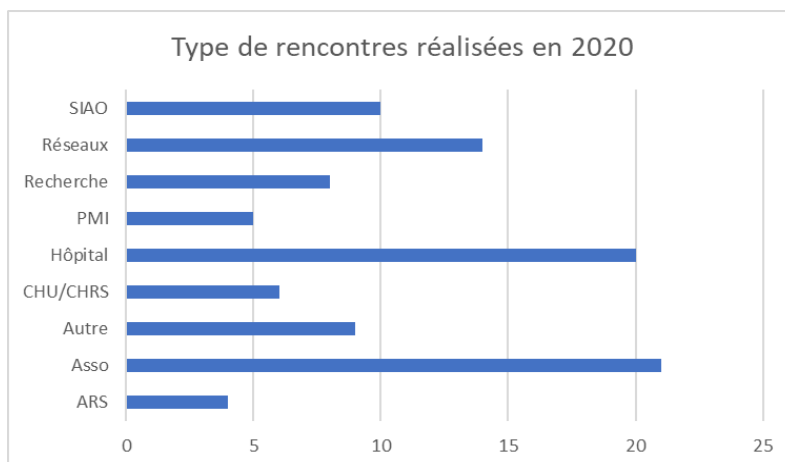
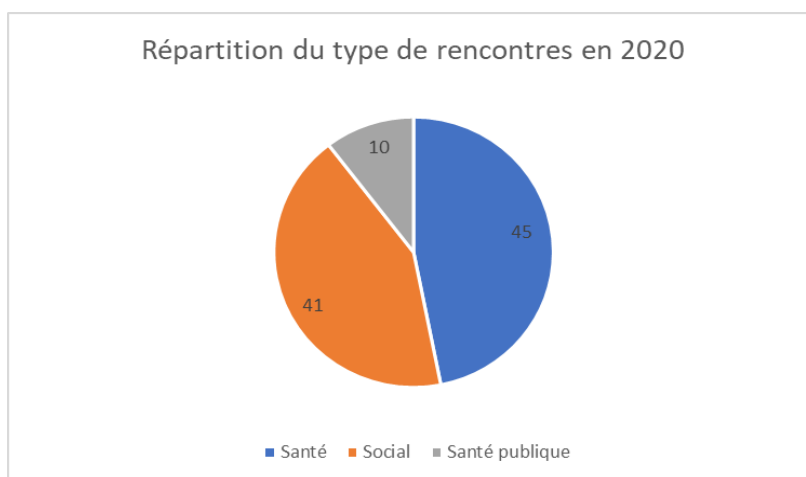


Figure n° 32 :



Par ailleurs, un effort de régionalisation des partenaires rencontrés a été effectué pour un meilleur encrage du nouveau projet du réseau à une échelle régionale comme attendu (**figure n°30**).

Le soutien de la fondation SANOFI ESPOIR a permis de mettre en place le Dispositif d'appui à l'accompagnement social et à la médiation culturelle (DA) et d'expérimenter ce dispositif innovant de septembre 2013 à septembre 2015. Les fonds restants permettent toujours en 2020 de financer la médiation linguistique et culturelle (ISM) pour faciliter l'inclusion et la prise en charge des familles non francophones non anglophones dans SOLIPAM. Ce fond restant vient en complément de la dotation FIR 2020 dont une partie est dédiée à l'interprétariat.

En outre, fin 2019, une rencontre a eu lieu avec la fondation SANOFI dans le cadre d'un projet déposé par SOLIPAM à la Fondation de France mi-décembre 2019, pour le recrutement d'une chargée de projet pour la mise en place d'ateliers sociolinguistiques à l'échelle régionale sur le vocabulaire de la santé sexuelle et reproductive à destination des femmes enceintes allophones en situation de grande précarité. En 2020, la Fondation de France a donné son approbation. Ce projet sollicite également l'ARS qui s'est positionnée sur la participation du financement (sur un FD) d'un 0,5 ETP sur un an de la chargée de projet. La première année du

mi-temps étant financé par la Fondation de France à hauteur de 25 000 euros). Ce projet est également rendu possible grâce à la Fondation Seligman qui fin 2019 a effectué une donation de 10 000 euros au Réseau SOLIPAM pour de l'interprétariat en santé et la formation en langue française des femmes allophones. Ce budget permettra d'appuyer la mise en place des ateliers par la rémunération des formateurs en langue française qui animeront les ateliers. Ce projet vise également à structurer un réseau de partenaires régionaux autour de la question de l'information en santé primaire à destination des femmes en situation de grande précarité, les réseaux périnataux sont associés au projet ainsi que plusieurs structures et associations (Mouvement du Nid, Villa Vauvenargues, CASVP, Radya, Action contre la faim...).

SOLIPAM a également participé aux différentes réunions du groupe de travail de l'association FEES (Femmes Enceintes Environnement Santé) et de l'APPA (Association pour la prévention de la Pollution atmosphérique) en vue de la création d'un Livret « outil » pour la prévention de la pollution atmosphérique pour les publics vulnérables à destination des familles et de la femme enceinte. Céline Chatellier a participé à ces échanges.

Par ailleurs, en raison du constat d'un grand nombre de situation de rue, le réseau à également mis en place un projet de visite post partum pour les femmes sans droits ouverts quand une visite de PMI à domicile n'est pas possible pour les situations les plus complexes (**Annexe 10**). Ce projet est financé par la fondation Sanofi Espoir. Ce projet a été établi à l'issue d'une réflexion collective associant plusieurs institutions (PMI, CAF), et réseaux périnataux. Cette visite permet la mobilisation d'une sage-femme libérale quand aucune autre solution ne peut être trouvée. Ce projet est piloté par Céline Chatellier (établissement du protocole, du financement des visites, de la convention à destination des sages-femmes libérales).

2 - Actions de communications menées par la direction du réseau afin de faire connaître et construire le réseau

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 en 2018 ont été toujours aussi soutenues, 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. Cette activité se poursuit en 2020 via la publication dans la revue de la HAS d'un article du réseau : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1172>

Une intervention à l'EHESP au sein du Congrès Interdisciplinaire - Violences et soutiens à la maternité a eu lieu en octobre 2020 (Du 15 octobre 2020 au 16 octobre 2020) : [EHESP - Congrès Interdisciplinaire - Violences et soutiens à la maternité](#)

Par ailleurs, une troupe de théâtre a été sollicité par le réseau pour travailler sur l'animation des prochaines journées Solipam (2021) pour mettre en avant les difficultés rencontrées par les femmes et les professionnels qui les accompagnent. Ce projet devrait voir le jour en 2021 et est conduit par Gerda de Lépine et la direction.

Communications et interventions

Diffusion d'une newsletter SOLIPAM : première diffusion en avril 2012. Cette newsletter trimestrielle a pour ambition de faire connaître le réseau et de sensibiliser tous les professionnels à la thématique. Elle permet de faire connaître le site internet du réseau et d'ouvrir les échanges avec les partenaires.

Une veille sociale et médicale a été mise en place durant le premier confinement : <https://solipam.fr/INFO-CORONAVIRUS,402>

Mise en ligne du site internet : www.solipam.fr, avec un annuaire de ressources Périnatalité/Précarité mis à disposition des professionnels. Avec l'apparition d'annuaire comme [Soliguide](#) et la difficulté à garder son propre annuaire à jour, Solipam se questionne sur la pertinence de celui-ci. Il sera discuté en 2021.

3 - Projet réseau 2020

Les groupes de travail SOLIPAM créés en 2010 ont été moins actifs en 2019 mais ont été relancés en 2020 et sont très actifs et force de proposition. La dynamique de projet est toujours productive, chaque groupe de travail permettant régulièrement aux professionnels 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.

Les thèmes travaillés en 2020 dans le cadre de ces groupes de travail :

- **A- « Garantir la continuité du parcours médico-psycho-social des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés jusqu'à trois mois de vie » (GT1).** Groupe opérationnel du réseau, il réunit tous les 2 mois de nombreux acteurs médico-psycho-sociaux engagés dans le réseau.

Nombre de réunions au cours de l'année 2018 du GT 1 : 3

Nombre de participants / réunion : 18

Liste des partenaires représentés lors du GT1 de SOLIPAM en 2020 :

- ✚ PMI 75 et Hors les Murs
- ✚ AGE-MOISE
- ✚ MYPA
- ✚ RSPP
- ✚ Samusocial de Paris
- ✚ AP-HP
- ✚ Villa Vauvenargues
- ✚ PMI 93
- ✚ PMI 94
- ✚ Réseau NEF
- ✚ RSP 92
- ✚ RSP 94
- ✚ Centre maternel ADEMIE
- ✚ CHI André Grégoire
- ✚ CPM Cité
- ✚ RPVO
- ✚ Interlogement 93

- **B- Devenir un centre ressources « Périnatalité/grande précarité » (formations, informations, études, manifestations) » (GT2).** 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.
Projets élaborés en 2020 :
 - Reprise des ateliers en lien avec la CPAM
 - Préparation des sessions de formation
 - Elaboration des Rencontres Solipam 2020
 - Nombre de réunions au cours de l'année 2020 du GT 2 : 3.
 - Nombre de participants/réunion : 8 (principalement les réseaux périnatals).

- **C- « Evaluer le service rendu par SOLIPAM aux femmes et à leurs enfants, aux professionnels du territoire de santé parisien et à la collectivité » (GT3).**
Ce groupe de travail peut être compris comme la commission d'évaluation du réseau. La composition de ses membres est gage de rigueur et de conformité avec les travaux menés sur le territoire de santé (APHP, ORS). L'année 2014 a été marquée par une collaboration entre l'EHESP et le réseau SOLIPAM. **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.**

En 2019, la poursuite de la réflexion a été menée pour moderniser le SI du réseau (papier et surtout base Excel) afin d'optimiser le temps de travail de la coordination : un dossier réseau informatisé pourrait faciliter non seulement la saisie mais également la production de documents de suivi de l'activité du réseau. La création d'une nouvelle base sous Access a donc été débutée sur le premier trimestre 2020, accompagnée d'une formation pour l'ensemble de l'équipe.

Cette base comprend actuellement 70 tables dont 69 sont des items concernant les femmes, nouveau-nés, enfants, pères. Une table correspond aux paramétrages. Malgré la volonté d'une rapide mise en service de cette base, au 31 Décembre 2020, celle-ci n'est pas encore terminée. Un gros travail de création de formulaires pour une utilisation fluide reste à faire, demandant l'avis de l'ensemble de l'équipe de coordination, afin de respecter au mieux les particularités de leur métier respectif (social/médical). Il est prévu de mettre la base en service fin 2021.

Figure n° 33 :

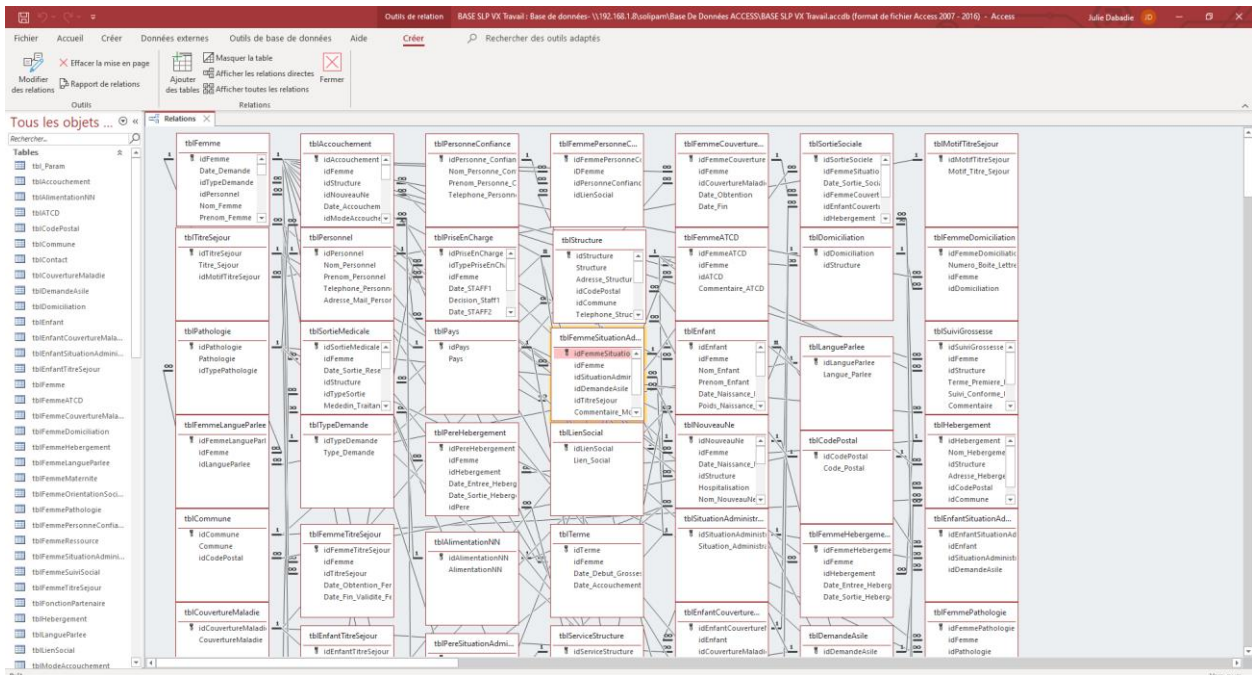
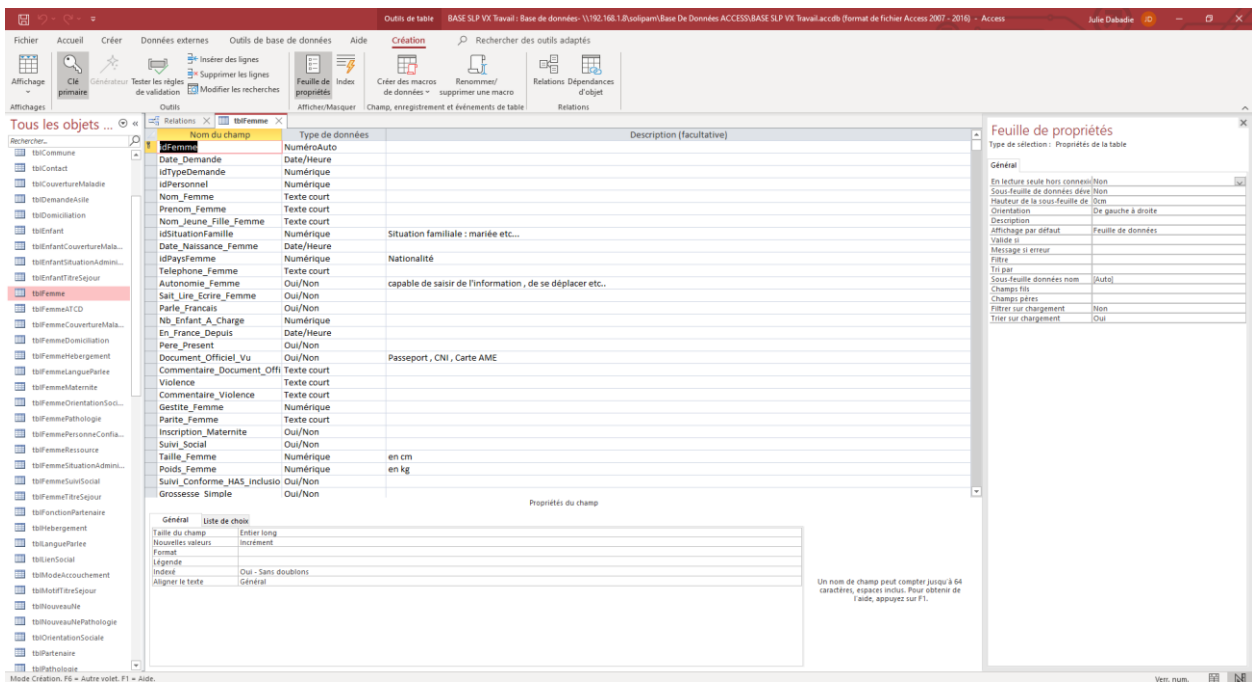
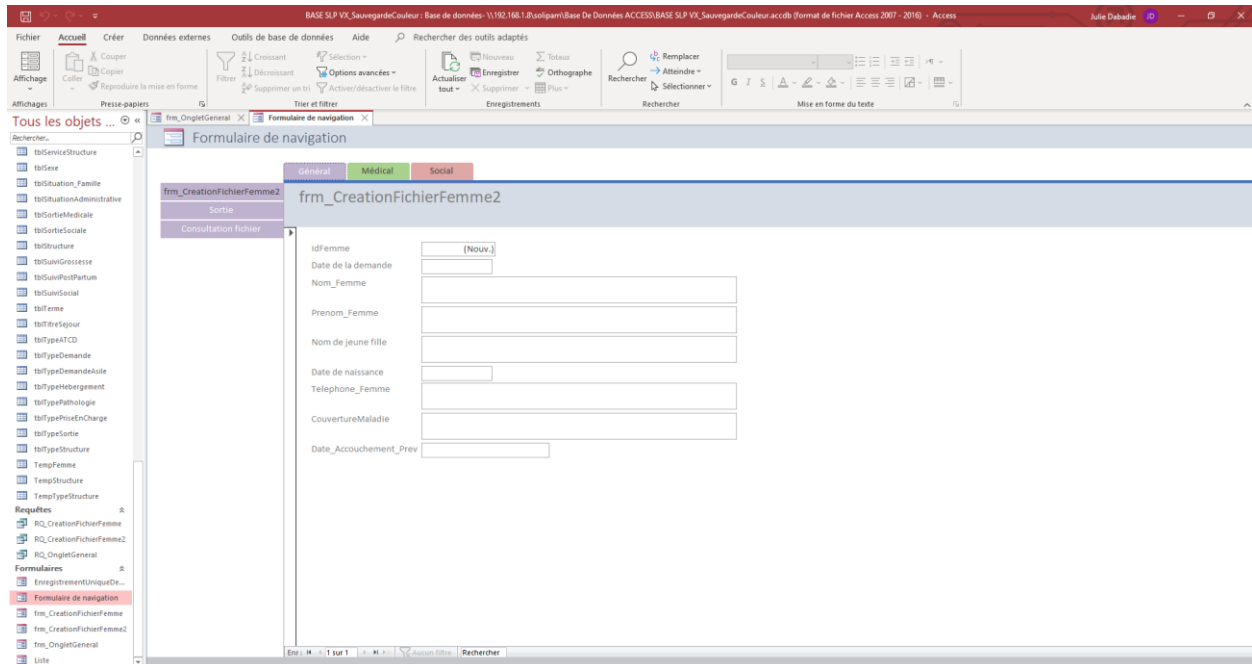


Figure n°34 :



Nom du champ	Type de données	Description (facultative)
Date_Demande	Date/Heure	
idTypeDemande	Numérique	
idPersonnel	Numérique	
Nom_Femme	Texte court	
Prenom_Femme	Texte court	
Nom_jeune_Fille_Femme	Texte court	Situation familiale : mariée etc...
idSituationFamille	Numérique	
Date_Naissance_Femme	Date/Heure	
idPaysFemme	Numérique	Nationalité
Telephone_Femme	Texte court	
Autonomie_Femme	Oui/Non	capable de saisir de l'information, de se déplacer etc..
Sait_Lire_Ecrire_Femme	Oui/Non	
Parle_Francais	Oui/Non	
Nb_Enfant_A_Charge	Numérique	
En_France_Deputs	Date/Heure	
Pere_Present	Oui/Non	
Document_Officiel_Vu	Oui/Non	Passport, CNI, Carte AME
Commentaire_Document_Off	Texte court	
Violence	Texte court	
Commentaire_Violence	Texte court	
Gestite_Femme	Numérique	
Parite_Femme	Texte court	
Inscription_Maternite	Oui/Non	
Suivi_Social	Oui/Non	
Taille_Femme	Numérique	en cm
Poids_Femme	Numérique	en kg
Suivi_Conforme_HAS_inclusio	Oui/Non	
Grossesse Simole	Oui/Non	

Figure n°35 :



The screenshot shows a Microsoft Access application window titled 'BASE SLP_VL_SauvegardeCueilleur'. The main window displays a form named 'frm_CreationFichierFemme2' with three tabs: 'général', 'Médical', and 'Social'. The 'général' tab is active, showing a 'Consultation fichier' section with the following fields:

- idFemme: (Nouveau)
- Date de la demande: [Text Input]
- Nom_Femme: [Text Input]
- Prenom_Femme: [Text Input]
- Nom de jeune fille: [Text Input]
- Date de naissance: [Text Input]
- Telephone_Femme: [Text Input]
- CouvertureMaladie: [Text Input]
- Date_Accouchement_Prev: [Text Input]

The left-hand pane shows a list of objects, including tables (e.g., 'tblServiceStructure', 'tblSexe'), queries (e.g., 'RQ_CreationFichierFemme'), and forms (e.g., 'Formulaire de navigation'). The status bar at the bottom indicates 'Enregistrement 1 sur 1' and 'Aucun filtre'.

4 - Formation des professionnels, éducation pour la santé des femmes

Formation SOLIPAM « Repérage précoce, orientation et suivi des situations de périnatalité-précarité : principes et outils pour les professionnels »

Intégrée dans le budget FIR et toujours soutenue par la Fondation Croix Saint Simon (prêt gracieux des salles), la formation SOLIPAM s'est transformée en séminaires et la phase pilote de la nouvelle formule sera testée à l'automne 2021.

5- Evaluation des partenariats

L'origine des demandes et leur répartition géographique sont deux indicateurs de la dynamique du réseau en IDF. Les groupes de travail, le travail de coordination et les formations participent activement à cette collaboration des professionnels médico-sociaux sur l'ensemble de la région IDF.

Nombres de demandes reçues par le réseau durant l'année 2020 : 550

Figure n° 36 : Partenaires à l'origine de la demande

Partenaires à l'origine de la demande	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Maternités 75	198	231	216	167	40	55
dont maternités APHP	189	216	194	161	35	50
Bureau centralisé des inscriptions en maternité APHP	2	2	0	0	0	0
Maternités 77	1	2	6	7	2	0
Maternités 78	2	4	4	7	5	1
Maternité 91	5	3	1	4	2	1
Maternités 92	15	7	9	6	2	2
dont maternités APHP	3	3	0	5	2	0
Maternités 93	17	25	52	26	10	4
dont maternités APHP	0	0	0	0		0
	13	1	15	0	0	
Maternités 94	2	12	8	4	4	2
dont maternités APHP	1	1	1	0	0	0
Maternités 95	2	2	0	0	1	4
Sous-Total Maternités	244	288	296	221	66	69
Service Hospitalier hors maternité	10	19	44	11	6	3
DFPE / PMI 75	27	94	85	105	50	46
PMI 77	2	6	5	3	1	2
PMI 78	1	3	2	5	2	1
PMI 91	2	1	9	3	3	3
PMI 92	2	2	6	2	0	0
PMI 93	15	31	47	36	13	12
PMI 94	6	7	4	6	4	1

PMI 95	3	1	0	0	2	1
HAD	20	16	7	2	1	1
Autres réseaux de santé (RPPN, Réseau ressources, Réseau PALIPED) et Centre de santé	30	27	32	53	12	19
Soins de suite : Hôpital mère enfants de l'Est Parisien et Vesinet	7	5	4	1	0	0
Structure médicale associative (MDM, MSF, Comède)	221	182	208	204	46	13
Médecins libéraux	3	6	6	11	4	7
Samu social 75	13	10	14	33	19	7
Samu social 77	0	0	0	0	1	0
Samu social 78	0	0	0	0	0	0
Samu social 91	0	0	0	0	0	0
Samu social 92	0	0	0	0	0	0
Samu social 93	5	18	2	0	0	1
Samu social 94	0	0	0	0	0	0
Samu social 95	0	0	0	0	0	0
Accueil de jour	0	0	63	51	30	18
Service social départemental de Paris (PSA - Secteur)	30	28	3	5	5	6
Service social départemental hors 75 (78; 93; 95)	10	9	10	6	2	7
CAF (75 et 95 ; 91)	0	0	0	0	1	0
Associations	90	72	22	5	3	10
Dont SOS grossesse ...	0	0	0	0	0	0
Centres d'hébergement	41	24	20	19	9	24
Plateforme d'hébergement	53	6	8	5	8	10
Femme elle-même	87	196	235	121	135	280
Bénévole	29	18	23	4	2	4
Structure d'accompagnement juridique	NRS	NRS	NRS	9	3	3
Supports téléphoniques de professionnels et d'usagers	NRS	NRS	NRS	452	377	118
TOTAL	951	1071	1155	1373	806	548
Nb : 2 demandes non renseignées						550

Figure n°37 : Répartition géographique des demandes – 2014/2020

Ce tableau ne comprend que les demandes par fiche navette ou par le numéro vert, soit 550 demandes. Il n'inclut pas le nombre de demandes de renseignements par téléphone par des professionnels et/ou des usagers.

Département	2014 Total des demandes = 665	2015 Total des demandes = 951	2016 Total des demandes : 1071	2017 Total des demandes : 1155	2018 Total des demandes (hors supports téléphoniques) : 921	2019 Total des demandes (hors supports téléphoniques) : 429	2020 Total des demandes (hors supports téléphoniques) : 550
75	426/665 soit 64%	610/951 soit 64.1%	716/1071 soit 66.9%	667/1155 soit 57,70%	574/921 soit 62,3%	275/429 soit 64,1%	304/550 soit 55,27%
77	6/665 soit 0.9%	12/951 soit 1.3%	17/1071 soit 1.6%	30/1155 soit 2.59%	20/921 soit 2.2%	20/429 soit 2.1%	18/550 soit 3,27%
78	9/665 soit 1.4%	14/951 soit 1.5%	14/1071 soit 1.3%	11/1155 soit 0.95%	19/921 soit 2,1%	10/429 soit 2,3%	14/550 soit 2,55%
91	11/665 soit 1.6%	30/951 soit 3.2%	16/1071 soit 1.5%	26/1155 soit 2.25%	12/921 soit 1,3%	10/429 soit 2,3%	18/550 soit 3,27%
92	27/665 soit 4.1 %	40/951 soit 4.2%	33/1071 soit 3.1%	36/1155 soit 3,11%	18/921 soit 2,0%	13/429 soit 3,0%	23/550 soit 4,18%
93	71/665 soit 10.7 %	133/951 soit 14%	181/1071 soit 16.9%	301/1155 soit 26,06%	228/921 soit 24,8%	76/429 soit 17,7%	93/550 soit 16,91%
94	68/665 soit 10.2 %	40/951 soit 4.2%	57/1071 soit 5.3%	43/1155 soit 3,72%	39/921 soit 4,2%	23/429 soit 5,3%	48/550 soit 8,73%
95	27/665 soit 4.1 %	26/951 soit 2.7%	20/1071 soit 1.9%	15/1155 soit 1,29%	5/921 soit 0,5%	11/429 soit 2,5%	23/550 soit 4,18%
NRS*	20/665 soit 3%	43/951 soit 4.5%	16/1071 soit 1.5%	20/1155 soit 1,73%	6/921 soit 0,6%	3/429 soit 0,7%	9/550 soit 1,64%
Hors Ile de France		3/951 soit 0.3%	1/1071 soit 0.1%	7/1155 soit 0,60%	0/921 soit 0,00%	0/429 soit 0,00%	0/550 soit 0,00%

Evaluation du service rendu et description épidémiologique de la population

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.

1- Caractéristiques médico-sociales des familles à l'inclusion dans le réseau

Figure n° 38 : Profil médico-social des femmes à l'inclusion

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Age moyen	27	29	28,4	28	28	28	28
Primipares	43% (174/406)	41% (211/510)	42% (272/650)	46% (349/752)	41% (252/607)	40% (68/172)	43% (33/77)
Terme moyen au moment de l'inclusion (en SA)	27.4	28	24,1	22,6	22,3	21,2	22,6
Médiane à l'inclusion (en SA)	25.6	28	24,5	23,5	22,6	20,4	25
Femmes avec au moins un autre enfant à charge*	35% (48/406)	27% (140/510)	20% (131/650)	25% (190/752)	16% (99/607)	10% (17/172)	48% (37/77)
Médecin traitant à l'inclusion*	17% (68/406)	16% (84/510)	19% (125/650)	11% (80/752)	8% (49/607)	11% (18/172)	4% (3/77)
Suivi conforme HAS à l'inclusion*	23% (93/406)	35% (177/510)	45% (293/650)	42% (313/752)	39% (239/607)	45% (77/172)	49% (38/77)
Sans inscription maternité à l'inclusion**	36% (130/359)	37% (175/476)	37% (220/589)	40% (282/712)	41% (241/593)	43% (74/172)	52% (40/77)

Le terme moyen au moment de l'inclusion reste stable en 2020. Il est important de rappeler que le repérage précoce des grossesses chez les femmes en situation de précarité nous permet en tant que sages-femmes coordinatrices de travailler au suivi médical adéquat afin de prévenir les complications obstétricales et néonatales. L'analyse du terme à l'inclusion sera détaillée

dans la suite de ce rapport en mettant en avant non seulement l'impact de la formation SOLIPAM et des groupes de travail mais également celui du numéro vert.

Le taux de conformité du suivi à l'inclusion a légèrement augmenté en 2020 (alors qu'il était en baisse en 2018). Le rôle de la coordination médicale est essentiel pour inclure ces femmes dans un parcours de soins afin de sécuriser au maximum et le plus rapidement possible leur suivi de grossesse. Le nombre moins important d'inclusions avant 12 SA (13% en 2020 par rapport à 15,1% en 2019), non pris en compte dans le calcul de cet indicateur, indique un meilleur repérage précoce des situations par les professionnels de la périnatalité.

La sensibilisation des acteurs, le dispositif mis en place par la PMI de Paris (sage-femme sur lieux de maraudes, consultations et première échographie en PMI hors maternité APHP), la mobilisation de l'ARS et de la DRIHL dans l'amélioration de l'accès aux soins des femmes enceintes les plus démunies, sont des facteurs favorables à une prise en charge rapide.

Le taux de femmes enceintes n'ayant pas d'inscription en maternité à l'inclusion reste élevé. Il s'explique par la place croissante du suivi de grossesse par les sages-femmes de PMI d'Ile de France et par un repérage plus précoce des grossesses. Ce taux confirme donc la pertinence des orientations vers le réseau SOLIPAM puisqu'il assure un maintien et un relai dans le parcours de soin pour ces familles en errance sur toute la région Ile de France.

Figure n° 39 : Antécédents obstétricaux des femmes à l'inclusion

Antécédents Obstétricaux**	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	ENP (2016)*
Mortinatalité (mort-né, mort néonatale, accouchement prématuré ou petit poids pour l'Age gestationnel)	14% (27/196)	7% (19/274)	8% (28/330)	9% (35/379)	8% (27/354)	4,8% (8/165)	3,4% (1/29)	14,8%
Césarienne	15,3% (30/196)	10% (28/274)	14% (46/330)	11% (42/379)	15% (54/354)	3,6% (6/165)	17,2% (5/29)	19,8%

*ENP (2016) : Enquête nationale périnatale 2016

**Pour les femmes multipares ayant accouchées au cours de l'année 2020 soit 29

Figure n° 40 : antécédents médicaux et pathologies des femmes à l'inclusion

Antécédents, pathologies et complications pendant la grossesse	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	ENP (2016)*
Diabète gestationnel (au cours d'une grossesse précédente)**	4,6% (6/196)	2,2% (4/274)	2,4% (6/330)	1,5% (8/379)	0,8% (9/354)	0,6% (1/165)	3,4% (1/29)	1,8%
HTA Gravidique (au cours d'une grossesse précédente)**	3,1% (6/196)	1,5% (4/274)	1,8% (6/330)	2,1% (8/379)	2,5% (9/354)	0,6% (1/165)	0% (0/29)	1,3%
Diabète Insulino Dépendant***	0,7% (3/406)	1% (5/466)	0,17% (1/588)	1,2% (8/659)	0,3% (2/617)	0,4% (1/283)	1,7% (1/58)	0,3%
HTA Chronique***	0,2% (1/406)	1,5% (7/466)	1,5% (9/589)	1,2% (8/659)	0,08% (5/617)	0,7% (2/283)	0% (0/58)	0,7%
Autres pathologies hors grossesse ***, ****	6,6% (27/406)	8,8% (41/466)	8% (50/589)	9,4% (62/659)	7% (44/617)	5,3% (15/283)	8,6% (5/58)	

*ENP (2016) : Enquête nationale périnatale 2016

** calculer à partir de l'effectif des multipares ayant accouché en 2020 soit 29

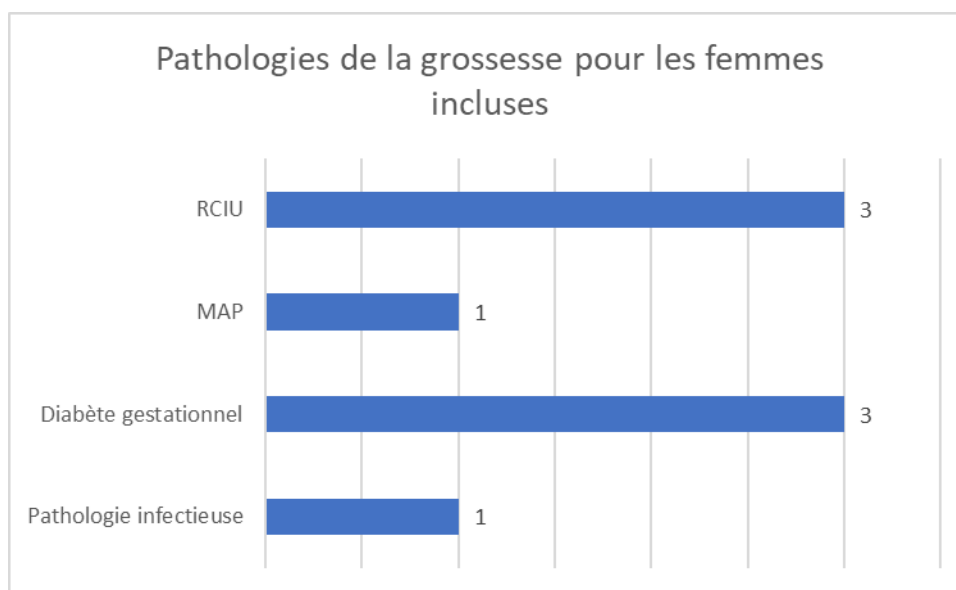
*** calculer à partir de l'effectif de l'ensemble des femmes ayant accouché en 2020 soit 58 issues de grossesse

****Le recueil des autres antécédents et pathologies hors grossesse n'a pas été recueilli de façon homogène entre 2012 et 2016. A titre d'exemple, en 2012, un antécédent d'excision a été saisi comme « pathologie hors grossesse » alors qu'en 2013, l'excision n'a pas été comptabilisée.

Un travail important d'homogénéisation a été fait sur les résultats depuis 2017 et continuera les années suivantes.

Depuis le 2^{ème} semestre 2014, un travail d'homogénéisation a été réalisé par le GT3 avec l'expertise du Dr Blondel : les pathologies de la mère sont appréhendées comme « toute pathologie ou condition physique requérant une surveillance médicale ou une attention particulière dans le cadre de la prise en charge SOLIPAM ». Il a été recommandé par le GT3 de constituer un thésaurus de ces pathologies.

Figure n°41 : Pathologies de la grossesse des femmes incluses (soit 77 femmes en 2020)



*RPM Rupture prématurée des Membranes

**RCIU Retard de croissance intra utérin

***MAP Menace d'accouchement prématuré

Les pathologies durant la grossesse concernent 8 femmes sur 77 en 2020 soit 10,4%.

Analyse du terme à l'inclusion :

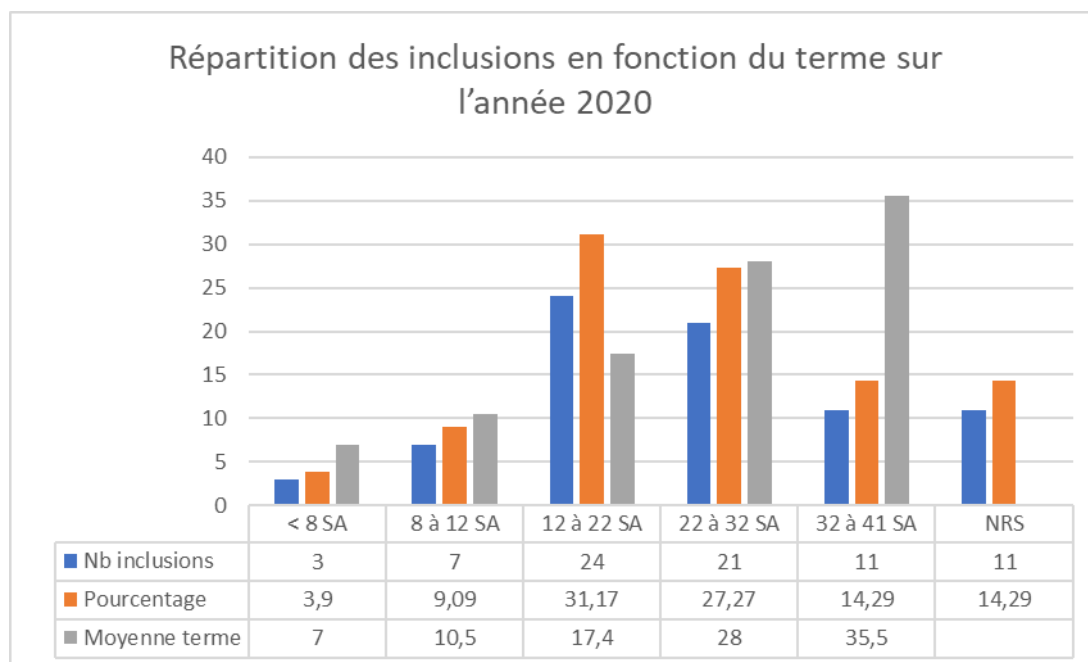
Il est important de rappeler que le terme à l'inclusion n'est pas toujours superposable à la mesure de la précocité de la prise en charge médicale. Plusieurs situations peuvent expliquer une orientation vers le réseau après 20 SA :

- **Suivi de grossesse précoce**, mais la femme bascule dans la précarité en cours de grossesse, ce qui justifie une prise en charge adaptée vers le réseau en fin de grossesse.
- **Suivi de grossesse tardif : la femme n'a pas été repérée suffisamment tôt** pour avoir accès à un début de suivi de grossesse conforme à l'HAS (échographie du 1er trimestre, marqueurs sériques...) ou, de plus en plus, **la femme enceinte est arrivée sur le territoire à un terme déjà avancé et sans suivi de grossesse conforme.**

(La formation SOLIPAM « Repérage précoce, orientation et suivi des situations de périnatalité précarité » mise en place au second semestre 2011 a pour objectif d'améliorer cet axe de travail et est intégré depuis 2018, dans le CPOM et le budget de fonctionnement du réseau.)

Les outils « repérage précoce des urgences obstétricales », intégrés maintenant en pratique courante par MDM, le COMEDE et la CAFDA permettent également d'améliorer cet indicateur.

Au moment de l'inclusion dans le réseau pendant l'année 2020, la majorité des familles sont en hébergement d'urgence, chez des tiers ou dans un abri de fortune. L'absence d'hébergement ou l'instabilité des solutions d'hébergement trouvées par les femmes sont des critères de référence pour les inclusions au réseau Solipam.

Figure n°42 : Répartition des inclusions en fonction du terme sur l'année 2020


Suivi social à l'entrée dans le réseau

Figure n°43 : Hébergement à l'entrée dans le réseau

Parmi les 77 femmes incluses au réseau en 2020 :

Hébergement à l'entrée dans le réseau	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Chez des Tiers	210/510 soit 41,2%	210/648 soit 32,4%	196/752 soit 26,09%	168/607 soit 27,7%	39/172 soit 22,7%	18/77 soit 23,4%
Appel au 115	177/510 soit 34,8%	284/648 soit 43,8%	294/752 soit 39,09%	204/607 soit 33,6%	26/172 soit 15,1%	17/77 soit 22,1%
Hôtel via association plateforme	30/510 soit 5,9%	28/648 soit 4,3%	11/752 soit 1,48%	14/607 soit 2,3%	5/172 soit 2,9%	2/77 soit 2,6%
Hôtel financement ASE	5/510 soit 1%	0	1/752 soit 0,13%	0/607 soit 0%	0/172 soit 0%	0/77 soit 0%
Hôtel pris en charge par la femme	1/510 soit 0,2%	0	2/752 soit 0,28%	0/607 soit 0%	0/172 soit 0%	0/77 soit 0%
CHU + CH + CHRIS via association	7/510 soit 1,4%	13/648 soit 2%	9/752 soit 1,19%	1/607 soit 0,2%	18/172 soit 10,5%	2/77 soit 2,6%
Hôpital dont SSR	21/510 soit 4,1%	14/648 soit 2,16%	29/752 soit 3,85%	10/607 soit 1,6%	0/172 soit 0%	1/77 soit 1,3%
Abri de Fortune	49/510 soit 9,6%	87/648 soit 13,4%	201/752 soit 26,72%	205/607 soit 33,8%	74/172 soit 43%	10/77 soit 13%
Structure d'urgence	1/510 soit 0,2%	3/648 soit 0,5%	3/752 soit 0,4%	4/607 soit 0,7%	0/172 soit 0%	0/77 soit 0%

hors 115	0,2%	0,4%	0,39%	0,6%	soit 0%	0%
CADA	1/510 soit 0,2%	3/648 soit 0,4%	3/752 soit 0,39%	1/607 soit 0,2%	0/172 soit 0%	1/77 soit 1,3%
Résidence sociale	1/510 soit 0,2%	0	0/752 soit 0%	0/607 soit 0%	0/172 soit 0%	0/77 soit 0%
Logement de droit commun	7/510 soit 1,4%	6/648 soit 0,9%	3/752 soit 0,39%	0/607 soit 0%	0/172 soit 0%	0/77 soit 0%
Sans hébergement	NRS	NRS	NRS	NRS	NRS	26/77 soit 33,7%

Figure n°44 : Suivi social à l'entrée dans le réseau

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Maternité	157/406 soit 38.7%	235/510 soit 46.1%	252/648 soit 38,8%	268/752 soit 35.67%	199/607 soit 32.8%	53/172 soit 30,8%	10/77 soit 12,99%
Secteur	26/406 soit 6.4%	28/510 soit 5.5%	43/648 soit 6,6%	45/752 soit 6%	20/607 soit 3.3%	0/172 soit 0%	4/77 soit 5,19%
Association	58/406 soit 14.3%	49/510 soit 9.6%	47/648 soit 7,2%	62/752 soit 8.2%	29/607 soit 4.8%	4/172 soit 2,3%	4/77 soit 5,19%
Centre hébergement	11/406 soit 2.7%	3/510 soit 0.6%	11/648 soit 1,6%	15/752 soit 1.99%	12/607 soit 2.0%	0/172 soit 0%	2/77 soit 2,6%
Autre (CMS, SSR, Cité..)	7/406 soit 1.7%	22/510 soit 4.3%	25/648 soit 3,8%	25/752 soit 3.32%	19/607 soit 3.1%	6/172 soit 3,5%	6/77 soit 7,79%
Sans	147/406 soit 36.2%	166/510 soit 32.5%	270/648 soit 41,6%	337/752 soit 44.82%	328/607 soit 54.0%	109/172 soit 63,3%	51/77 soit 66,23%

A l'entrée dans le réseau, **66,23%** des femmes sont sans aucun suivi social. Ce pourcentage est croissant depuis 2016. Toutefois, cela peut être dû au fait que les femmes enceintes en situation de grande précarité sont repérées de plus en plus rapidement à leur arrivée sur le territoire français par les professionnels partenaires de Solipam.

Couverture sociale à l'entrée du réseau

Figure n°45 : couverture sociale à l'entrée dans le réseau

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Régime général	3/170 soit 1.7%	15/510 soit 2.9%	17/648 soit 3,3%	4/752 soit 0.5%	5/607 soit 0.8%	5/172 soit 2,9%	2/77 soit 2,6%
CMUC	61/406 soit 15.1%	72/510 soit 14,1%	95/648 soit 14,6%	91/752 soit 12%	97/607 soit 16.0%	28/172 soit 16,3%	11/77 soit 14,29%
AME	81/406 soit 20%	110/510 soit 21.6%	137/648 soit 21,1%	112/752 soit 14.9%	77/607 soit 12.7%	26/172 soit 15,1%	14/77 soit 18,17%
Sans	252/406 soit 62%	310/510 soit 60.8%	389/648 soit 60%	535/752 soit 71%	412/607 soit 67.9%	103/172 soit 59,9%	45/77 soit 58,44%
Régime général + mutuelle	/	/	5/648 soit 0.8%	4/752 soit 0.5%	3/607 soit 0.5%	2/172 soit 1,2%	2/77 soit 2,6%
Couverture sociale européenne	4/406 soit 1%	3/510 soit 0.6%	4/648 soit 0,6%	5/752 soit 0.5%	4/607 soit 0.6%	NRS	1/77 soit 1,3%
Couverture sociale étudiante	1/406 soit 0.2%	0	1/648 soit 0,15%	1/752 soit 0.6%	6/607 soit 1.0%	NRS	0
Non renseigné	/	/	/	/	3/607 soit 0.5%	8/172 soit 4,6%	2/77 soit 2,6%

Le nombre de femmes sans couverture sociale à l'entrée dans le réseau reste sensiblement le même cette année : **58,44%** des personnes contre 59,9% en 2019.

2- Conformité des parcours de soins ante natal

Effectivité et continuité du suivi de grossesse

81 % des femmes enceintes incluses dans le réseau ont eu au moins une consultation de suivi de grossesse par mois après inclusion et ont bénéficié également du suivi échographique recommandé par la HAS.

Il est à noter 1 décrochage médical.

Il faut rappeler ici, qu'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 professionnel médical signale l'absence au rendez-vous à la coordination,
- soit la coordination constate le décrochage du suivi en contactant la femme.

Analyse de la continuité de suivi de grossesse

Le nombre de décrochage est intimement lié aux nombres de contact entre la coordination et les femmes ainsi qu'à la vigilance des partenaires qui les signalent à la coordination. Ainsi, un nombre élevé de décrochage peut être lié à une meilleure « veille » de la continuité du suivi.

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 de femmes enceintes avec terme avancé sur le territoire.**
- une **amélioration du recueil de données** : les femmes ayant été incluses après 35SA 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, 58 femmes ont eu une « issue de grossesse » durant 2020. A noter : elles étaient toutes incluses, soit 58 « issues de grossesses » de femmes ayant été incluses en prénatal.

*Remarque : depuis Janvier 2010, le critère d'inclusion « être enceinte d'au moins 15 SA » a été levé et permet de travailler sur l'accès à l'orthogénie et au diagnostic anténatal. On compte donc dans les « issues de grossesses » : les accouchements, les fausses couches, les interruptions médicales de grossesses, mais également les IVG.

Parmi ces 58 femmes, il n'y a eu aucune FCS et IVG.

Remarque : **l'accès à l'orthogénie est en progression** non seulement pour les femmes incluses dans le réseau mais également pour les femmes qui contactent la coordination en « n° vert » sans nécessité d'inclusion. Au sein du groupe de travail « repérage des risques périnataux », la question de l'accès à l'orthogénie et de l'information aux patientes a été intégrée. Les professionnels de ces structures posent maintenant systématiquement la question du projet de grossesse.

Plus largement, la santé sexuelle et reproductive de ces femmes est un axe majeur d'accès aux soins porté par la coordination, autant auprès des femmes.

Les calculs ci-dessous prennent en compte 58 femmes ayant accouché et incluses en prénatal et 58 enfants nés vivants (1 grossesse gémellaire, 1 enfant mort-né).

Parmi les 58 femmes enceintes au moment de l'inclusion et ayant accouché en 2020 :

Pour la période anténatale :

- 40 femmes ont mené leur suivi à terme au sein d'une même structure
- 15 femmes ont été transférées vers une autre maternité en prénatal pour effectuer un rapprochement entre le lieu d'hébergement et la maternité de suivi.
- Pour les 3 femmes restantes, nous ne disposons pas de l'information.

Il est important de noter que dans le contexte d'hébergement actuel, la direction du réseau a pris la décision de privilégier la stabilisation de l'hébergement et d'organiser le suivi médical nécessaire autour de l'hébergement « stabilisé », avec l'accord éclairé de la patiente.

Elles ont pu être également transférées vers un autre type de maternité en prénatal au regard de la pathologie.

Pour l'accouchement :

- 45 femmes ont accouché dans la maternité où elles ont effectué leur suivi de grossesse
- 4 femmes n'ont pas accouché sur leur lieu de suivi
- Pour les 9 femmes restantes, nous ne disposons pas de l'information

La coordination propose systématiquement aux femmes de poursuivre leur suivi dans une maternité proche de leur lieu d'hébergement en fin de grossesse, cette proposition n'est pas toujours acceptée par les femmes. La maternité est un point d'ancrage pour certaines femmes.

Il leur est proposé de demander une photocopie de leur dossier médical lors du dernier rendez-vous à la maternité si elles sont encore dans un hébergement instable ou si elles ont été stabilisées dans un hébergement trop lointain de la maternité.

En outre, lorsque le changement d'hébergement est intervenu trop tardivement, la coordination n'a pas eu le temps d'organiser le suivi dans une maternité plus proche.

A noter : certaines prises en charge complexes nous amènent à prévoir plusieurs lieux d'accouchement possibles.

✓ **Taux d'hospitalisation :**

Parmi les 58 femmes ayant accouché en 2020, 6 femmes ont été hospitalisées au moins une fois.

Les motifs d'hospitalisation se répartissent comme mentionnés ci-dessous :

Figure n°46 : Motifs d'hospitalisation au cours de l'année 2015 à 2020

Motifs d'hospitalisations	Bilan Grossesse non suivie	Pathologie Maternelle	Pathologie Foetale	Total
2015	11	58	16	85
2016	8	91	19	118
2017	11	89	12	112
2018	4	109	3	116
2019		13	2	15
2020		5	1	6

Stabilisation de l'hébergement des femmes durant la grossesse

Sur les 58 femmes ayant eu une issue de grossesse durant l'année 2020, 58 femmes ont été incluses avant leur accouchement.

Figure n°47 : Nombre d'hébergement pendant la période prénatale

Nombre d'hébergement pendant la période prénatale	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1 hébergement	152/300 soit 50.6%	232/432 soit 53.7%	256/589 soit 43.5%	261/626 soit 41.69%	209/602 soit 34.7%	49/281 soit 17,4%	18/77 soit 23,4%
2 hébergements	61/300 soit 20.4%	104/432 soit 24.1%	169/589 soit 28.7%	161/626 soit 25.71%	188/602 soit 31.2%	80/281 soit 28,5%	25/77 soit 32,5%
3 hébergements	37/300 soit 12.3%	45/432 soit 10.4%	74/589 soit 12.6%	101/626 soit 16.18%	84/602 soit 13.9%	67/281 soit 23,8%	10/77 soit 13%
4 hébergements	26/300 soit 8.7%	24/432 soit 5.6%	31/589 soit 5.3%	49/626 soit 7.82%	59/602 soit 9.8%	35/281 soit 12,5%	11/77 soit 14,3%
5 hébergements	11/300 soit 3.7%	11/432 soit 2.5%	16/589 soit 2.7%	24/626 soit 3.83%	27/602 soit 4.5%	12/281 soit 4,3%	2/77 soit 2,6%
6 hébergements	4/300 soit 1.3%	7/432 soit 1.6%	11/589 soit 1.8%	9/626 soit 1.43%	15/602 soit 2.5%	5/281 soit 1,8%	0/77 soit 0%
7 hébergements	2/300 soit 0.7%	1/432 soit 0.2%	3/589 soit 0,5%	14/626 soit 2.23%	6/602 soit 1%	6/281 soit 2,1%	2/77 soit 2,6%
8 hébergements	3/300 soit 1%	3/432 soit 0.7%	3/589 soit 0,5%	7/626 soit 1.11%	3/602 soit 0.5%	3/281 soit 1%	0/77 soit 0%
10 hébergements	0	0	1/589 soit 0.17%	0	4/602 soit 0.7%	1/281 soit 0,4%	0/77 soit 0%
11 hébergements	0	1/432 soit 0.2%	3/589 soit 0,5%	0	0/602 soit 0%	1/281 soit 0,4%	1/77 soit 1,3%
15 hébergements	1/300 soit 0.3%	3/432 soit 0.7%	0	0	0/602 soit 0%	0	0/77 soit 0%
20 hébergements	0	0	0	0	0	1/281 soit 0,4%	1/77 soit 1,3%
NRS	0	0	22/589 soit 3.7%	0	3/602 soit 0.5%	21/281 soit 7,5%	7/77 soit 9,1%

3- Issues de grossesse

- 13 femmes sur les 58 ont eu une césarienne (ce qui représente 22,4%)
(11 césariennes ont été réalisées en urgence et 2 ont été programmées)

Pour rappel, d'après l'enquête périnatale, le taux de césarienne national est de 19,8% en 2016. Selon les données de la PMI (Certificat du 8^{ème} jour ou CS8), le taux de césarienne sur Paris en 2013 était de 25,2%.

La base de données SOLIPAM permet à présent de distinguer :

- Parmi les 59 nouveau-nés dans le réseau, on compte :

- 58 nouveau-nés vivants
- 1 nouveau-né décédé (malformation)

Parmi les 58 nouveau-nés vivants :

- . 1 enfant est né prématurément à 36 SA
- . 3 enfants ont été hospitalisés en Néonatalogie sur site

L'hébergement des 3 femmes dont les enfants ont été hospitalisés en néonatalogie se répartit ainsi :

- 1 femme a eu 1 hébergement entre l'inclusion dans le réseau et l'accouchement.
- 2 femmes ont eu 2 hébergements entre l'inclusion dans le réseau et l'accouchement.

Séjours en maternité

La Durée Moyenne de Séjour était de 5 jours pour les femmes ayant accouché par voie basse. (La durée de séjour la plus courte était de 2 jours et la plus longue était de 14 jours).

Concernant les femmes ayant eu une césarienne, la durée moyenne de séjour était également de 5 jours. La durée de séjour la plus courte était de 3 jours et la plus longue était de 8 jours.

Modalités de sortie de maternité
Figure n°48 : Hébergement à la sortie de maternité

Hébergement en sortie de maternité	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
115 dont hôtel/CHU/Eglantine	56/130 soit 43%	236/432 soit 54.6%	373/589 soit 63%	452/659 soit 68.58%	432/617 soit 70%	173/283 soit 61,1%	47/77 soit 61%
Chez des tiers	24/130 soit 18.4%	88/432 soit 20.4%	92/589 soit 15.6%	81/659 soit 12.29%	48/617 soit 7.8%	24/283 soit 8,5%	1/77 soit 1,3%
Centre maternel	2/130 soit 1.5%	3/432 soit 0.7%	7/589 soit 1.2%	7/659 soit 1.06%	4/617 soit 0.6%	1/283 soit 0,4%	1/77 soit 1,3%
Hôtel prise en charge plateforme	26/130 soit 20%	46/432 soit 10.6%	30/589 soit 5.1%	41/659 soit 6.22%	41/617 soit 6.6%	15/283 soit 5,3%	4/77 soit 5,2%
Hospitalisations en service de soins de suite	4/130 soit 3%	9/432 soit 2.1%	13/589 soit 2.2%	17/659 soit 2.57%	17/617 soit 2.8%	2/283 soit 0,7%	0
Logement de droit commun	1/130 soit 0.7%	4/432 soit 0.9%	14/589 soit 2,4%	8/659 soit 1.21%	3/617 soit 0.5%	2/283 soit 0,7%	1/77 soit 1,3%
Centre d'hébergement	2/130 soit 1.5%	5/432 soit 1.2%	7/589 soit 1.2%	2/659 soit 0.30%	11/617 soit 1.8%	8/283 soit 2,8%	3/77 soit 3,9%
Structure d'urgence hors 115	0	1/432 soit 0.2%	2/589 soit 0.3%	12/659 soit 1.82%	9/617 soit 1.5%	1/283 soit 0,4%	0
Hôtel prise en charge ASE	1/130 soit 0.7%	8/432 soit 1.8%		2/659 soit 0.30%	0/617 soit 0%	0/283 soit 0%	0
Centre d'accueil pour demandeurs d'asile - CADA	3/130 soit 2.3%	3/432 soit 0.7%	11/589 soit 1.9%	14/659 soit 2.12%	7/617 soit 1.1%	2/283 soit 0,7%	1/77 soit 1,3%
Logement capté et adapté CHRS	1/130 soit 0.7%	4/432 soit 0.9%	10/598 soit 1,7%	2/659 soit 0.30%	16/617 soit 2.6%	10/283 soit 3,5%	0
SO car perdue de vue en prénatal ou FC	0	3/432 soit 0.9%	1/589 soit 0.01%	8/659 soit 1.25%	3/617 soit 0.5%	2/283 soit 0,7%	8/77 soit 10,4%

NRS	0	0	23/589 soit 3.9%	9/659 soit 1.36%	16/617 soit 2.6%	2/283 soit 0,7%	11/77 soit 14,3% *
Abri de fortune	0	5/432 soit 1.2%	5/589 soit 0,8%	4/659 soit 0.60%	10/617 soit 1.6%	29/283 soit 10,2%	0

* dont 4 qui n'ont pas encore d'issue de grossesse

A la sortie de maternité, les femmes sont majoritairement dirigées vers des dispositifs dépendant du 115.

4- Conformité des suivis post natals des mères et des enfants

Suivi post-natal

Parmi les 81 femmes sorties du réseau entre le 01/01/2020 et le 31/12/2020, 62 femmes sont sorties de manière programmée et dans les délais, 5 sorties de réseau n'ont pu se faire de manière formalisée.

Par ailleurs, 3 femmes ont eu une fin de prise en charge en pré natal.

Enfin, 4 femmes ont été perdues de vue pendant la période prénatale et 7 pendant la période post-natale.

Les indicateurs de la période post-natale ne prennent pas en compte les femmes sorties du réseau en prénatal ou perdues de vue à la même période.

Les calculs ci-dessous prennent donc en compte 74 femmes et 76 nouveau-nés.

Suivi post-natal de l'enfant : 52 enfants sont suivis régulièrement par la PMI (Protection Maternelle et Infantile) ; 6 enfants ont un suivi « mixte » (PMI et ville).

Concernant l'insertion des soins vers la médecine de ville, **8 femmes ont un médecin traitant à la sortie de réseau.**

52 femmes sorties du réseau ont bénéficié d'une visite post-natale après leur accouchement. Les femmes qui n'avaient pas eu de consultation post natale à la sortie de réseau ont été orientées lors de l'entretien de sortie.

Ré-hospitalisation en post natal

Le taux de ré-hospitalisation maternelle et le taux de ré hospitalisation pédiatrique sont des indicateurs qui ont été ajoutés par la commission d'évaluation du réseau (GT3) en mars 2011.

Aucune femme n'a été re-hospitalisée durant la période post-natale.

3 enfants ont été re-hospitalisés.

Cependant, la fiabilité de ces indicateurs est liée au nombre d'appels de la coordination en post natal. En effet, ce n'est pas toujours sur le lieu de leur accouchement que les femmes et les enfants sont re-hospitalisés. Les structures n'ont donc pas toujours l'information que la patiente est dans le réseau. Seuls des contacts entre la femme et la coordination permettent de recueillir cet indicateur.

5- Caractéristiques sociales des familles en sortie de réseau

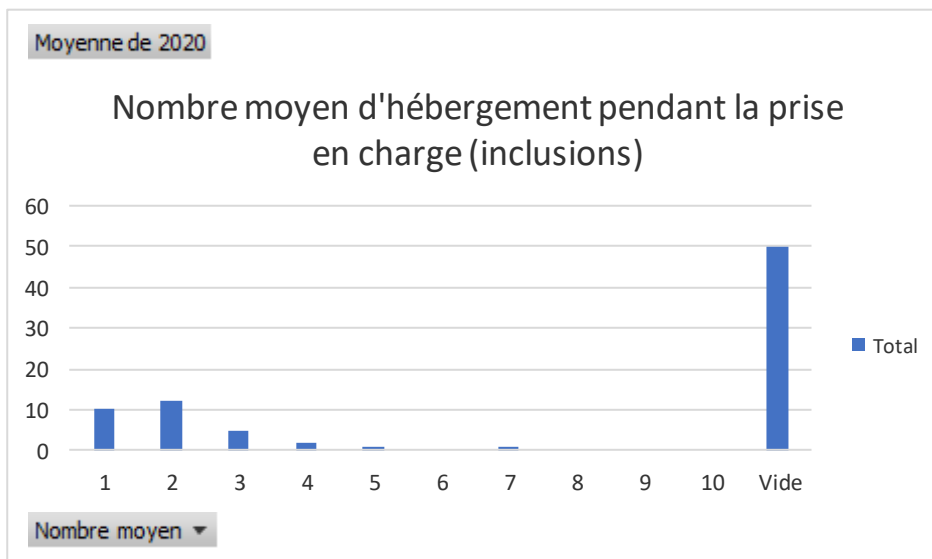
Sur l'année 2020, 81 femmes ont été sorties du réseau, soit 76,5% :

Figure n°49 : Hébergement à la sortie du réseau

Hébergement à la sortie du réseau	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Centre maternel	9/264 soit 3.4%	13/459 soit 2.8%	20/476 soit 4,2%	25/645 soit 3.9%	13/730 soit 1.8%	10/539 soit 1,9%	1/81 soit 1,24%
CHU/CHRS	NRS	14/459 soit 3.0%	12/476 soit 2,5%	4/645 soit 0.6%	69/730 soit 9.4	64/539 soit 11,9%	9/81 soit 11,1%
Chez des tiers	39/264 soit 14.7%	73/459 soit 15.9%	60/476 soit 12,6%	69/645 soit 10.7%	47/730 soit 6.4%	30/539 soit 5,6%	2/81 soit 2,47%
115	137/234 soit 51.9%	212/459 soit 46.2%	228/476 soit 47.9%	296/645 soit 46%	343/730 soit 47%	292/539 soit 54,2%	40/81 soit 49,38%
Hôtel via financement conseil général (ASE, secteur)	4/264 soit 1.5%	7/459 soit 1.5%	4/476 soit 0,8%	4/645 soit 0.6%	4/730 soit 0.5%	0/539 soit 0%	1/81 soit 1,24%
Hôtel via plateforme	28/264 soit 10.7%	36/459 soit 7.8%	31/476 soit 6,5%	36/645 soit 5.6%	53/730 soit 7.3%	31/539 soit 5,8%	1/81 soit 1,24%
Logement capté	8/264 soit 3%	12/459 soit 2.6%	22/476 soit 4.6%	2/645 soit 0.3%	1/730 soit 0.1%	1/539 soit 0,2%	0
Centre d'hébergement	5/264 soit 1.9%	7/459 soit 1.5%	43/476 soit 0.9%	5/645 soit 0.8%	16/730 soit 2.2%	15/539 soit 2,8%	7/81 soit 8,64%
Centre d'accueil pour demandeurs d'asile	33/264 soit 12.5%	21/459 soit 4.6%	48/476 soit 10.1%	69/645 soit 10.7%	72/730 soit 9.8%	27/539 soit 5%	3/81 soit 3,7%
Résidence sociale	1/264 soit 0.4%	9/459 soit 2%	9/476 soit 1,9%	3/645 soit 0.5%	2/730 soit 0.3%	6/539 soit 1,1%	0
Abri de fortune	NRS	2/459 soit 0.4%	4/476 soit 0,8%	0/645 soit 0%	2/730 soit 0.3%	1/539 soit 0,2%	1/81 soit 1,24%
SSR	NRS	NRS	NRS	NRS	7/730 soit 1%	5/539 soit 0,9%	0
FJT ou logement de droit commun	NRS	NRS	2/476 soit 0,42%	19/645 soit 2.9%	4/730 soit 0.5%	5/539 soit 0,9%	0
NRS	NRS	50/459 soit 10.9 %	50/476 soit 10,5%	111/645 soit 17.2%	98/730 soit 13.4%	79/539 soit 14,7%	16/81 soit 19,75%

En sortie de réseau, les familles sont toujours très majoritairement prises en charge par les dispositifs 115 ou plateformes. Les types d'hébergement évoluent tout de même avec une diminution de l'hébergement en centre maternel.

Figure n°50 : Nombre moyen d'hébergement pendant la prise en charge dans le réseau



Avec une moyenne de 7.36 hébergements lors de leur prise en charge, la stabilisation des familles en hébergement reste précaire. 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 le 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 le lien mère/enfant (parent/enfant).

Mobilité durant l'année 2020

Figure n°51 : Département de demande à l'entrée du réseau

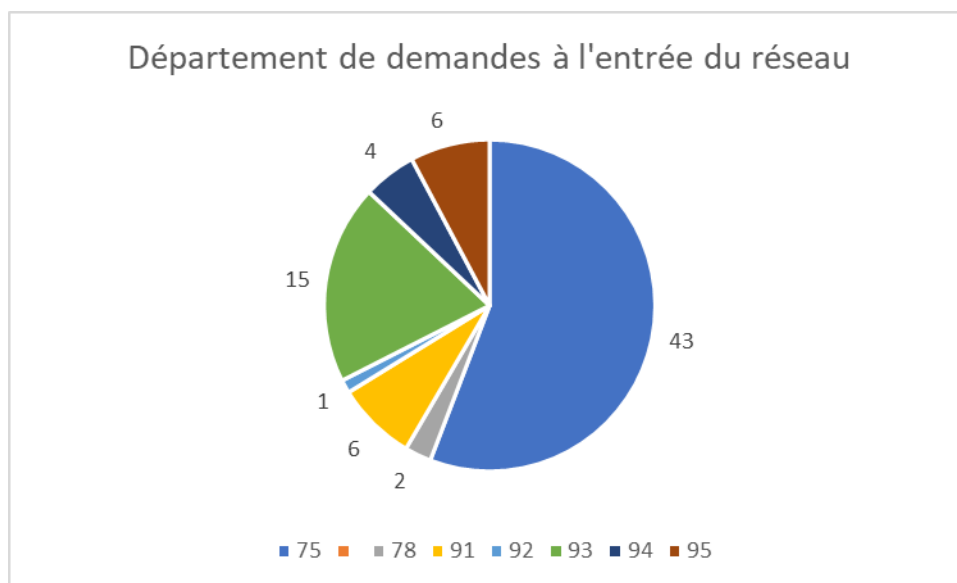
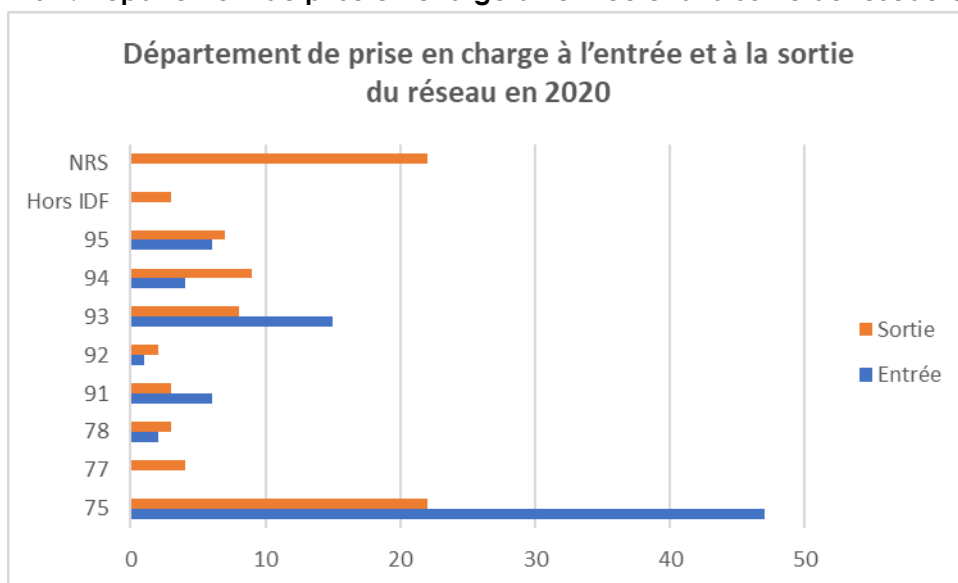


Figure n°52 : Département de prise en charge à l'entrée et à la sortie du réseau en 2020

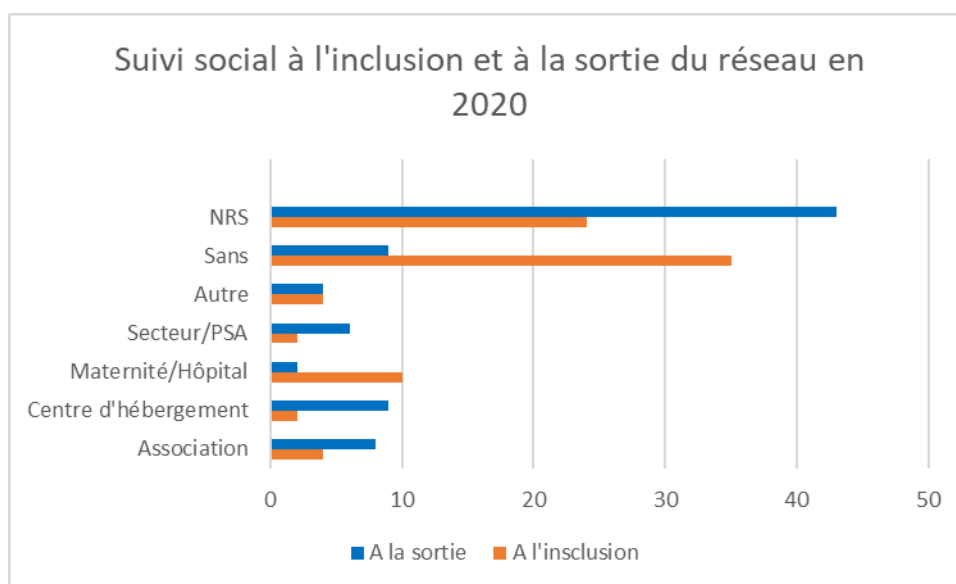


Réseau toujours identifié comme parisien, malgré l'étendue de son champ d'intervention à l'ensemble de la région Ile-de-France, les demandes émanent principalement de Paris et de la Seine-Saint-Denis. Afin d'augmenter sa visibilité sur le territoire, l'équipe de coordination médico-sociale du réseau Solipam effectue des rencontres régulières avec les partenaires identifiés sur les territoires ayant un faible taux de sollicitation, souvent par méconnaissance de l'existence de notre dispositif.

Identifiés comme secteurs ressources par le public, les départements du 75 et du 93 restent surreprésentés dans les demandes de prises en charge.

Comparatif suivi social à l'entrée dans le réseau et en sortie

Figure n°53 : Suivi social des femmes à l'inclusion et à la sortie



Conclusion

En conclusion, à l'issue d'une année toute particulière de démarrage d'un nouveau projet pour le réseau SOLIPAM dans un contexte de crise sanitaire, le réseau s'est restructuré et développé de nouveaux projets et partenariats. La file active du réseau est conséquente et revenue à la « normale » malgré la crise sanitaire. L'arrivée de la nouvelle équipe donne un élan nouveau au réseau pour l'année 2020 qui se poursuit en 2021. De plus, une continuité auprès des femmes contactant le numéro vert a pu être possible, durant les confinements ainsi que l'accueil, dans la mesure où une permanence a été menée tout du long de l'année 2020.

PERSPECTIVES 2021

L'année 2020 a été une année charnière de renouvellement du projet réseau avec une nouvelle direction et une équipe de coordination entièrement renouvelée. Bien que le service rendu directement aux familles incluses dans le réseau par le binôme de coordination médico-social de SOLIPAM soit apprécié autant par les professionnels que par les familles, il ne doit pas occulter le besoin de temps indispensable à l'animation des partenariats du réseau et aux portages de projets. Ce d'autant que la prise en charge de ces familles nécessite des partenariats médico-psycho-sociaux sur l'ensemble de la région IDF du fait même de leur instabilité résidentielle. Les partenariats avec les réseaux de périnatalité et les SIAO sont une priorité pour l'année 2021, notamment ceux couvrant les départements hors Paris. En outre, le travail avec les responsables des dispositifs sociaux, l'implication du réseau dans la mise en place d'outils de sensibilisation et de formation aux questions de périnatalité des personnes en grande exclusion restera un des axes stratégiques en 2021. Enfin, un projet conduit et porté par l'ensemble de l'équipe avait été déposé fin 2019 à la Fondation de France en vue de structurer un esprit d'équipe autour d'une action commune qui a été financé. Mais sa mise en œuvre n'a pas pu être effective en 2020 et le recrutement de la chargée de projet s'est fait tout début 2021 en raison de l'impossibilité dans le contexte sanitaire de conduite des ateliers réunissant des groupes de femmes, sa conduite en 2021 est également incertaine pour le moment :

Projet INFAU-Préca-Périnat : de mise en place d'Ateliers de sensibilisation à la langue

Objectif : Dans une approche de prévention, promotion et éducation à la santé, il s'agit de développer des ateliers permettant une communication et une information plus adaptée aux besoins des femmes.

L'enjeu est de donner une plus grande place aux femmes et de les rendre davantage actrices de leur santé. Ces ateliers permettront aux femmes de prendre une part plus active dans le suivi de leur grossesse, en visant notamment à réduire les difficultés à exprimer leurs interrogations et inquiétudes sur le déroulement de la grossesse, à comprendre l'importance des prescriptions, des examens de dépistage ou des échographies, à évaluer la gravité de certains symptômes de la grossesse mais également autour de questions relevant de leur hébergement, leur accès aux droits de santé, de séjour, etc.

En travaillant sur la forme que prend la communication collective comme individuelle, notamment au sein d'un atelier de sensibilisation à la langue autour des mots de la grossesse en partenariat avec le RADyA, réseau d'associations de professeurs de français langues étrangères (FLE), sans se substituer aux services d'interprétariat et à la médiation socio-sanitaire. Ces ateliers visent à lever certains obstacles à la mise en œuvre des parcours de santé de ces patientes.

Ces ateliers visent à sensibiliser lors de séances collectives (16 séances par groupes de 6 à 8 femmes) les femmes allophones au vocabulaire de la grossesse et plus largement de la santé sexuelle et reproductive, dans une approche non communautaire (connaissance de son corps, échanges avec des femmes ayant été incluses antérieurement au sein du réseau SOLIPAM, reconstruction, contraception, IST, IVG, suivi de grossesse, accès aux droits, échographie, accouchement, visite de la maternité, alimentation et allaitement, post-partum et soins au nouveau-né, santé du nouveau-né, lien mère enfant et vaccination, etc.). Les contenus seront établis par l'équipe, les partenaires du réseau et guidés par une chargée de projet. Cette dernière participera à la mise en œuvre et la mise en lien des acteurs, la promotion des ateliers, l'identification des lieux, les acteurs souhaitant les mettre en œuvre dans leurs structures, le recrutement des femmes y participant, etc. Le développement de ces ateliers se fera en lien avec les associations de FLE autour des mots de la grossesse et ces ateliers pourraient avoir lieu en association, ESI, PMI, au sein de différentes maternités de la petite couronne en 2021 puis reconductible en 2022 à la grande couronne si le dispositif fonctionne.

Ce projet nécessite le recrutement d'une chargée de projet 0,5 ETP en CDD 2 ans sur le financement Fondation de France et Fond dédié FIR, accepté par l'ARS en 2019. Il nécessite également la rémunération des formateurs en langue française qui animeront les ateliers, un budget dédié aux collations et titres de transports permettant aux femmes de se rendre aux ateliers. Ce budget sera pris sur la donation de 10 000 euros que la Fondation Seligman a versé au réseau SOLIPAM fin 2019. Un conventionnement avec le réseau Solipam sera également proposé aux différents acteurs sanitaires et sociaux qui interviendront ponctuellement au sein de ces ateliers

Par ailleurs, ce projet vise à l'établissement de liens forts avec différents partenaires, tels que les réseaux périnataux dans leur ensemble, ACF, certain-e s ESI ou PMI, le RADyA, ADSF, Association du Mouvement du Nid, Villa Vauvenargues, et d'autres acteurs.

ANNEXES

Annexe 1

► Orientation :

Besoin d'une femme enceinte sur une aide ponctuelle.

Par exemple : Mme H est prise charge par le 115. Aujourd'hui son hébergement a changé pour une nouvelle ville qu'elle ne connaît pas. Dans son précédent hébergement, Mme bénéficiait d'une distribution de colis alimentaire. Mme H ne sait pas où manger le soir de son arrivée. Elle contacte le N° Vert.

► Support :

Plusieurs besoins identifiés d'une femme enceinte ayant de l'entourage et étant soutenue par des personnes ressources.

Par exemple : Mme B est hébergée par sa sœur. Elle se trouve sans droit au séjour, ni ressource sur le territoire. Elle ne bénéficie que de l'aide de l'assistante sociale de la maternité. Ses droits à l'assurance maladie sont ouverts, et son suivi de grossesse est en place. Mme B contacte le N° vert.

► Inclusion :

Femme enceinte en situation de grande précarité. C'est-à-dire, des personnes avec un parcours complexe, une grossesse pathologique en grande errance, ou encore en mobilité inter-département.

Cette inclusion se découpe en 3 temps :

Un entretien d'inclusion (Sage-femme et Assistant.e social.e)

Un suivi médico-social après l'inclusion

La préparation et l'effectivité de la sortie de réseau

Par exemple : Mme Z est enceinte de 6 mois, elle n'a aucun droit d'ouvert. Elle se trouve à la rue. Elle n'a pas de ressource, et ne connaît personne en France. Le père de l'enfant ne souhaite plus avoir de contact avec elle, et ne souhaite pas reconnaître l'enfant à naître. Elle contacte le N° vert.

Fonctionnement SOLIPAM



Public concerné : - Femme enceinte, majeure ou avec enfant de moins de 3 mois en situation de grande précarité

Avec une attention particulière si :

- Mobilité en Ile de France
- Errance récente
- Femme seule, famille monoparentale, allophone ...

Usagers :

Numéro Vert
0801.801.081

Professionnels :

Fiche navette
Solipam.fr
Mail :
secretariat@solipam.fr
Fax : 01.48.24.19.29

Staff médico-social
lundi et jeudi

Prise de contact avec le
professionnel et/ou la femme
concernée sous **5 jours ouvrés**

Demande ponctuelle médicale ou sociale :

➔ **ORIENTATION**

Suivi pour une courte durée (quelques semaines) :

➔ **SUPPORT**

Situation complexe et nécessité de
coordination médico-sociale :

➔ **INCLUSION**

Contacts : Secrétariat : 01.48.24.16.28
Coordination : sages-femmes@solipam.fr
assistantes-sociales@solipam.fr

Annexe 2

13/01/2020	Solipam	Solipam	SIAO/115 75	Hébergement	75 - Paris
14/01/2020	Alexandra	ARS	ARS	Coopérative d'acteurs femmes en errance	75 - Paris
14/01/2020	Tatevik, Céline	Maison des réfugiés, 50 bd Jourdan, 75014	9^{ème} rencontre de la communauté de Paris pour l'accueil et l'intégration des réfugiés	Forum associatif	75 - Paris
14/01/2020	Clélia	Pour Royal INSERM	INSERM EPOPE	DIU	Région IDF
16/01/2020	Clélia, Tatevik, Capucine, Raphael	Tenon	Aurore CROS Audrey AMOUR Julienne KOUACHI Corinne KADDOUR HOCINE	Equipe sociale maternité Tenon	75 - Paris
20/01/2020	SOLIPAM	SOLIPAM	E. Arvy	CROIX ROUGE hébergement	
21/01/2020	Alexandra	G4P	Sauvegrain Azria, PMI 93, Delafontaine, Saint Jo	Epopé	Région IDF
21/01/2020	Julie	GCSMS SIAO 75		Dispositif hébergement	75 - Paris
22/01/2020	Clélia	SIAO 91	la croix rouge	hébergement	91 - Essonne
22/01/2020	Clélia	Evry	C Poulet	SIAO 91	91 - Essonne
22/01/2020	clélia	solipam	Isabelle Hamant	Périnat IF Sud	77 - Seine-et-Marne
27/01/2020	Capucine, Céline	RSPP	N Baunot	RSPP	75 - Paris
27/01/2020	solipam	SOLIPAM	Laurence Millet	CPAM	75 - Paris
28/01/2020	Tatevik, Clélia	La colline aux enfants	Mme LEVEEL	accueil de jour	75 - Paris
29/01/2020	Clélia	ARS	Mme Chapet; Dr Reybel; Marie Mabit, M N Villedieu	ARS, DRHIL	75 - Paris
29/01/2020	Clélia	SOLIPAM	Nathalie Le Maire	ESPEREM	75 - Paris

020					
03/02/2020	SOLIPAM	solipam	Pauline Geindreau	SIAO 93	93 - Seine St-Denis
04/02/2020	SOLIPAM	SOLIPAM	Mme Plet	CRC MRP	Région IDF
04/02/2020	SOLIPAM	solipam	R Strachinaru	UASA	75 - Paris
04/02/2020	Tatevik et Clélia	MDM	Salimata Sidibé <salimata.sidibe@medecinsdumonde.net>; Aline Merabtene <aline.merabtene@medecin sdumonde.net>	MDM	Région IDF
05/02/2020	Raphaël et Clélia	Mouvement du Nid	Alexandra Martel	Mouvement du Nid	75 - Paris
06/02/2020	solipam	Lariboisiere	Mélanie Guedon Equipe médicale lariboisiere	Maternité Lariboisière	75 - Paris
06/02/2020	Raphael et Clélia	SIAO 77	SIAO 77	Equialis	77 - Seine-et-Marne
06/02/2020	Céline	MYPA	Mypa et PMI 78	MYPA	78 - Yvelines
07/02/2020	SOLIPAM	SOLIPAM	Captifs de la liberation		75 - Paris
18/02/2020	Céline, Clélia et Capucine	Maison des femmes	Maison des femmes	Ghada Hatem	93 - Seine St-Denis
19/02/2020	Céline, Capucine, Clélia	CHU Brantôme	CHU Brantôme	CHU	75 - Paris
24/02/2020	clélia	APHP	Corine Lamouche	APHP	Région IDF
25/02/2020	solipam	SOLIPAM	DAPSA	équipe DAPSA	Région IDF
27/02/2020	Alexandra, Clélia	Port Royal	Epopé, inserm, PMI 93, Saint Jo, Delafontaine	G4P	Région IDF
03/03/2020	equipe solipam	SOLIPAM	Hopital de Nanterre	hopital	92 - Hauts-de-Seine
03/03/2020	Clélia	SOLIPAM	Secours Islamique	accueil de jour	91 - Essonne
10/03/2020	Clélia	Port Royal	Epopée/ Paris descartes	formation universitaire	Région IDF

10/03/2020	Alexandra et Capucine	R.I.V.E Versailles	R.I.V.E	Accueil de jour pour femmes avec ou sans enfant	78 - Yvelines
11/03/2020	Céline et Capucine	RPVM	Valérie Tafforain	RPVM	94 - Val-de-Marne
12/03/2020	Céline, Alexandra, Raphael	Lariboisiere	APHP Lariboisiere	hopital	75 - Paris
12/03/2020	Capucine et Clélia	Resif	Resif	réseau régional	Région IDF
17/03/2020	Clélia	Urmis	Urmis	Unité mixte de recherche	Région IDF
26/03/2020	Raphael et Capucine	SIAO 77	SIAO 77	hebergement	77 - Seine-et-Marne
31/03/2020	Clélia	RSPP	RSPP	réseau de santé	75 - Paris
23/04/2020	equipe solipam	SOLIPAM	CRIP 75	protection de l'enfance	75 - Paris
10/06/2020	Clélia, Alexandra, Raphaël	Secours Populaire	Christelle Assaf, Responsable administrative et financière	Secours populaire	75 - Paris
18/06/2020	Clélia, Alexandra, Raphaël	Robert Debré		Maternité Robert Debré	75 - Paris
19/06/2020	Clélia	ACF	Clara Bigel	Action Contre la Faim	
22/06/2020	Clélia	Téléphonique	Amélie Moritz	Fondation Sanofi Espoir	75 - Paris
22/06/2020	Clélia		Valérie Hamidi	Maison de la Solidarité/BS Fondation Abbé Pierre	92 - Hauts-de-Seine
26/06/2020	Clélia	CHIC	CRESPIN Stéphanie, Sage-femme coordinatrice des consultations de gynécologie-obstétrique, CPDPN et AMP	Hôpital de Créteil	93 - Seine St-Denis

29/06/2020	Clélia		Myriam Toribio	PMI	93 - Seine St-Denis
30/06/2020	Clélia			Secours Populaire	93 - Seine St-Denis
01/07/2020	Clélia		Céline Vicrey	RSPF	75 - Paris
03/07/2020	Clélia			Resto du cœur région	
03/07/2020	Clélia			ARS	75 - Paris
21/07/2020	Clélia, Capucine, Raphaël	ESI Georgette Agutte		ESI G.Agutte	75 - Paris
03/09/2020	Alexandra, Céline, Gerda	PMI 93		PMI	93 - Seine St-Denis
03/09/2020	Clélia	SIAO 93		SIAO 93	93 - Seine St-Denis
03/09/2020	equipe solipam	Solipam	Laurence Desplanques, Claire Joedicke	ARS	Région IDF
04/09/2020	Alexandra, Gerda	SIAO 95		SIAO 95 - hébergement	95 - Val d'Oise
07/09/2020	Capucine	ARCAT			
07/09/2020	Clélia, Céline	Hôpital Antoine Béclère	Dr Cicero	Hôpital	92 - Hauts-de-Seine
08/09/2020	Gerda	Solipam	Salma LAMQADDAM	Projet Santé Purielle	75 - Paris
10/09/2020	Clélia	MYPA	Anne Dubois	MYPA	78 - Yvelines
17/09/2020	Céline	Solipam		Projet National FEES	Interdépartemental (préciser)
17/09/2020	Céline, Alexandra, Capucine	CH.Gonesse		CH de Gonesse	95 - Val d'Oise
18/09/2020	Clélia	Téléphonique		Médecins du Monde	Interdépartemental (préciser)

18/09/2020	Céline, Capucine	CHU Marceau		CHU Marceau	75 - Paris
18/09/2020	Clélia			Poupom	Région IDF
22/09/2020	Clélia, Gerda	Altaïr Sea		Altaïr Sea	75 - Paris
28/09/2020	Clélia et ?	Estrelia		Social	75 - Paris
29/09/2020	Clélia Alexandra	Necker	APHP Necker	hôpital	75 - Paris
01/10/2020	Capucine et Céline	corbeil essonne	hôpital	hôpital	91 - Essonne
01/10/2020	Alexandra et Clélia	commission interrégionale périnat	ARS et Réseaux		Région IDF
07/10/2020	Raphaël Alexandra et Clélia	CMS Jourdain	Centre de santé et médiation en santé Marine Legros	medecine de ville	75 - Paris
08/10/2020	Alexandra et Capucine	Asso enfants présents			75 - Paris
08/10/2020	Céline et Gerda	IHFB MPS			92
08/10/2020	Raphaël et Clélia	CASP	Odile Grellet		Région IDF
08/10/2020	Clélia	RSPP	Nathalie BAUNOT Sage-femme RSPP		75 - Paris
13/10/2020	Céline, Raphaël, Clélia	Pôle social Trousseau	APHP Trousseau		75 - Paris
20/10/2020	Alexandra et Clélia	G4P			Région IDF
20/10/2020	equipe solipam	AS APHP et Salpêtrière	APHP Corinne Lamouche		75 - Paris
02/11/2020	Gerda, Céline et Clélia	MIST	Vanessa Simoni		75 - Paris
03/11/2020	Clélia	PMI 94	Isabelle Buresi		94
04/11/2020	Clélia	PMI93	Myriam Toribio		93
04/11/2020	Clélia	RPVM	Valérie Tafforin		94

04/11/2020	Clélia	PMI77	Mme Marchal		77
19/11/2020	Capucine, Céline, Clélia	SIAO94	Marine Rousseau		94
19/11/2020	Thierry, Clélia	Ministère du Logement	Mme Rombaldi		Région IDF
20/11/2020	Clélia	Resif			Région IDF
30/11/2020	Clélia	PASS sage femme	Patricia Lucidrame		75 - Paris
30/11/2020	clélia	FEES			Région IDF
01/12/2020	Alexandra, Clélia	G4P			Région IDF
03/12/2020	Gerda, Céline, Clélia	CPMP Tour d'auvergne	EPP		75 - Paris
07/12/2020	Clélia	Lariboisière	APHP		75 - Paris
17/12/2020	Clélia	CHIM et NEF	Bruno Renevier et Cécile Caze		93
18/12/2020	Raphaël, Céline, Clélia	Lariboisière	APHP		75 - Paris
21/12/2020	Alexandra, Gerda, Linda, Clélia	RADYA	Blandine Fortzy	infauprécap erinat	Région IDF
07/01/2020	Clélia	CHIM et NEF	Bruno Renevier et Cécile Caze		93

|

Annexe 3



10^{èmes} RENCONTRES SOLIPAM
Santé sexuelle et reproductive en situation de précarité
Jeudi 10 Décembre 2020 en webinaire

Matinée : 10h00- 12h15

« Contextualisation des liens périnatalité et précarité »

Modérateur de la matinée : Docteur Gaudry Danielle - Présidente du RPVM

10h00	Mot du Président	Thierry Harvey, Chef de service Maternité des Diaconesses, Président de l'Association Solidarité Paris Maman Ile de France
10h15	Une expérience Nantaise ; la prise en charge de la précarité des femmes enceintes et nouveaux-nés au CHU de Nantes	Marianne Nouhaud Sage-femme, et Cécile Boscher Pédiatre en maternité ; CHU Nantes
10h45	L'évolution du public accompagné à SOLIPAM (Master 2 en cours de réalisation Sciences politiques, Représentations, Discriminations)	Romane Couteux Master 2 en Santé Publique et Sciences Sociales
11h15	Médecine générale et femmes enceintes en situation précaire quel positionnement, pratique réflexive (thèse de Médecine générale)	Docteur Sarraouinia Gakunzi Médecin Généraliste
11h45	Suivi de grossesse et précarité	Docteur Valérie Ledour Responsable santé sexuelle et reproductive Direction de la Famille et de la Petite Enfance
12h15	Pause déjeuner	

Après-midi : 14h00 – 16h00

« Prise en charge de la santé sexuelle et de la grossesse dans les contextes de précarité »

Modérateur de l'après-midi : Bruno Renevier, Chef de service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier de Montreuil Hôpital André Grégoire

14h00		Raphaël Walczak Hôpital Delafontaine
14h30	Sortie de maternité et précarité mise en regard des expériences sociales et soignantes	Pauline Geindreau Interlogement 93,
14h55	Modérateur :	Corinne Lamouche, Responsable de la Mission Vulnérabilité(s) Coordination du SSH et des P.A.S.S.
15h20		Docteur Giacomelli, Médecin en PMI 93 (Accès aux droits des femmes enceintes en Seine Saint-Denis)
15h50	Clôture de la journée	Clélia Gasquet-Blanchard

Inscription : secretariat@solipam.fr ou 01 48 24 16 28

Avec le soutien de
L'Agence Régionale de Santé Ile-de-France, la Fondation Sanofi Espoir, la Fondation Croix St Simon,
la Fondation Diaconesses de Reuilly



Annexe 4

Protocole de fonctionnement de l'équipe SOLIPAM : Phase 3 de l'épidémie de Covid-19 (mise à jour le 17 mars 2020)

Recommandations de l'ARS concernant le parcours des femmes enceintes :

- Les sages-femmes et assistant.e.s sociaux.ales des réseaux sont des interlocutrices et interlocuteurs privilégié.e.s des usager.e.s pour une aide à l'orientation dans le parcours de soins.
- Il est demandé de rester vigilants à ces demandes d'orientation, pour le parcours de grossesse, mais aussi pour les demandes d'IVG, notamment dans la période actuelle où les circuits peuvent être impactés (ars-idf-parcours-ivg@ars.sante.fr).

Relations avec les partenaires (directives ARS) :

- Les réunions sont supprimées, ou remplacées par des échanges téléphoniques ;
- Les formations sont supprimées ;
- Les réunions types CA, bureau, CMS sont faites sous forme de conférences téléphoniques si elles doivent être maintenues ;
- Les AG sont reportées.

L'équipe de SOLIPAM reste fonctionnelle :

- Rotation de l'équipe en présentiel en deux groupes pour limiter les contacts au sein de l'équipe :

Lundi : Clélia, Capucine, Céline // Mardi : Clélia, Capucine, Céline // Mercredi : Julie, Raphael, Alexandra // Jeudi : Raphael, Alexandra // Vendredi : Capucine et Céline / Raphael et Alexandra (une semaine sur deux)

- Mise en place d'un staff quotidien par téléphone à 9h si fiche navette ou numéro vert reçues la veille

- Mise en place de réunions hebdomadaires (par téléphone ou Skype) : o Le lundi 10h de l'équipe complète

- o Le mardi 9h30 : de la coordination médicale

- o Le mardi 10h30 : de la coordination sociale

- Permanence téléphonique du standard et du numéro vert est assuré

Accueil du public :

- Arrêt des inclusions physiques, les inclusions se font par téléphone.
- Accueil limité des femmes uniquement si elles se présentent de manière spontanée.

Mise en place de mesures spécifiques :

- Mail hebdomadaire aux différents SIAO pour alerter des femmes enceintes à la rue (femmes incluses dans le réseau ou exceptionnellement en suivi « support ») ; o Alerte particulière par les sages-femmes concernant les femmes en cours du troisième trimestre de la grossesse ou en situation de grossesse à risque.

- o Exceptionnellement, les demandes de SI-SIAO peuvent être effectuées par l'équipe de coordination sociale si les femmes ne sont pas connues des SIAO

- Mise à jour journalière des structures médicales (accueil des maternités, des PMI, etc.) par les sages-femmes, et sociales (restaurants solidaires, accueil de jour, etc.) par les assistant.e.s et sociaux.ales pouvant prendre en charge et accueillir le public des femmes enceintes en situation de grande précarité.

- Mise en place d'une veille des événements indésirables médicaux et sociaux (refus de vaccination de nouveaux nés, etc.) au sein du public adressé auprès de SOLIPAM.

Annexe 5**PROTOCOLE COVID -19 : Permanence de l'équipe SOLIPAM du 01/04 au 15/04**

Planning :

Numéro vert

- Ne pas rester seul dans les locaux,

- Prendre quelques masques de la réserve et vos gels hydroalcooliques pour assurer vos trajets dans les transports en commun.

- • Numéro Vert et Fiches Navettes :
- - Dès l'arrivée au bureau : annuler le renvoi du Numéro Vert
- - Faire le point sur les nouvelles fiches à staffer et les rentrer sur la base si ce n'est pas encore le cas
- - En quittant le bureau, faire le renvoi d'appel sur le numéro professionnel du binôme présent : mardi et mercredi Céline/Capucine ; vendredi Alexandra/Raphaël

- • Réunions d'équipe et Staff :
- - Staff médico-social les lundis et jeudis matin à 10h (à organiser par l'équipe de permanence)
- - Réunion d'équipe les lundis et jeudis matin à 10h30

- • Logistique bureau :
- - Sortir les poubelles le lundi soir seulement (plus de tri donc sortir poubelles cartons aussi avec poubelle verte)
- - Les jours de permanence, penser à passer un coup dans les toilettes et sur les poignées de portes, sur les combinés standard et numéro vert si utilisés (+ chacun fait son bureau)

- • Retour exceptionnel au bureau :
- - Si nécessité de se rendre au bureau en dehors des permanences :
- - Se mettre en accord en binôme
- - Prévenir Clélia

Annexe 6

Adaptation du Dispositif d'appui de SOLIPAM en période d'épidémie de Covid 2019 en Ile de France

Proposition de positionnement exceptionnel du réseau SOLIPAM, mise en place par **Céline Chatellier et Capucine Toulouse**

A/ Constats :

- Arrêt soudain des associations de distributions : Resto BB, Croix-Rouge, Paris Touts Petits en première période de confinement.
- Mise en place de distribution de couches et de lait par deux associations, sur place : ADSF et Secours Populaire sur Paris, resto du coeur. Au vu du nombre de demandes la sélection des familles est importante et se fait sur orientation des travailleurs sociaux. De plus, nécessité de se déplacer sur place pour récupérer les colis ce qui n'est pas possible ou envisageable pour des familles orientées en IDF.
- Distribution de tickets services mise en place par les SIAO d'IDF pour pallier les besoins alimentaires. Ces tickets services sont utilisés par les familles pour l'achat de lait et de couches. Exemple : Famille 1A + 2 E a reçu 97€ de tickets services fin Mars. Au 6 Avril, Madame n'avait plus d'argent. Utilisation de pagnes pour les couches, qu'elle lave à la main ensuite.
- De plus, en période de confinement, les familles sont invitées à se rendre au plus près, c'est-à-dire dans des petites surfaces moins fournies en articles et plus chères.

B/ Critères :

- Familles connues de Solipam, qui, suite à un échange avec le-a coordinateur-trice expriment le besoin
- Sans ressource ou en difficulté financière exceptionnelle (sur évaluation de l'équipe Solipam)
- Lorsque la recherche de solutions autres n'a pas abouti : distributions de tickets services par le 115 insuffisante, absence de réseau associatif proposant ce service

Une attention doit être portée à :

Familles hébergées par une association : faire le lien avec l'association pour connaître leurs possibilités de soutien

Tableau de recensement déterminant les besoins des femmes et de leurs enfants (âge, taille, type d'alimentation du bébé, autorisation de sortie imprimée si besoin, coordonnées exactes du lieu d'hébergement, horaire du passage, infos sur barrières de protection données)

C/ Proposition de mise en oeuvre d'un protocole de tournée d'une équipe de SOLIPAM, sur la base du volontariat uniquement et seulement durant la durée du confinement) :

a) Tournée avec voiture personnelle (indemnités kilométriques calculées par une feuille de route) le mardi

b) Mesure de protection : sur siège de voiture (sac poubelle) ; port des gants pendant les courses ou la récupération de lait et couche, et lors de tout contact avec un colis à destination des familles ; deux personnes par véhicule, une devant et une derrière ; la distribution par une personne de l'équipe se fait avec masque chirurgical et gants (changement du masque toutes les quatre heures et des gants à chaque dépose et désinfection avec gel hydro alcoolique entre deux (après la dépose et avant la prochaine)

Mise en contact avec les femmes : ces dernières sont contactées la veille pour établir un créneau de passage (hôtelier prévenu par l'équipe SOLIPAM)

d) Modalités de récupération des colis :

- A l'arrivée sur le lieu appel de la femme
- Dépose du colis à distance de deux mètres

- Echange médico-social rapide et réorientation si nécessaire (5 minutes maximum)

Une seule personne (la femme de préférence, ou son conjoint...) viendra récupérer le colis (si la femme est seule avec des enfants ou si elle ne peut pas descendre pour raisons médicales dans le hall possibilité de monter à l'entrée de sa chambre

Annexe 7

Alerte du Réseau SOLIPAM sur les situations actuelles rencontrées sur le terrain

L'équipe du Réseau SOLIPAM pour l'ARS

Le réseau **SOLIPAM** (SOLIdarité PARis Maman Ile de France) est un réseau régional de périnatalité et d'accès aux soins financé par l'ARS 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. L'inclusion la plus précoce possible dans 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 risques périnataux repérés). 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, celle proposée à la population générale, en privilégiant la stabilisation de leur environnement et leur autonomie.

Crise sanitaire post confinement, le retour des situations de rue

Pourtant, aujourd'hui, le contexte politique et institutionnel à une échelle internationale comme nationale a un impact de plus en plus important sur les trajectoires de vie des femmes, de leur famille et de leurs nouveau-nés en France. Les conditions de l'exercice soignants et du travail social sous contraintes ont un impact très néfaste, sur les soignants eux-mêmes et sur les travailleurs sociaux, mais surtout sur des femmes aux trajectoires de vie extrêmement précaires et traumatiques. Leur arrivée en France est jalonnée de plus en plus de difficultés en termes d'accès aux droits, notamment aux soins, les précarisant encore et les maintenant dans des contextes d'existences, violents, d'isolement, etc. Ce phénomène a des retombées sanitaires et n'a été qu'accentué par l'épisode en cours de crise sanitaire que nous traversons à l'échelle mondiale et qui met en lumière à des échelles locales, une précarisation toujours plus importante des plus vulnérables.

Nous constatons quotidiennement au sein de notre réseau des situations de rue, qui nous alertent et que nous souhaitons vous soumettre.

En juillet 2020, 22 femmes connues du réseau sont à la rue, 16 sont enceintes, 6 sont à la rue avec leur nouveau-né, elles sont 24 début septembre 2020.

Ces situations de rue peuvent parfois être accompagnées de situations sanitaires graves qui nous interrogent sur la possibilité de sécuriser les parcours d'existences de nouveaux nés en dangers en raison de l'impossibilité d'appuyer la femme ou le couple de parents comme l'illustre la situation de Monsieur et Madame R.

Situation de Monsieur et Madame R.

Le réseau SOLIPAM est contacté par Mme R. fin août 2020 via le N°VERT du réseau. Mme R., âgée de 25 ans, d'origine ivoirienne, est arrivée en France en 2018 pour rejoindre son conjoint qui réside en France depuis 2017. Madame ne dispose pas de droit au séjour sur le territoire français et aucune démarche de régularisation n'est entamée à ce jour pour Mme ou pour son conjoint.

Le couple a été hébergé en Centre d'Hébergement d'Urgence (CHU), pour couples sans enfants, d'octobre 2018 à juillet 2020. Une fin de prise en charge a été actée après l'accouchement de Mme. R., dans la mesure où le CHU n'est pas habilité à accueillir des enfants.

La grossesse de Mme. R. était suivie à l'hôpital Tenon, où elle a accouché début août par césarienne. Son fils est atteint d'une pathologie (pieds-bots varus équin) nécessitant des soins hospitaliers hebdomadaires (changement de plâtres). A la sortie de la maternité, la famille a obtenu une prise en charge hôtelière puis s'est retrouvée à la rue, sans solution d'hébergement. La famille R. contactait régulièrement le 115. Une mise à l'abri ponctuelle leur a été proposée par le 115

pour la nuit du 26/08. Madame R., son conjoint et leur fils, ont ainsi connu une période d'errance, sans solution d'hébergement durant plus d'une semaine.

Madame sollicite le réseau SOLIPAM afin qu'une solution d'hébergement pérenne puisse être trouvée. Plusieurs interpellations du 115 et du SIAO ont été faites, par téléphone et par mail afin d'alerter sur la situation de cette famille et demander une solution de mise à l'abri dans un environnement sain et stable, notamment en raison de pathologie de leur enfant et des soins qui doivent lui être dispensés, l'absence de mise à l'abri de l'enfant risquant de mettre en échec l'efficacité des soins. Les alertes du réseau Solipam ont permis de faire remonter la situation de la famille D. auprès du 115 et du SIAO.

Une solution d'hébergement, proposant également aide alimentaire et accompagnement social, est trouvée par une association, permettant à la famille R. de bénéficier d'une prise en charge hôtelière jusqu'en janvier 2021.

Un exercice professionnel social comme soignant en contexte institutionnel dégradé

Dans le contexte actuel, les missions du réseau SOLIPAM sont de plus en plus complexes et difficiles à honorer en raison d'un public accompagné aux conditions d'existence très dégradée par rapport à ce qui pouvait être observé sur le terrain il y a quelques années (le réseau existe depuis 2006), comme l'illustre le tableau de « suivi social à l'entrée dans le réseau » suivant.

Tableau : SUIVI SOCIAL A L'ENTREE DANS LE RESEAU

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Maternité	157/406 soit 38.7%	235/510 soit 46.1%	252/648 soit 38,8%	268/752 soit 35.67%	199/607 soit 32.8%	53/172 soit 30.8%
Secteur	26/406 soit 6.4%	28/510 soit 5.5%	43/648 soit 6,6%	45/752 soit 6%	20/607 soit 3.3%	0/172 soit 0%
Association	58/406 soit 14.3%	49/510 soit 9.6%	47/648 soit 7,2%	62/752 soit 8.2%	29/607 soit 4.8%	4/172 soit 2,3%
Centre hébergement	11/406 soit 2.7%	3/510 soit 0.6%	11/648 soit 1,6%	15/752 soit 1.99%	12/607 soit 2.0%	0/172 soit 0%
Autre (CMS, SSR, hôpital..)	7/406 soit 1.7%	22/510 soit 4.3%	25/648 soit 3,8%	25/752 soit 3.32%	19/607 soit 3.1%	6/172 soit 3,5%
Sans	147/406 soit 36.2%	166/510 soit 32.5%	270/648 soit 41,6%	337/752 soit 44.82%	328/607 soit 54.0%	109/172 soit 63,3%

Le tableau ci-dessus de suivi social des femmes à l'entrée dans le réseau nous informe sur une diminution progressive dans les demandes adressées (par les professionnels comme par les femmes) d'un suivi social de manière général (qu'il s'agisse d'un suivi social en maternité, de secteur, en milieu associatif ou en centre d'hébergement). Le corolaire en est une augmentation des femmes sans aucun suivi social que peine la coordination sociale à trouver sur le terrain. Ces situations ont un impact sanitaire sur ces femmes, notamment sur leur suivi.

En effet, certains dysfonctionnements institutionnels, participe à la difficulté à pouvoir penser en amont des situations qui deviendront alors urgentes

Vignette Mme D.

Situation Mme D / Inscription en maternité APHP

Pour le cas de Mme D, Solipam a été sollicité par une assistante sociale scolaire concernant Mme D, enceinte de 8 mois dont la grossesse n'est pas suivie. Madame D est arrivée en France en juillet, a été hébergée en hôtel 115 à Paris 17.

Elle a consulté aux Urgences de la maternité Robert Debré en août. On lui a dit de s'inscrire dans cette maternité. Madame s'est donc adressée à l'accueil Robert Debré le 19/08, et, ayant exprimé qu'elle n'avait pas accès à internet une personne sur place a fait la demande pour elle.

Depuis Madame D n'a pas de nouvelles en date du 14/09.

Solipam a donc envoyé un mail au bureau des admissions de Robert Debré.

En effet la demande avait été prise en compte mais faute de place la demande a été transférée à Bichat qui a également refusé donc transférer à l'hôpital Lariboisière et envoyé cette demande au BCIM qui a renvoyé la demande à la maternité du Kremlin Bicêtre.

Après que la sage-femme coordinatrice du réseau SOLIPAM ait contacté le Bureau Central des Inscription en Maternité (BCIM) le 16/09 par téléphone, le réseau SOLIPAM apprend que Mme D est inscrite à la maternité Tenon depuis le 10/09, et qu'un e-mail lui a été envoyé.

En l'absence d'internet, Mme n'a jamais reçu de message.

Mme s'est donc rendue à l'hôpital Tenon et aura un rendez-vous avec une sage-femme le 25/09 pour débiter le suivi de sa grossesse. Mme D est hébergée dans le 17eme arrondissement et mettra environ une heure pour se rendre à la maternité.

Dans le cas de Mme D, celle-ci n'aura probablement pas le temps de se rendre dans sa maternité d'inscription, ce qui participera à complexifier le travail de la sage-femme qui la prendra en charge (absence de son dossier au moment de l'accouchement), et de la relation de la femme pourra avoir avec les soignants de la maternité.

Ces difficultés peuvent être encore accrue par des déterminants sociaux qui participent à définir l'accès aux soins et les états de santé de ces femmes. Les possibilités de communication des femmes avec les soignants et les travailleurs sociaux en fonction comme l'illustre le cas de Mme K.

Vignette Mme K.

Mme K se présente dans les locaux de SOLIPAM. Elle est allophone, de nationalité Géorgienne. Mme est venue en France en août 2019 pour demander l'asile. Sa demande a été rejetée.

Mme est enceinte de 27 semaines quand elle contacte le réseau SOLIPAM fin 2019. Elle se trouve à la rue et dort principalement dans le métro, à l'aéroport, parfois dans la voiture d'un compatriote. A la suite d'une chute, Mme se rend aux urgences où une maladie infectieuse chronique lui est diagnostiquée.

Un suivi médical en maternité et en service infectieux est mis en place. Sa demande d'hébergement a pu être appuyée par l'équipe de coordination. Enfin, des orientations auprès d'associations capables de proposer des cours de français langue étrangère (FLE) et d'associations caritatives ont pu lui être proposées.

Mme s'est toujours saisie des solutions qui lui ont été proposées. Elle a accouché d'un garçon en janvier 2020. L'enfant est né prématuré d'un mois, mais se porte bien. Mme et son enfant sont hébergés en hôtel social via le 115 de Paris. Mme est inscrite à des cours de FLE pour la rentrée de septembre. Mme se rend régulièrement dans plusieurs associations caritatives qui lui proposent les produits de première nécessité et denrées alimentaires pour elle-même et son enfant.

Il subsiste un frein important qui entrave la fin d'un accompagnement de Mme auprès du réseau SOLIPAM : l'impossibilité de lui permettre d'accéder à un accompagnement social. En effet, nous constatons un refus des services sociaux de secteur de recevoir Mme du fait de sa situation irrégulière au regard du droit au

séjour, mais également de l'impossibilité des professionnels à pouvoir échanger et communiquer avec Mme du fait d'une barrière de la langue. Dans le cas où une fin d'accompagnement serait verbalisée auprès de Mme, cette dernière n'aurait d'autre choix que de ressolliciter le réseau régulièrement en l'absence de relais social sur le terrain.

Alors que Madame K, fait preuve d'un désir d'apprendre le français et d'être dans une relation d'échange avec les professionnels du monde médical (pour sa grossesse, le suivi de son enfant et celui de sa pathologie chronique) comme du social, elle se retrouve dans une situation d'isolement face à des professionnels ne pouvant communiquer avec elle et qui renoncent (en raison des difficultés à solliciter des services d'interprétariat). « Ces femmes se trouvent fréquemment dans des « situations d'insécurité linguistique qui apparaissent comme un voile posé sur l'ensemble de leurs compétences » (**Rouilleau-Berger, 2010**). En effet, pour les femmes incluses dans le réseau Solipam (**Reitch, 2014**) qui "ne parlent pas du tout français, le risque de ne pas avoir un suivi de grossesse conforme aux recommandations est multiplié par 11,24 pour les femmes sans couverture maladie ($p=0,028$, IC [1,31-96,7]) par rapport à celles qui disposent d'une couverture CMU-C et par 3,42 pour les multipares ($p=0,030$, IC [1,13-10,4]) ; les intervalles de confiance sont très larges et reflètent la disparité du groupe aux effectifs globalement faibles ($n=106$). Ces femmes sont donc très exposées, par leur barrière linguistique, à une démultiplication des risques si elles cumulent les difficultés sociales". Le cas de Mme K illustre la mise à mal des femmes et des professionnels sur le terrain, face à l'impossibilité d'intégration en raison de difficultés de communication de cette femme.

Des conditions indignes d'existences qui pathologisent des situations sociales

La précarité, loin de n'être qu'une situation socio-économique participe à la disqualification sociale des individus (**S.Paugam**) et participe à une représentation négative des personnes qui se retrouvent placées en situation de dépendance, des l'appui des travailleurs sociaux, ou d'aides sociales financières. Cette disqualification sociale participe à mettre en cause les compétences de mère de ces femmes (**F.Weber**). Le cas de Mme S, au bord de l'épuisement illustre très bien comment dans un contexte de grande précarité les acteurs du terrain - sans les incriminer, dans la mesure où leur exercice professionnel relève d'un quotidien extrêmement complexe et éprouvant, visant à pallier au désengagement des pouvoirs publics - en arrivent à pathologiser/psychiatriser une situation de déseuvrement en raison des conditions d'existences indignes données à cette femme.

Vignette Mme S.

Mme prend contact avec le réseau SOLIPAM via notre numéro vert afin de faire part de la situation de sa famille. Elle est à la rue, enceinte de 8 mois, avec son enfant de 2 ans et demi. Devant, l'absence de proposition du SAMU social, elle finit par trouver une solution grâce à son réseau personnel.

A l'issue de son accouchement, l'assistante sociale de la maternité, alerte de nouveau SOLIPAM. Elle ne trouve pas de relais pour l'hébergement et est contrainte de faire sortir la famille (composée de Mme, de son fils aîné, et du nouveau-né) de la maternité sans solution d'hébergement. Une solution sera finalement trouvée par les services sociaux départementaux.

Deux mois plus tard, Mme prend à nouveau contact avec le réseau via notre numéro vert, afin de nous faire part de sa fin de prise en charge à l'hôtel. Mme a passé plusieurs nuits à la rue avec ses deux enfants (3 ans et 2 mois), elle contacte quotidiennement le 115. Nous orientons Mme vers des accueils de jour où elle peut se reposer avec ses enfants et y trouver une aide en ce qui concerne sa demande d'hébergement. Malgré cela, Mme ne bénéficie que de quelques nuits aux seins d'une halte de nuit, avant de se trouver à nouveau à la rue.

La fatigue de Mme est de plus en plus importante. Sans autres solutions nous contactons l'unité d'assistance aux sans-abris (UASA) qui finira par trouver une place en centre d'hébergement pour Mme. A l'arrivée au centre d'hébergement, Mme,

épuisée par son parcours de rue s'endort sur un canapé d'une salle commune avec son nouveau-né dans les bras, qu'elle laisse alors tomber au sol. L'enfant restera à terre plusieurs minutes. Pendant ce temps, l'aîné, qui ne parvient plus à trouver le sommeil du fait de sa grande fatigue, sollicite les autres familles hébergées. Lorsque le personnel du centre se rend compte de la situation, l'UASA est encore dans les locaux et contacte l'unité mobile de psychiatrie et l'aide sociale à l'enfance est contactée pour récupérer la garde des enfants. Mme sera placée 24h dans une unité de psychiatrie, elle en ressortira sans traitement ni suivi. Elle ne pourra réintégrer le centre d'hébergement à l'issue de son hospitalisation.

Les situations de fragilité émotionnelle importante dans laquelle se trouvent certaines femmes participent certes à la fragilité psychique des femmes migrantes jeunes accouchées dans des situations de vulnérabilité économique, notamment autour du risque de dépression du postpartum. Cette dernière serait-elle uniquement une détresse psychique, ou relèverait-elle d'une construction psychosociale, voire sociale ? « *Entre le baby blues (normal) et la psychose du post-partum (pathologie psychiatrique sévère) la dépression du post-partum a des frontières floues* » (Poirel, Dufort, 2012). Cette souffrance sociale, affichée et légitime, est présente parmi certaines femmes rencontrées, mais si elle révèle du fossé entre la normativité imposée aux femmes et la réalité de leur vécu, elle peut être renforcée chez des femmes en situation de migration, si des enfants sont restés au pays⁵ ou bien dans les situations de deuil périnatal. Les femmes en situation de migration, quand elles expriment ces souffrances, peuvent subir les effets de représentations culturalisantes chez les soignants ou travailleurs sociaux et se trouver disqualifiées dans leur rôle maternel.

Bibliographie :

Eberhard M., Guyavarch E., Segol E., 2017-1, Monoparentalité et précarité : la situation des familles sans logement en Ile-de-France. Rapport final Juillet 2017, Observatoire du samusocialdeParis CNAF, 158p.

Paugam S., 2009, *La disqualification sociale : essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PU, coll. « Sociologies », 1991, 4^e édition mise à jour 1997, dernière édition dans la coll. « Quadrige » 2009 (avec une nouvelle préface "La disqualification sociale vingt ans après").

Poirel, M-L., Dufort F., Tensions et incertitudes autour de la « dépression postnatale » et de son traitement in Lapierre S., Damant D., 2012, *Regard critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux*, Presses de l'Université du Québec, 262 p.

Rietch, M-G., 2014, (dir. Gasquet-Blanchard C.), *Etude exploratoire quantitative de la base de données du Réseau Solipam*, 54p.

Rouleau-Berger, L., 2010, *Migrer au féminin*, PUF, 182 p.

Weber F., 2013. *Penser la parenté aujourd'hui. La force du quotidien*, Éditions Rue d'Ulm, coll. « Sciences sociales », Paris

⁵ Dans le rapport de l'enquête en ESI du Samusocial de Paris la question des enfants restés aux pays participe à la trajectoire traumatique des femmes : « *Pour quelques-unes il est apparu qu'elles ne savaient pas exactement où se trouvaient leurs enfants, notamment pour les plus âgées, ou celles ayant fui leur pays précipitamment. (C'est) un sujet très sensible pour toutes, dont l'évocation renvoyait immédiatement à des choses très douloureuses, difficiles à évoquer* » (Eberhard, 2017).

Annexe 8

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 :

SOCIAL

Situation administrative
 En France depuis :
 Documents d'identité :

Couverture maladie

Ressources

Hébergement

Domiciliation :

Service social rencontré :

MEDICAL

Nombre de grossesses antérieures :
 Date des dernières règles :
 Date d'accouchement :
 Grossesse suivie : oui non
 Maternité de suivi :
 Si autre :

Antécédents / observations particulières :

Composition familiale (père, enfants) :
 Entourage autre :

AUTRES COMMENTAIRES (évaluation des besoins de la personne) :

Association Solidarité Paris Maman Ile-de-France - 52 rue Richer - 75009 Paris. Siret : 490 909 496 000 21 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.

Annexe 9

FICHE D'ADHESION PATIENT
AU RESEAU PERINATALITE ET ACCES AUX SOINS SOLIPAM.

Je soussignée

déclare avoir reçu les informations nécessaires concernant le rôle
et les objectifs du réseau SOLIPAM .

En adhérant au réseau SOLIPAM, j'autorise la transmission des informations me concernant
entre les professionnels du réseau, et notamment la transmission du dossier médical,
conformément à la loi du 4 mars 2002.

Fait à Paris, le

Adresse actuelle :

.....
.....

Signature

Patiente orientée par :

Terme :

Personne de confiance :

Le réseau travaille en partenariat avec des chercheurs en périnatalité.

Acceptez-vous que les données vous concernant puisse être utilisées à des fins scientifiques ?

- oui
- non

Vous pouvez à tout moment avoir accès aux données vous concernant et modifier votre
consentement.

MERCI DE RETOURNER CE DOCUMENT A LA COORDINATION
DU RESEAU SOLIPAM PAR FAX AU 01 48 24 19 29

MAJ le 29/11/2018

Annexe 10

**CONVENTION DE PARTENARIAT**
Réf. 202012 – SOLIPAM-Nom Partenaire**I. ENTRE LES SOUSSIGNES**

Le réseau **SOLIPAM**, porté par l'association Solidarité Paris Maman Ile-de-France, régie par la loi 1901, dont le siège est situé au 52 rue Richer Paris 9^{ème}, dont le n° SIRET est le 490 909 496 000 21, représenté par sa Président **Dr Thierry HARVEY** et, par délégation, sa directrice **Mme Cléia GASQUET-BLANCHARD**.

d'une part,

ET

Nom Complet Partenaire, sage-femme libérale, dont le siège social est situé **adresse**, inscrit au répertoire SIRENE sous le n° **numéro**, dûment habilitée aux fins des présentes

d'autre part,

ci-après individuellement ou collectivement dénommé(s) **la** ou **les Partie(s)**.**II. OBJET****A. OBJET**

1. Aux termes de sa convention constitutive, le réseau **SOLIPAM** a pour objet de favoriser l'amélioration de la prise en charge médicale et sociale des femmes enceintes, des jeunes mères et de leur nourrisson (jusqu'au 3 mois du nourrisson) en situation de grande précarité sur le territoire de santé de la région Ile-de-France.
2. **SOLIPAM** souhaite, mettre en place des visites post-partum en, sortie de maternité effectuée par une sage-femme libérale volontaire. Cette dernière aura au préalable signé la convention ici désignée. Celle-ci stipule que la sage-femme libérale participe à l'action de visites post-partum en sortie de maternité à destination des femmes en situation de grande précarité.
3. Madame/Monsieur **Nom Partenaire**, sage-femme libérale est volontaire pour participer au projet selon les modalités définies dans celui-ci et accepte d'être **contacté** par la coordination du réseau SOLIPAM pour l'organisation de VAD auprès des femmes prise en charge par le réseau SOLIPAM, selon les modalités définies dans ladite convention.
4. Au préalable de la signature de la présente convention, **Nom Partenaire** a pu prendre parfaitement connaissance des objectifs poursuivis par **SOLIPAM** au regard du Projet.

B. MOTIVATION

Dans cette période de crise sanitaire aiguë, l'isolement des femmes en situation de grande précarité suivies au sein du réseau SOLIPAM est encore plus accentué. Nous souhaitons développer la possibilité, pour toute femme incluse au sein du réseau SOLIPAM, d'accéder au minimum à deux visites à domicile en sortie de maternité, visant à la surveillance de la santé de la mère et du nourrisson, voire trois si possible.

Les objectifs de ces trois visites sont les suivants :

- l'accompagnement du couple mère-enfant et de la triade si présence du père.
- l'évaluation clinique de la mère et de l'enfant
- le soutien à la lactation et à l'alimentation du nourrisson
- l'élaboration d'une stratégie de prise en charge éventuelle si nécessaire
- l'évaluation des vulnérabilités potentielles et prévention de la dépression du post-partum

III. DEVELOPPEMENT



A. ORGANISATION DES VISITES A DOMICILES (VAD)

Les parties s'engagent à respecter le protocole de mise en place des visites à domicile en post-partum détaillé en Annexe 1.

La sage-femme libérale a toujours la possibilité de contacter SOLIPAM en cas de besoin d'informations complémentaires dans le cadre de ce protocole.

Dans le cadre de ce projet pilote, une évaluation par téléphone sera réalisée par l'équipe SOLIPAM à la suite de ces visites aussi bien auprès de la sage-femme libérale concernée que de la femme ayant bénéficié de ces consultations à domicile.

B. CONDITIONS FINANCIERES

Chaque partie supporte les coûts et charges que génère l'exécution de ses obligations au titre de la convention.

SOLIPAM s'engage, grâce à la dotation SANOFI ESPOIR, à verser à la sage-femme libérale l'un des forfaits suivants, en fonction des droits CPAM des femmes bénéficiant des visites à domicile.

Le calcul du forfait a été basé sur la cotation NGAP des sages-femmes libérales et est détaillé en Annexe 2.

La facturation sera effective au terme des 3 visites à domicile effectuées.

- Pour une femme sans droits ouverts : Le forfait, considéré comme Fond Humanitaire, est entièrement pris en charge par la dotation SANOFI ESPOIR et ne nécessite donc aucun remboursement de la part de la sage-femme libérale.

Grossesse simple : 154,40 euros

Grossesse gémellaire : 219,40 euros

- Pour une femme avec droits AME en cours de validité ou en cours d'ouverture : Le forfait est avancé par la dotation SANOFI ESPOIR et nécessite donc un remboursement par la sage-femme libérale auprès de l'association SOLIPAM dans les 6 mois suivants les visites.

Grossesse simple : 154,40 euros

Grossesse gémellaire : 219,40 euros

L'équipe SOLIPAM s'assurera de recontacter la sage-femme libérale si nécessaire afin de veiller au remboursement du forfait.

En effet, cette démarche garantit un fond de roulement de la dotation SANOFI ESPOIR et permet à d'autres usagères de pouvoir bénéficier de ce projet.

C. COMMUNICATION ENTRE LES PARTIES

En vue de l'organisation et de la mise en œuvre du Projet, chaque Partie désigne un interlocuteur unique.

Cet interlocuteur a le pouvoir et les compétences nécessaires à cet effet. Chaque Partie s'engage à notifier à l'autre tout changement d'interlocuteur sans tarder.

Les interlocuteurs désignés sont les suivants :

i. Pour **NomPartenaire** :

PrénomNOM

Fonction

Adresse

Mail

Téléphone

ii. Pour **Solipam** :

Céline CHATELIER

Sage-femme Coordinatrice

Celine.chatellier@solipam.fr

06 12 85 57 61

Julie DABADIE

Assistante de direction

secretariat@solipam.fr

01 48 24 16 28

D. CONFIDENTIALITE – DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Les engagements des Parties relatifs à la confidentialité des données et ceux relatifs à la protection des données à caractère personnel sont définis en **Annexe 4** des présentes.

IV. DUREE

La Convention entre en vigueur à compter du **29 avril y** et expire automatiquement le **10 février 2022**. Toute reconduction tacite est expressément exclue.

Une prolongation de la durée de la Convention doit faire l'objet d'un avenant signé par les Parties.

V. DOCUMENTS CONTRACTUELS

La Convention est formée par le présent document et ses annexes (*Annexes*) ainsi que ses avenants éventuels.

Les Annexes de la Convention en font partie intégrante et ont la même valeur juridique que celle-ci. Par la signature de la Convention, les Parties acceptent l'ensemble des règles définies à la Convention, y compris au regard du Preamble et au regard des Annexes.

Les documents contractuels peuvent uniquement être modifiés par la signature d'un avenant par les Parties.

VI. RESILIATION DE LA CONVENTION

A. RESILIATION EN CAS DE FORCE MAJEURE

Dès lors qu'elle est affectée par un cas de force majeure, la Partie concernée le notifie à l'autre, par courriel confirmé par courrier et dans les trois (3) jours calendaires de la survenance de l'événement, en précisant la date de suspension de ses obligations et le cas de force majeure ayant motivé ladite suspension.

En cas de prolongation d'un événement de force majeure au-delà d'un délai de deux (2) semaines après envoi de la notification susvisée, l'une ou l'autre des Parties sera en droit de mettre fin immédiatement et de plein droit, sans formalité judiciaire ni indemnité, à la Convention, sans que cela n'entraîne de responsabilité de sa part.

VII. RESPONSABILITE



- A.** Chaque Partie agit sous sa seule responsabilité et de manière entièrement autonome et indépendante au regard des rôles et responsabilités qui lui sont attribuées aux termes de la Convention. Aucune Partie ne saurait engager la responsabilité de l'autre Partie à cet égard, sauf en ce qui concerne les règles relatives à la protection des données à caractère personnel définies en **Annexe 4** des présentes.
- B.** SOLIPAM transmet, à la demande de **NomPartenaire**, toute information ou donnée nécessaire à l'exécution de la Convention, sans aucune garantie, en particulier au regard de sa complétude, de sa véracité ou de son actualité. **NomPartenaire** accepte tout risque associé et SOLIPAM exclut expressément toute responsabilité à ce sujet.

VIII. ASSURANCE

- A.** Chaque Partie doit être couverte par un contrat d'assurance au titre de la responsabilité civile contractuelle et extra-contractuelle, ainsi qu'au titre de sa responsabilité professionnelle, en cas de dommage occasionné par l'exécution de ses obligations au titre de la Convention.

À tout moment durant l'exécution de la Convention, chaque Partie doit être en mesure de produire une attestation, sur demande de l'autre Partie et dans un délai de quinze (15) jours à compter de la réception de la demande.

IX. DIVERS

- A.** **Droits nécessaires.** Chaque Partie déclare et garantit être le titulaire de tous les droits nécessaires pour signer et exécuter la Convention.

- B.** **Nullité ou inapplicabilité d'une clause.** Si l'une quelconque des dispositions de la Convention est déclarée nulle ou inapplicable au regard d'une disposition législative ou réglementaire en vigueur et/ou d'une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, elle sera réputée non écrite et n'entraînera pas la nullité des autres dispositions. Les Parties modifieront ou remplaceront toute disposition déclarée nulle ou inapplicable dans la mesure raisonnablement requise afin de rendre ladite disposition valable et applicable.

X. LOI APPLICABLE ET ATTRIBUTION DE COMPETENCE

- A.** La Convention est soumise au droit français.

- B.** **TOUT LITIGE RESULTANT DE LA FORMATION, L'INTERPRETATION OU DE L'EXECUTION DE LA CONVENTION SERA DE LA COMPETENCE EXCLUSIVE DES JURIDICTIONS DE PARIS NONOBTANT PLURALITE DE DEFENDEURS OU APPEL EN GARANTIE.**

Fait à lieu
Le 29 April 21

En deux (2) exemplaires originaux

Pour NomPartenaire	Pour SOLIPAM
PrénomNOMsignataire Précisions éventuelles	Par délégation du Dr Thierry HARVEY, Président de l'association Solidarité Paris Maman, Clélia Gasquet-Blanchard, Directrice
Signature	Signature
Cachet	Cachet

ANNEXE 1

DESCRIPTION DU PROTOCOLE VAD POST PARTUM

Cette action de promotion, dans cette période de crise sanitaire aiguë, comporte deux à trois visites à domicile en sortie de maternité.

Les objectifs de ces visites sont les suivants :

- Accompagnement du couple mère-enfant et de la triade si présence du père
- Evaluation clinique de la mère et l'enfant
- Soutien à la lactation et à l'alimentation du bébé
- Elaboration d'une stratégie de prise en charge éventuelle si nécessaire
- Evaluation des vulnérabilités potentielles et prévention de la dépression maternelle

La mise en lien de la femme accouchée sortante de maternité et de la sage-femme libérale est coordonnée par les sages-femmes coordinatrices SOLIPAM.

Les coordonnées de la femme, son lieu d'hébergement et le détail de sa situation médico-sociale seront communiqués par la sage-femme SOLIPAM à la sage-femme libérale.

La première visite est à réaliser, si possible, dans les 48 h suivant la sortie de maternité pour un accouchement voie basse et dans les 24h si naissance par césarienne.

Les deux visites suivantes seront planifiées selon l'appréciation de la sage-femme libérale et établies en concertation avec la mère et la sage-femme de SOLIPAM.

La troisième et dernière visite peut être effectuée et entreprise comme un « entretien post-natal » au 15^{ème} jour de vie au libre choix de la sage-femme libérale.

ANNEXE 2CONDITIONS FINANCIERES

Le tarif des visites a été basé sur les cotations CPAM NGAP du « PRADO ».

Pour une grossesse simple :

La première visite est équivalente à 1 SF 16,5 + IFD = 46,20 + 4 = 50,20 euros

La deuxième visite est équivalente à 1 SF 16,5 + IFD = 46,20 + 4 = 50,20 euros

La troisième visite est équivalente à 1 V+MSF+IFD additionné à 1 C + MSF donc 29 + 25 = 54 euros

Ainsi le forfait global pour les trois visites est de 154,40 euros.

Pour une grossesse gémellaire :

La première visite est équivalente à 1 SF 23 + IFD = 68,50 euros

La deuxième visite est équivalente à 1 SF 23 + IFD = 68,20 euros

La troisième visite est équivalente à 2 V+MSF+IFD additionné à 1 C+MSF donc 29X2 + 25 = 83 euros

Le forfait global pour les trois visites est de 219,40 euros

Il est à rappeler que pour les femmes n'ayant aucun droits ouverts la visite est ~~considérée~~ comme « consultation humanitaire » et ne nécessitera aucun remboursement de la part de la sage-femme libérale envers SOLIPAM.

Pour les femmes ayant déjà déposé leur demande d'AME ou dont les droits sont couverts par l'AME le forfait versé par SOLIPAM est une avance de frais. Il est donc demandé à la sage-femme libérale un remboursement après reversement de la CPAM dans les 3 ou 6 mois à venir. En-effet ce forfait pourra être réutilisé ~~ultérieurement~~ pour une autre femme en sortie de maternité.

Pour le remboursement le RIB de SOLIPAM est donc transmis à la sage-femme libérale.

ANNEXE 3

Fiche d'évaluation des VAD post-partum

SAGE-FEMME :

Mise en lien avec la femme/ SOLIPAM / Qualité des transmissions	
Accès au lieu d'hébergement	
Communication avec la femme (barrière langue, relation aisée etc)	
Besoin d'aide à la lactation	
Dépistage de vulnérabilités	
Durée approximative des visites	
Mise en lien avec professionnels médico- sociaux à la suite des visites	
Expérience positive ? À renouveler ?	

FEMME :

Communication avec la SF	
Aide	
Confiance	
Réassurance	
Aide à la lactation	
Vécu de la visite sur le lieu d'hébergement	
Relais proposé (PMI, ville ?)	
Expérience positive ?	

ANNEXE 4 – Engagements de confidentialité et de protection de données à caractère personnel**1. Finalité du traitement de données par NomPartenaire**

NomPartenaire s'engage à utiliser les informations et données qu'il reçoit de SOLIPAM au titre de la Convention aux seules fins de l'Annexe 1 à l'exclusion de toute autre finalité ou usage.

2. Informations confidentielles couvertes par l'accord

Au titre de la Convention sont protégées de manière non limitative et quel que soit leur support (i) toutes les informations auxquelles NomPartenaire peut avoir directement accès au cours de l'exécution de la Convention et celles qui lui ont été transmises par SOLIPAM, y compris les données à caractère personnel (ii) les informations auxquelles NomPartenaire pourrait, malgré toutes les précautions que prend SOLIPAM pour protéger le secret de ces informations, avoir indirectement accès au cours dudit partenariat, et (iii) l'ensemble des informations relatives au SOLIPAM, ses méthodes de travail, ses outils, ses process, son personnel etc. dont NomPartenaire pourrait prendre connaissance (les Informations Confidentielles). NomPartenaire accepte expressément les Informations Confidentielles en l'état, sans aucune garantie.

Ne sont pas couvertes par la Convention les informations dont NomPartenaire peut faire démonstration que ce sont des informations qui :

- Sont connues ou portées à la connaissance du public sans la faute de NomPartenaire ;
- Portées à la connaissance de NomPartenaire par une divulgation d'un tiers dûment habilité à les divulguer ; ou
- Bénéficient d'une autorisation écrite de publication ou d'utilisation de la part du SOLIPAM.

3. Engagements de NomPartenaire

NomPartenaire s'engage, pendant toute la durée de la Convention et pendant deux (2) ans après sa fin, pour quelque raison que ce soit, à :

- i. Respecter la réglementation française et européenne au regard de la protection des données à caractère personnel ;
- ii. Ne jamais utiliser les Informations Confidentielles visées à l'article 1 ii) des présentes ;
- iii. Utiliser les Informations Confidentielles visées à l'article 1 i) des présentes que dans la mesure du stricte nécessaire en vue du respect de ses obligations au titre de son partenariat avec SOLIPAM, en particulier, détruire lesdites Informations Confidentielles dès qu'elles n'ont objectivement plus d'utilité à cet égard ;
- iv. Ne pas divulguer les Informations Confidentielles, sauf autorisation écrite et préalable du SOLIPAM ;
- v. Ne pas donner accès aux Informations Confidentielles à un tiers non autorisé ;

vii. Sous réserve du point (iv) du présent article, ne pas conserver de copie, extrait, reproduction ou enregistrement des Informations Confidentielles et, le cas échéant, à détruire immédiatement tout support les contenant, sauf autorisation expresse et préalable du SOLIPAM ;

vii. Cesser toute utilisation des Informations Confidentielles, y compris anonymisées, et détruire, à ses frais, tout support les contenant, au plus tard à l'arrivée du terme du présent accord ou à la fin de ce dernier pour quelque raison que ce soit ;

viii. À faire respecter les dispositions de l'Annexe 1 de la Convention par son personnel, et par tout préposé ou tiers qui pourrait intervenir à quelque titre que ce soit en vue de l'exécution de la Convention.

4. Sécurité des données à caractère personnel

NomPartenaire déclare et garantit présenter des garanties suffisantes pour assurer la mise en œuvre des mesures de sécurité et de confidentialité mentionnées à l'article 34 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, sans pour autant être qualifié de sous-traitant de données.

NomPartenaire utilise les données et informations transmises par SOLIPAM en tant que responsable de traitement pour l'exécution d'une mission qui lui est propre.

NomPartenaire s'engage à informer SOLIPAM sans tarder dès qu'il a connaissance d'une atteinte ou d'un risque d'atteinte de l'intégrité, de la confidentialité ou de la sécurité des données à caractère personnel.

5. Durée

Les obligations de NomPartenaire à l'égard des informations confidentielles demeureront en vigueur pendant toute la durée de la Convention. A la fin de la Convention, pour quelque raison que ce soit, les Parties s'interdisent toute utilisation des Informations Confidentielles.

6. Responsabilité de NomPartenaire

NomPartenaire reconnaît que toute violation des termes du présent accord occasionne un dommage et toute violation d'une disposition du présent accord engage la responsabilité de NomPartenaire.