

Rapport d'activité du réseau

Annexes

SOLIPAM

01/01/2018 au 31/12/2018

1. MESURE D'IMPACT DU NUMERO VERT SOLIPAM	3
2. FICHE NAVETTE SOLIPAM	9
3. PROTOCOLE DE TRI DES FICHES NAVETTES	10
4. FICHE ADHESION PATIENTS	11
5. FICHE PLAN DE SUIVI	12
6. FICHE SOLIPAM « DOSSIER OBSTETRICALE »	13
7. FICHE HEBERGEMENT TYPE	14
8. FICHE SUPPORT	15
9. FICHE SUPPORT EXPERTISE	16
10. FICHE REPERAGE VULNERABILITE MEDICALE	17
11. TABLEAU RECAPITULATIF DES DEMANDES ET ACCOUCHEMENTS SUR LE RESEAU IFSUD, 2015-2018	18
12. PROGRAMME RENCONTRES SOLIPAM 2018	19
13. PROGRAMME FORMATION REPERAGE PRECOCE 2018	21
14. RESULTAT DE L'EVALUATION SUR LA FORMATION SOLIPAM	26

1. Mesure d'impact du Numéro Vert Solipam

MESURE D'IMPACT DU NUMERO VERT DE SOLIPAM

JUILLET 2017

◆ INTRODUCTION

D'après le rapport de la Fondation Abbé Pierre sur l'état du mal-logement en France paru en 2017, la situation des sans-abri ne fait que se dégrader avec le temps. Aujourd'hui, le nombre de personnes mal-logées serait estimé à près de 4 millions. Cette précarité grandissante dans le pays s'illustre à travers l'augmentation de 50% du nombre de personnes sans domicile entre 2001 et 2012.¹

Joseph Wresinski, ancien membre du conseil économique et social de la République française, donne, en 1987, une définition de la précarité régulièrement usitée : « Absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ».²

Il y évoque donc les entraves à la jouissance des droits fondamentaux que provoque la précarité. L'accès à la santé figure parmi ces droits fondamentaux comme cela est mentionné dans la Constitution française de 1946 : « la nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ».³ Dans cet ainéa 11 du préambule de la Constitution, mention y est faite de la protection de la santé infantile et maternelle. Cette attention s'applique donc également aux femmes en situation de précarité et notamment aux femmes enceintes et jeunes mères en situation de précarité.

GROSSESSE CHEZ LES FEMMES EN SITUATION DE GRANDE PRÉCARITÉ Femmes en situation de précarité : des chiffres en constante croissance

En 2013, l'Institut National de la statistique et des études économiques (INSEE) publie un rapport sur l'hébergement des sans-domicile.⁴ Un constat alarmant y est révélé : 2 sans-domicile sur 5 sont des femmes. Tenant compte de cette situation, la prise en charge de ces femmes en situation de fragilité tente de se faire

¹ Fondation Abbé Pierre, 'l'état du mal-logement en France, Rapport annuel 2017.
² WRESINSKI, J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale, Avis et rapport du Conseil économique et social, 28 février 1987

³ Préambule de la constitution du 27 octobre 1946, alinéa 11.
⁴ INSEE, L'hébergement des sans-domicile en 2012, Rapport 2013

TAMARA FADUL 3

MESURE D'IMPACT DU NUMERO VERT DE SOLIPAM

JUILLET 2017

complication des démarches administratives.

Ainsi, et pour toutes les femmes enceintes, la mesure n°2 du plan gouvernemental de périnatalité du 12 avril 1994 déclare que « la mise en réseau des différents types de maternités et de celles-ci avec la médecine de ville, les sages-femmes libérales et le service de PMI, favorisera un meilleur suivi et une amélioration des prises en charge des grossesses ».

Toutes les femmes enceintes devraient donc être incluses dans un réseau de périnatalité qui permette une prise en charge optimale de leur grossesse et cela est d'autant plus important pour les femmes enceintes en situation de grande précarité, majoritairement étrangères, car elles ont un accès plus restreint aux informations de soins et ne bénéficient pas toujours d'un suivi adapté à leur encontre. Cependant, ce n'est qu'avec la création des Agences régionales de santé (ARS) avec la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » du 21 juillet 2009, que ces réseaux de périnatalité ont pu recevoir des financements nécessaires à leur fonctionnement. La mesure du plan gouvernemental a mis près de 15 ans à se développer complètement mais, aujourd'hui encore, la santé maternelle nécessite des actions

plus nombreuses et efficaces afin d'aborder tous les risques qui lui sont liés et notamment la situation de grande précarité.

PRÉCARITÉ ET PARCOURS DE SOINS : PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE Les obstacles aux soins en situation de précarité

La situation de précarité est une dynamique qui favorise l'émergence de plusieurs barrières et obstacles dans l'accès aux soins. L'état des femmes en situation de précarité est fragile et a d'importants effets sur la santé puisque le Dr. Bernard Guillon, fondateur de l'ADSF, fait remarquer « [qu'] en France, l'accès aux soins des femmes précaires est 9 fois inférieur à celui des hommes dans la même situation ». Dans le cas de personnes immigrées, la barrière de la langue et le manque d'informations concernant leurs droits et les organisations se relèvent être les principaux problèmes d'accès aux services de santé (Delvaux et al., 2001)⁹.

Pour les femmes enceintes en situation de précarité, l'affaire se révèle être plus compliquée sachant que, d'un côté, l'accès aux soins se veut obligatoire pour le bon déroulement de la grossesse mais

⁹ SAUVEGRAIN P., La santé maternelle des « Africaines » : racontée des patientes et trajectoires de soins, 2012

TAMARA FADUL 5

MESURE D'IMPACT DU NUMERO VERT DE SOLIPAM

JUILLET 2017

plus efficace afin de répondre à cette urgence sociale. Ainsi, à Paris, 1258 places d'hébergement sont dédiées aux femmes isolées, 528 pour femmes seules avec enfants et 328 pour celles victimes de violences conjugales.⁵ Malgré ces initiatives, cette situation est d'autant plus inquiétante que le nombre de familles sans domicile, avec ou sans enfants, est en constante croissance. Cette situation est plus fréquemment observée auprès des familles monoparentales (où le parent est souvent la mère) dont le nombre augmente en France et qui, d'après l'Insee, sont plus fragiles sur le plan économique et social étant deux fois plus touchées par le chômage, ayant un faible niveau de vie et étant plus souvent locataires ou hébergées⁶. Les femmes enceintes en situation de précarité ne sont malheureusement pas épargnées.

La grossesse chez les femmes en situation de précarité

En mars 2017, deux ailes du plus ancien hôpital de Paris, l'hôpital Hôtel-Dieu, ont été restaurées afin d'accueillir une quarantaine de jeunes mères isolées à la rue et leurs nouveau-nés.⁵ Ce projet répond à un important besoin social dans

notre contexte actuel où l'Association pour le développement de la santé des femmes (ADSF) estime qu'entre 80 et 100 femmes enceintes dorment dans les rues de Paris, chaque nuit. En France, et plus particulièrement en Ile-de-France, la majorité de ces femmes est d'origine étrangère qu'elles soient en situation régulière, irrégulière ou en cours de procédure de demande d'asile. Ces femmes se retrouvent donc enceintes dans un pays étranger avec des codes sociaux, une langue, une culture et un système de santé différents de leur pays d'origine. Le rapport de 2016 de Médecins du Monde⁷ met en avant, chez les femmes migrantes, cette restriction des déplacements sur le territoire d'accueil, de peur d'être arrêtées. Ces femmes enceintes migrantes mettraient alors en priorité la recherche de nourriture et d'abri, avant la recherche de soins prénatals. Cette situation révèle un paradoxe dans les pays d'accueil : d'une part, une couverture sanitaire universelle facile à toute personne l'accès aux soins mais, d'autre part, la restriction d'accueil des personnes réfugiées et migrantes met à mal ce droit par la

⁵ A Paris, un havre accueille les femmes à la rue à la sortie de la maternité, 21/03/2017, Courrier Picard
⁶ Insee, Les familles monoparentales, souvent en situation de précarité, 2014

⁷ Observatoire de Médecins du Monde, Rapport sur l'accès aux droits et aux soins en Europe, 2016

TAMARA FADUL 4

MESURE D'IMPACT DU NUMERO VERT DE SOLIPAM

JUILLET 2017

que, de l'autre côté, la langue et le manque d'informations compliquent l'accès à des soins optimaux.

« Grossesse + précarité = urgence médicale »

La multiplicité des facteurs de risque pour les femmes enceintes en situation de précarité accroît considérablement les issues défavorables d'une grossesse. Le Pr. Dominique Mahieu-Caputo à l'origine de l'association SOLIPAM, réseau de périnatalité pour les femmes en situation de grande précarité, disait très justement :

« Grossesse + précarité = urgence médicale »

En effet, le suivi de la grossesse recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) se compose d'un minimum de 7 examens prénatals et de 3 échographies. Or, il s'avère que dans une étude menée au CHU de Toulouse en 2001/2002, le nombre de suivi insuffisant était

significativement plus élevé chez les mères en situation de précarité (11,6% vs 0,8%, p < 0,001).⁹ En santé périnatale, les inégalités sont fortement associées aux disparités régionales. Effectivement, en Ile-de-France et plus particulièrement en Seine-Saint-Denis, département où vivent le plus de familles en hôtel social et en bidonvilles, les inégalités sociales concernant l'accès aux soins pour les femmes enceintes se font particulièrement ressentir.¹⁰ La mortalité infantile y est 40 à 50% plus élevée que la moyenne métropolitaine depuis les années 2000.¹¹

Toujours dans le contexte de la région francilienne, Priscille Sauvegrain, dans son étude sur la santé maternelle des femmes dites « Africaines »¹², rappelle l'importance de la prise en compte des faits et processus à l'origine de l'état de santé des femmes au moment de la grossesse car ils participeraient à l'explication des risques sanitaires encourus. En effet, les femmes étrangères en France et, plus particulièrement originaires d'Afrique Sub-saharienne, présentent plus de complications au

⁹ GAYRAL-TAMINH M, DAUBISSE-MARLIAC L, BARON M, MAUREL G, REME JM, GRANDJEAN H. Caractéristiques sociodémographiques et risques périnatals des mères en situation de précarité. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2005
¹⁰ GASQUET-Blanchard C. et COLLOMBIER M., Inégalités socio-territoriales de santé périnatale : les parcours de santé de femmes

ayant accouché prématurément ou d'enfant avec un petit poids de naissance, JDN, 2015
¹¹ Observatoire du Samusocial de Paris, La grossesse et ses malentendus, 2015
¹² SAUVEGRAIN P., La santé maternelle des « Africaines » : racontée des patientes et trajectoires de soins, 2012

TAMARA FADUL 6

moment de la grossesse et de l'accouchement. Ainsi, le risque de mourir en couches pour ces femmes est cinq fois plus élevé que pour les autres femmes et leurs décès seraient associés à une qualité des soins considérée comme « non optimale » pour près de 78% des cas (Bouvier-Colle et al., 2008). Cette fragilité des femmes enceintes en situation de précarité se donne à voir à travers une forte corrélation entre précarité, un suivi médiocre ou nul des grossesses auquel s'associe une augmentation des pathologies périnatales comme la prématurité, les retards de croissance intra-utérin, les infections, les souffrances fœtales aigües et des risques de conséquences au niveau de la cognition, des neurones sensoriels et de la respiration.¹³ En outre, une situation de précarité favoriserait le développement d'un nouveau-né avec un petit poids de naissance, c'est-à-dire un poids à la naissance (à terme) inférieur à 2500g, d'après le seuil défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ce petit poids de naissance peut avoir des conséquences par la suite sur le développement du nourrisson et, par la même occasion, sur son état de santé en tant qu'adulte.

¹³ LEJEUNE C., *Précarité et prématurité*, Journal de pédiatrie et de puériculture, 2008
¹⁴ Commission Nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE), *Organisation de*

Toutes ces pathologies sont, entre autres, la conséquence d'un recours au système de soins plus rare et plus tardif pour les femmes en situation de précarité. D'après la Commission Nationale de la naissance et de la santé de l'enfant¹⁴ (CNNSE), ce recours tardif et rare se définit par :

- Un retard à la prise en charge de la grossesse (retard à la déclaration de la grossesse, moins de consultations prénatales, moins d'échographies...)
- Des ruptures/décrochages dans le suivi de la grossesse (faible ou non recours en raison des difficultés rencontrées par les femmes à respecter le calendrier défini, à réaliser des examens complémentaires notamment si prescrits en dehors du lieu de suivi...)
- Un fort recours aux urgences

Plusieurs facteurs de risque peuvent participer à expliquer ce lien entre précarité et difficultés d'accès aux soins. Parmi ces facteurs, certains relèvent du domaine du social (langue, soutien de l'entourage, présence du compagnon), d'autres des ressources financières (type de

la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité, 2014

TAMARA FADUL 7

sensibiliser les mères à l'importance du suivi médical préventif de l'enfant. Cet accompagnement nécessite une adhésion de ces femmes au sein du réseau, elles y sont alors suivies jusqu'au 3 mois succédant à la naissance de l'enfant. Pour résoudre l'accès aux soins rendu problématique par leurs faibles ressources, SOLIPAM les oriente alors vers les possibilités de prise en charge inconditionnelle (centre de PMI, PASS) et facilite leur inscription et leur suivi dans les maternités, s'assure de la mise en route et de la continuité de la prise en charge sociale, de l'ouverture de la couverture sociale et d'un accompagnement psychologique si nécessaire.

L'efficacité du réseau est telle qu'une étude a démontré que le taux de suivi de grossesse conforme aux recommandations de la HAS était de 31.9% avant l'inclusion dans le réseau contre 88.19% après. De plus, le nombre de femmes bénéficiant d'une couverture sociale a augmenté de 21,46% entre l'inclusion et la sortie du réseau (75,84% des femmes ont une couverture sociale à l'inclusion contre 97,3% à la sortie). D'après cette même étude, l'inclusion au sein du réseau SOLIPAM améliore le suivi de

¹⁵ RIETSCH M-G, *Projet de recherche commun EHESP – Solipam*, Octobre 2014

grossesse des femmes ainsi que la prise en charge sociale. En outre, les femmes paraissent plus sensibilisées à la possibilité et à l'intérêt d'un suivi médical pour elle-même et pour leur enfant.¹⁵

Néanmoins, malgré la grande implication de SOLIPAM, certaines problématiques nécessitent davantage d'efforts afin de les résoudre. En effet, de plus en plus de femmes sont concernées et entrent dans les critères d'inclusion à SOLIPAM. De plus, certaines d'entre elles n'ont pas connaissance du réseau car, pour diverses raisons, elles n'ont pas l'occasion de se retrouver face à un partenaire de SOLIPAM qui facilitera leur inclusion. Ainsi, dans le but d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes en situation de grande précarité, SOLIPAM a décidé de mettre en place un numéro vert gratuit qui leur est destiné.

Vers une optimisation de la prise en charge : mise en place du numéro vert

L'Observatoire du Samusocial rappelle l'importance du réseau relationnel dans l'accès aux institutions, pour trouver un hébergement (Soulié, 1999), pour se reloger (Dietrich-Ragon, 2015) ou pour se soigner (Peretti-Watel, 2006).²⁰

²⁰ Observatoire du Samusocial de Paris, *La grossesse et ses malentendus*, 2015

TAMARA FADUL 9

ressources financières dont dispose la femme) et quelques-uns du champ administratif (type d'assurance maladie, type de document de séjour).¹⁵ Tous ces facteurs de risque provoquent des difficultés de communication, des prises en charge tardives et une connaissance insuffisante du système, ce qui entrave la possibilité d'un accès aux soins optimal pour ces femmes.¹⁶ De plus, des vulnérabilités personnelles et familiales peuvent apparaître et entraînent un dysfonctionnement dans le déroulement du processus naturel de la naissance pouvant même jusqu'à altérer l'instauration du lien parent-enfant.¹⁷ Christine Davoudian a abordé le sujet à propos des femmes migrantes attendant un enfant dans son étude *Maternité d'exil*¹⁸. Elle y évoque l'angoisse ressentie par ces femmes qui se retrouvent loin de leur pays et de l'accompagnement traditionnel auprès des femmes enceintes qui est mis en place dans leur société d'origine. Son idée a donc été de mettre en place des groupes de rencontres et discussions autour de la thématique

¹⁵ RIETSCH M-G, *Projet de recherche commun EHESP – Solipam*, Octobre 2014
¹⁶ SAUVEGRAIN P., *La santé maternelle des « Africaines » : racisation des patientes et trajectoires de soins*, 2012

« Accoucher en terre étrangère » afin de permettre à ces femmes de bénéficier d'un soutien moral et d'une écoute bienveillante.

C'est dans cette même optique de soutien et d'accompagnement que le réseau de périnatalité SOLIPAM a vu le jour afin de participer à la réduction des inégalités sociales, économiques et territoriales dans le domaine de la santé périnatale, en Ile-de-France.

SOLIPAM, une réponse aux besoins des femmes enceintes en situation de précarité
Présentation de SOLIPAM

Fondé en 2006, SOLIPAM (Solidarité Paris Maman) est un réseau de santé en périnatalité pour les femmes enceintes et leurs enfants en situation de grande précarité sur le territoire de santé d'Ile de France. L'objectif de ce réseau est de vaincre les différents obstacles à une prise en charge optimale de la grossesse pour ces femmes. Parmi ses missions, le réseau SOLIPAM propose aux femmes les plus vulnérables des actions d'accompagnement tout au long du parcours de soins, pour

¹⁷ Commission Nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE), *Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité*, 2014
¹⁸ DAVOUDIAN C., *Maternité d'exil*, 2007

TAMARA FADUL 8

Ce besoin de réseau, SOLIPAM le procure aux bénéficiaires. Mais bien plus encore, l'intervention des patientes dans le processus de soin s'avère cruciale. En effet, ballotées de service en service, elles n'ont aucun moyen d'exprimer leurs doutes et incompréhensions. Pour y mettre fin, le réseau de santé du Haut Nivernais²¹ propose 3 axes à adopter :

- Rendre la patiente actrice de son suivi
- Former et sensibiliser les professionnels
- Orienter les patientes vers les structures les mieux adaptées

Dès lors, dans un contexte de croissance accrue de situation de rue et de grande précarité, notamment pour les femmes enceintes, le réseau SOLIPAM a mis en place, en 2015, une permanence téléphonique (numéro vert) financée par l'Etat français, qui permet à ces femmes d'être mises en relation avec une sage-femme et/ou une assistante sociale de l'équipe de coordination du réseau qui orientent et aident ces femmes dans leurs accès aux soins, les soutiennent dans leur demande de mise à l'abri et d'accès aux droits, les informent sur les dispositifs médicaux, médico-

²¹ FLAMME T., *Réussites et difficultés d'un réseau périnatal de proximité : le réseau de santé du Haut Nivernais (58)*, 2012

sociaux, et sociaux répondant à leurs besoins et ceux de leurs enfants. Selon les besoins, cet appel peut entraîner une inclusion dans le réseau et l'accompagnement de ces familles par la coordination tout au long de la période périnatale. Grâce à ce numéro vert, SOLIPAM donne la possibilité à ces femmes de prendre leurs propres décisions, de se tenir informées des procédures à suivre et du système de santé. De plus, l'orientation se fait de manière individuelle étant donné qu'en fonction des besoins et de la situation des femmes et familles qui appellent, l'inclusion dans le réseau peut se déclencher par la suite afin de permettre une prise en charge plus globale de la période périnatale.

Ainsi, l'inclusion dans le réseau peut se faire par deux moyens différents : par l'usage du numéro vert (en appelant le numéro vert ou en se présentant directement dans les locaux de SOLIPAM) ou par l'intermédiaire d'un professionnel de santé qui repère une femme enceinte en situation de précarité et qui en informe SOLIPAM par l'envoi d'une fiche navette.

Problématique

Dans le cadre du groupe de travail d'évaluation du service rendu par

TAMARA FADUL 10

SOLIPAM aux femmes et à leurs enfants, aux professionnels du territoire de santé et à la collectivité (GT3), une évaluation de la mise en place du numéro vert se révèle être nécessaire. Cette mesure d'impact s'inscrit dans le financement émis par l'Agence régionale de santé.

Le numéro vert est un projet expérimental sur 3 ans (2015-2017) qui permet de travailler à l'autonomisation des familles et d'améliorer leur insertion dans les soins. Le nombre de demandes d'inclusion dans le réseau a augmenté de 47% entre 2015 et 2016, augmentation majoritairement due à la mise en place du numéro vert dont la demande d'inclusion dans le réseau provient de la femme enceinte elle-même.

Le but de cette étude est de mener une analyse principalement qualitative de la mise en place du numéro vert de SOLIPAM en se concentrant sur le parcours des femmes avant inclusion dans le réseau.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Analyser les caractéristiques personnelles, sociales et pathologiques du parcours des femmes enceintes incluses à travers le numéro vert
- Comparer les parcours des femmes incluses par le numéro vert aux parcours des femmes entrées dans le réseau par

l'intermédiaire d'un professionnel

- Réaliser une cartographie des parcours de soins des femmes entrées dans le réseau par le numéro vert

Pour essayer de répondre à nos objectifs, les éléments du parcours des femmes, avant inclusion dans le réseau, qui nous semblent pertinents sont :

- Le terme à l'inclusion
- Le degré d'instruction
- Le niveau de français parlé
- Le rapport entretenu avec les professionnels de santé (méfiance, confiance, critique)
- L'état de santé (maladies chroniques, grossesses pathologiques ou non)
- L'état des démarches administratives et sociales (entamées ou non)
- Le soutien social, familial ou amical
- Le département/lieu d'origine ou d'hébergement (Paris, banlieue)

Ensuite, les hypothèses de recherche suivantes que nous avons testées, au fur et à mesure, nous ont permis de diriger notre analyse thématique.

Tout d'abord, nous avons postulé que le numéro vert devrait permettre d'atteindre des familles plus éloignées des équipes soignantes et des travailleurs sociaux. Mais si c'est le cas, dans la

TAMARA FADUL 11

fin de suivi et refus de participer à l'enquête.

Le processus d'entretien a été mené en plusieurs parties.

Tout d'abord, une grille exploratoire a été rédigée en amont des entretiens et testée. Ensuite, elle a été affinée afin de dégager les thèmes principaux et récurrents mais aussi les points d'approche.

Les entretiens menés ensuite, toujours semi-directifs, se sont focalisés sur les thématiques que nous souhaitons aborder au regard de nos questions de recherche afin de permettre une analyse adaptée à nos objectifs.

Dans un souci de respect des règles de l'éthique, tous les entretiens ont été, par la suite, anonymisés et l'autorisation d'enregistrer a été obtenue par consentement oral auprès des femmes. Tous les noms énoncés dans ce rapport ont été modifiés.

Enfin, tous les entretiens ont été retranscrits pour faciliter l'analyse et la comparaison des réponses.

ANALYSE DES DONNÉES

Les entretiens ont tous été analysés sous un angle thématique en reprenant les éléments importants à notre recherche. Suite à la retranscription des entretiens, les réponses ont été triées en fonction de leur pertinence dans le cadre de notre enquête et ensuite incluses dans un fichier permettant la comparaison des différents entretiens en fonction des thématiques qui nous intéressent :

- Le niveau d'autonomie
- L'accès à l'information

- Le rapport avec les équipes médicales
- La localisation géographique

Une fois le fichier complété avec toutes les réponses des personnes à enquêter, une comparaison a été faite entre les femmes incluses dans le réseau par l'intermédiaire du numéro vert et celles qui ont été introduites à SOLIPAM suite à l'intervention d'un partenaire. Cette confrontation des réponses procure une idée des différences de parcours de ces femmes en fonction de leur moyen d'inclusion dans le réseau afin de pouvoir rendre compte de l'utilité du numéro vert en tant qu'outil permettant d'atteindre un plus grand nombre de femmes enceintes en situation de précarité, avec des caractéristiques relativement différentes et spécifiques.

CARTOGRAPHIE DU PARCOURS DES USAGÈRES

Une cartographie reprenant le parcours de soins des usagères a également été réalisée. Pour ce faire, les réponses à la thématique « localisation géographique » ont été prises en compte et exploitées. Ainsi, le lieu d'hébergement et le centre de maternité de référence de chaque femme sont représentés sur une carte afin d'illustrer les trajectoires de ces femmes et attester d'une possibilité d'éloignement géographique des professionnels de santé. Cette information est importante au regard des possibilités de déplacement en transport au sein

TAMARA FADUL 13

mesure où le contact avec SOLIPAM se fait sans l'intervention d'un professionnel, par quel biais ? Ensuite, cette approche devrait aussi permettre d'avoir un terme d'inclusion moins avancé puisque le contact avec SOLIPAM pourrait avoir lieu avant une première consultation médicale ou sociale. De plus, il se pourrait que le numéro vert soit un bon moyen d'atteindre les femmes enceintes en situation de précarité qui attestent d'un état de santé relativement correct, sans pathologies graves nécessitant la visite chez un professionnel de santé. Enfin, le degré d'instruction et le niveau de français devraient être suffisants pour pouvoir s'exprimer au téléphone sur leur situation administrative, sociale et sanitaire actuelle.

Ainsi, une analyse qualitative globale du parcours des femmes incluses dans le réseau par l'intermédiaire du numéro vert a été menée en portant un intérêt particulier à leur **niveau d'autonomie** (démarches, soutien social), leur **possibilité d'accès à l'information** (langue, éducation), leur **rapport avec les professionnels de santé** et leur **localisation géographique**.

❖ MÉTHODOLOGIE

ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

Les données qualitatives à analyser ont été recueillies à l'aide

d'entretiens semi-directifs menés auprès d'usagères entrées par l'intermédiaire du numéro vert et de bénéficiaires incluses dans le réseau suite à l'intervention d'un professionnel.

Le nombre minimum de femmes auprès de qui mener des entretiens était d'environ 15 femmes pour les usagères ayant utilisé le numéro vert et d'environ 15 pour les femmes incluses par l'intermédiaire d'un professionnel de santé.

Pour ce faire, 60 femmes (30 de chaque groupe de femmes) ont été choisies aléatoirement à partir de la base de données générale regroupant les usagères de SOLIPAM. En outre, elles sont toutes en fin de suivi afin d'avoir un aperçu global de leur trajectoire et de leur prise en charge par le réseau. La collecte de leurs numéros de téléphone s'est faite à partir des archives individuelles. Au final, le numéro de téléphone de 32 femmes a été trouvé. Pour les autres, le dossier de l'usagère était encore en cours de traitement auprès des coordinatrices. Les bénéficiaires ont été appelés une par une afin de prendre rendez-vous pour un entretien. Au final, 16 femmes ont accepté :

- 7 ayant été incluses dans le réseau via le numéro vert
- 9 ayant été introduites par l'intermédiaire d'un partenaire du réseau

Sur cette base de 60 femmes, plusieurs éléments ont empêché un meilleur résultat en termes de prise de contact avec les bénéficiaires en sortie de suivi : changement ou non-attribution du numéro depuis la

TAMARA FADUL 12

de la région parisienne. Donc, pour se faire une idée des éventuelles difficultés dans les parcours des femmes, le temps de trajet en transport approximatif a été référencé sur les cartes.

❖ LE NUMÉRO VERT SOLIPAM : OUTIL INDISPENSABLE À LA PRISE EN CHARGE DE FEMMES ENCEINTEES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

La mise en place du numéro vert a permis une optimisation de la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité en conséquence de la possibilité d'atteindre des femmes concernées au profil particulier.

ÉLOIGNEMENT DU MONDE MÉDICO-SOCIAL

Tout d'abord, les usagères du numéro vert attestent d'une situation d'éloignement par rapport aux professionnels de santé avant leur inclusion chez SOLIPAM. Plusieurs éléments peuvent être pris en compte afin de justifier cette situation.

« Mon adresse c'est à Paris, ma domiciliation. (...) Même ici, pour avoir un médecin traitant, ils disent qu'ils sont trop chargés ou qu'ils prennent que les gens de Corbeil. Ici, c'est un peu compliqué. Je connais des gens qui quittent ici, qui se rendent jusqu'à la PMI de Paris avec les enfants. Moi je dis que je ne peux pas. »
Mme Ibrahim

Degré d'instruction

Le degré d'instruction, pouvant avoir un impact sur la compréhension et l'assimilation du fonctionnement du système de santé, a été étudié afin d'en comprendre les changements possibles en fonction des différentes entrées au réseau.

Alors que les femmes entrées via le numéro vert ne sont jamais allées à l'école ou ont seulement étudié jusqu'au collège, les bénéficiaires du réseau issues d'une inclusion par un partenariat se caractérisent par un degré secondaire, c'est-à-dire jusqu'au lycée voire même supérieur, en étant allées à l'université. Ayant été plus instruites, ces femmes sont plus à même d'acquiescer une meilleure connaissance du système de santé et plus enclines à comprendre le langage médical et les recommandations émises. Le rapprochement aux partenaires médicaux et/ou sociaux est alors plus facilité.

Ainsi, le numéro vert permettrait d'atteindre des femmes éloignées des professionnels en raison de leur faible connaissance et compréhension du système social et sanitaire en France.

« On m'a envoyé un courrier, on me demandait plein de choses, moi je suis partie à l'école donc « nom, prénom, date de naissance » je comprenais mais sinon je ne comprenais pas. »
Mme Ibrahim

TAMARA FADUL 14

Niveau de français parlé

Le niveau de français parlé par ces femmes pourrait être un facteur d'intégration ou, au contraire d'exclusion, au sein de la société et plus précisément au sein du domaine médical et social. En effet, le numéro vert a été utile à certaines personnes ayant une faible maîtrise de la langue française même si soutenues ou accompagnées par un mari qui parle bien la langue. En revanche, les femmes arrivées dans le réseau après échange avec un professionnel démontrent un bon, voire très bon, niveau de français, tendance qui s'explique notamment par le degré d'éducation assez élevé. Plusieurs femmes interrogées m'expliquent que, dans certains pays d'Afrique, le français est enseigné à l'école et se révèle donc être une langue représentative du niveau d'éducation.

De ce fait, le numéro vert se révèle utile quant à l'atteinte de femmes qui, en raison d'une faible maîtrise de la langue française, ne peuvent se rendre à la rencontre des professionnels de santé ou travailleurs sociaux. Ainsi, elles se retrouvent isolées et exclues – volontairement ou non – des services de soins.

Terme à l'inclusion

Une inclusion au réseau précocement est l'un des objectifs fondamentaux de la mise en place du numéro vert par SOLIPAM.

Accompagnement de Mme Siten lors des soins

Agée de 22 ans, Mme Siten est arrivée en France 2 jours avant notre rencontre à l'hôpital Lariboisière. Originnaire d'Éthiopie et ayant vécu 7 ans au Soudan, elle a été déposée à l'hôpital par une femme qui l'a hébergée parce qu'elle est enceinte de 9 mois, dit-elle.

Passée par la Libye, elle y séjourne quelques mois avec son mari. En apprenant qu'elle est enceinte et par manque de moyens, son mari lui fait passer la frontière alors qu'il reste en Libye le temps d'avoir l'argent nécessaire pour la rejoindre.

Après une traversée d'une quinzaine de jours en bateau, elle rejoint l'Italie où elle effectue une première échographie. Une personne parlant arabe qu'elle a eu au téléphone lui a conseillé l'hôpital Lariboisière en lui disant qu'elle y trouvera une personne sachant parler l'amharique. Finalement, ne l'ayant pas trouvée, elle souhaite que je l'accompagne pour traduire les consultations en arabe.

La barrière de la langue se retrouve également dans le fait que les pancartes et panneaux se trouvent être tous écrits en français, sans aucune autre traduction. Elle ne peut donc pas s'orienter toute seule. De plus, le personnel soignant a aussi du mal avec l'anglais, langue avec laquelle elle peut communiquer. En l'accueillant, l'une des soignantes lui demande d'attendre en prononçant « white ». Lorsqu'une collègue lui fait remarquer sa mauvaise prononciation en indiquant que cela veut dire « blanc », elle hausse les épaules et s'exclame « oh elle m'a comprise ! ».

Au moment de la consultation avec la sage-femme, je rentre avec la femme. La soignante nous accueille chaleureusement et me remercie pour l'interprétariat qui facilite énormément sa consultation.

La fragilité morale de la femme enceinte s'illustre par des pleurs silencieux au moment où la sage-femme demande « a-t-elle subi des violences en Libye ? ». La sage-femme est rapidement attendrie et pose une main sur celle de la femme pour la consoler.

Craignant une infection urinaire et n'ayant pas pu déterminé le terme de la grossesse avec précision, la sage-femme envoie la femme en salle de pré-travail pour effectuer une échographie plus complète. Le médecin effectuant l'échographie estime que le terme est bien moins avancé que celui affirmé par la femme, elle ne sera donc pas hospitalisée. Les recherches pour l'hébergement ont abouti sur une chambre d'hôtel à Argenteuil qu'elle n'a pas acceptée car elle préférerait rejoindre ses compatriotes éthiopiens à Porte de la Chapelle, lieu où elle sera à la rue mais entourée.

TAMARA FADUL 15

Il n'y a pas de grande différence concernant les termes à l'inclusion entre les femmes incluses à travers le numéro vert et celles qui ont été introduites par l'intermédiaire d'un partenaire. En revanche, il est utile de noter que les inclusions au réseau précoces, c'est-à-dire à moins de 3 mois de grossesse, sont souvent faites par des associations ou organismes d'aide aux sans-abris. Cette observation démontre davantage l'importance d'un numéro vert qui atteindrait des femmes éloignées des professionnels de santé afin de les inclure au réseau assez rapidement.

Relations avec les professionnels de santé

Le rapport entretenu avec les équipes soignantes influe grandement sur le parcours de soins des femmes enceintes en situation de précarité. À travers les entretiens, il s'avère que les usagères du numéro vert voient leur prise de contact avec des professionnels de santé réfréner pour de multiples raisons, favorisant une inclusion chez SOLIPAM avant toute consultation médicale.

Effectivement, certaines de ces femmes se retrouvent dépendantes du bon vouloir et du temps d'autres personnes qui puissent les accompagner lors des visites médicales, ne parlant pas elles-mêmes français ou difficilement. En outre, une certaine méfiance vis-à-vis du corps médical, et plus

particulièrement des structures de soins, se fait ressentir, causée notamment par l'état de la situation administrative et sociale de la femme concernant sa situation légale et sa couverture maladie. Ce sentiment se dirige tout autant envers les soignants qu'envers l'institution médicale. En effet, le cas d'une femme illustre parfaitement cette observation : d'une part, elle percevait comme une menace le fait qu'un médecin ne voulait plus la prendre en charge car elle n'avait pas de couverture sociale et s'effondrait donc en larmes lors des consultations. D'autre part, malgré un état de santé détérioré, elle a refusé d'être emmenée à l'hôpital par les pompiers, par peur qu'on lui

demande l'Aide médicale d'Etat qu'elle n'a pas.

« Je m'en rappelle encore, j'avais fait une crise, j'ai saigné fort et j'avais fait une chute de tension. Les pompiers sont venus me chercher mais je ne voulais pas aller à l'hôpital parce que j'ai dit : « Quand vous allez m'emmener à l'hôpital, ils vont me demander l'AME ». (...) Donc moi j'ai dit que je ne portais pas parce que moi je n'avais pas ça. »

Mme Sanogo

demande l'Aide médicale d'Etat qu'elle n'a pas.

Alors que les femmes incluses par le biais d'un partenariat se retrouvent confiantes et satisfaites de leur prise en charge médicale, le numéro vert reste important afin d'être un soutien pour les femmes qui se retrouvent, pour une raison ou une autre, éloignées du personnel soignant au cours de leur grossesse.

BESOIN D'UNE AIDE MÉDICALE D'URGENCE

L'état de santé des femmes pendant leur trajectoire migratoire et leur grossesse est un élément

TAMARA FADUL 16

permettant d'expliquer la relation qu'entretiennent les bénéficiaires avec les professionnels de santé. Dans le même temps, un lien de causalité inverse peut être mis en avant : la relation entretenue avec le corps médical peut expliquer un certain état de santé.

Ainsi, l'éloignement du domaine médical observé pour les femmes incluses par le biais du numéro vert laisse place à un faible état de santé au sein de ces femmes, menant parfois jusqu'à l'hospitalisation pour des raisons autres que la grossesse. De plus, elles se plaignent davantage d'une grossesse pathologique ou difficile suite à un stress intense voire une dépression. Quant aux bénéficiaires issues d'un partenariat, elles démontrent un état de santé et de bien-être moyen (quand elles se plaignent de fatigue pendant la grossesse) ou bon, sans hospitalisation, qui pourrait s'expliquer par la confiance accordée au corps médical à qui elles rendent fréquemment visite, même avant leur grossesse.

Le numéro vert permet donc de prendre en charge des femmes avec un état de santé physique ou mental dégradé étant ainsi dans le besoin urgent d'une aide médicale.

ENTOURAGE SOCIAL ET FAMILIAL PRÉSENT MAIS RESTREINT

Le soutien social, familial et amical semble être un facteur important dans le parcours des femmes bénéficiaires du réseau SOLIPAM. Les femmes issues d'une inclusion

par le numéro vert ont, pour la plupart, un fort soutien notamment amical qui permet la transmission de l'information au sujet du numéro vert par le moyen du bouche-à-oreille, que ce soit de la part d'une amie ou d'une personne rencontrée.

« J'ai accouché à l'hôpital de Sevran parce que c'est là-bas que j'ai accouché de mon 1er enfant. Même quand on a déménagé à Sevran, je me faisais suivre à Les Bluets. Mais j'ai accouché à Sevran. Le jour du travail, ils ne pouvaient pas me conduire aux Bluets parce que c'est loin. Le jour du travail, je n'étais pas à l'hôtel. J'ai une copine à Sevran et dès que je sens les douleurs, je pars chez elle. Pour m'approcher un peu des gens. Parce que ma tante est handicapée, elle ne peut pas s'occuper de moi. »

Mme Touré

BESOIN DE STABILISER SON ENCRAGE SPATIAL

Le déplacement du lieu d'errance aux structures de soins avant inclusion dans le réseau permet de différencier deux types de femmes. Les usagères du numéro vert se déplacent vers d'autres départements pour leurs consultations et autres visites alors que cela n'est pas le cas pour les femmes incluses via les partenariats.

Ainsi, le numéro vert permet de rassurer les femmes dans le besoin d'une stabilisation ou ayant des problèmes d'inscription ou de suivi en centres de soins à proximité.

TAMARA FADUL 17

DÉMARCHES ADMINISTRATIVES EN COURS

L'état des démarches administratives et sociales pourrait expliquer une différence de personnalité ou de caractères des femmes bénéficiaires du réseau, en émettant l'hypothèse de l'autonomie.

Cependant, aucune différence majeure ne s'est retrouvée entre les usagères du numéro vert et les femmes incluses par le biais d'un partenariat concernant l'état des démarches administratives (entamées ou non). Ce sont des procédures qui prennent du temps pour toutes ces femmes migrantes étant donné les longs délais de l'administration. Il est donc possible qu'il n'y ait pas ou peu de changement à ce sujet, avant et après inclusion au réseau SOLIPAM voire même à la sortie. L'importance du suivi social de SOLIPAM se retrouve dans le fait qu'elles soient en grande majorité en situation irrégulière avant inclusion dans le réseau.

AVIS DES BÉNÉFICIAIRES SUR LE NUMÉRO VERT

L'idée de la mise en place du numéro vert est très bien accueillie par les bénéficiaires de SOLIPAM.

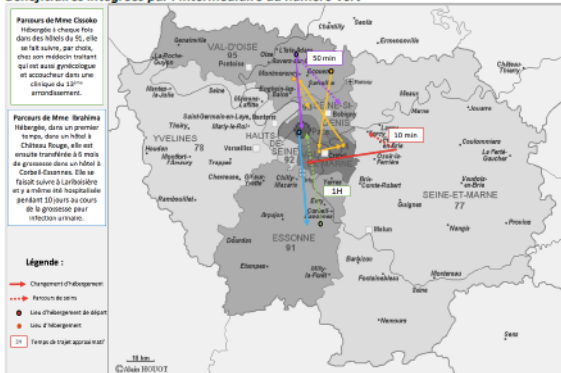
« Pour moi, c'est important parce que comme ma situation. Comme j'avais eu peur « est-ce que je vais me soigner ou pas ? » Ya beaucoup de femmes aussi qui sont comme ça, elles ont peur d'aller à l'hôpital parce qu'elles n'ont pas la couverture, elles ont des difficultés. Si elles n'ont pas trouvé une personne qui va les orienter, peut-être qu'elles vont rester dans la peur. (...) C'est comme les pompiers, quand tu es malade tu ne peux pas avoir peur d'appeler les pompiers parce que tu sais [qu'] ils vont venir tout de suite pour vous aider. Donc le numéro vert là, c'est vraiment important parce que, comme moi, j'ai continué de parler de SOLIPAM jusqu'à présent parce que j'ai vu l'importance. Si tu es enceinte et que tu te caches derrière la peur ou tu ne sais pas comment avoir la solution à tes problèmes, il y a une association qui est là pour nous orienter pour trouver des solutions. Pour moi, c'est très important, c'est vraiment bien. Pour moi, le numéro vert là, c'est comme les pompiers, faut pas hésiter à appeler ça pour avoir la solution. »

Mme Sanogo

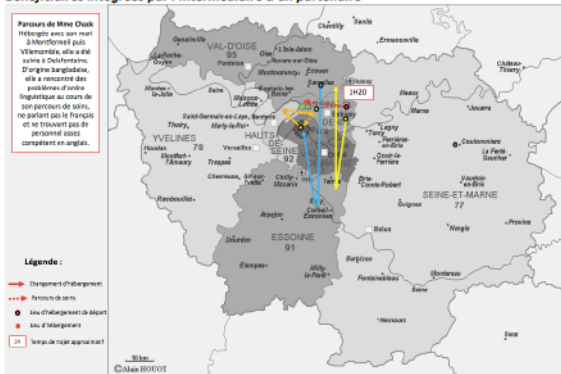
Le numéro vert est un outil qui rassure les femmes enceintes vivant des situations difficiles tout en ne bénéficiant d'aucun soutien sur le plan matériel, social ou économique ou alors de manière très restreinte. Sa gratuité est d'autant plus importante qu'elle permet une plus grande accessibilité auprès de la population concernée.

TAMARA FADUL 18

PARCOURS DE SOINS ET D'HÉBERGEMENT APRÈS INCLUSION A SOLIPAM
Bénéficiaires intégrées par l'intermédiaire du numéro vert



Bénéficiaires intégrées par l'intermédiaire d'un partenaire



TAMARA FADUL 23

❖ REMERCIEMENTS

Tout d'abord, l'auteure tient à remercier toutes les personnes ayant accepté de participer à l'enquête, les femmes mais aussi leur conjoint, lorsqu'il était présent. L'auteure remercie également le professeur Gasquet-Blanchard pour ses conseils, sa confiance et son soutien. Ensuite, l'auteure remercie toute l'équipe de SOLIPAM pour son aide et son accueil, et plus particulièrement le Dr. Paule Herschkorn-Barnu pour sa confiance et ses conseils. Enfin, de remerciements envers l'Agence régionale de santé doivent être faits pour cette opportunité par le biais du financement du projet.

❖ BIBLIOGRAPHIE

Fondation Abbé Pierre, *L'état du mal-logement en France, Rapport annuel 2017*

WRESINSKI, J. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale, Avis et rapport du Conseil économique et social*, 28 février 1987

Préambule de la constitution du 27 octobre 1946, alinéa 11

A Paris, un havre accueille les femmes à la rue à la sortie de la maternité, 21/03/2017, *Courrier Picard*

Observatoire de Médecins du Monde, *Rapport sur l'accès aux droits et aux soins en Europe*, 2016

GASQUET-Blanchard C. et COLLOMBIER M., *Inégalités socio-territoriales de santé périnatale : les parcours de santé de femmes ayant accouché prématurément ou d'enfant avec un petit poids de naissance*, JDN, 2015

SAUVEGRAIN P., *La santé maternelle des « Africaines » : racisation des patientes et trajectoires de soins*, 2012

GAYRAL-TAMINH M, DAUBISSE-MARLIAC L, BARON M, MAUREL G, REME JM, GRANDJEAN H. *Caractéristiques sociodémographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité*. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2005 ; 34 : 23-32

Observatoire du Samusocial de Paris, *La grossesse et ses malentendus*, 2015

LEJEUNE C., *Précarité et prématurité*, *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2008

HERSCHKORN-BARNU P., *Naître SDF : expérience du réseau SOLIPAM*, *Rév. Méd. Périnat.*, 2016

Commission Nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE), *Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement*

TAMARA FADUL 24

des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité, 2014

RIETSCH M-G, *Projet de recherche commun EHESP – Solipam*, Octobre 2014

Insee, *Les familles monoparentales, souvent en situation de précarité*, 2014

FLAMME T., *Réussites et difficultés d'un réseau périnatal de proximité : le réseau de santé du Haut Nivernais (58)*, 2012

INSERM, *Mortalité maternelle en France*, Rapport 2013

DAVOUDIAN C., *Maternité d'exil*, 2007

INSEE, *L'hébergement des sans-domicile en 2012*, Rapport 2013

CONVERS A., LANGERON A., SASS C., MOULIN J., AUGIER M., VARLET M., SEFFERT P., CHENE G., *Intérêt de l'échelle d'évaluation de la précarité EPICES en obstétrique*, 2012

SCOAZEC C., *Grossesse et précarité : étude descriptive du réseau Solipam*, 2011

SOLIPAM, *Rapport d'activités*, 2016

TAMARA FADUL 25

2. Fiche navette Solipam

C O N F I D E N T I E L	FICHE NAVETTE SOLIPAM FAX : 01.48.24.19.29
	<i>Solipam (Solidarité Paris Maman)</i> <i>est un réseau de santé qui accompagne les femmes enceintes, les jeunes mères et les enfants en situation précaire. Il favorise l'accès à un suivi médical et social et permet de garantir la continuité du suivi jusqu'au trois mois de l'enfant.</i>
	ORIGINE DE LA DEMANDE Date : Institution : service : Nom : fonction : Tel : fax : Mail :
	DEMANDE CONCERNANT (OBLIGATOIRE): Nom : Prénom : Née le : Nationalité : Terme prévu : TELEPHONE : Adresse actuelle :
	SITUATION :
	Nombre d'enfants à charge (nom+prénom+date de naissance) : Titre de séjour : En France depuis : Couverture maladie : Ressources : Hébergement : Depuis le : Domiciliation : Suivi de grossesse : Depuis : Suivi social : Depuis : Problème de santé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Lequel : Connue de l'institution faisant l'orientation depuis : Entourage en France (notamment le père de l'enfant) : Autonomie de la personne : Langue parlée : Autres orientations proposées :
	AUTRES DONNEES : (éventuellement en pièce jointe)
Association Solidarité Paris Maman Tél : 01 48 24 16 28 Fax : 01 48 24 19 29 Adresse : 3/5 rue de Metz - 75010 Paris. Siret : 490 909 496 000 13 NACE 9499Z – www.solipam.fr	
CONFIDENTIALITE: Les informations contenues dans les documents ci-joints sont destinés à l'usage EXCLUSIF du destinataire indiqué ci-dessus. Si vous recevez cette communication par erreur, merci de ne pas la divulguer, la reproduire et de nous contacter au numéro de téléphone suivant : 01 48 24 16 28.	
MAJ le 11/01/2016	

3. Protocole de tri des fiches navettes



Titre	Protocole « staff hebdomadaire »
Mots clés	Cas complexes,

Titre du protocole: STAFF HEBDOMADAIRE

Description de l'action : quelles situations sont à présenter systématiquement en staff hebdomadaire ?

- o Sur le plan médical, une situation doit être systématiquement staffée en cas de :
 - ✓ Décrochage médical
 - ✓ Perdue de vue
 - ✓ Pathologie non équilibrée ou non cadrée
 - ✓ Troubles du lien, situation psychique complexe
- o Sur le plan social, une situation doit être systématiquement staffée en cas de :
 - ✓ Femmes et/ou enfants à la rue ou abri de fortune
 - ✓ Maltraitance (supposée ou avérée)

Rédacteur : Laure BRIEND

Date de la réunion ayant décidé la création du protocole : 29/12/2014

Date de validation par la direction :

Modalités d'évaluation :

4. Fiche adhésion patients

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**

5. Fiche plan de suivi

FICHE PLAN DE SUIVI DE GROSSESSE *SOLIPAM*
 FAX : 01.48.24.19.29

Date : _____ Maternité : _____

PATIENTE
 Nom : _____ Prénom : _____ Date naissance : _____
 Terme de la grossesse (en SA) au moment de la 1^{re} consultation de suivi de grossesse : _____

REFERENTS PATIENTE A LA MATERNITE (si possible):
 Nom du référent médical au sein de la maternité : _____
 Nom du référent social au sein de la maternité : _____

Plan suivi grossesse

CONSULTATIONS	Date du rendez-vous
Consultation du 1 ^{er} trimestre	
Consultation du 4 ^{ème} mois	
Consultation du 5 ^{ème} mois	
Consultation du 6 ^{ème} mois	
Consultation du 7 ^{ème} mois	
Consultation du 8 ^{ème} mois	
Consultation du 9 ^{ème} mois	
Consultation anesthésiste	

ECHOGRAPHIES	Date du rendez-vous	Lieu
échographie 1 Entre 12 SA et 12 SA + 6 jours		
échographie 2 Entre 20 SA et 24 SA		
échographie 3 Entre 32 SA et 34 SA		

Remarque(s): _____

Association Solidarité Paris Maman
 Bureaux et correspondance : 3/5 rue de Metz - 75010 Paris. Siret : 490 909 496 000 13 NACE 9499Z

CONFIDENTIALITE:
 Les informations contenues dans les documents ci-joints sont destinés 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.

VERSION: 10 MARS 2010

C O N F I D E N T I E L

6. Fiche Solipam « dossier obstétricale »



Solipam (Solidarité Paris Maman) est un réseau de santé qui accompagne les femmes enceintes, les jeunes mères et les enfants en situation précaire. Il favorise l'accès à un suivi médical et social et permet de garantir la continuité du suivi jusqu'au trois mois de l'enfant.

Etiquette patiente

Nom
Prénom

Née le

Correspondant
médical Solipam sur la
maternité :

Nom du référent social
à la maternité :

Date d'inclusion au réseau Solipam :

Couverture médicale :

Hébergement :

En cas d'absence au RDV, de pathologies, d'hospitalisation ou d'accouchement, prévenir les sages-femmes coordinatrices au 01 48 24 19 27 (laisser un message en cas d'absence).

Coordination Solipam prévenue par :

7. Fiche hébergement type

Solipam

FICHE HOTEL TYPE POUR LES FEMMES DU RESEAU SOLIPAM HEBERGEES PAR LE 115

1 : Fiche type d'hébergement

Transmise après expertise médico-sociale de la coordination de Solipam, à la coordination 115, pour veiller à garantir un hébergement répondant aux besoins de la femme enceinte et de l'enfant. Sous réserve d'un partage commun des critères mentionnés en annexe

Date d'inclusion dans le réseau Solipam :

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Composition familiale (et nom, prénom, date de naissance) :

Terme de la grossesse/accouchement :

Maternité de suivi :

Intervenants sociaux :

Carte solidarité transport : oui non

Critères :

Chambre et Aménagement

aménagement simple (si partage des critères en annexe)

aménagement spécifique en pré natal frigo

plaque chauffante ou micro onde

autre : à préciser

aménagement spécifique en post natal frigo

plaque chauffante ou micro onde

autre : à préciser

Environnement et proximité:

pas d'indication particulière

indication médicale d'un rapprochement vers (lien à préciser par la coordination) :

proximité particulière nécessaire (hôpital, pmi, école enfant ...). Préciser le lieu

Stabilité de l'hébergement :

stabilisation jusqu'au 3 mois de l'enfant

stabilisation suite indication médicale à partir de (à remplir par la coordination Solipam)

prise en charge dans une structure contenant

demande d'orientation vers APTM, OFHOM

2. Demande d'orientation vers une structure alimentaire

oui

non

3. Remarques

|

07/03/2017

8. Fiche support

C O N F I D E N T I E L	FICHE Support <i>SOLIPAM</i> Numéro vert : 0801 801 081										
	<i>Fiche Support afin d'avoir un état des lieux le plus complet possible de la situation de la femme et d'orienter au mieux le partenaire.</i>										
	FAIT PAR :										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">ORIGINE DE LA DEMANDE</td> <td style="padding: 2px; text-align: right;">Date :</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> Professionnel : Social / Medical (à biffer) </td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Institution :</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Nom :</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Numéro de téléphone :</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>	ORIGINE DE LA DEMANDE	Date :	Professionnel : Social / Medical (à biffer)		Institution :		Nom :		Numéro de téléphone :	
	ORIGINE DE LA DEMANDE	Date :									
	Professionnel : Social / Medical (à biffer)										
	Institution :										
	Nom :										
	Numéro de téléphone :										
	Identité de la femme (si demande d'inclusion) :										
Nom :											
Prénom :											
Née le :											
Nationalité :											
Terme prévu :											
TELEPHONE :											
Date d'inclusion :											
SITUATION :											
Suivi de grossesse :											
Problème de santé :											
OUI NON											
Lequel :											
Nombre d'enfants à charge :											
En France depuis :											
Hébergement											
Domiciliation :											
Suivi social :											
En cours de régularisation :											
OUI NON											
Couverture maladie :											
Entourage en France (notamment le père de l'enfant) :											
Autonomie de la personne :											
Langue parlée :											
AUTRES DONNEES / ORIENTATIONS PROPOSEES AU PARTENAIRE : (PMI, services sociaux de secteur, associations etc.)											

9. Fiche support expertise



Titre	Protocole support expertise
Mots clés	Support expertise, inclusion, refus de prise en charge

Titre du protocole : « support »

Mots clés : demande, support, expertise

Définitions : un support/expertise est une réponse apportée par la coordination à la demande d'un partenaire, sans contact en direct avec la femme.

Description de l'action :

-Fiche navette reçue

-analyse de la coordination : l'une des coordinatrices (médicale ou sociale) recontacte le partenaire pour lui apporter des conseils d'orientation et/ou expertise de la situation.

- Contact téléphonique ou courriel : après évaluation de la situation avec le professionnel ou le bénévole, soit indication d'inclusion et envoi de la fiche navette ou remplissage fiche navette (si femme présente et d'accord pour être incluse)

soit préconisations médicales et sociales pour répondre à la demande.

Attention : si la coordination rentre en contact avec la femme, la demande sera traitée soit en « inclusion » soit en « refus de prise en charge ».

Dès lors qu'un contact est établi entre la coordination et la femme, la demande ne peut pas être traitée en « support. »

Rédacteur : Laure Briand

Date de la réunion ayant décidé la création du protocole : 7 aout 2012

Date de validation par la direction : 2012

Modalités d'évaluation : modifiée le 29/08/2016 en réunion de service |

10. Fiche repérage vulnérabilité médicale



REPERAGE VULNERABILITE MEDICALE (entretien inclusion)

1- Critère de vulnérabilité médicale :

- Age inférieur à 21 ans
- Primipare
- Absence de suivi prénatal
- Pathologie et vulnérabilité surajoutée (à préciser) :
- Addictions

2- Critères de vulnérabilité sociale :

- Sans titre de séjour
- Difficultés dans la compréhension des démarches
- Femme à la rue ou abri de fortune
- Isolement complet
- Barrière de la langue

Rythme de surveillance à prévoir (évaluation lors de l'inclusion) :

- Hebdomadaire
- Mensuel
- Femme autonome, nous contactera si besoin
- Autre fréquence à préciser :

Evaluation régulière :

Hebdo bimensuel mensuel autonome

Date : - / - / - :

Date : - / - / - :

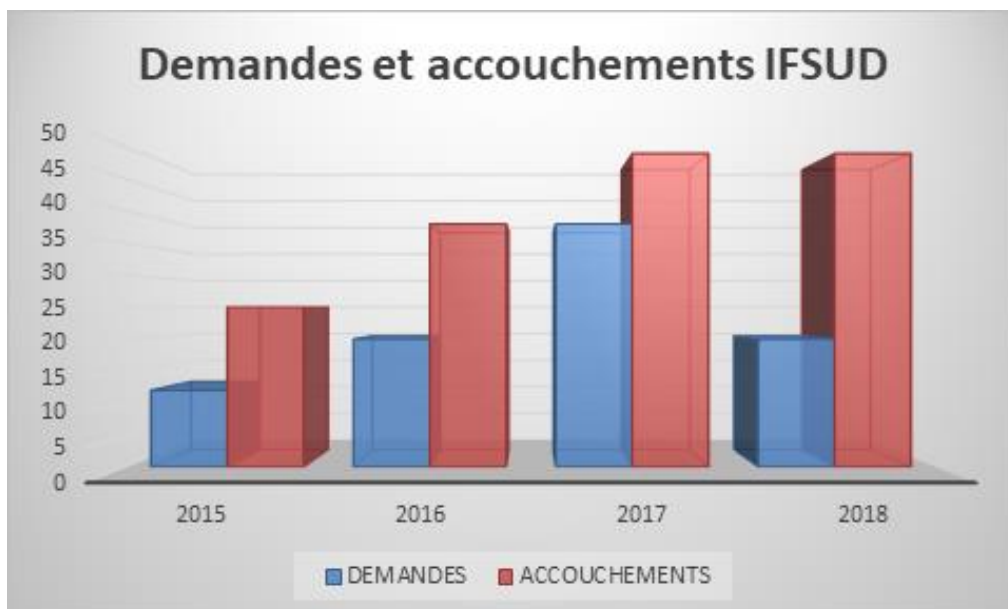
Date : - / - / - :

Date : - / - / - :

Date : - / - / - :

NB : feuille à insérer dans le dossier à l'inclusion

Validation le 16/06/2016 PHB

11. Tableau récapitulatif des demandes et accouchements sur le réseau IFSUD, 2015-2018

12. Programme Rencontres Solipam 2018

9èmes RENCONTRES SOLIPAM

Jeudi 22 novembre 2018

Auditorium - Hôpital des Diaconesses - 18, rue du Sergent Bauchat - 75012 PARIS

Matinée : 08h30 – 12h45

« La précarité : un facteur de risque de psycho trauma en périnatalité »

Ouverture de la journée :

Marraine des Rencontres SOLIPAM 2018 : Madame Dominique Versini

Adjointe à la Maire de Paris chargée des solidarités, de la lutte contre l'exclusion, de l'accueil des réfugiés, de la protection de l'enfance

Modérateur de la matinée : Dr Thierry Harvey

09h00	Mot du Président	Thierry Harvey Chef de service Maternité des Diaconesses, Président de l'Association Solidarité Paris Maman Ile de France
09h15	Activité du réseau et introduction de la journée	Paule Herschkorn Barnu Gynécologue – Obstétricienne, Directrice du réseau Solipam
09h30	Précarité, périnatalité et psycho trauma, quelles spécificités ?	Armando COTE, psychologue clinicien/psychanalyste au Centre Primo Levi
10h00	Le lien mère enfant dans les situations de psycho trauma	Omar GUERRERO, psychologue clinicien/psychanalyste au Centre Primo Levi
10h30	Echanges avec la salle	
11h00	Pause-café de 15 minutes (salle Tourelle A)	
11h15	" Enjeux psychiques de la prise en charge des femmes enceintes et nouveaux-nés exilés"	Laure Wolmark Coordinatrice nationale santé mentale Comede - comité pour la santé des exilés

11h45	Le Réseau pour la Psychanalyse à l'Hôpital (RPH) Pour une clinique du partenariat	Diane Sourrouille Psychothérapeute, Membre du RPH
12h15	Echanges avec la salle	
12h45	Pause déjeuner (libre)	

Après-midi : 14h00 – 17h00

« Impacts des modalités d'hébergement sur la santé des femmes et des enfants »

Modérateur de l'après-midi : Pr Marc Dommergues

14h00	Santé sexuelle et reproductive des femmes hébergées au 115 Premiers résultats d'une recherche interventionnelle quantitative et qualitative auprès de 480 femmes migrantes hébergées en hôtel".	Armelle Andro, Mireille Eberhard et l'équipe DSAFHIR
14h30	Santé périnatale des femmes hébergées chez des tiers	Tiphaine Barbier, assistante sociale coordinatrice Solipam et Hélène Cinelli, sage-femme coordinatrice Solipam
15h00	Echanges avec la salle	
15h30	Etre enceinte et vivre en bidonville, impacts sur la santé périnatale	Laure Pigault, sage-femme PMI Ivry sur Seine
16h00	CHU et santé périnatale	Laetitia KUSUAMINA Chef de Service du CHU Jardin du monde (CASP) et son équipe
16h30	Echanges avec la salle	
16h50	Clôture de la journée	Paule Herschkorn Barnu

13. Programme FORMATION repérage précoce 2018

Programme
Formation SOLIPAM
2018

**Repérage précoce, orientation
et suivi des situations de
périnatalité-précarité : principes
et outils pour les professionnels**

Cette formation s'adresse à **tous les professionnels de santé et sociaux** de la région Ile-de-France, pouvant intervenir auprès des femmes enceintes et de leurs enfants en situation de grande précarité.

Elle est **proposée gratuitement** aux professionnels qui souhaitent en bénéficier, grâce au soutien de nos financeurs.



Formation financée par l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France et par la Fondation Giacinto et Hélène Accornero sous l'égide de la Fondation de France

Le réseau SOLIPAM, regroupe les professionnels médicaux et sociaux franciliens confrontés aux risques sanitaires encourus par la mère et l'enfant en situation de grande précarité faute de prise en charge coordonnée et adaptée aux besoins (danger somatique, psychique et relation mère-enfant pouvant être gravement perturbée avec des conséquences souvent irréversibles). Ce réseau a pour but de coordonner les secteurs hospitaliers publics et privés et les structures de proximité afin d'assurer et d'optimiser la prise en charge de ces femmes enceintes, jeunes mères et de leurs enfants, jusqu'au 3ème mois après la naissance.

Afin d'aider l'ensemble des professionnels du territoire de santé à améliorer la **qualité de prise en charge des situations** de périnatalité-précarité, et notamment le repérage précoce, l'orientation et le suivi adéquats de ces situations entre tous les acteurs concernés, le réseau SOLIPAM a mis au point un **cycle de formation de 3 jours**.

Les objectifs du cycle de formation :

- Fournir aux professionnels des **outils pertinents** pour aborder et prendre en charge les situations de périnatalité/précarité rencontrées dans le cadre de leur exercice quotidien
- **promouvoir les échanges, la connaissance réciproque** et le rapprochement entre professionnels du secteur sanitaire et social, afin de favoriser un accompagnement global décloisonné des femmes et de leurs nourrissons en situation de périnatalité/précarité ;
- optimiser l'utilisation qui est faite, par les professionnels, des **ressources sanitaires et sociales à leur disposition sur le territoire de santé**, en améliorant leur connaissance des outils disponibles et de leurs modalités d'utilisation.

Quatre sessions sont programmées en 2018. **Chaque session** propose un cycle de formation de **3 jours**, qui **comprend un stage pratique en immersion**.

- **Journée 1** : apports théoriques et pratiques sur les enjeux du repérage précoce des femmes enceintes et/ou avec de jeunes enfants, et les outils permettant de repérer ces situations :
- **Journée 2** : stage d'observation d'une journée, en immersion dans un service partenaire du réseau
- **Journée 3** : bilan des stages et apports théoriques et pratiques complémentaires sur la manière d'accompagner les situations de périnatalité / précarité ainsi repérées.

Une fois l'inscription validée, votre présence est indispensable sur les trois journées.

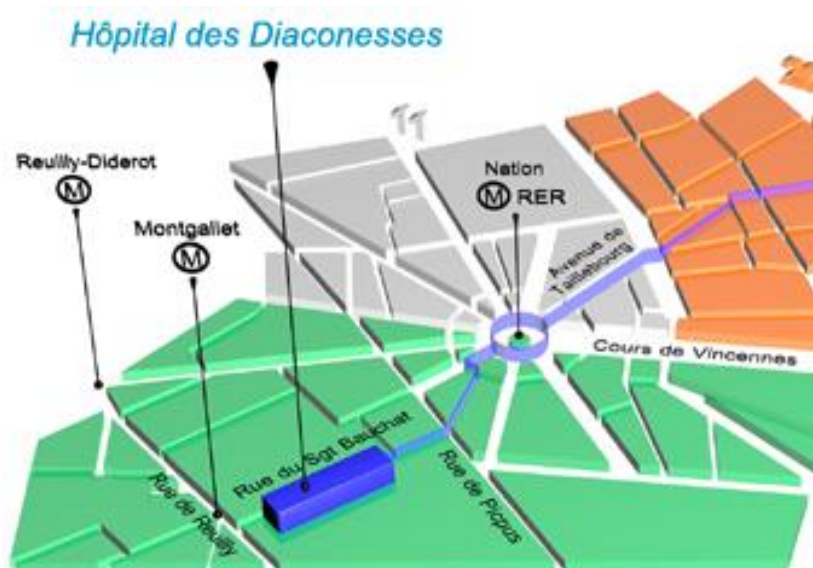
Programme de la journée 1

Thèmes	Intervenants	Heure
Matinée : apports théoriques		
Accueil des participants – présentation de la formation	Dr Paule Herschkorn Barnu , directrice du réseau SOLIPAM	8h30
Introduction : prévalence des situations de précarité en Ile de France	Dr Rochefort Jeanine , Médecins du Monde et Mme Meryem Belkacemi , Emmaüs Solidarité	9h30
Pause		10h10
La prise en charge mère/enfant et le rôle de la PMI	Dr Véronique Prisse , Pédiatre encadrant PMI	10h40
L'accès à l'assurance maladie : droit en périnatalité	Mme Laurence Millet, Sylvie Provost , CPAM de Paris	11h20
Pause repas (organisée par le réseau)		12h15
Après-midi : apports pratiques		
Mise en situation à partir d'une étude de cas présentée par les coordinatrices de Solipam (Equipe médico-sociale du réseau) (optimisation des compétences et des outils existants)		13h45
Mise en situation à partir d'une étude de cas présentée par les coordinatrices de Solipam (Equipe médico-sociale du réseau) (optimisation des compétences et des outils existants) SUITE		15h00
Conclusion		17h00

Programme de la journée 3

Thèmes	Intervenants	Heure
Matinée : apports pratiques : bilan des stages		
Accueil des participants	Dr Paule Herschkorn Barnu, directrice du réseau SOLIPAM	8h30
Echanges sur les pratiques : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Exposé par chaque binôme de stagiaires des situations rencontrées lors du stage, et mise en discussion avec le groupe 	Dr Paule Herschkorn Barnu, directrice du réseau SOLIPAM	9h00
Pause repas (organisée par le réseau)		12h30
Après-midi : CULTURES ET PERINATALITE		
Apports scientifiques (cultures et périnatalité)	Mme Clélia Gasquet, Enseignante Chercheure en Géographie de la santé, EHESP Mme Priscille Sauvegrain, Sage-femme et chercheuse en santé publique, INSERM	13h45
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conclusion 	Dr Paule Herschkorn Barnu, directrice du réseau SOLIPAM	17h

Pour se rendre sur place, journées 1 & 3 :



Maternité des Diaconesses :

12-18, rue du Sergent Bauchat
75012 PARIS

Moyens d'accès :

Métro

M°8 (arrêts Montgallet ou Reuilly-Diderot)
M° 1 (Reuilly-Diderot ou Nation)
M°2, 6 ou 9 (Nation)

Bus

Bus lignes 46 (arrêt Montgallet),
Bus lignes 57 (arrêt Nation-Diderot)

RER : ligne A, arrêt Nation

14. Résultat de l'évaluation sur la Formation Solipam

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DE SATISFACTION FORMATION SOLIPAM 2018

Année 2018 session 1 & 2 :

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DE SATISFACTION

FORMATION SOLIPAM 2018

Point d'étape

Mars à Juin 2018

LE PROFIL DES RÉPONDANTS AUX ENQUÊTES

Questionnaire 1^{ère} journée, session 1

15 mars 2018 > 24 présents



Questionnaire 1^{ère} journée, session 2

12 avril 2018 > 21 présents

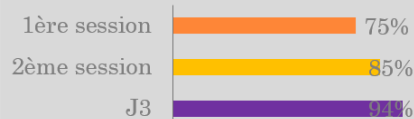


Questionnaire 3^{ème} journée, sessions 1&2

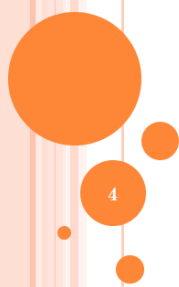
28 Juin 2018 > 30 présents



Taux de retour des questionnaires



2

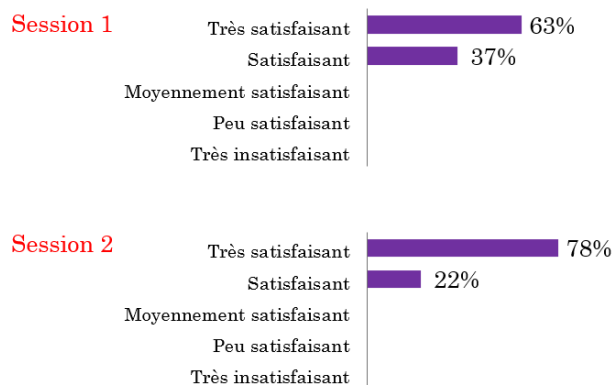


La 1^{ère} journée de formation théorique (J1)

4

ACCUEIL ET ORGANISATION

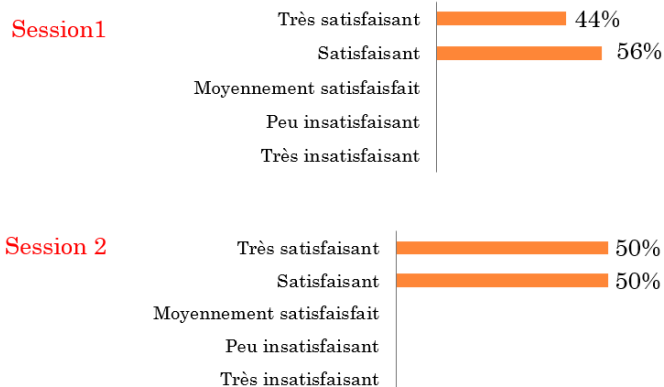
- Comment avez-vous trouvé l'accueil et l'organisation de cette journée ?



5

APPORTS THÉORIQUES DR ROCHEFORT (MDM)

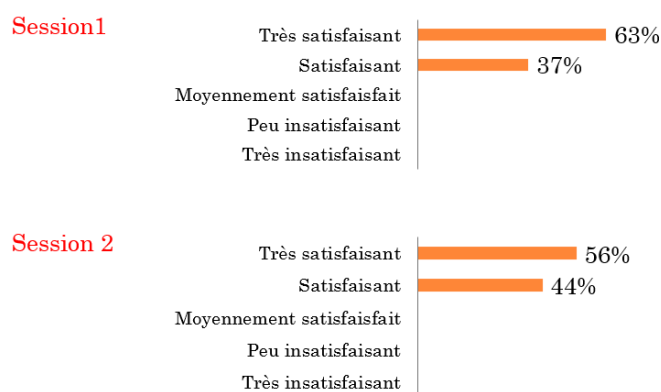
- Les participants sont satisfaits de l'intervention du Dr Rochefort sur la prévalence des situations de précarité en IDF.



6

APPORTS THÉORIQUES MME PRISSE (PMI)

- Les participants sont satisfaits de l'intervention du Dr Prisse sur la prise en charge mère/enfant en post natal et le rôle de la PMI.

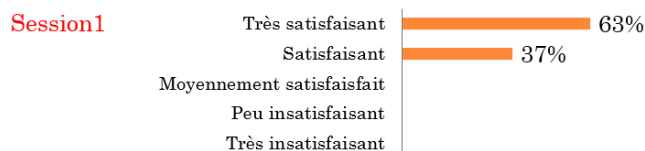


7

APPORTS THEORIQUES

L'ACCÈS À L'ASSURANCE MALADIE – LAURENCE MILLET ET SYLVIE PROVOST

- Une majorité sont très satisfaits par cette intervention.



- Une majorité sont très satisfaits par cette intervention.

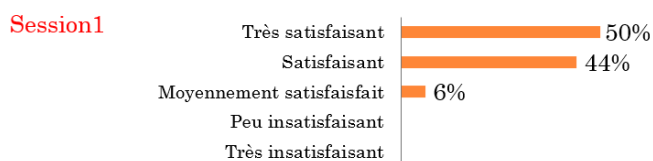


8

APPORTS PRATIQUES

MISE EN SITUATION : ÉTUDE DE CAS COORDINATRICES SOLIPAM

- Les participants ont eu du mal à faire le lien entre l'intitulé et l'intervention.



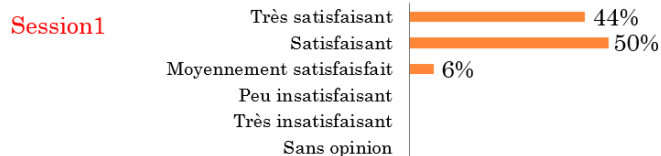
- Les participants ont eu du mal à faire le lien entre l'intitulé et l'intervention.



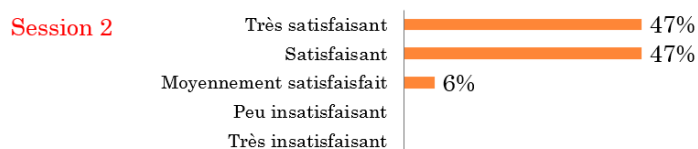
9

APPORTS PRATIQUES MISE EN SITUATION

- 94% des participants sont satisfaits voire très satisfaits.



- 94% des participants sont satisfaits voire très satisfaits.



10

CONCLUSION

- Ces journées ont parfaitement répondu aux attentes des participants.



11

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

○ Commentaires

- Manque d'outils pratiques pour interlocuteur médical-social et social-médical
- Contenu intéressant et riche, peut-être un peu **trop dense pour une seule journée**
- Ajout d'un intervenant social (sensation de méconnaissance du métier de travailleur social)

○ Suggestions

- > Penser à un temps pour que les binômes se présentent entre eux (pas toujours évident sur les pauses)
- > Plus de cas pratique
- > **Présentation du réseau par les coordinatrices peut-être plus tôt dans la journée**

12



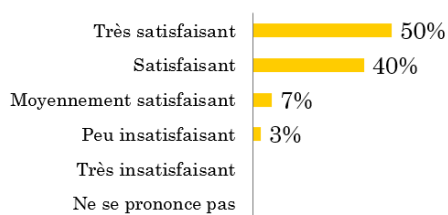
La journée en immersion: les stages (J2)

13

L'ORGANISATION DU BILAN DES STAGES

- Les participants sont satisfaits de l'organisation du bilan des stages.

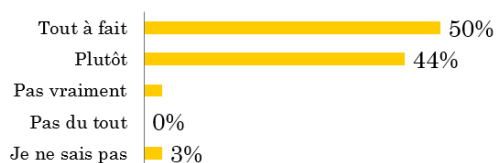
Comment juger vous le contenu des échanges sur les pratiques et le bilan des stages ?



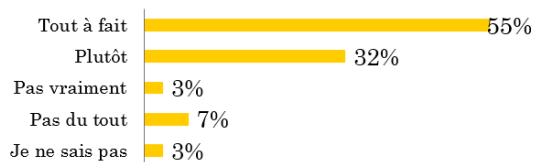
14

AVIS SUR L'ORGANISATION DES STAGES

Etes-vous satisfait du choix de lieu de stage ?



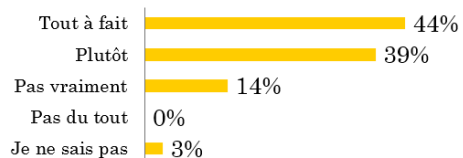
Etes-vous satisfait du contenu de la journée de stage ?



15

AVIS SUR L'ORGANISATION DES STAGES

Etes-vous satisfait de la durée du stage ?



- > Les participants sont moins satisfaits de la durée du stage (trop courte)
- > Les principales suggestions sont:
 - Allongement de la durée du stage (sur 2 ou 3 jours)
 - Meilleure organisation sur certains lieux de stage
 - Proposer plusieurs stages d'immersion (dans 2 structures différentes par exemple)

16



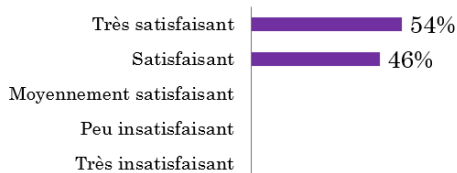
La 2^{ème} journée de formation théorique (J3)

17

ACCUEIL ET ORGANISATION

- Les participants sont très satisfaits de la journée 3 consacrée au bilan des stages et aux apports théoriques complémentaires.

Comment avez-vous trouvé l'accueil et l'organisation de cette journée ?



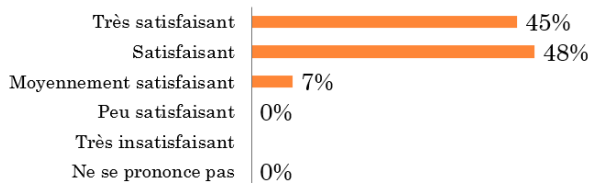
- > Locaux étouffants
- > « Snacks » plus sains

18

APPORTS SCIENTIFIQUES

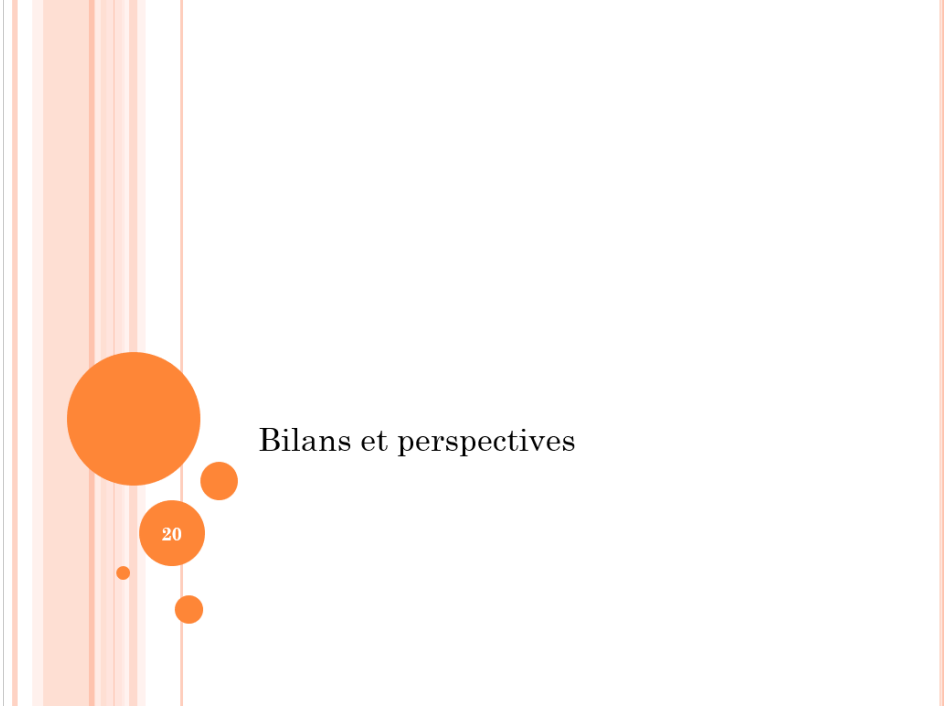
Cultures et périnatalité – [Clelia Gasquet](#) et [Priscille Sauvegrain](#)

Comment jugez-vous le contenu de l'intervention ?



- > Déjà vu et entendu
- > Manque d'[interactions](#)

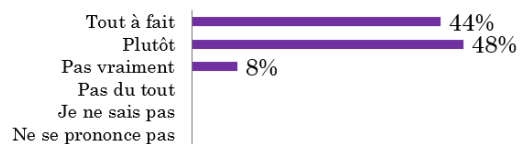
19



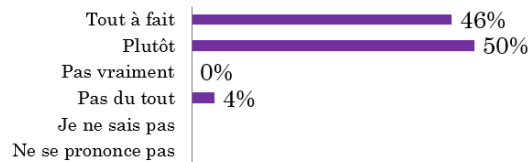
Bilans et perspectives

BILAN GLOBAL DU PROGRAMME

Cette dernière journée du programme de formation a-t-elle répondu à vos attentes ?

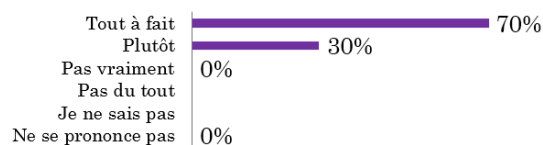


Globalement, le programme de formation (les deux journées théoriques et le stage) a-t-il répondu à vos attentes ?

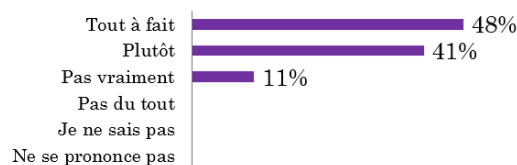


BILAN GLOBAL DU PROGRAMME

Recommanderiez-vous ce programme à d'autres professionnels ?



A l'issue de ce programme, pensez-vous être mieux capable de repérer et de prendre en charge les situations de périnatalité ?



22

SUGGESTIONS

- Echanger intervention du matin et de l'après-midi, journée 3
- Ajouter des exemples concrets pour l'intervention de l'après-midi, journée 3
- Viser un public plus « débutant »

23

CONCLUSION GÉNÉRALE

- La préparation des terrains de stage doit être renforcée, tant au niveau des référents que des participants.
- Étalement du stage sur plusieurs jours.
- Réduire l'intervention de l'après midi et prévoir une pause afin de ne pas perdre l'attention des participants.
- Formation très satisfaisante, beaucoup de recommandations

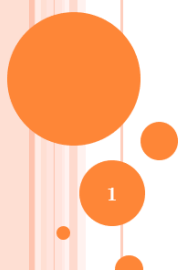
24

Année 2018 session 3 & 4 :

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DE SATISFACTION

FORMATION SOLIPAM 2018

Point d'étape

A decorative graphic on the left side of the page, consisting of several orange circles of varying sizes. One circle contains the number '1'.

Septembre à
Décembre 2018

LE PROFIL DES RÉPONDANTS AUX ENQUÊTES

Questionnaire 1^{ère} journée, session 3

27 Septembre 2018 > 17 présents



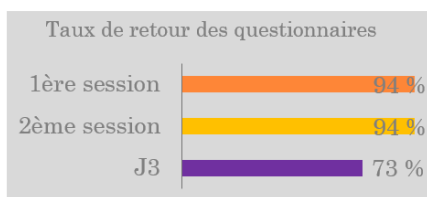
Questionnaire 1^{ère} journée, session 4

18 Octobre 2018 > 17 présents



Questionnaire 3^{ème} journée,
sessions 3&4

13 Décembre 2018 > 29 présents



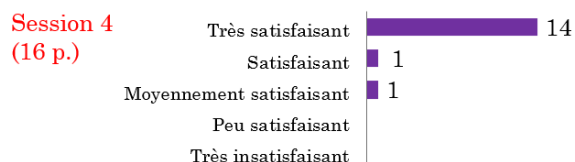
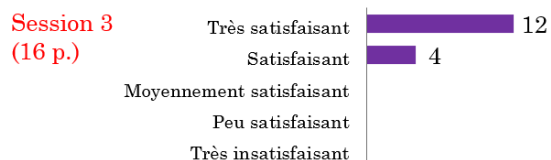
2

La 1^{ère} journée de formation théorique (J1)

4

ACCUEIL ET ORGANISATION

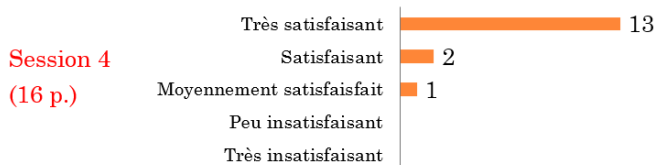
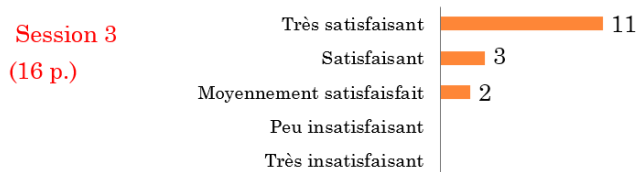
- Comment avez-vous trouvé l'accueil et l'organisation de cette journée ?



5

APPORTS THÉORIQUES DR ROCHEFORT (MDM)

- Les participants sont satisfaits de l'intervention du Dr Rochefort sur la prévalence des situations de précarité en IDF.



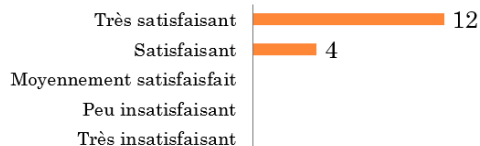
6

APPORTS THÉORIQUES

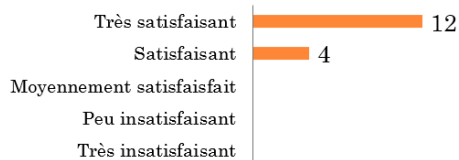
MME PRISSE (PMI)

- Les participants sont satisfaits de l'intervention du Dr Prisse sur la prise en charge mère/enfant en post natal et le rôle de la PMI.

Session 3 (16 p.)



Session 4 (16 p.)



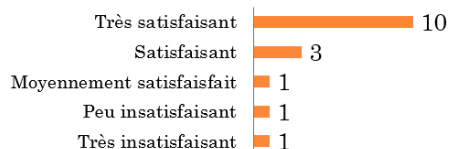
7

APPORTS THEORIQUES

L'ACCÈS À L'ASSURANCE MALADIE – LAURENCE MILLET ET SYLVIE PROVOST

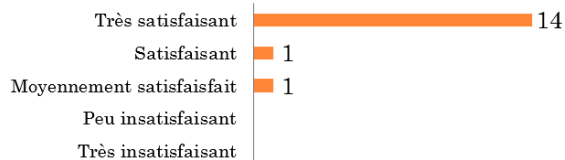
- Une majorité sont très satisfaits par cette intervention.

Session 3 (16 p.)



- Une majorité sont très satisfaits par cette intervention.

Session 4 (16 p.)



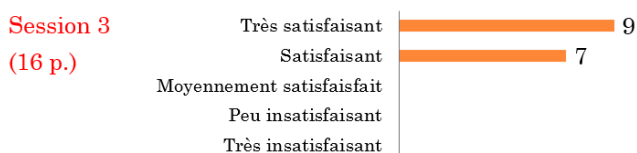
8

APPORTS PRATIQUES

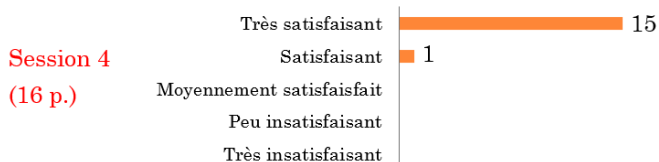
MISE EN SITUATION : ÉTUDE DE CAS

COORDINATRICES SOLIPAM

- 100% des participants sont satisfaits voire très satisfaits.



- 100% des participants sont satisfaits voire très satisfaits.

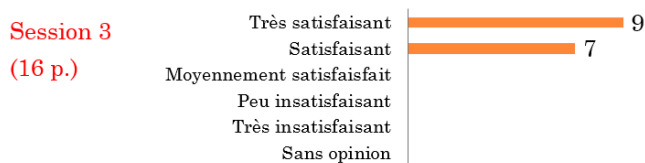


9

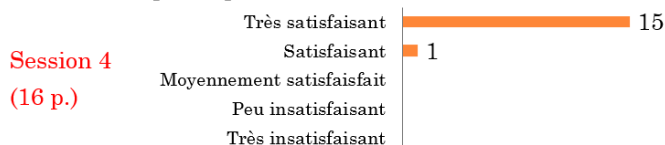
APPORTS PRATIQUES

MISE EN SITUATION

- 100% des participants sont satisfaits voire très satisfaits.



- 100% des participants sont satisfaits voire très satisfaits.



10

CONCLUSION

- Ces journées ont parfaitement répondu aux attentes des participants.



11

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

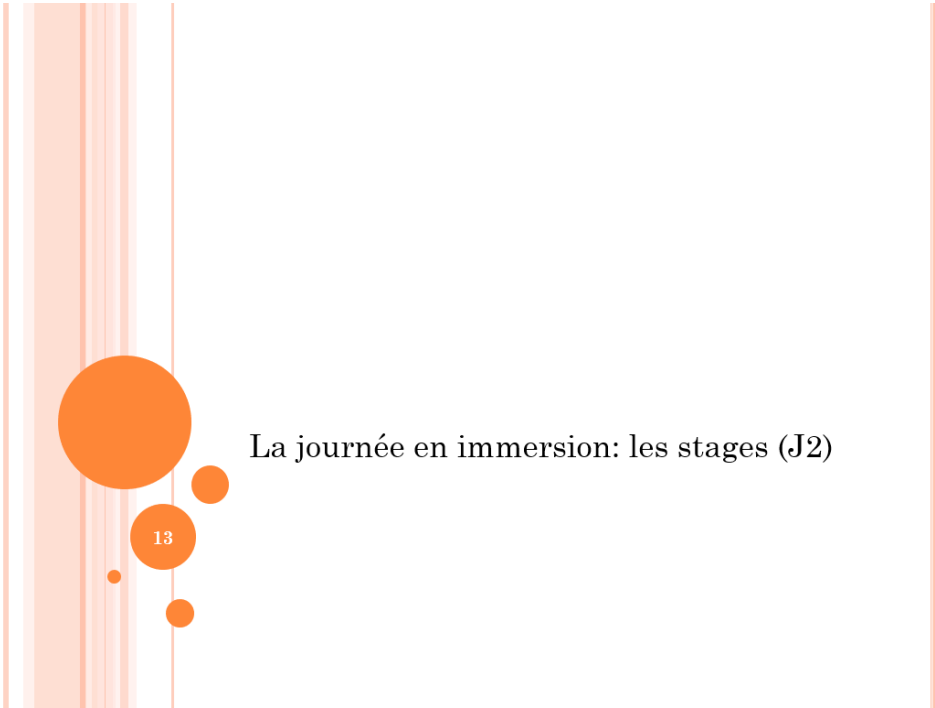
○ Commentaires

- Contenu intéressant et riche, peut-être un peu **trop dense pour une seule journée**
- Pas assez de temps pour questions, échanges

○ Suggestions

- > Plus de cas clinique
- > Souhaiterait une intervention du 115 pour connaître leur fonctionnement / difficultés
- > Formation qui mériterait une journée ou demi journée en plus
- > Seconde mise en situation par les coordinatrices Solipam

12

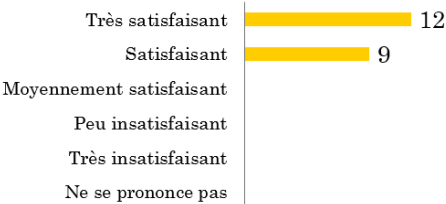


La journée en immersion: les stages (J2)

L'ORGANISATION DU BILAN DES STAGES

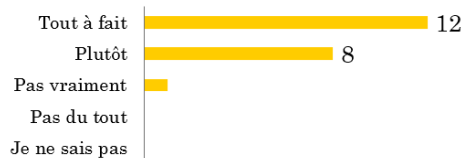
- Les participants sont satisfaits de l'organisation du bilan des stages.

Comment juger vous le contenu des échanges sur les pratiques et le bilan des stages ?
(21 p.)

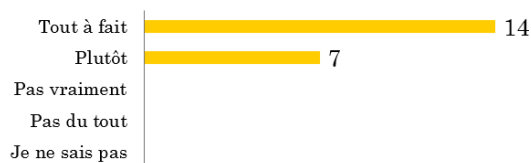


AVIS SUR L'ORGANISATION DES STAGES

Etes-vous satisfait du choix de lieu de stage ? (21 p.)



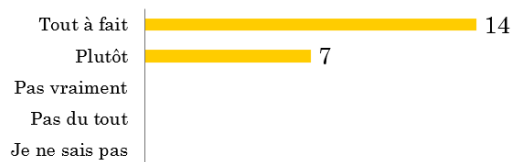
Etes-vous satisfait du contenu de la journée de stage ? (21 p.)



15

AVIS SUR L'ORGANISATION DES STAGES

Etes-vous satisfait de la durée du stage ?



- > Les participants sont moins satisfaits de la durée du stage (trop courte)
- > Les principales suggestions sont:
 - Allongement de la durée du stage (sur 2 ou 3 jours)
 - Meilleure organisation sur certains lieux de stage

16



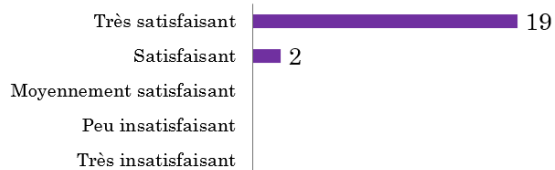
La 2^{ème} journée de formation théorique (J3)

17

ACCUEIL ET ORGANISATION

- Les participants sont majoritairement très satisfaits de l'organisation de la journée 3.

Comment avez-vous trouvé l'accueil et l'organisation de cette journée ? (21 p.)



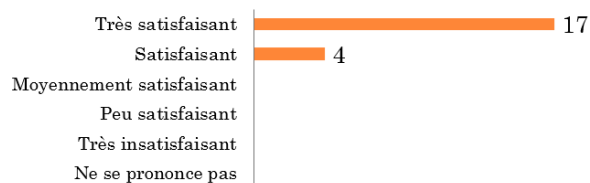
> Pas de commentaires.

18

APPORTS SCIENTIFIQUES

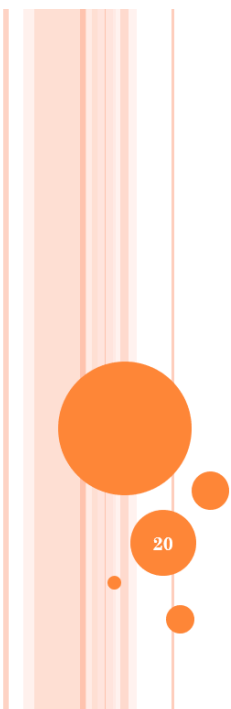
Cultures et périnatalité – Clélia Gasquet et Priscille Sauvegrain

Comment jugez-vous le contenu de l'intervention ? (21 p.)



- > Manque d' interactions
- > Plus de concret

19

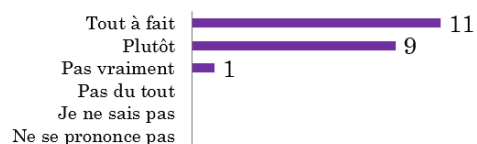


Bilans et perspectives

20

BILAN GLOBAL DU PROGRAMME

Cette dernière journée du programme de formation a-t-elle répondu à vos attentes ? (21 p.)



Globalement, le programme de formation (les deux journées théoriques et le stage) a-t-il répondu à vos attentes ? (21 p.)



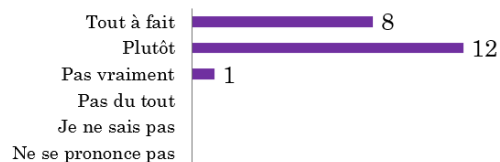
21

BILAN GLOBAL DU PROGRAMME

Recommanderiez-vous ce programme à d'autres professionnels ? (21 p.)



A l'issue de ce programme, pensez-vous être mieux capable de repérer et de prendre en charge les situations de périnatalité ? (21 p.)



22

SUGGESTIONS

- Ajouter des exemples concrets pour l'intervention de l'après-midi, journée 3
- Allongement de la durée de la formation
- Intervention 115

23

CONCLUSION GÉNÉRALE

- La préparation des terrains de stage doit être renforcée, tant au niveau des référents que des participants.
- Étalement du stage sur plusieurs jours.
- Réduire l'intervention de l'après midi et prévoir une pause afin de ne pas perdre l'attention des participants + un temps d'échange.
- Formation très satisfaisante, beaucoup de recommandations.
- Beaucoup de demandes d'une intervention du 115.

24