

Rapport d'activité du réseau
SOLIPAM
01/01/2018 au 31/12/2018

Sommaire

Introduction	3
Gouvernance du réseau	5
Principaux indicateurs de suivi du réseau	8
1-Des indicateurs de fonctionnement	9
2-Des indicateurs de processus	15
3-Des indicateurs de résultats en santé périnatale	22
Coordination médico-sociale des parcours de soins	25
1-L'inclusion dans le réseau SOLIPAM	27
2-Les spécificités du travail de coordination de la sage-femme	28
3-Les spécificités du travail de coordination de l'assistante sociale	29
4-Protocoles de coordination et supports réseau	31
5-Analyse de l'utilisation des supports de transmissions	32
6-Outils internes	34
Mission d'améliorer la qualité et la sécurité des soins de la population concernée	38
1. Partenariats du réseau	38
2. Actions de communication menées par la direction du réseau afin de faire connaître et construire le réseau	44
3. Projet réseau 2018	46
4. Formation des professionnels, éducation pour la santé des femmes	48
5. Evaluation des partenariats	50
Evaluation du service rendu et description épidémiologique de la population	54
1.Caractéristiques médico-sociales des familles à l'inclusion dans le réseau	54
Hébergement à l'entrée dans le réseau	60
Suivi social à l'entrée dans le réseau	61
Couverture sociale à l'entrée du réseau	62
2. Conformité des parcours de soins ante natal	62
3. Issues de grossesse	68
4. Conformité des suivis post natal des mères et des enfants	70
5. Caractéristiques sociales des familles en sortie de réseau	72
Conclusion	78
Annexes	

<p style="text-align: center;">Rapport d'activité du réseau SOLIPAM arrêté au 31 décembre 2018 : Introduction</p>
--

Le réseau **SOLIPAM** est le réseau de périnatalité et d'accès aux soins de la région Ile de France. Il 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. 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.

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 la ressource régionale « périnatalité/grande précarité » avec une triple mission portée par l'équipe médico-sociale de coordination et les partenaires du réseau :

- 1- Coordonner le parcours de santé des femmes enceintes en situation de grande précarité sur la région IDF jusqu'aux trois mois de l'enfant né :
 - Repérer le plus précocement possible les situations à risques
 - Réduire les risques périnataux liés aux mauvais suivis de grossesse et post natal 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'orientation 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 soins 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 » (formations, informations, études, manifestations)** » (GT2). Préparation des Rencontres SOLIPAM annuelles, élaboration de sessions de formation 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 2018, une étude sur les facteurs de risque de grande prématurité a été confiée à une chercheuse de l'EHESP et devrait produire des données et des résultats en 2019. 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 » permet de mobiliser l'ensemble des acteurs, médicaux et sociaux, du territoire de santé périnatale d'IDF sur le thème de la précarité, de l'accès aux soins et du maintien dans le système de santé des plus démunies. Et 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 sur les pratiques des professionnels de santé concernés.

En 2018, le réseau SOLIPAM a bénéficié d'un audit externe diligenté par ARS IDF.

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.
- Les groupes de travail du réseau, créés en 2010 sont toujours opérationnels et réunissent chacun tous les deux mois les partenaires du réseau et les coordinatrices 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, les nouveaux partenaires étant conviés à y participer.

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 8 juin 2017. Composition du bureau :

- Dr Thierry Harvey, président
- Madame Annie Carron, vice-présidente
- Madame Christine Laconde, trésorière
- Monsieur Gilles Petit-Gars, secrétaire
- Pr. Marc Dommergues, membre

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

- L'amélioration de la coordination des prises en charge et l'animation des partenariats sont des processus continus.
- La coordination de SOLIPAM se réunit tous les jeudis matin pour une revue de dossiers des femmes incluses dans le réseau et posant des problèmes spécifiques (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 assistantes sociales coordinatrices, gynécologue obstétricienne directrice).
- Une réunion de service a lieu tous les deux mois avec toute l'équipe de coordination SOLIPAM pour améliorer la qualité du fonctionnement.
- Une réunion tous les deux mois directrice/assistantes sociales et une réunion tous les deux mois directrice/sages-femmes ont été instaurées en 2015.

Un tableau de bord mensuel de l'activité de coordination médico-sociale du réseau permet à la direction, en concertation avec l'équipe de coordination, de prendre la mesure de la demande et des délais de réponses apportées aux partenaires et aux usagères du réseau :

TRAITEMENT DES DEMANDES DU MOIS DE SEPTEMBRE 2018	
Nb de demandes reçues :	156
- inclusion	23
- en cours de traitement (rdv fixé ou début de réponse)	14
- sans suite	0
- sans début de réponse	44
- supports usagers	32
- supports expertise	36
- supports +	7

SEPTEMBRE 2018	
Nb de demandes reçues dans le mois	156
- usager	50
- partenaire	106
Cumul de demandes reçues depuis Janvier 2018	1018
Nb de demandes reçues dans le mois provenant du 93	19
Nb d'inclusions du mois (reçues dans le mois ou mois précédents)	59
Nb d'inclusions du mois avec délai depuis la demande > 10 jours	40
Nb total de demandes sans début de réponse	58
Nb d'inclusions du mois de femmes hébergées dans abri de fortune	24

TRAITEMENT DES SITUATIONS EN SEPTEMBRE 2018	
Nb d'inclusions par chaque coordinatrice :	
- Magali	9
- Sophie	14
- Tiphaine	12
- Virginie	12
- Sandra	5
- Hélène	7

TRAITEMENT NUMERO VERT : SEPTEMBRE 2018	
- support usager	6

NOTICE :

Nb de situations suivies par chaque coordinatrice (file active) :

Il faut comptabiliser la file active réelle. Il s'agit du nombre de femmes qui n'ont pas encore accouché + celles qui ont accouché dans les 3 derniers mois + les bébés à risque (ces femmes restent dans le réseau sans limite de temps).

Pour les femmes dont le bébé a dépassé les 3 mois de quelques jours seulement, chaque coordinatrice comptabilise s'il y a encore du travail à faire sur la situation.

On enlève donc les situations qui doivent être sorties.

L'augmentation des demandes conjuguée à une instabilité de l'équipe sociale de coordination qui a duré plusieurs mois en 2018, a entraîné une augmentation du délai de réponse de la coordination et un accroissement conséquent du temps de travail de chaque coordinatrice. Etant consciente de ces difficultés, la direction a décidé d'interrompre cette traçabilité

mensuelle en octobre 2018 pour éviter d'augmenter le stress bien réel de l'équipe de coordination, le temps de la reconstitution de l'équipe de coordination.

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

Concernant la coordination personnalisée des prises en charges 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, ...)

En outre, la coordination du réseau Solipam organise et/ou participe à des réunions de synthèse dans certaines situations complexes regroupant des professionnels médicaux, psycho et sociaux intra et extra hospitaliers. Ainsi en 2018, la coordination a participé à 1 synthèse. Cela dit, la participation de la coordination du réseau à des réunions cliniques extérieures se discute en interne car s'avère très chronophage. Le binôme médico-social de coordination a pour objectif d'être force de proposition, de mettre en lien tous les professionnels concernés par la situation et de leur transmettre toutes les observations recueillies nécessaires à leur réflexion.

En conclusion, les missions principales assurées par l'équipe de coordination du réseau 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 accouchée 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.

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 2014 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 grâce au concours bénévole d'un étudiant X Mines. La base a été encore améliorée grâce à lui en 2013 pour répondre aux nouveaux besoins de traçabilité et de coordination médico-sociale.

Cela dit, avec l'augmentation importante de l'activité du réseau, le support Excel montre ses limites (lourdeur, logiciel non prévu pour être partagé, lenteur d'exécution) et une réflexion devra être menée en 2019 afin de moderniser le système d'information du réseau qui permet le suivi de chaque situation ainsi que la production de statistiques et d'indicateurs de suivi. Cette refonte du SI du réseau devrait permettre un gain de temps qui pourra être consacré au travail de partenariats qui doit être relancé en 2019.

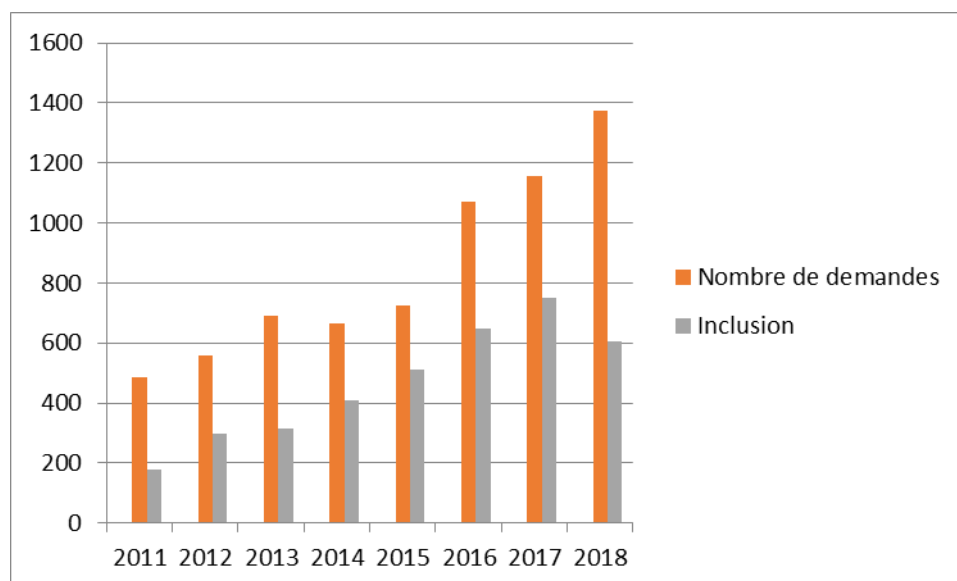
Le réseau s'est doté de trois types d'indicateurs de suivi de son activité :

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

1- 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.** La différence entre les deux nombres mesure le nombre de situations traitées en fonction « support d'expertise ». En effet, après évaluation commune de la situation, cette dernière ne nécessitant pas une inclusion dans le réseau, la coordination propose au professionnel demandeur des orientations adaptées aux besoins exprimés. La famille signalée par le professionnel peut également être appelée par la sage-femme ou l'assistante sociale 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°1)

Figure n°1 : Nombre de demandes et nombre d'inclusion du 01/01/2011 au 31/12/2018



Total inclusions en 2011 : 273

Total inclusions en 2012 : 300

Total inclusions en 2013 : 316

Total inclusions en 2014 : 406

Total inclusions en 2015 : 510

Total inclusions en 2016 : 650

Total inclusions en 2017 : 752

Total inclusions en 2018 : 607

Total de demandes en 2011 : 488

Total de demandes en 2012 : 560

Total de demandes en 2013 : 692

Total de demandes en 2014 : 665

Total de demandes en 2015 : 727

Total de demandes en 2016 : 1071

Total de demandes en 2017 : 1155

Total des demandes en 2018 : 1373 (Ce

nombre comprend les 921 demandes ajoutées sur notre base qui correspondent aux fiches navettes envoyées par les professionnels et aux appels numéro vert, ainsi que les 452 supports téléphoniques.)

Commentaire :

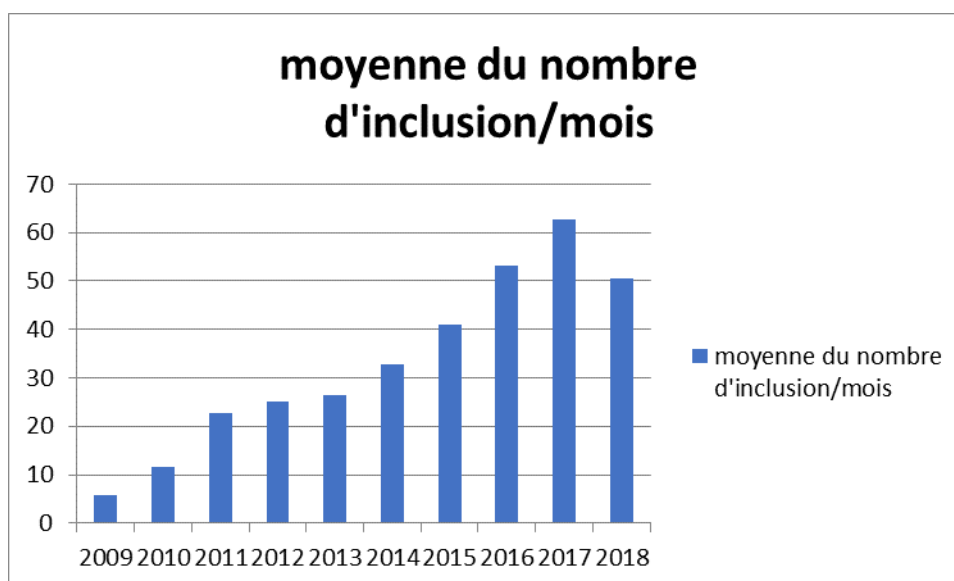
Le nombre de demandes s'est accru de 18,9 % en 2018 par rapport à 2017. Deux raisons peuvent expliquer cette augmentation de la demande faite au réseau :

- L'augmentation du nombre de femmes enceintes en situation de grande précarité sur la région IDF justifiant la demande de soutien des professionnels dans la gestion médico-sociale de ces parcours de soins.
- Le Numéro vert a également contribué, comme en 2017, à cette augmentation, la demande en provenance des femmes elles-mêmes ayant augmenté de 36% par rapport à 2017, troisième année de sa mise en service (344 demandes de femmes en 2018 contre 220 en 2017). En outre, les femmes qui se sont présentées au réseau spontanément, ont toujours été reçues par une coordinatrice.

Le nombre d'inclusions a diminué de 19,2% en 2018 par rapport à 2017, reflétant les limites de prises en charge du réseau à ressources de personnel constantes (2,5 AS et 2,5 SF) aggravées par les difficultés de recrutement de l'équipe sociale.

***nombre moyen d'inclusion par mois.** Cet indicateur permet 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°2)

Figure n°2 : Nombre moyen d'inclusion par mois en 2018

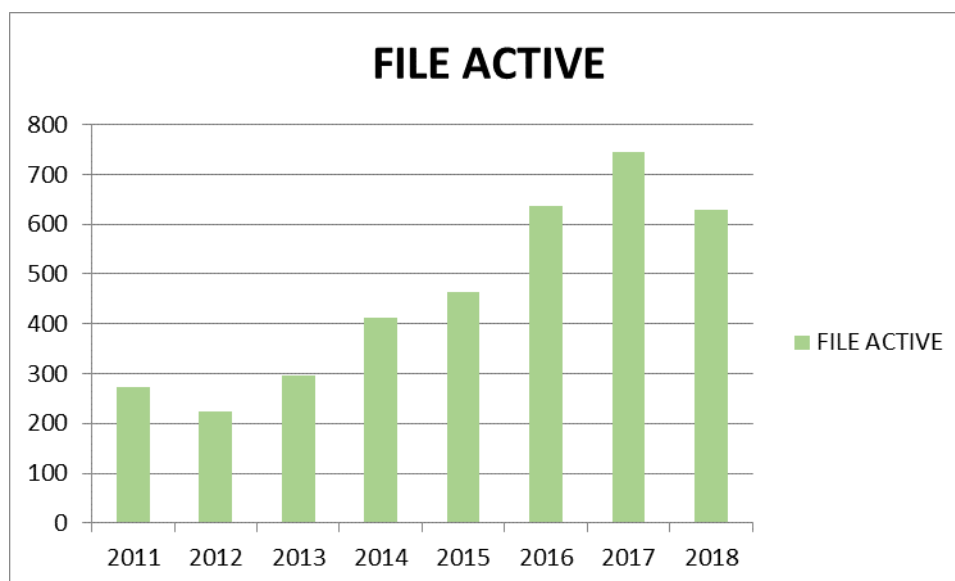


Nombre moyen d'inclusion en 2009 : 5.7	Nombre moyen d'inclusion en 2014 : 32.8
Nombre moyen d'inclusion en 2010 : 11.5	Nombre moyen d'inclusion en 2015 : 41.1
Nombre moyen d'inclusion en 2011 : 22.7	Nombre moyen d'inclusion en 2016 : 53.2
Nombre moyen d'inclusion en 2012 : 25	Nombre moyen d'inclusion en 2017 : 62.7
Nombre moyen d'inclusion en 2013 : 26	Nombre moyen d'inclusion en 2018 : 50,6

Commentaire : **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'instabilité de l'équipe sociale a bien sûr pesé sur le temps de travail de l'ensemble de l'équipe de coordination du réseau.

***file active du réseau** : La file active permet d'appréhender la charge de travail quotidienne de chaque coordinatrice. 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/assistante sociale de coordination du réseau, la sage-femme soutenant la continuité du parcours de soins et l'assistante sociale celui du parcours social selon les préconisations du projet de soins. Le calcul de la file active de l'année n = file active au 01 janvier de l'année n-1 + nombre d'inclusions année n – nombre de sorties année n. (Figure n°3)

Figure n°3 : file active du réseau



Commentaire :

Total file active en 2011 : 273

Total file active en 2015 : 463

Total file active en 2012 : 223

Total file active en 2016 : 637

Total file active en 2013 : 296

Total file active en 2017 : 744

Total file active en 2014 : 412

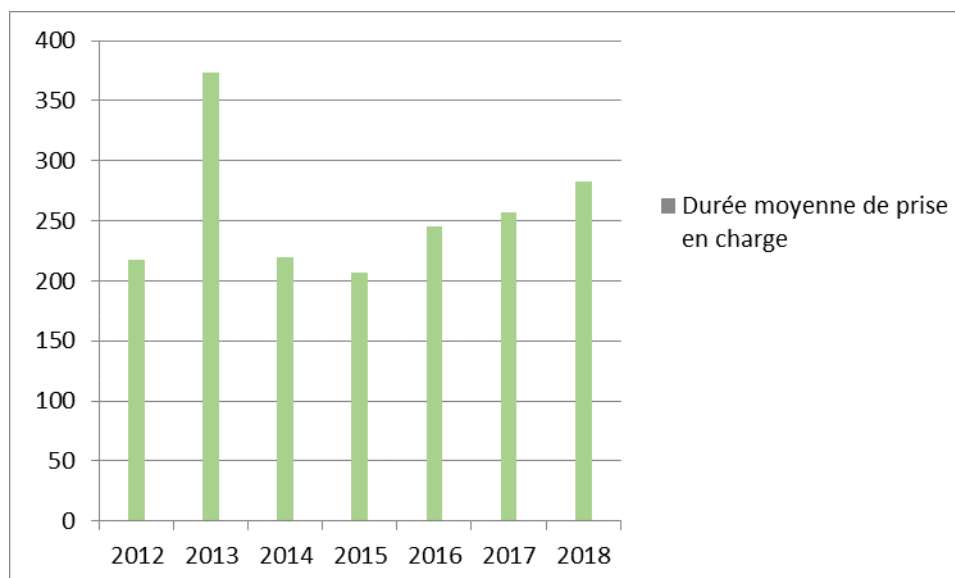
Total file active en 2018 : 630

Commentaire :

La file active du réseau a diminué de 15,3% en 2018 par rapport à 2017, reflétant l'effort très important des coordinatrices pour identifier et faire sortir les familles restées dans la file active par manque de temps pour les faire sortir. En effet, la prise en charge des situations non stabilisées a été privilégiée en 2017, au détriment des fins de prises en charge rassurantes (suivis post natal de la mère et de l'enfant assurés, familles stabilisées). Non sorties, les familles ont continué en 2018 à solliciter la coordination alors qu'elles ne relevaient plus du réseau. Cet effort a permis de se recentrer sur les besoins des familles les plus en difficulté.

***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°4)

Figure n°4 : durée moyenne de prise en charge en jours



Durée de prise en charge moyenne en 2012 : 218

Durée de prise en charge moyenne en 2013 : 373

Durée de prise en charge moyenne en 2014 : 220

Durée de prise en charge moyenne en 2016 : 245

Durée de prise en charge moyenne en 2017 : 257

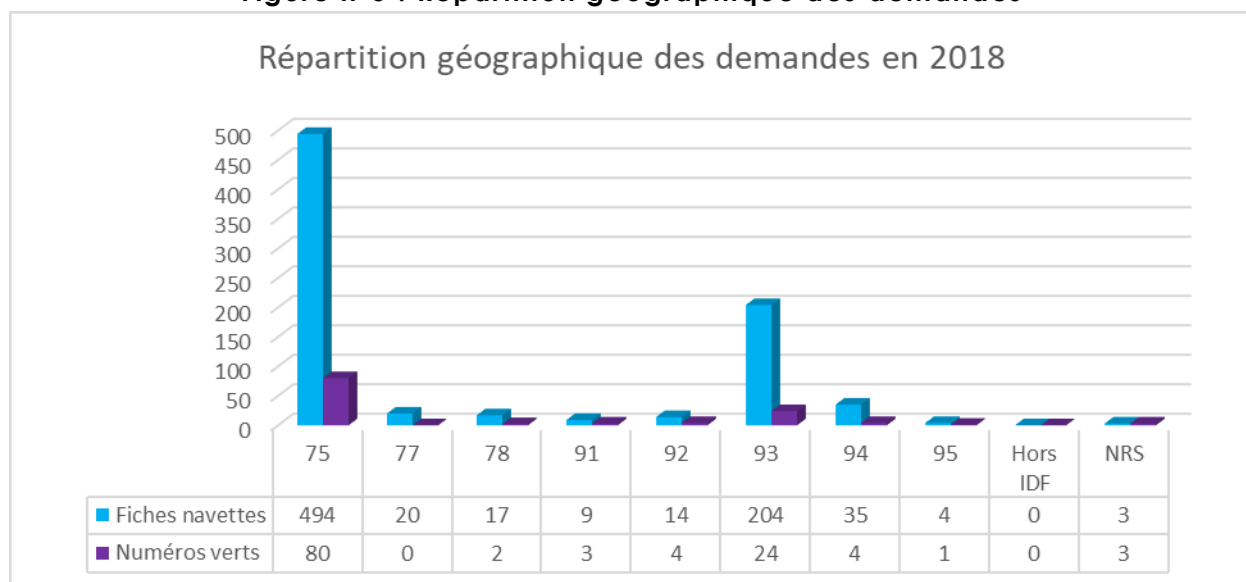
Durée de prise en charge moyenne en 2018 : 283

Commentaire :

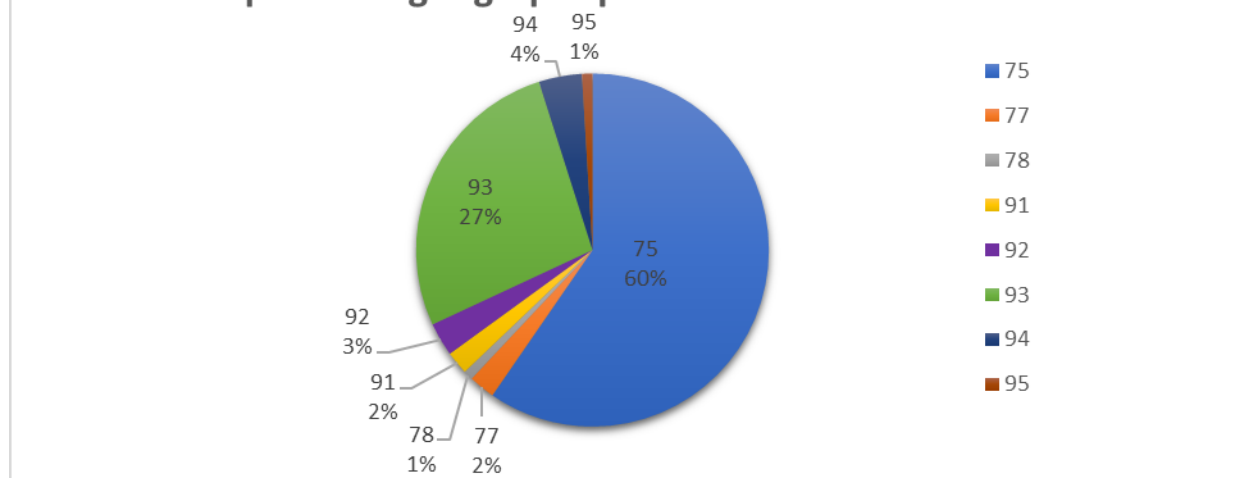
La durée de prise en charge a augmenté de 10.1%. Cette augmentation de la durée de prise de charge va dans le sens de l'hypothèse d'une plus grande complexité des situations incluses, du fait même du durcissement des critères d'inclusions. Grâce à l'effort fait pour faire sortir les familles ne relevant plus de SOLIPAM, cette augmentation reflète non seulement le besoin des familles incluses mais également un repérage plus précoce des situations par les partenaires du réseau et les familles elles-mêmes.

***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 (Figure n°5)

Figure n°5 : Répartition géographique des demandes



Répartition géographique des demandes en 2017



La dynamique de régionalisation se poursuit avec un étalement des demandes d'inclusions sur l'ensemble de l'Île de France. Paris reste le département d'où émane le plus grand nombre d'inclusions. Toutefois, on ne constate pas d'augmentation des demandes en provenance du 93 tant en fiches navettes (demande des professionnels) qu'en numéros verts (demande des familles).

Les nombres de demandes des services médico-sociaux des départements 94, 92, 91 et 77 ne progressent pas par rapport aux années précédentes qui enregistraient une demande prépondérante en provenance de la Seine Saint Denis et du Val de Marne.

A noter que les chiffres ici sont uniquement les fiches navettes et les fiches numéros vert, les supports sont comptabilisés à la fin du rapport, ce qui explique la diminution des chiffres comparé à l'année précédente.

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 115 de plusieurs départements et l'équipe médicale poursuit les rencontres avec les réseaux périnataux (détails de ces rencontres dans le chapitre « projets solipam »). Ce travail avec les départements franciliens, axe de travail majeur de la coordination Solipam s'inscrit dans la durée et sera poursuivi en 2019. 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.

La fonction support permet 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 caractérise par des appels aux standards de Solipam, transmis à la coordinatrice de permanence. Les orientations médicales et/ou sociales sont ainsi assurées pour les familles ne pouvant relever de Solipam, les conditions de grande précarité n'étant pas toutes réunies. Quand, à la lumière des éléments exposés, la situation paraît répondre aux critères principaux d'inclusion dans le réseau, une fiche navette est transmise au partenaire qui propose à la famille une inclusion dans le réseau.

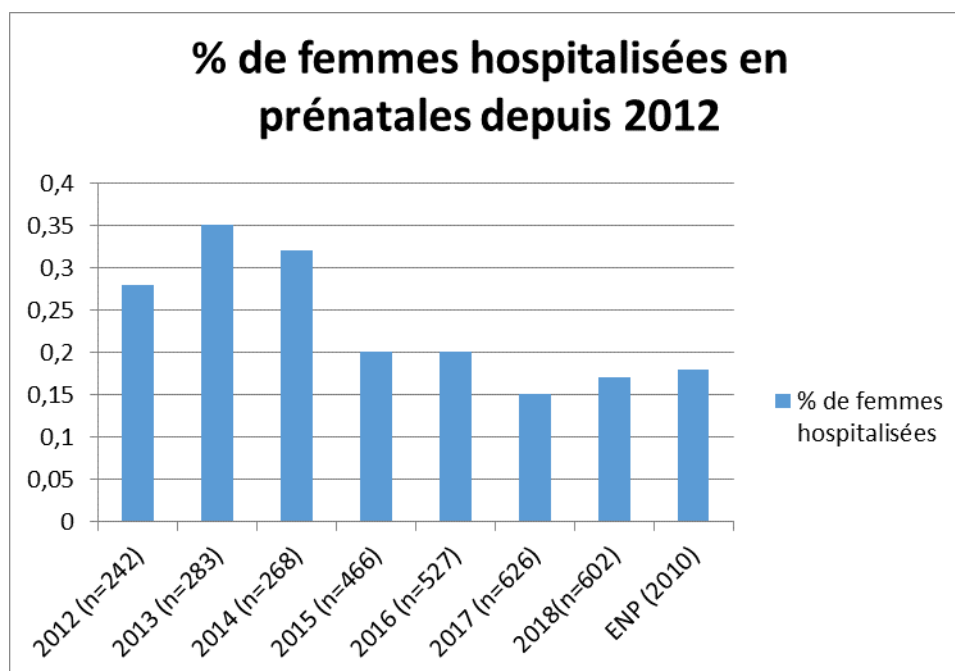
Grace au numéro vert, cette fonction support est également proposée aux familles qui appellent le réseau, sans pour autant réunir les critères de grande précarité indispensables à leur inclusion. Ces familles bénéficient d'une orientation médicale et/ou sociale adaptée en fonction des difficultés exposées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

2- 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°6)** : comparaison avec l'Enquête Nationale Périnatalité.

Figure n°6 : Pourcentage de femmes hospitalisées en prénatales depuis 2012



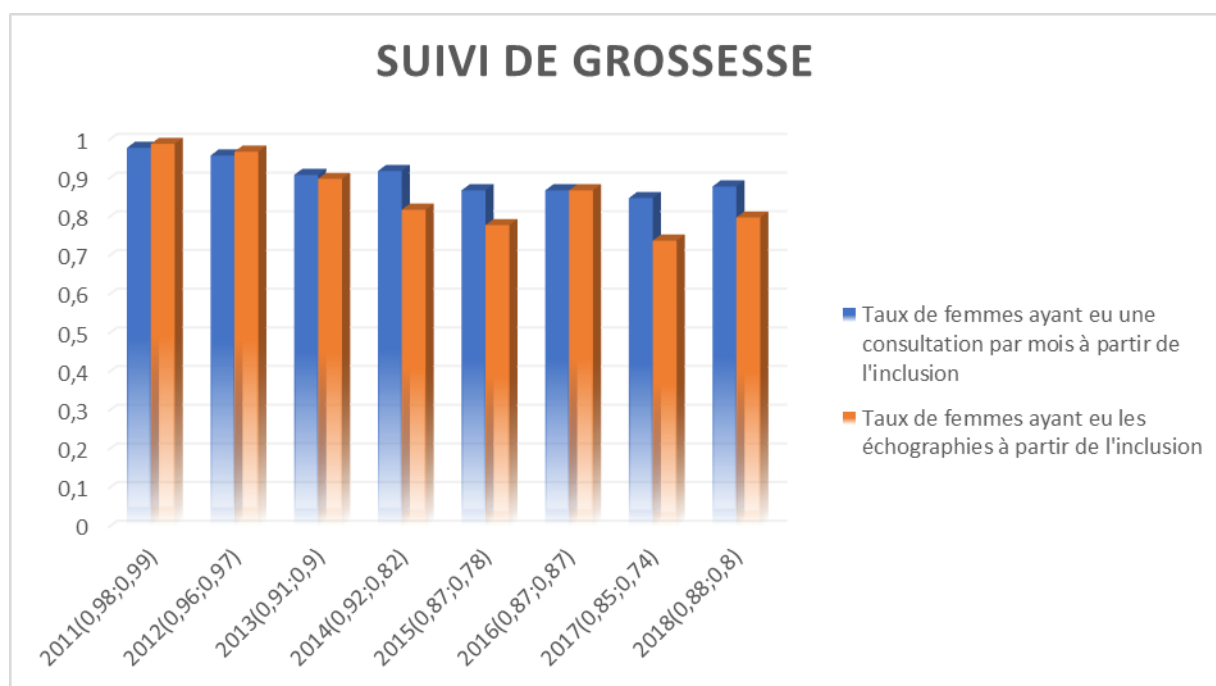
Commentaire :

Le pourcentage de femmes hospitalisées en 2018 est de 15%. Ce taux s'avère toujours légèrement inférieur à celui de la population générale selon ENP de 2010 (18%). Si cette donnée peut être considérée comme le reflet d'une meilleure anticipation des risques obstétricaux, réduisant le nombre d'hospitalisations évitables du fait de meilleurs suivis, **elle peut également témoigner de la difficulté des 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.** Lors de la journée des réseaux périnatalité, SOLIPAM

est intervenu et a pu sensibiliser les professionnels de santé périnatale d'IDF présents à la nécessité de prendre en compte dans les protocoles de soins les conditions environnementales des familles. La précarité sociale comme un facteur de risque médical. Cette notion de risque social périnatal restera un des axes majeurs de sensibilisation des professionnels de santé et des maternités pour 2019 via les réseaux périnatalité.

- **taux de conformité du suivi de grossesse pendant la prise en charge dans le réseau (Figure n°7)**: 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°7 : Suivi de grossesse des femmes pendant la prise en charge par le réseau



Commentaire :

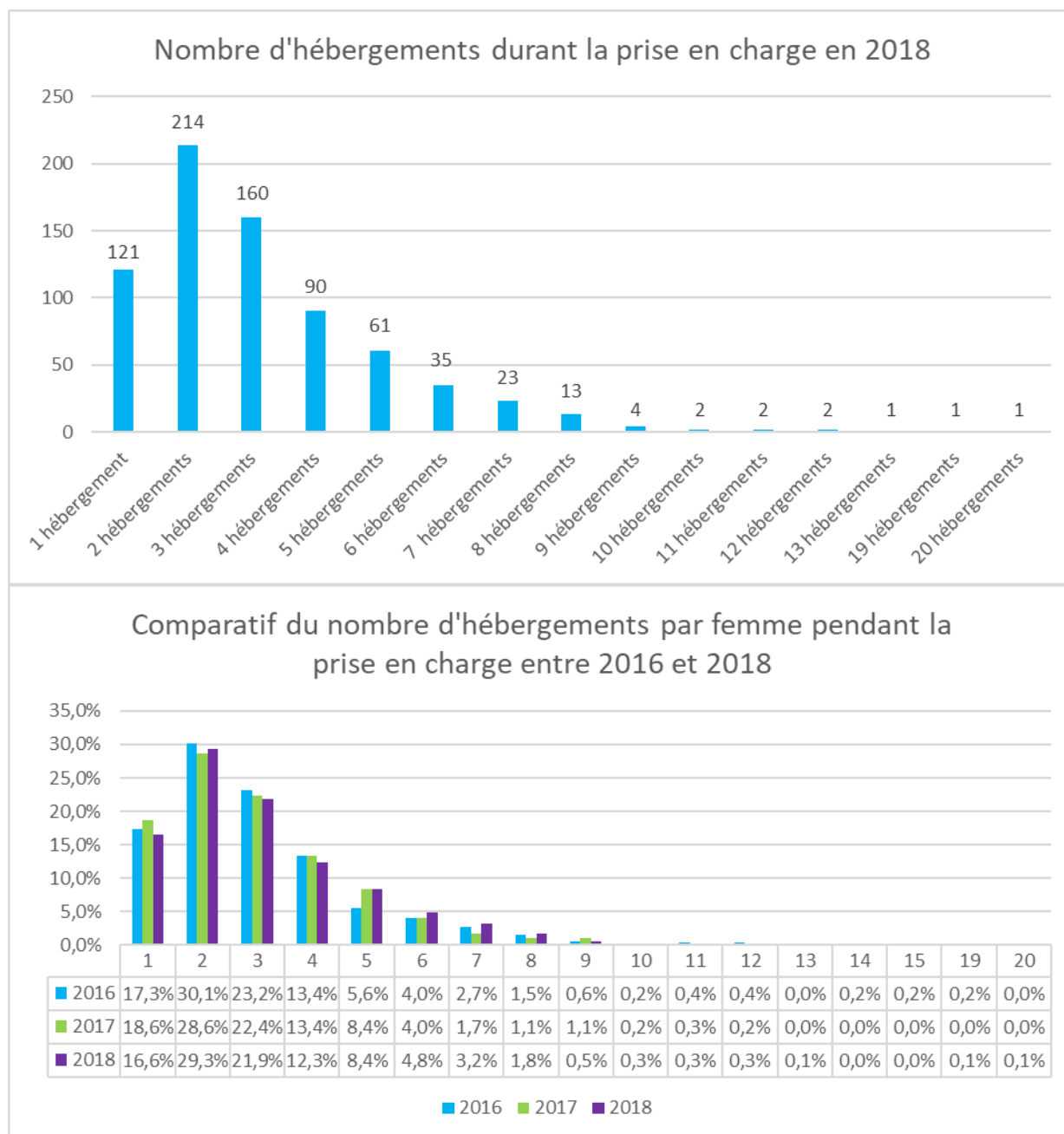
Sur tous les départements, le service de PMI est l'acteur majeur de cette mise en conformité du parcours de soins. Malgré la bienveillance et les efforts des maternités pour répondre aux besoins portés par les sages-femmes coordinatrices de SOLIPAM, les consultations hospitalières en IDF ont parfois 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).

Malgré ces multiples difficultés et l'augmentation de leur charge de travail, les sages-femmes de coordination ont réussi à maintenir un niveau de suivi de grossesse conforme pour 88% des femmes enceintes, c'est-à-dire à l'identique des années précédentes.

- **Nombre moyen d'hébergement pendant la prise en charge réseau (Figure n°8)** : 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°8 : Nombre d'hébergements par femme (sur les sorties de réseau datant de 2018)



Commentaires :

88.5% des familles incluses dans le réseau ont connu entre 1 et 5 hébergements en 2018.

5.5% des femmes ont subi plus de 7 changements d'hébergements en 2018 (3,9% en 2017).

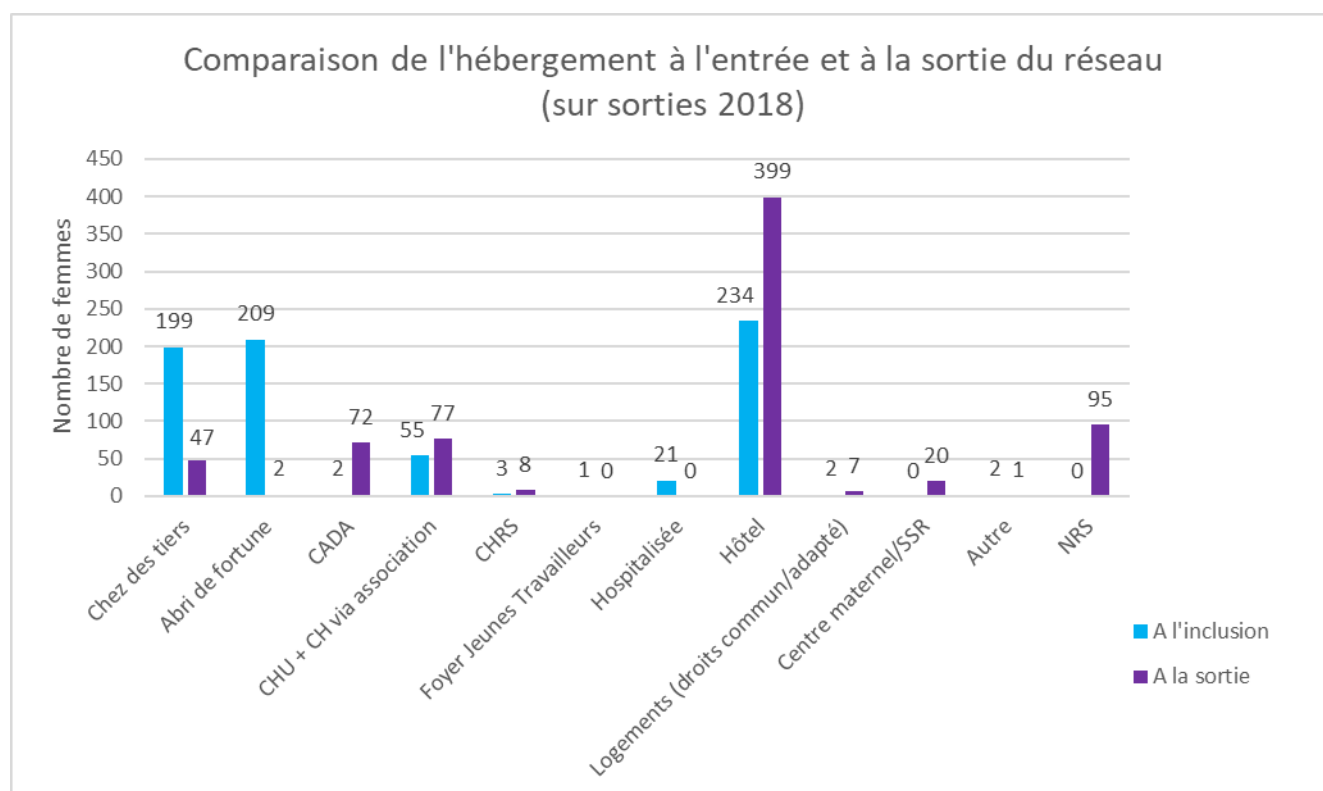
A noter que la plupart des changements d'hébergement se font en anténatal avec en général un changement d'hébergement après la sortie de maternité du fait du changement de composition familiale avec l'arrivée du nouveau-né.

En 2018, 45,2% des familles ont connu de 1 à 2 hébergements et ont pu être stabilisées en anténatal. C'est 2% de moins qu'en 2017 et 2016.

Bien que la mobilisation de tous les acteurs permette de stabiliser les sorties de maternité, il reste très 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°9 : Comparaison du type d'hébergement à l'entrée et à la sortie du réseau (sur les sorties de réseau datant de 2018)



* Le NRS correspond aux femmes perdues de vue.

A noter que les informations recueillies en sortie de réseau sont déclaratives. Les chiffres indiqués peuvent donc refléter une réalité « modifiée » de celle des droits en cours.

La proportion de femmes hébergées par des tiers est en forte diminution en sortie de réseau pour deux raisons :

- Refus d'hébergement à l'annonce de la grossesse et après l'accouchement.

- Priorisation des demandes d'hébergement des femmes enceintes à compter du 3^{ème} mois de grossesse et/ou avec des enfants dans les différents dispositifs d'hébergement (115, plateformes, CADA, centres maternels).

Il est à noter que les personnes hébergées par des tiers sont potentiellement les patientes les plus à risque de rupture d'hébergement. En effet, l'hébergement par des tiers n'est pas forcément de longue durée, ni de confiance et ne garantit pas forcément la sécurité des personnes hébergées (violences, exploitations domestiques voire esclavage moderne).

Bien que non adaptée, la mise à l'abri par les dispositifs 115 reste la solution d'hébergement de « stabilisation » pour les femmes accompagnées par Solipam. Ce type d'orientation s'explique par leur statut administratif et leur arrivée récente sur le territoire, pour la majorité d'entre elles. Le soutien et le suivi des démarches administratives par un accompagnement social personnalisé de ces familles sont indispensables à la sortie des dispositifs de mise à l'abri vers des structures d'insertion.

Le nombre de familles hébergées à l'hôtel reste important en sortie de réseau, mais on constate une augmentation intéressante du nombre de femmes prises en charge en structure collective et étayante en sortie de réseau : Maison d'Accueil Eglantine à Paris, CHU, mais aussi CHU Jardins du Monde à Bourg la Reine où le réseau Solipam oriente régulièrement des femmes enceintes et/ou avec enfants et en demande d'asile. Les orientations vers ce type de structures sont idéales pour les femmes qui nécessitent un accompagnement et un étayage soutenus.

De plus, le travail en partenariat avec les services médicaux et sociaux permet le repérage de situations fragiles, voire de protection de l'enfance, avec des orientations possibles vers des centres maternels ou des CHR, ou même vers les SSR périnatalité selon la qualité du lien mère /enfant (Hôpital mère enfant de l'est parisien ou le Vésinet).

Le réseau s'efforce ainsi de consolider les partenariats déjà existants et d'en créer de nouveau afin de permettre un lien fort entre le projet médical et le projet social des personnes accompagnées.

Figure n°10 : Evolution de la couverture sociale de la femme à l'entrée et à la sortie du réseau en 2018

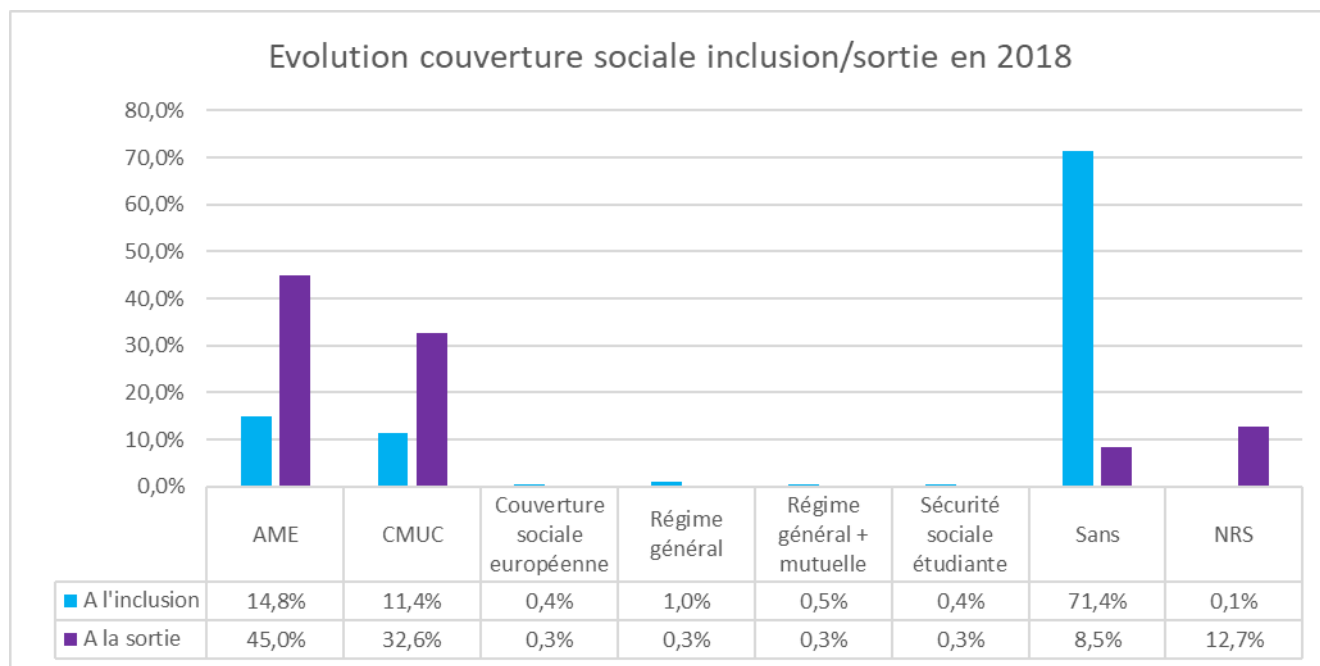
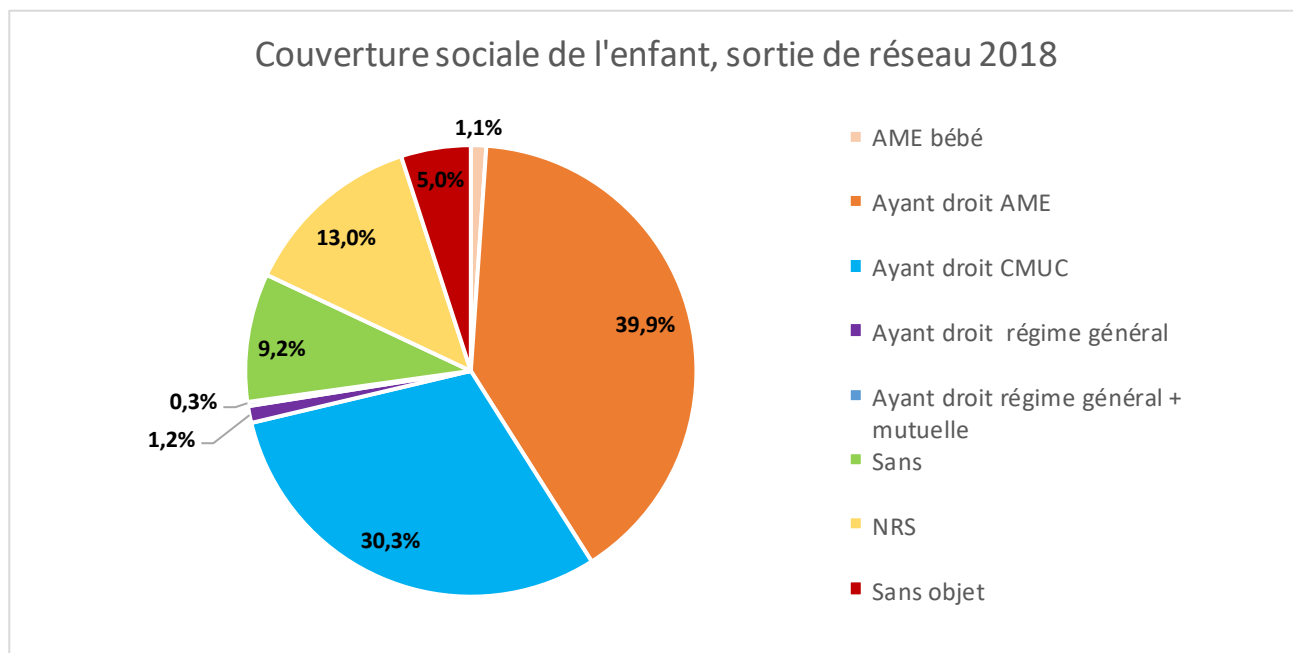


Figure n°11 : Couverture sociale de l'enfant (sur les sorties de réseau 2018)



Ne pouvant attester d'une présence de plus de trois mois sur le territoire, les femmes incluses dans le réseau sont, pour 71% d'entre elles sans couverture sociale.

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 11.4% et 14.8% à bénéficier de la CMUC ou de l'AME.

Les enfants sont rattachés à l'un des deux parents. Le parent qui élève l'enfant est privilégié, toutefois nous avons eu plusieurs situations cette année 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 que très peu d'enfants bénéficient d'une AME séparée de leur parent alors que la loi prévoit l'ouverture des droits à l'AME pour tout enfant mineur, dont les parents sont en situation irrégulière.¹

3- Des indicateurs de résultats en santé périnatale :

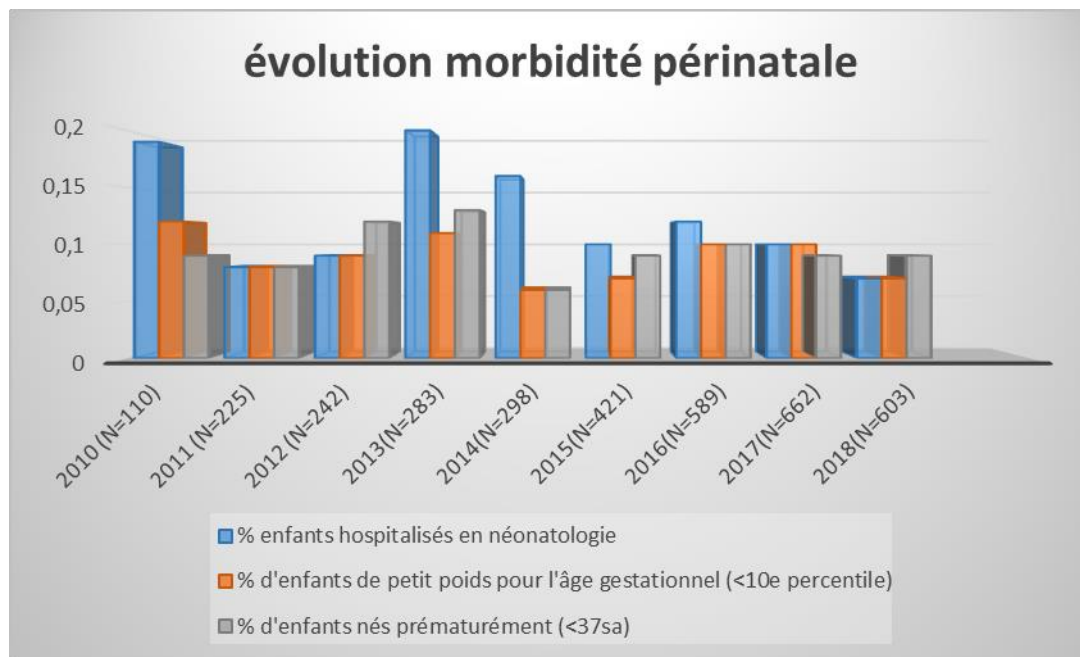
Ces indicateurs ont été choisis pour pouvoir être comparés aux résultats de la dernière Enquête Nationale Périnatale. La morbidité périnatale retient particulièrement notre attention, du fait du retentissement reconnu de la précarité sur le risque de prématurité, de petit poids de naissance et de transfert néonatal.

Figure n°12 : Evolution de la Morbidité périnatale de 2010 à 2018

	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
ENP 2016	0.07	0.11	0.075

¹ <https://www.ameli.fr/hauts-de-seine/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>

À noter : l'AME est attribuée sans conditions aux enfants mineurs dont les parents sont en situation irrégulière, même lorsque ces derniers n'en bénéficient pas encore ou dépassent le plafond de ressources pour en bénéficier.



Commentaire :

Le taux d'hospitalisation néonatale est comparable au taux de la 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 sont inférieurs à l'ENP 2016. Leur probable sous-estimation par une approximation des données récoltées via les femmes devra être travaillée en 2019. 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.

En revanche, le taux de prématurité, bien que stable à SOLIPAM, est plus élevé que dans l'ENP de 2016. Cela traduit des conditions sociales, de plus en plus complexes, extrêmement défavorables et des vulnérabilités cumulées des familles incluses dans le réseau. Dans l'ENP de 2016, une attention particulière a d'ailleurs été portée à la précarité. Un indice de précarité a même été étudié pour la première fois. Les efforts de la coordination pour réduire les taux de prématurité selon cet indice doivent se poursuivre.

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 périnatals encourus par ces femmes enceintes et ces nouveaux-nés.

Coordination médico-sociale des parcours de soins

L'équipe de coordination du réseau comprend :

- Une directrice, gynécologue-obstétricienne, en charge de la direction administrative et médicale du réseau
- une assistante de direction administrative : nouvelle embauchée le 2/01/2018
- une coordination médico-sociale composée de :
3 sages-femmes (2,5 ETP) et 3 assistantes sociales (2,5 ETP)

Les mouvements de personnel ont été particulièrement soutenus en 2018, testant favorablement le système qualité mis en place (classeur de protocoles à chaque poste de travail, accueil du nouvel arrivant, solidarité d'équipe) mais mettant en grande difficulté le réseau avec des délais d'inclusions parfois d'un mois. Afin d'absorber au mieux l'augmentation de la demande et de réserver l'inclusion aux familles les plus en difficultés, une nouvelle modalité de réponse a été réfléchiée en équipe et mis en place en 2018 : le support Plus (voir infra).

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.

Modalités de prise en charge :

- **Inclusion dans le réseau** : coordination médico-sociale du parcours de soins jusqu'au 3 mois de l'enfant né.
- **soutien ponctuel de la femme via le numéro vert**, la situation ne nécessitant pas d'inclusion (il peut y avoir 1 ou plusieurs contacts pour répondre à la demande de la famille)
- **support plus** : cette nouvelle modalité de réponse aux familles a été inventée en 2018 par l'équipe de coordination afin de répondre au mieux aux familles et de réserver

l'inclusion aux situations les plus complexes : la coordination va mobiliser plusieurs actions, parfois sur plusieurs jours pour aider les familles dans leurs démarches d'accès aux soins (prise de rendez vous en PMI, inscriptions maternité, orientation assistante sociale,...) et s'assure que la famille est devenue autonome et bien orientée, ne nécessitant pas la prolongation de l'aide de la coordination de SOLIPAM par une inclusion dans le réseau.

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 navette² 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. Voir protocole³)

Les demandes sont alors 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-

² Voir annexe 2

³ Voir annexe 3

vous PMI ou maternité, appel 115, ...). Le professionnel adresseur est prévenu que sa demande est en cours de traitement.

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 de Metz, 75010) 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 adhésion⁴ femme avec désignation d'une personne de confiance
- expression des besoins et attentes de la femme
- interrogatoire 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).

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.

⁴ Voir annexe 4

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 :

- **Gestion des priorités dans les demandes de prises en charge** : les femmes n'ayant pas de suivi de grossesse, les femmes enceinte ou ayant accouché porteuse 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

o 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). Sur 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)

A noter également les demandes faites pour le Vésinet et HMEEP où il y a besoin d'avoir le dossier médical, un rapport social et le dossier à remplir pour la structure souhaitée

o **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 professionnels concernés)
- 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'assistante sociale coordinatrice de la situation, en lien avec les professionnels du secteur social mobilisés ou à mobiliser en fonction des besoins identifiés.

3- Les spécificités du travail de coordination de l'assistante sociale

- 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 assistantes sociales 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 professionnels engagés 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 professionnel 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 professionnels concernés).

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

Chaque assistante sociale coordinatrice 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.

4- Protocoles de coordination et supports réseau

En 2018, le réseau comptabilise 6 outils de communication :

- La fiche orientation en entrée de réseau⁵ :

Elle permet aux partenaires d'informer Solipam de la situation d'une patiente. Celle-ci est recontactée par une assistante sociale ou une sage-femme dans un délai raisonnable afin d'envisager une inclusion dans le réseau.

- La fiche plan de suivi⁶ : Elle contient l'ensemble des rendez-vous prévus dans le cadre du suivi de grossesse (consultations, échographies). Elle permet de veiller à l'effectivité du suivi médical de la femme durant sa grossesse. Selon le mode d'organisation préexistant dans les hôpitaux, ce plan de suivi peut être envoyé à la coordination en une seule ou en plusieurs fois (certains hôpitaux ne pouvant attribuer plus de deux rendez-vous à l'avance). Cet outil avait été initialement élaboré par l'AP-HP. Cet outil est donc bien utilisé au sein des maternités de l'AP-HP. Un travail de régionalisation avec les réseaux de périnatalité devait se poursuivre en 2018 pour étendre l'utilisation de cet outil à l'ensemble du territoire Ile-de-France, ce travail n'a pas pu se faire en 2018, et reporter en 2019)

- La fiche inscription au restaurant social Santeuil :

A la demande des familles, la coordinatrice médicale ou sociale donne une carte par personne et par service pour le mois désigné. Il est à noter que les familles ne sollicitent que rarement le renouvellement des cartes car elles trouvent des solutions alternatives dans l'intervalle.

- La fiche Solipam « dossier obstétrical »⁷ :

Cette fiche est envoyée par la coordination vers le correspondant SOLIPAM de la maternité de suivi. Cette fiche permet aux partenaires de signaler à la coordination l'accouchement de la patiente ainsi que les éventuelles hospitalisations ou décrochages (absences aux RDV).

En 2018, l'utilisation de cette fiche devait être réévaluée avec chaque maternité afin de mesurer sa pertinence au vu du faible taux des signalements des accouchements à la coordination. En effet, l'accouchement a été signalé par les partenaires dans 30 % des cas en 2017, il a encore fortement baissé à 18% en 2018. Cette réévaluation n'a pas non plus pu se faire en 2018 et sera reporté en 2019. Pour les autres situations, la coordination a eu connaissance de l'accouchement directement auprès de la femme.

- La fiche hébergement type⁸.

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 est

⁵ La fiche orientation en entrée de réseau est la fiche navette de Solipam, voir annexe 2

⁶ Voir annexe 5

⁷ Voir annexe 6

⁸ Voir annexe 7

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. En ce qui concerne les 115 du 94, 77, 78 et 91, les échanges se font par mail sans fiche particulière.

- La fiche support⁹ : Elle a été mise en place au cours de l'année 2016 dans le but d'avoir un outil/papier accessible dès réception d'un appel via le numéro vert (pour les femmes) ou d'un partenaire. Cet outil peut être utilisé de deux façons : comme support afin d'inclure la femme suite à son appel ou comme support afin de comptabiliser les appels de nos partenaires et qui n'aboutissent pas à une inclusion. Ces appels sont comptabilisés dans ce cas en « support expertise »¹⁰, dans le tableau de bord mensuel.

- la fiche « support plus » a été créée en Juillet 2018. Elle permet de comptabiliser les appels des partenaires ou des femmes via le numéro vert qui ne font pas l'objet d'une inclusion, mais pour lesquels les coordinatrices interviennent de manière ponctuelle (renseignement, orientation, recherche etc ...).

5- Analyse de l'utilisation des supports de transmissions

Depuis janvier 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 notamment la mise en place d'un référent médical par maternité. 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 (fiche décrite ci-dessus).

L'utilisation de la fiche « plan de suivi » et celle de la « fiche obstétricale » à insérer dans les dossiers s'avèrent toujours primordiales dans la prévention des décrochages médicaux et la coordination du parcours de soins.

Ces outils doivent poursuivre leur développement au niveau régional. Un travail de renforcement de l'utilisation et d'extension aux maternités qui ne les ont pas encore intégrées est à poursuivre en 2019 avec l'appui des réseaux périnatalité départementaux.

⁹ Voir annexe 8

¹⁰ Voir annexe 9

Département	Maternité	Mise en place de la fiche obstétricale	
75	Lariboisière	oui	
	Robert Debré	oui	
	Bichat	oui	
	La Pitié Salpêtrière	oui	
	Port royal	oui	
	Trousseau	oui	
	Tenon	oui	
	Necker	oui	
	Diaconesses	oui	
	St Joseph / NDBS	oui	
92	Beaujon	oui	
	Louis Mourier	oui	
	CH Nanterre	oui	
	Clamart : Hôpital Antoine Béclère	oui	
	Antony : Hôpital privé d'Antony	non	
	Bourg La Reine : Clinique Ambroise Paré	oui	
	Saint Cloud (CH4villes)	oui	
	Sèvres (CH4villes)	oui	
	Neuilly	non	
	Hôpital Foch à Suresnes	non	
91	Hôpital Franco britannique Levallois	non	
	Longjumeau : Centre Hospitalier Longjumeau	non	
	Orsay : Centre Hospitalier d'Orsay	non	
	Corbeil-Essonnes : Centre Hospitalier Sud Francilien (fusion des hôpitaux de Corbeil-Essonnes et Evry)	oui	
	Arpajon	oui	
	Clinique Jacques Cartier. Massy	non	
	CH Etampes	non	
	Hôpital Privé Athis Mons	oui	
	94	Créteil : Centre Intercommunal de Créteil	oui
		Le Kremlin Bicêtre : Hôpital de Bicêtre (AP-HP)	oui
Saint-Maurice : Maternité des Hôpitaux de Saint Maurice (anciennement Esquirol)		non	
Villeneuve Saint Georges		non	
Les Noriets: clinique privée Vitry sur Seine		oui	
93	Bondy : Hôpital Jean Verdier (AP-HP)	oui	
	Montreuil : Centre Hospitalier intercommunal André Grégoire	oui	
	Saint Denis : Centre Hospitalier de Saint-Denis (Delafontaine)	oui	
	Aulnay-sous-bois : centre hospitalier Robert Ballanger	oui	
	CH intercommunal Le Raincy-Montfermeil	oui	
	Hôpital privé de la Seine Saint Denis	non	
	95	Argenteuil : Centre hospitalier Victor Dupouy	non
Gonesse		non	
Cergy-pontoise : centre hospitalier René Dubos. 953030 Cergy-pontoise		oui	
Centre hospitalier des portes de l'Oise à Beaumont sur Oise		non	
Hôpital privé nord parisien (Sarcelles)		non	

	Hôpital Simone Veil (Montmorency)	non
78	Mantes la jolie : CHF Quesnay	oui
	Le Chesnay : centre hospitalier de Versailles	oui
	Poissy	oui
	CH Meulan les Mureaux	oui
	Hôpital privé de Trappes	oui
77	Lagny sur Marne : Centre hospitalier de Lagny Marne La Vallée	non
	Meaux : Centre Hospitalier de Meaux	oui
	Coulommiers : centre hospitalier de coulommiers (H. René Arbeltier)	oui
	CH marc Jacquet à Melun	oui

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. Le déploiement du DMP sera peut-être une solution à ce problème. Quant à l'offre Reconnect présentée en GT1 en 2018 par le Samusocial de Paris (coffre-fort électronique porté par le 115 de Paris pour les personnes hébergées au 115 de Paris, elle), elle ne concerne pas encore des documents à caractère médical.

6- Outils internes

Les coordinatrices 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.

Par ailleurs, une fiche permettant de repérer les vulnérabilités médicales¹¹, créée en 2014, a été mise en place en novembre 2015 et insérée dans le dossier de coordination de chaque femme. Cela permet aux sages-femmes coordinatrices de graduer le degré de vigilance et la fréquence des contacts avec les femmes et d'évaluer l'évolution de leur autonomie. En 2018, cette fiche a été peu utilisée. Elle sera à réévaluer en 2019.

¹¹ Voir annexe 10

Ces éléments nous renforcent dans la poursuite de notre axe de travail autour de l'éducation à la santé, à l'autonomie des femmes, pour une meilleure connaissance du système de soins et de son environnement.

Depuis janvier 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 :

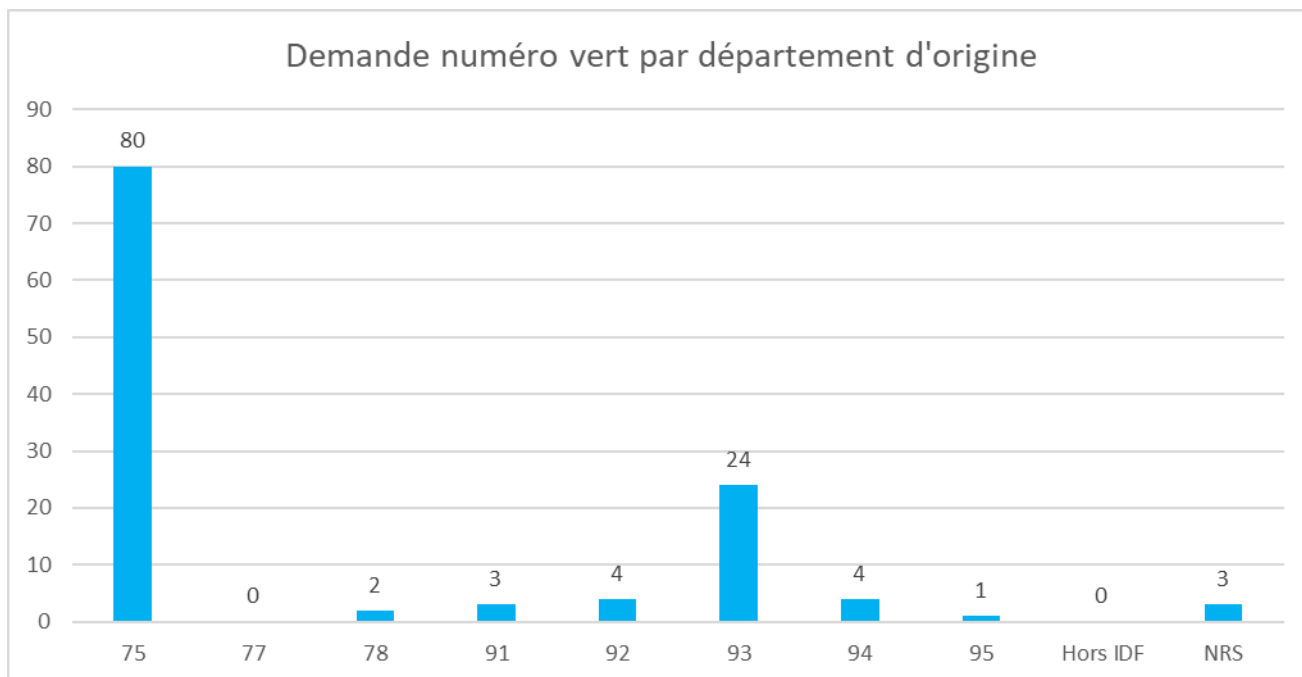
Le numéro vert a vu le jour dans le courant de l'année 2015. Ce projet a le mérite de répondre directement aux préoccupations des femmes et de les orienter le plus tôt possible dans l'organisation des soins et dans les dispositifs de droits communs. Cette orientation précoce, à la demande des femmes, 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 2018, nous avons reçu **121** appels, qui ont tous abouti à une inclusion. Ainsi, pour l'année 2018, **13.14%** des femmes incluses à Solipam l'ont été suite à un appel sur le numéro vert.

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

Figure n°13 : Origine des demandes numéro vert



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.

Sur l'année 2018, 171 femmes incluses à Solipam (23.42 % des familles incluses) ont pu bénéficier du Dispositif d'Appui pour diverses orientations :

- 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

<p style="text-align: center;">Mission d'améliorer la qualité et la sécurité des soins de la population concernée</p>
--

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.

Ainsi, une convention de partenariat a été signée et est opérationnelle avec le Pôle de Santé des Envierges dans le 20ème arrondissement. Celle-ci a pour objectif de favoriser le repérage précoce des femmes et des enfants en situation de grande précarité, de leur permettre un accès aux soins dans le système de droit commun et de prendre en charge conjointement ces situations dans un parcours de soins coordonné. Cette convention prévoit également une collaboration pour la recherche en lien avec le DERMG (département d'enseignement et de recherche de médecine générale) de la faculté de médecine Pierre et Marie Curie (invitation de la directrice du réseau aux réunions du DERMG, SOLIPAM identifié comme stage SASPASS pour les internes de médecine générale). Le stage a été choisi au 1er semestre 2017 par un IMG de cette faculté. Deux IMG en SASPAS du département de MG de Paris VII ont également été en stage à SOLIPAM, l'un au 1er et l'autre au 2nd semestre 2017. Un interne de Paris V a fait également son stage au 2nd semestre 2017.

En outre, une convention a été signée en 2016 avec :

- la Maison de Santé Fontarabie du 20ème, à la demande des médecins responsables du centre.
- la maison de santé pluridisciplinaire des 2 portes du 10ème, à la demande des médecins responsables du centre.

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. 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.

En 2017, à la demande du Pr. Sophie Gil de l'Université de pharmacie Paris Descartes, un projet d'accompagnement d'une vingtaine d'étudiants en pharmacie sur le thème « précarité/périnatalité » a permis de sensibiliser ces futurs pharmaciens à la thématique et à l'intérêt de travailler en réseau.

En 2018, un travail de partenariat a été élaboré et mis en place avec le MSP Michelet (Dr Dardel). Le réseau n'a pu répondre dans les délais à 2 demandes/13 en provenance du MSP, la coordination ayant privilégié les situations les plus vulnérables.

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**¹² (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 :

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

Demande				
Fonction	Type de structure	Structure	Département	Date de la demande

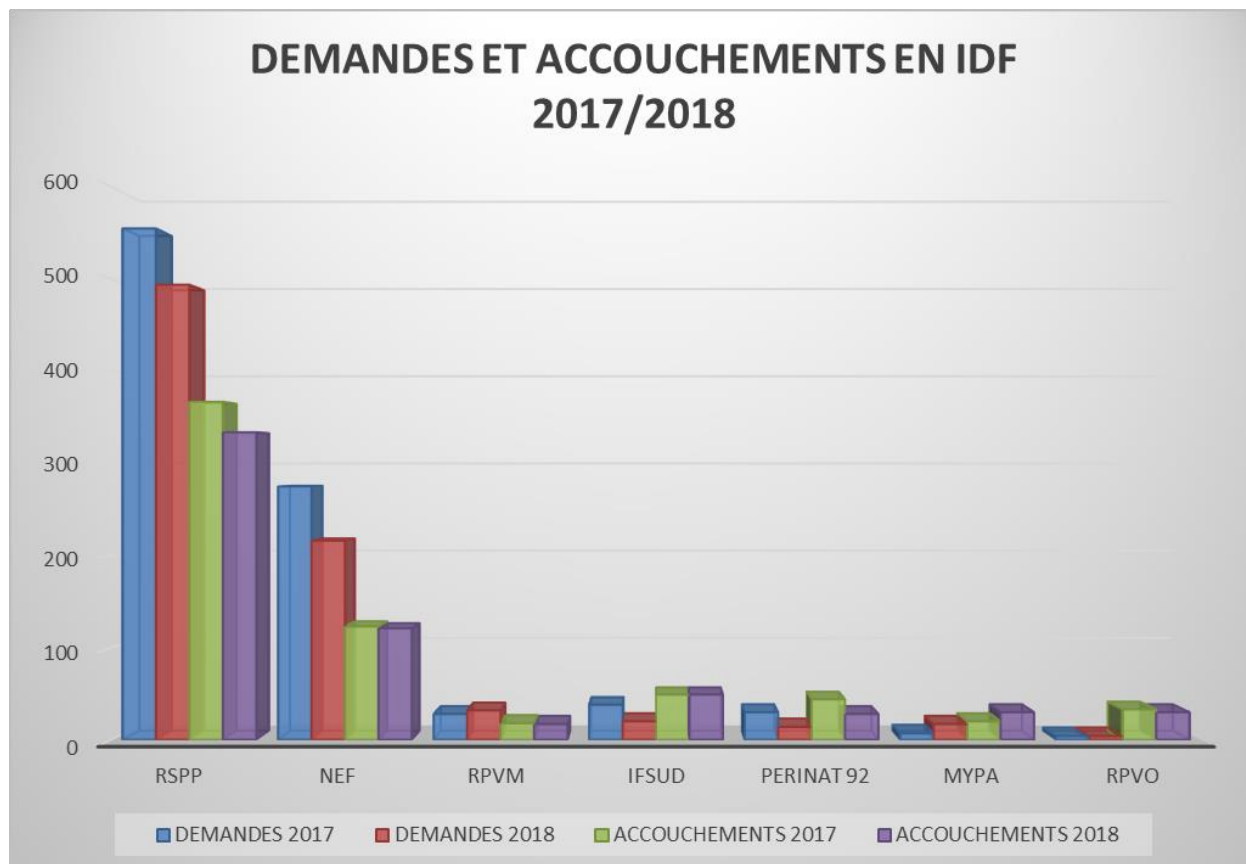
Lieu accouchement			
Maternité AP-HP	Maternité Hors AP-HP	Date d'accouchement	Terme d'accouchement

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

¹² Voir annexe 11

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

Figure n° 15/16 : Répartition des demandes et des accouchements en fonction de leur réseau périnatal territorial sur les années 2017/2018



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. Au total, **9** nouveau-nés à risque ont été repérés au cours de l'année 2018 dont une paire de jumeaux. Pour ces nouveau-nés, la coordination du réseau SOLIPAM n'a pas pris fin au 3 mois de l'enfant né et se poursuit encore actuellement. 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 9 nouveau-nés vulnérables actuellement en file active sont inclus au sein des réseaux périnatals des différents départements. La sage-femme de coordination en charge de ce

dossier s'assure de l'inscription de ces enfants auprès du réseau des nouveau-nés vulnérables dont il dépend, idéalement avant la sortie de l'hospitalisation ou dans les jours qui suivent. L'évaluation menée en 2018 sur l'apport de la coordination dans le maintien de ces enfants dans un parcours de suivi adapté a abouti à une nouvelle prise en charge. 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 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 sont maintenant bien identifiées dans le système d'information du PHRH commun au 115 75 et 115 93.

L'adhésion de SOLIPAM au **GCSMS SIAO insertion 75**, dès sa création, est tout à fait déterminante pour porter les questions de santé périnatale devant les principaux établissements sociaux adhérents. Des rapprochements entre partenaires institutionnels sont effectifs (réunions responsable Cellule ADEMIE/direction SIAO insertion 75 en 2017 pour fluidifier les parcours d'insertion et les orientations des femmes et de leurs enfants selon les vulnérabilités identifiées et

l'évolution du parcours de vie de la dyade). SOLIPAM devra être attentif à l'évolution de cette plateforme d'orientation afin de continuer à porter la question de la périnatalité.

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 en 2017 (rencontres avec les équipes du 92, du 93 et du 95). Nous avons remis en place les fiches de liaison sociales et pu présenter les objectifs de Solipam et ainsi établir des contacts privilégiés, pour les situations nécessitant l'intervention de maraudes, de travailleurs sociaux ou un suivi plus rapproché. Ce travail devra se poursuivre en 2018.

Développement du partenariat « maraudes 93 » : avec un dispositif encore expérimental, l'équipe de coordination sociale de Solipam a pu faire appel aux maraudes du 115/93 pour les personnes vulnérables dans un but de repérage, mais aussi « d'aller vers » pour des distributions alimentaires et vestimentaires.

Le lien entretenu en 2017 avec le Service errance 93 a permis de consolider le partenariat : nous sommes dorénavant en contact avec les assistantes sociales du service errance pour les personnes hébergées par le 115 du 93 afin d'assurer des sorties de réseau SOLIPAM avec un relai de secteur. Depuis 2017, les coordinatrices sociales de SOLIPAM sont donc amenées à rédiger des rapports sociaux pour la Commission Technique de Régulation du territoire 93.

En 2009, le réseau Solipam a été agréé par la DASES comme **association partenaire du restaurant social Santeuil** (Paris 5e). Durant l'année 2018, **88 repas** ont été servis aux familles incluses à Solipam. Le restaurant Santeuil distribue mensuellement à Solipam un nombre de cartes pour aller déjeuner/diner. 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 a été maintenu en 2018.

Le Partenariat avec le CHU Jardins du Monde à Bourg la Reine fonctionne toujours avec 5 orientations de femmes seules ou avec enfants sur l'année 2018.

Partenariats réactivés en 2018 :

- **SIAO 95 ESPERER :**
- **Eglantine :** reprise en 2018 de la convention partenariale entre Eglantine et Solipam suite à la précédente rencontre en 2017.
Echanges sur nos missions respectives et réflexion autour de notre travail en partenariat.
Visite de la structure et des chambres des femmes pour visualiser la réalité des conditions d'hébergement pour les femmes suivies à Solipam et hébergée à Eglantine.
- **Médecins du Monde de Seine Saint-Denis :** présentation de Solipam et du fonctionnement du Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du Monde, et de la mission Banlieue (aller-vers dans les bidonvilles).
Demande de création d'adresse mail au CASO afin que les coordinatrices de Solipam puissent faire un retour aux équipes qui nous transmettent des fiches navette : toujours en attente.
- **Interlogement 93 :** journée passée auprès de la référente Santé au Samu Social du 93. Présentation d'une journée type et des critères du Samu Social en terme de priorisation de la demande d'hébergement d'urgence pour les femmes enceintes de plus de trois mois. Une demi-journée a été consacrée à faire de l'écoute au 115.
- **Secours Populaire de Paris :** rencontre avec le responsable partenariats du Secours Populaire de Paris sur l'antenne du 18^{ème} arrondissement.
Mise en place du partenariat avec Solipam et la possibilité d'orienter une femme par jour (en semaine) vers l'antenne du 13^{ème} arrondissement, qui distribue uniquement des aliments frais. L'orientation est possible uniquement pour les femmes qui dépendent de Paris, et a été pensée pour palier l'absence de plaques de cuisson dans les hôtels.
- **Mairie de Saint-Denis :** rencontre avec l'équipe d'assistantes sociales du secteur de Saint-Denis. Présentation de Solipam, de ses missions, et du public accueilli. Informations transmises quant à la manière de nous orienter des femmes enceintes en cas de besoin.
- **Médecins du Monde :** Rencontre des infirmières de l'équipe mobile de médecins du monde en début d'année afin de discuter de nos pratiques respectives et améliorer la communication entre nos structures.
- **Hôpital Mère Enfant de l'Est Parisien :** Rencontre avec une partie de l'équipe de l'HMEEP en février dans les locaux de Solipam pour rétablir les critères d'inclusion à Solipam et l'orientation vers l'HMEEP.
- **Réseau ville-hôpital de Melun 77 :** Présentation du réseau Solipam en Mai au réseau ville-hôpital de Melun, détail de nos missions, le public accueilli et comment nous l'orienter.
- **ESI Charonne Espace Femmes :** Réunion partenariale avec pour objectif de découvrir leurs locaux, missions et public. Présentation du réseau Solipam et de l'équipe, fiche navette et numéro vert transmis afin de nous orienter des femmes enceintes si besoin.

Partenariat Fondation Sanofi Espoir 2013-2016 :

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 2017 de financer la médiation linguistique et culturelle en 2017 (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 2017. **Le budget total alloué à l'interprétariat s'élève à 10 314 euros en 2017 contre 5 596 en 2016, soit 84% d'augmentation.** En 2017, le recours à ISM (personnes ne parlant ni le français ni l'anglais) représente 338 appels et concerne principalement des ressortissants du continent africain (51,6% des appels, 17 langues différentes), du continent européen (32,7% des appels, 9 langues différentes), d'Asie (15,7% des appels et 5 langues différentes).

La fondation a également soutenu les Rencontres SOLIPAM 2018¹³, les fonds restants ayant permis de financer l'accueil des participants et complète le budget interprétariat du réseau.

En outre, la direction de SOLIPAM a participé tout le long de l'année 2018 à une initiative de la Fondation en termes de plaidoyer et de sensibilisation des acteurs et des pouvoirs publics à la santé des plus défavorisés (appels à projet, plateforme pluri associative, livre blanc signé par les présidents des associations participantes). Ce livre blanc doit être remis à la Ministre de la santé en février 2019.

2 - Actions de communication 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).

¹³ Voir annexe 12

Grace à la Ville de Paris, SOLIPAM a été choisie pour bénéficier de la vente aux enchères des cadenas d'amour ayant lieu en 2017. Cette subvention exceptionnelle n'a pas été engagée en 2018, le réseau devant déménager en 2019. Elle devra permettre d'aménager les nouveaux locaux afin d'améliorer les conditions d'accueil des familles reçues au réseau.

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 particulièrement son annuaire de ressources.

Mise en ligne du site internet : www.solipam.fr, avec un annuaire de ressources Périnatalité/Précarité mis à disposition des professionnels. L'alimentation et la mise à jour de l'annuaire reste une préoccupation, malgré les prises de contact avec le responsable du Répertoire opérationnel Régional, les appels auprès des partenaires lors de chaque groupe de travail et l'inscription de cette tâche dans le cahier des charges des réseaux périnatalité.

Participation à des groupes de travail et de réflexions en 2018 :

- Groupe partenarial PRAPS
- Dispositif d'accueil de la maternité de Montreuil
- Fondation Sanofi Espoir
- Fédération des acteurs de la solidarité IDF
- Service social Villejuif
- Comité de pilotage Etats Généraux de la PMI de Paris
- Comité de pilotage étude DSAFHIR Observatoire Samu social de Paris
- Circonscription sociale de Saint Denis
- Résif
- Secours populaire Paris
- Journée MIGSAN
- Journée des réseaux périnatalité IDF

Formation Continue délivrée par la coordination en 2018 :

- Organisation du module 1 « sciences humaines » du DIU « santé périnatale et précarité » Paris V/Paris Diderot. Participation au jury de thèse.
- Encadrement internes en médecine générale SASPAS (Paris V, VI et VII)

- Formation SOLIPAM (4 sessions en 2018)

3 - Projet réseau 2018

Les groupes de travail SOLIPAM créés en 2010 ont été actifs en 2018. 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 2018 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 : 5

Nombre de participants / réunion : 13

Projets portés par le GT1 en 2018 :

- a- Projet certificat d'hébergement demandé par les banques alimentaires : le projet Reconnect présenté par le 115 de Paris permettra aux familles hébergées de disposer de ce certificat électronique dans le coffre-fort
- b- Certificat de grossesse demandé par le 115 pour être hébergées : travail soutenu tout au long de l'année 2018 avec les acteurs concernés et le RSPP. Eviter une orientation systématique aux urgences des maternités et mobiliser la ville et les permanences sages-femmes selon la couverture social de la femme enceinte. Projet mis en œuvre en 2018. A évaluer en 2019. (Cartographie des ressources disponibles en ville faite par le RSPP à l'attention des écoutants du 115 qui prennent RDV pour la femme qu'ils ont au téléphone et envoi d'une fiche à SOLIPAM qui rappelle des femmes orientées pour vérifier si elles ont pu obtenir leur certificat)
- c- Dépistage de la surdité :  valuation par SOLIPAM de l'effectivité de ce dépistage pour les familles incluses dans le réseau. Présentation des résultats à l'ARSIDF et au réseau périnatal 92. Proposition de SOLIPAM à travailler en 2019 : mentionner

les résultats du dépistage et la CAT sur le CR d'accouchement pour permettre d'accompagner les familles dans leurs prises de RDV.

- d- Groupe de Parole RSP/PMI de Paris : A l'initiative de Solipam, ces groupes de paroles ont pu être mis en place durant l'année 2018, sur la maternité de Tenon. Ils continueront en 2019.
- e- Santé sexuelle et reproductive : poursuite et consolidation en 2018 du partenariat CPEF Horizons/CPAM 75. Participation au Comité de pilotage de l'étude DSAFHIR, Droits et Santé des Femmes Hébergées, Isolées, Réfugiées mené par la Samu Social de Paris.
- f- Nuisibles à l'hôtel : présentation par le PHRH aux membres du GT1 de la procédure de signalement mais également de la sensibilisation des familles qui stockent des aliments dans leur chambre d'hôtel.
- g- Projet secours populaire/promotion de l'allaitement maternel : à poursuivre en 2019.
- h- Transport des familles sans ressources : sensibilisation et plaidoyer auprès de la responsable « précarité » de la RATP. Nouvelle disposition du CG depuis 1/11 mise sur www.solipam.fr pour en informer les partenaires et les usagers.

Pour 2019, il faudra consolider certains partenariats, notamment ceux hors Paris :

- Maternités (protocoles de soins, et services sociaux), PMI (suivi de grossesse, VAD, visite post natale), ASE via les réseaux périnatalités
- Poursuivre les projets « hébergement » tant en direction des différents 115 mais également vers les dispositifs d'accueil des personnes en demande d'asile.
- Les structures spécialisées en santé mentale et périnatalité

- **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 2018 :

- Elaboration et organisation des Rencontres SOLIPAM 2018 qui ont eu lieu le 22/11/2018 (314 professionnels participants).
- Amélioration et organisation de la formation SOLIPAM 2018.

Nombre de réunions au cours de l'année 2018 du GT 2 : 4.

Nombre de participants/réunion : 5.

- **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 2018, une 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. Cette réflexion doit être poursuivie en 2019, ce d'autant que la modernisation du SI du réseau devrait permettre de dégager un temps non négligeable qui pourra être consacré aux partenariats.

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 »¹⁴

Intégrée dans le budget FIR et toujours soutenue par la Fondation Croix Saint Simon (prêt gracieux des salles), la formation SOLIPAM a été plébiscitée par les professionnelles qui ont été nombreux à s'inscrire ; les 4 sessions de formation ont eu lieu et étaient complètes. Une liste d'attente existe pour les sessions de 2019.

¹⁴ Voir annexe 13 (programme formation) et 14 (évaluation)

Le mémento « Repérage précoce, orientation et suivi des situations de périnatalité- précarité : principes et outils pour les professionnels » a été remis à jour en 2016 et remis à chaque stagiaire en 2018. La conception de ce mémento est le fruit d'une collaboration étroite entre les partenaires du réseau et l'équipe de coordination de SOLIPAM.

Les évaluations 2018¹⁵ des professionnels formés et des terrains de stage ont été positives. Néanmoins, comme chaque année, les sessions 2019 tiendront compte des remarques et point moins favorables pour répondre au mieux aux demandes des professionnels de terrain.

Encadrement des étudiants/ professionnels

Le réseau est régulièrement interpellé par des professionnels ou étudiants en cours de formation, afin de mieux appréhender la dynamique et les spécificités d'un travail en réseau. Deux **internes en médecine générale en stage SASPASS (6 mois)** ont choisi de bénéficier d'une journée de stage/15 jours à la coordination de SOLIPAM pour approfondir leurs connaissances de la coordination des parcours de soins et pour se familiariser avec la problématique de santé portée par le réseau. Cette journée est couplée à une 1 journée de formation en gynécologie au Centre de Planification familiale « horizons », sous la direction du docteur Herschkorn Barnu.

Ateliers SOLIPAM/CPEF11eme/CPAM 75 : sensibilisation des femmes à la santé sexuelle et reproductive

L'atelier santé sexuelle et reproductive est un atelier partenarial entre le CPEF horizons du 11eme, la CAF et la CPAM de Paris dans le but de sensibiliser les femmes Solipam sur leurs droits médicaux et sociaux.

Une équipe de 4 professionnels (une sagefemme de la CAF, l'assistante sociale de coordination de SOLIPAM, la conseillère conjugale du CPEF ainsi qu'une intervenante CPAM) animent chaque atelier. A noter que depuis le 15 octobre 2018, l'équipe de professionnels a changé. En effet, l'assistante sociale de coordination a été remplacée par une sage-femme de coordination. De plus, la sage-femme de la CAF n'anime plus les ateliers du fait de la présence de la sage-femme coordinatrice. Elle est notamment remplacée par une diététicienne de la CAF. Le reste de l'équipe reste inchangée.

L'atelier permet aux femmes de :

- s'exprimer sur leur grossesse et les questions qu'elles peuvent avoir, être sensibiliser sur le planning familial, la contraception, la nutrition, des risques durant la grossesse etc.
- d'avoir un temps d'échange avec un agent CPAM afin de savoir où en est leur ouverture de droit
- d'avoir un temps d'échange avec des femmes dans la même situation

¹⁵ Voir annexe 14

L'atelier se déroule au Centre de planification Horizons du 11ème, 9 rue des bluets 75011 Paris, et dure une après-midi.

L'atelier a été créé et a débuté en 2014. Sur l'année 2018, 6 ateliers se sont déroulés à environ 2 mois d'intervalle.

74 femmes ont participé à ces ateliers en 2018, soit une moyenne de 12 femmes par groupe.

Évaluation : un questionnaire de satisfaction est à remplir par chaque femme à la fin de l'atelier.

Résultats 2018 : 90% des femmes étaient très satisfaites des groupes.

87% satisfaites de l'échange et de la présentation de la sagefemme

92% satisfaites de l'accueil et de l'organisation

91% satisfaites de la rencontre avec l'agent CPAM.

Grâce à ce partenariat, un lien privilégié s'est noué entre la coordination du réseau et la CPAM de Paris et la décision a été prise de poursuivre cette initiative en 2019. En effet, 6 dates sont déjà programmées pour 2019.

5- Évaluation 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.

Nombre de demandes reçues par le réseau durant l'année 2018 : 1373

Figure n° 17 : Partenaires à l'origine de la demande

	2014	2015	2016	2017	2018
Maternités 75	122	198	231	216	167
dont maternités APHP	116	189	216	194	161
Bureau centralisé des inscriptions en maternité APHP	2	2	2	0	0
Maternités 77	1	1	2	6	7
Maternités 78	5	2	4	4	7
Maternités 91	5	5	3	1	4
Maternités 92	11	15	7	9	6
Dont maternités APHP	3	3	3		5
Maternités 93	17	17	25	52	26
Dont maternités APHP	9	13	1	15	0
Maternités 94	4	2	12	8	4
Dont maternités APHP	3	1	1	1	0
Maternités 95	12	2	2	0	0
Sous-Total Maternités	187	244	288	296	221
Service hospitalier hors maternité	11	10	19	44	11
DFPE/ PMI 75	19	27	94	85	105
PMI 77	3	2	6	5	3
PMI 78	0	1	3	2	5
PMI 91	1	2	1	9	3
PMI 92	6	2	2	6	2
PMI 93	16	15	31	47	36
PMI 94	7	6	7	4	6

PMI 95	6	3	1	0	0
CMS	10	21	10	3	0
CMP	1	0	0	1	0
HAD	22	20	16	7	2
Autres réseaux de santé (RPPN, Réseau Ressources, Réseau PALIPED) et centres de santé	5	9	17	6+22 28	53
Soins de suite : Hôpital mère enfants de l'Est Parisien et Vésinet	10	7	5	4	1
Structure médicale associative (MDM, MSF, Comède)	111	221	182	208	204
Médecins libéraux	3	3	6	6	11
Samu social	13	13	10	14	33
Samu social du 93	3	5	18	2	0
Accueils de jour				63	51
Services social départemental de Paris (PSA - secteur)	26	30	28	3	5
Service Social départemental hors 75 (78 ;93 ;95)	9	10	9	10	6
CAF (75 et 95 ; 91)	1	0	0	0	0
Associations, Dont SOS grossesse...	73	90	72	22	5
Centres d'hébergement	33	41	24	20	19
Plate-forme d'hébergement	31	53	6	8	5
Femme elle-même	58	87	196	235	121
Bénévole	0	29	18	23	4
Structure d'accompagnement juridique	NRS	NRS	NRS	NRS	9
Supports téléphoniques de professionnels et d'usagers	NRS	NRS	NRS	NRS	452
TOTAL	665	951	1071	1155	1373

Figure n°18 : Répartition géographique des demandes – 2018

Ce tableau ne comprend que les demandes par fiches navette ou par le numéro vert, soit 921 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
75	426/665 soit 64%	610/951 soit 64.1%	716/1071 soit 66.9%	667/1155 57.70%	574/921 soit 62.3%
77	6/665 soit 0.9%	12/951 soit 1.3%	17/1071 soit 1.6%	30/1155 2.59%	20/921 soit 2.2%
78	9/665 soit 1.4%	14/951 soit 1.5%	14/1071 soit 1.3%	11/1155 0.95%	19/921 soit 2.1%
91	11/665 soit 1.6%	30/951 soit 3.2%	16/1071 soit 1.5%	26/1155 2.25%	12/921 soit 1.3%
92	27/665 soit 4.1 %	40/951 soit 4.2%	33/1071 soit 3.1%	36/1155 3.11%	18/921 soit 2.0%
93	71/665 soit 10.7 %	133/951 soit 14%	181/1071 soit 16.9%	301/1155 26.06%	228/921 soit 24.8%
94	68/665 soit 10.2 %	40/951 soit 4.2%	57/1071 soit 5.3%	43/1155 3.72%	39/921 soit 4.2%
95	27/665 soit 4.1 %	26/951 soit 2.7%	20/1071 soit 1.9%	15/1155 1.29%	5/921 soit 0.5%
NRS*	20/665 soit 3%	43/951 soit 4.5%	16/1071 soit 1.5%	20/1155 1.73%	6/921 soit 0.6%
Hors Ile de France		3/951 soit 0.3%	1/1071 soit 0.1%	7/1155 0.60%	0/921 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° 19 : Profil médico-social des femmes à l'inclusion

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

*607 femmes incluses au total du 01/01/2018 au 31/12/2018

**593 femmes incluses en prénatal du 01/01/2018 au 31/12/2018

Le terme moyen au moment de l'inclusion continue de diminuer légèrement en 2018. Il est important de rappeler que le repérage précoce des grossesses chez les femmes enceintes 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 baisse en 2018 pour la deuxième année consécutive. Il est révélateur à la fois d'une évolution du profil socio-démographique de la population prise en charge par SOLIPAM, avec une prépondérance de femmes migrantes primo-arrivantes. 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 plus important d'inclusions avant 12 SA, non pris en compte dans le calcul de cet indicateur, augmente également le taux de non-conformité de suivi à l'inclusion.

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° 20 : Antécédents obstétricaux des femmes à l'inclusion

Antécédents obstétricaux**	2014	2015	2016	2017	2018	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)	14.8%
Césarienne	15.3% (30/196)	10% (28/274)	14% (46/330)	11% (42/379)	15% (54/354)	19.8%

*ENP(2016) : Enquête nationale périnatale 2016

**Pour les femmes multipares ayant accouchées au cours de l'année 2018 soit 354

Figure n° 21 : antécédents médicaux et pathologies des femmes à l'inclusion

Antécédents, pathologies et complications pendant la grossesse	2014	2015	2016	2017	2018	ENP(2016)*
Diabète gestationnel (au cours d'une grossesse précédente)**	4.6% (9/196)	2.2% (6/274)	2,40% (8/330)	1,58% (6/379)	0,8% 3/354	1.8%
HTA gestationnelle (au cours d'une grossesse précédente)**	3.1% (6/196)	1.5% (4/274)	1,80% (6/330)	2,1% (8/379)	2,50% 9/354	1.3%
Diabète Insulino Dépendant***	0.7% (3/406)	1% (5/466)	0,17% (1/588)	1,2% (8/659)	0,30% 2/617	0.3%
HTA chronique***	0.2% (1/406)	1.5% (7/466)	1,50% (9/589)	1,2% (8/659)	0,08% 5/617	0.7%
Autres pathologies hors grossesse****, *****	6.6% (27/406)	8.8% (41/466)	8,00% (50/589)	9,4% (62/659)	7% 44/617	

*ENP(2016) : Enquête nationale périnatale 2016

** calculer à partir de l'effectif des multipares ayant accouché en 2018 soit 354

*** calculer à partir de l'effectif de l'ensemble des femmes ayant accouché en 2018 soit 617 issues de grossesse

****Le recueil des autres antécédents et pathologies hors grossesse n'a pas été recueillie 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 en 2019

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.

A titre d'exemple, les pathologies sont renseignées en 2018 pour 36 femmes :

- 20 cas de pathologies infectieuses dont 6 VIH, 12 Hépatites B active ou guérie (à noter 1 tuberculose, 1 syphilis)
- 4 cas de pathologies mentales
- 3 cas de pathologies gynécologiques
- 6 cas de pathologies thyroïdiennes
- 2 cas de drépanocytose
- 1 situation d'addiction

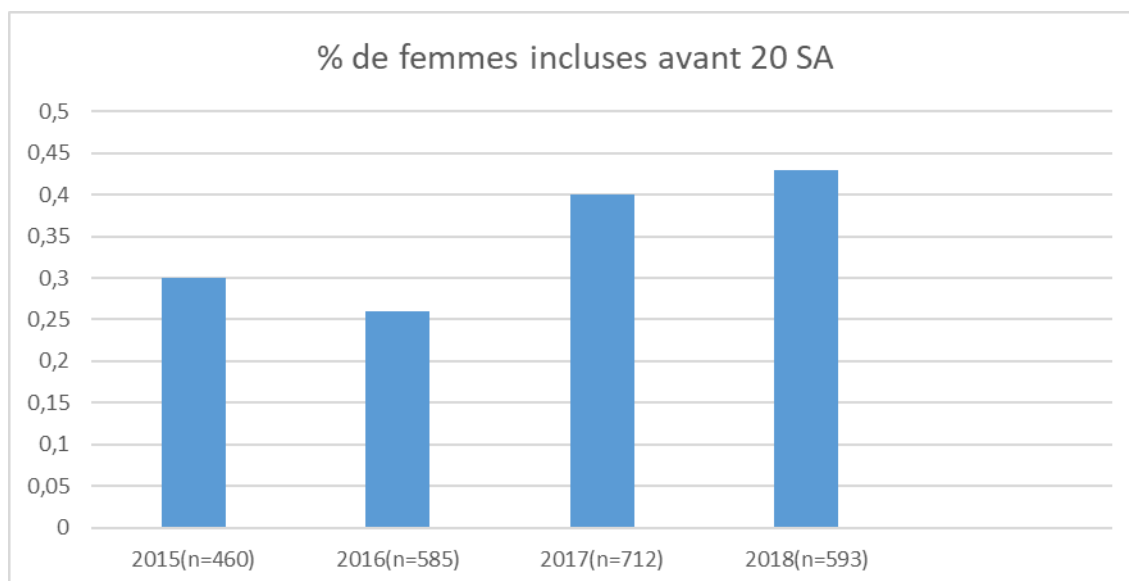
Un travail d'équipe sur les items et leur remplissage est à mener activement puisqu'il y a des variations importantes d'une année sur l'autre. La prévalence des pathologies mentales et des addictions est également probablement sous-estimée.

Pour avoir une base la plus fiable possible et des données analysables et comparables dans le temps, les critères doivent être parfaitement maîtrisés par chaque coordinatrice, le turn-over de l'équipe sur 2018 n'ayant pas permis un recueil optimal (temps d'apprentissage des nouvelles coordinatrices).

Terme à l'inclusion

La proportion de femmes incluses avant 20 SA est de 43% en 2018. Ce taux est en forte augmentation. Le développement du numéro vert permet une amélioration de la connaissance du réseau auprès des femmes elles-mêmes.

Figure n° 22 : Pourcentage de femmes incluses avant 20 SA de 2015 à 2018

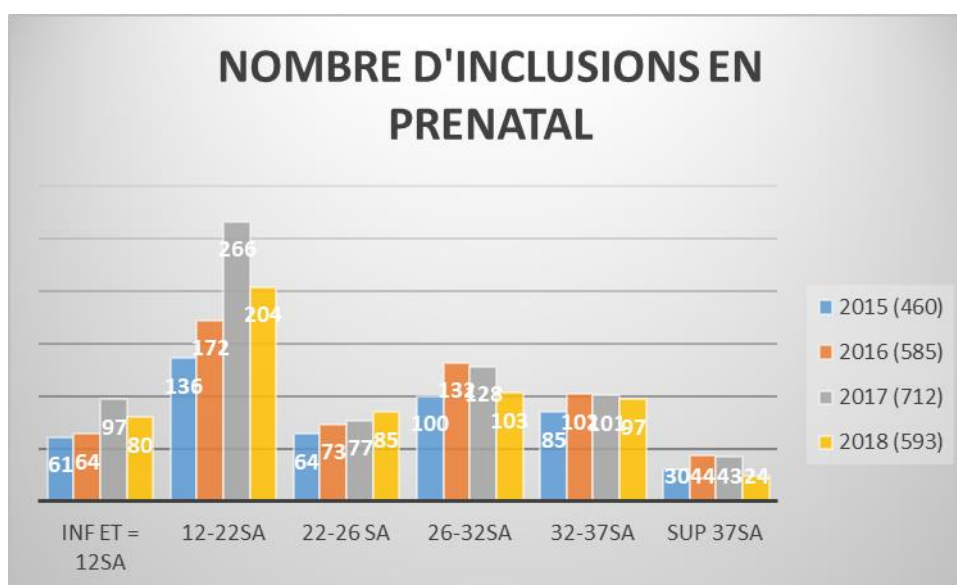


Commentaire :

La dispersion des termes à l'inclusion est de 1 SA à 40,1 SA. A noter, 14 femmes ont été incluses en post natal.

La médiane des termes à l'inclusion est de 22,6 SA, terme le plus précoce enregistré depuis la mise en place de cet indicateur.

Figure n°23 : Répartition des inclusions en fonction du terme sur l'année 2018



NBRE	2015	2016	2017	2018
inf 12sa	61	64	97	80
12-22sa	136	172	266	205
22-26 sa	64	73	77	85
26-32sa	100	132	128	103
32-37sa	85	102	101	97
sup 37sa	30	44	43	24

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 1^{er} 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. Parmi les demandes orientées par les membres de ce groupe de travail en 2018 (et incluses), 40% ont été orientées avant 20SA (49% pour 2017).

Hébergement à l'entrée dans le réseau

Parmi les 607 femmes incluses au réseau en 2018 :

Figure n°24 : Tableau hébergement des femmes à l'entrée dans le réseau

Hébergement à l'entrée dans le réseau	2014	2015	2016	2017	2018
Chez des tiers	138/406 soit 34%	210/510 soit 41.2%	210/648 soit 32,4%	196/752 soit 26.09%	168/607 soit 27.7%
115	177*/406 soit 43.6%	177/510 soit 34.8%	284/648 soit 43,8%	294/752 soit 39.09%	204/607 soit 33.6%
Hôtel via association- plate forme	45/406 soit 11.1%	30/510 soit 5.9%	28/648 soit 4,3%	11/752 soit 1.48%	14/607 soit 2.3%
Hôtel financement ASE	4**/406 soit 0.9%	5/510 soit 1% %	0	1/752 0.13%	0/607 soit 0%
Hôtel pris en charge par la femme	2/406 soit 0.5%	1/510 soit 0.2%	0	2/752 0.28%	0/607 soit 0%
CHU+CH+CHRS via association	6/406 soit 1.5%	7/510 soit 1.4 %	13/648 soit 2%	9/752 1.19%	1/607 soit 0.2%
Hôpital (dont SRR)	11/406 soit 2.7%	21/510 soit 4.1%	14/648 soit 2,16	29/752 3.85%	10/607 soit 1.6%
« Abri de fortune »	17/406 soit 4.2%	49/510 soit 9.6%	87/648 soit 13,4%	201/752 26.72%	205/607 soit 33.8%
Structure d'urgence hors 115	0	1/510 soit 0.2%	3/648 soit 0,4%	3/752 0.39%	4/607 soit 0.6%
CADA	2/406 soit 0.5%	1/510 soit 0.2%	3/648 soit 0,4%	3/752 0.39%	1/607 soit 0.2%
Résidence sociale	1/406 soit 0.3	1/510 soit 0.2%	0	0/752 0%	0/607 soit 0%
Logement de droit commun	3/406 soit 0.7%	7/510 soit 1.4 %	6/648 soit 0,9%	3/752 0.39%	0/607 soit 0%

Au moment de l'inclusion dans le réseau pendant l'année 2018, 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 un critère de référence pour les inclusions au réseau Solipam.

Suivi social à l'entrée dans le réseau

Figure n°25 : Suivi social à l'entrée dans le réseau

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

A l'entrée dans le réseau, 32.8% des femmes étaient suivies par une assistante sociale de maternité, qui concourt à l'accès aux soins, aux droits, à l'aide à la vie quotidienne et organise la sortie de maternité.

54% des femmes intègrent le réseau 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°26 : couverture sociale à l'entrée dans le réseau

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

Le nombre de femmes sans couverture sociale à l'entrée dans le réseau diminue faiblement cette année, avec 67.9% (contre 71% en 2017) de personnes devant accéder au système de PASS avant de pouvoir ouvrir des droits.

2- Conformité des parcours de soins ante natal

Effectivité et continuité du suivi de grossesse

- **88 % des femmes enceintes** incluses dans le réseau ont eu au moins une consultation de suivi de grossesse par mois après l'inclusion
- **80% des femmes ont eu leurs échographies** recommandées après l'inclusion.

Au total, 3 décrochages de suivi obstétrical ont été constatés au cours de l'année 2018. Ces décrochages ont fait l'objet d'une analyse lors des staffs hebdomadaires de l'équipe afin de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour éviter une rupture de suivi.

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. En dehors de ces décrochages, les correspondants SOLIPAM de chaque maternité ont transmis à la coordination d'autres absences aux rendez-vous (consultation ou échographie) qui ont pu être reportés dans des délais respectant la conformité d'un suivi recommandé par la HAS.

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 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.**
- **d'un recours 2 fois plus fréquent à ISM en 2018 par rapport à 2017 (familles non anglophones et non francophones).**
- 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, 617 femmes ont eu une « issue de grossesse » * durant 2018. A noter : 15 femmes ont été incluses en post natal, soit 602 « 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 602 femmes : 12 femmes ont fait une fausse couche et 1 a fait une IVG ainsi que 2 IMG (l'une à 17 sa pour détresse psychologique maternelle et l'une à 23 sa pour sauvetage maternelle)

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 (visite post natale pour chaque situation, ateliers de femmes SOLIPAM/CPEF11eme /CPAM, pilotage projet observatoire Samu social de Paris).

Les calculs ci-dessous prennent donc en compte 602 femmes ayant accouché et incluses en prénatales et 603 enfants nés vivants ou mort-nés (16 grossesses gémellaires et 7 mort-nés)

- Parmi les 602 femmes enceintes au moment de l'inclusion et ayant accouché en 2018 :

✓ **Pour la période anténatale**

- 514 femmes ont mené leur suivi à terme au sein d'une même structure.
- 73 femmes ont été transférées vers une autre maternité en prénatal pour effectuer un rapprochement entre le lieu d'hébergement et la maternité de suivi. 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**

- 540 femmes ont accouché dans l'une des structures prévues.
- 54 femmes n'ont pas eu le temps de se rendre dans la maternité prévue. 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. 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. La coordination a alors la responsabilité de transmettre le dossier médical en accord avec la patiente, à chacune des maternités afin qu'il n'y ait ni rupture de suivi ni doublon de suivi. Cette vigilance a pour objectif d'optimiser les ressources mobilisées sur le territoire de santé d'Ile de France, en tenant compte de la réalité des ressources existantes. Cette vigilance permet surtout aux femmes enceintes d'être reçues par un établissement prévenu de leur possible venue. A noter qu'en 2018, la coordination médicale a été confrontée à des refus de transmissions de dossiers médicaux de la part des maternités. La maternité A voulait transmettre à la maternité B directement, sans intermédiaire.

✓ **Taux d'hospitalisation**

Parmi les 602 femmes ayant accouché en 2018, 88 femmes ont été hospitalisées au moins une fois (soit un taux d'hospitalisation de 15%).

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

Figure n°27 : Motifs d'hospitalisation au cours de l'année 2015, 2016, 2017 et 2018

Motifs d'hospitalisation	Bilan, grossesse non suivie	Pathologie maternelle	Pathologie foetale	Total
Année 2015	11	58	16	85
Année 2016	8	91	19	118
Année 2017	11	89	12	112
Année 2018	4	109	3	116

Nombre d'hospitalisation par femmes :

Au cours de l'année 2018 :

- 70 femmes ont été hospitalisées 1 fois
- 13 femmes ont été hospitalisées 2 fois
- 3 femmes ont été hospitalisée 3 fois
- 1 femme a été hospitalisée 5 fois
- 1 femme a été hospitalisée 6 fois

Soit un total de 116 hospitalisations.

Stabilisation de l'hébergement des femmes durant la grossesse

Sur les 617 femmes ayant eu une issue de grossesse durant l'année 2018, 602 femmes ont été incluses avant leur accouchement. 207 femmes incluses au réseau en prénatal ont eu un seul hébergement jusqu'à leur accouchement, soit 34% des femmes enceintes incluses. (45% en 2017).

Figure n°28 : Nombre d'hébergement pendant la période prénatale

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

3- Issues de grossesse

- **29% des femmes ont eu une césarienne.** Pour rappel, d'après l'enquête périnatale, le taux de césarienne national est de 21% en 2010. 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 :

- les césariennes en urgence : 141 césariennes ont été effectuées en urgence sur les 175 césariennes au total soit un taux de 80,5% de césariennes en urgence
- les césariennes programmées : 34 césariennes ont été programmées sur les 175 césariennes au total soit un taux de 19,5% de césariennes programmées

- Parmi les 603 nouveau- nés dans le réseau, on compte :

- 596 nouveau-nés vivants
- 7 mort-nés (entre 23SA et 39SA)
- Et 3 enfants décédés à J9, 31 et 50

Comparée à la mortalité* d'Ile de France calculée par ORS IDF (2016) qui était de 9,8 pour 1000 naissances en 2014, la mortalité enregistrée dans le réseau est de **12 pour 1000 en 2018 alors qu'elle était de 15,5 pour 1000 en 2016.** En revanche, le taux de mortalité infantile s'avère toujours inquiétant (mais en baisse par rapport à 2017) puisqu'il s'établit en 2018 à **5 pour mille contre 3,5 pour mille mesuré par ORS IDF en 2014. ***

*Mortinatalité : Selon les critères de viabilité de l'organisation mondiale de la santé (OMS), un mort-né est un enfant sans vie né à un terme d'au moins 22 semaines d'aménorrhée ou avec un poids d'au moins 500 grammes. La mortinatalité est définie sur ces critères.

*Mortalité infantile : nombre de décès d'enfant de moins d'un an rapporté aux naissances vivantes

- Parmi ces nouveau-nés :

- 40 enfants nés prématurément entre 33 SA et 36 SA+6 dont 7 issus d'une grossesse gémellaire.
- 15 enfants sont nés avant 33 SA (1 grossesse gémellaire) dont 4 morts nés (et un enfant né à 26 SA et dcd à J31).

- Parmi les 603 nouveau-nés dans le réseau :

- 36 enfants ont nécessité une hospitalisation en néonatalogie sur site et 8 enfants ont nécessité une hospitalisation en néonatalogie hors site.
- Soit un taux d'enfants hospitalisés en néonatalogie de 7%.

L'hébergement des 38 femmes dont les enfants ont été hospitalisés en néonatalogie se répartit ainsi :

- 14 femmes ont eu 1 hébergement entre l'inclusion dans le réseau et l'accouchement.
- 15 femmes ont eu 2 hébergements entre l'inclusion dans le réseau et l'accouchement.
- 5 femmes ont eu 3 hébergements entre l'inclusion dans le réseau et l'accouchement.
- 4 femmes ont eu plus de 4 hébergements entre l'inclusion dans le réseau et l'accouchement.

Séjours en maternité

La Durée Moyenne de Séjour était de 6 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 40 jours)

Concernant les femmes ayant eu une césarienne, la durée moyenne de séjour était de 8 jours. La durée de séjour la plus courte était de 3 jours et la plus longue était de 49 jours.

En 2018, nous avons pu constater un rallongement de la durée du séjour dû aux difficultés liées aux 115.

Modalités de sortie de maternité

Figure n°29 : Hébergement à la sortie de maternité

Hébergement en sortie de maternité	2014	2015	2016	2017	2018
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%
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%
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%
Hôtel prise en charge via 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%
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%

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%
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%
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%
Hôtel prise en charge ASE	1/130 soit 0.7%	8/432 soit 1.8%		2/659 soit 0.30%	0/617 soit 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%
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%
SO car perdue de vue en prénatal ou FC		3/432 soit 0.9%	1/589 soit 0.01%	8/659 soit 1.25%	3/617 soit 0.5%
NRS			23/589 soit 3.9%	9/659 soit 1.36%	16/617 soit 2.6%
Abri de fortune		5/432 soit 1.2%	5/589 soit 0,8%	4/659 soit 0.60%	10/617 soit 1.6%

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 730 femmes sorties du réseau entre le 01/01/2018 et le 31/12/2018, 548 femmes sont sorties de manière programmée et dans les délais. 78 sorties de réseau n'ont pu se faire de manière formalisée.

Par ailleurs, 17 femmes ont eu une fin de prise en charge en post natal avant les 3 mois de l'enfant en raison d'un départ hors Ile de France et 24 femmes ont eu une fin de prise en charge en pré natal en raison d'un départ hors Ile-De-France. La coordination s'est assurée d'un relais de prise en charge auprès du nouveau lieu d'hébergement.

Enfin, 21 femmes ont été perdues de vue pendant la période prénatale et 42 pendant la période post-natale.

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

Les calculs ci-dessous prennent donc en compte 685 femmes.

Suivi post-natal de l'enfant : 82 % sont suivis régulièrement par la PMI (Protection Maternelle et Infantile) ; 0,5% des enfants sont suivis par la médecine de ville tandis que 8% ont un suivi « mixte » (PMI et ville).

Concernant l'insertion des soins vers la médecine de ville, **63% (49% en 2016) des femmes ont un médecin traitant à la sortie de réseau.**

81% (69% en 2016) des femmes sorties du réseau¹⁶ ont eu une consultation gynécologique 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.

Ces chiffres sont en constante évolution.

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.

23 femmes (3,3%) ont été re-hospitalisées durant la période post-natale.

67 femmes (10%) ont vu leur bébé ré-hospitalisé.

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 ré-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.

¹⁶ Ces informations sont recueillies lors de l'entretien de sortie.

5- Caractéristiques sociales des familles en sortie de réseau

Sur l'année 2018, 730 femmes sont sorties du réseau :

- 549 sorties ont été programmées et anticipées
- 41 femmes ont été perdues de vue en postnatal
- 21 femmes ont été perdues de vue en prénatal
- 17 femmes sont sorties du réseau en postnatal car elles ont quitté l'Ile-de-France avant les 3 mois de l'enfant né. La coordination s'est assurée de la continuité de la prise en charge médico-sociale de proximité.
- 24 femmes sont sorties du réseau en prénatal car elles ont quitté l'Ile-de-France. Pour ces situations, la coordination s'est assurée de la mise en lien avec les partenaires médico-sociaux de la commune ou du département de prise en charge.
- 78 femmes n'ont pas pu être contactées (non-réponse aux sollicitations des coordinatrices) pour un entretien de sortie, bien qu'elles aient été en relation avec la coordination en post natal.

Hébergement à la sortie du réseau

Parmi les 730 femmes sorties du réseau en 2018, l'information est disponible pour 549 femmes, c'est-à-dire pour les sorties ayant été programmées (excluant les sorties de réseau sans entretien et les femmes perdues de vue).

Figure n°30 : Hébergement à la sortie du réseau :

Hébergement à la sortie du réseau	2014	2015	2016	2017	2018
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%
CHU/CHRS	0	14/459 soit 3.0%	12/476 soit 2,5%	4/645 soit 0.6%	69/730 soit 9.4%
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%
115	137/234 soit 51.9%	212/459 soit 46.2%	228/476 soit 47.9%	296/645 soit 46%	343/730 soit 47%
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%
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%

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%
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%
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%
Résidence sociale	1/264 soit 0.4%	9/459 soit 2% 0.4%	9/476 soit 1.9%	3/645 soit 0.5%	2/730 soit 0.3%
Abri de fortune	0	2/459 soit 0.4%	4/476 soit 0.8%	0/645 soit 0%	2/730 soit 0.3%
SSR	NRS	NRS	NRS	NRS	7/730 soit 1%
FJT ou logement de droit commun			2/476 soit 0,42%	19/645 soit 2.9%	4/730 soit 0.5%
NRS	*	50/459 10.9 %	50/476 soit 10,5%	111/645 soit 17.2%	98/730 soit 13.4%

En sortie de réseau, les familles sont toujours majoritairement prises en charge par les dispositifs 115 ou plateformes. Les types d'hébergement évoluent tout de même avec plus de prise en charge en CADA et une diminution de l'hébergement chez tiers.

Figure n°31 : Nombre moyen d'hébergement pendant la prise en charge dans le réseau

Nombre moyen d'hébergements	2014	2015	2016	2017	2018
1 hébergement	49/264 soit 18.5%	102/459 soit 22.2%	81/476 soit 17%	120/645 soit 18.7%	121/730 soit 16.6%
2 hébergements	64/264 soit 24.2%	118/459 Soit 25.7%	143/476 soit 30%	184/645 soit 28.7%	214/730 soit 29.3%
3 hébergements	52/264 soit 19.7%	96/459 soit 20.9%	111/476 soit 23,3%	144/645 soit 22.3%	160/730 soit 21.9%
4 hébergements	37/264 soit 14%	51/459 Soit 11.1%	64/476 soit 13,4%	86/645 soit 13.5%	90/730 soit 12.3%
5 hébergements	34/264 soit 12.8%	29/459 Soit 6.3%	27/476 soit 5,7%	54/645 soit 8.4%	61/730 soit 8.4%

6 hébergements	9/264 soit 3.4%	20/459 Soit 4.4%	19/476 soit 4%	26/645 soit 4%	35/730 soit 4.8%
7 hébergements	10/264 soit 3.7%	18/459 Soit 3.9 %	13/476 soit 2.7%	11/645 soit 1.7%	23/730 soit 3.2%
8 hébergements	8/264 soit 3%	6/459 Soit 1.3%	7/476 soit 1.5%	7/645 soit 1%	13/730 soit 1.8%
9 hébergements	1/264 soit 0.3%	10/459 Soit 2.2%	3/476 soit 0,6%	7/645 soit 1%	4/730 soit 0.5%
10 hébergements	0	2/459 Soit 0.4%	1/476 soit 0,2%	1/645 soit 0.2%	2/730 soit 0.3%
11 hébergements	0	1/459 soit 0.2%	2/476 soit 0,4%	2/645 soit 0.3%	2/730 soit 0.3%
12 hébergements	1/264 soit 0.3%	2/459 soit 0.4%	2/476 soit 0,4%	1/645 soit 0.2%	2/730 soit 0.3%
14 hébergements	1/264 soit 0.3%	1/459 Soit 0.2%	1/476 soit 0,2%		0/730 soit 0%

Ce tableau ne reprend pas la totalité du nombre d'hébergements des femmes sorties en 2018. Les informations détaillées sont indiquées sur le graphique page 18 de ce rapport d'activité.

Il est à noter que les 115 des différents départements considèrent qu'une femme peut dépendre du pôle famille à partir de 14 semaines d'aménorrhées. Avant cela, les femmes en couple ou seule et sans enfants dépendent du pôle isolé du 115 qui n'héberge qu'à la nuitée, sans garantie de continuité.

Mobilité durant l'année 2018

Figure n°32 : Département de prise de en charge à l'entrée et à la sortie du réseau

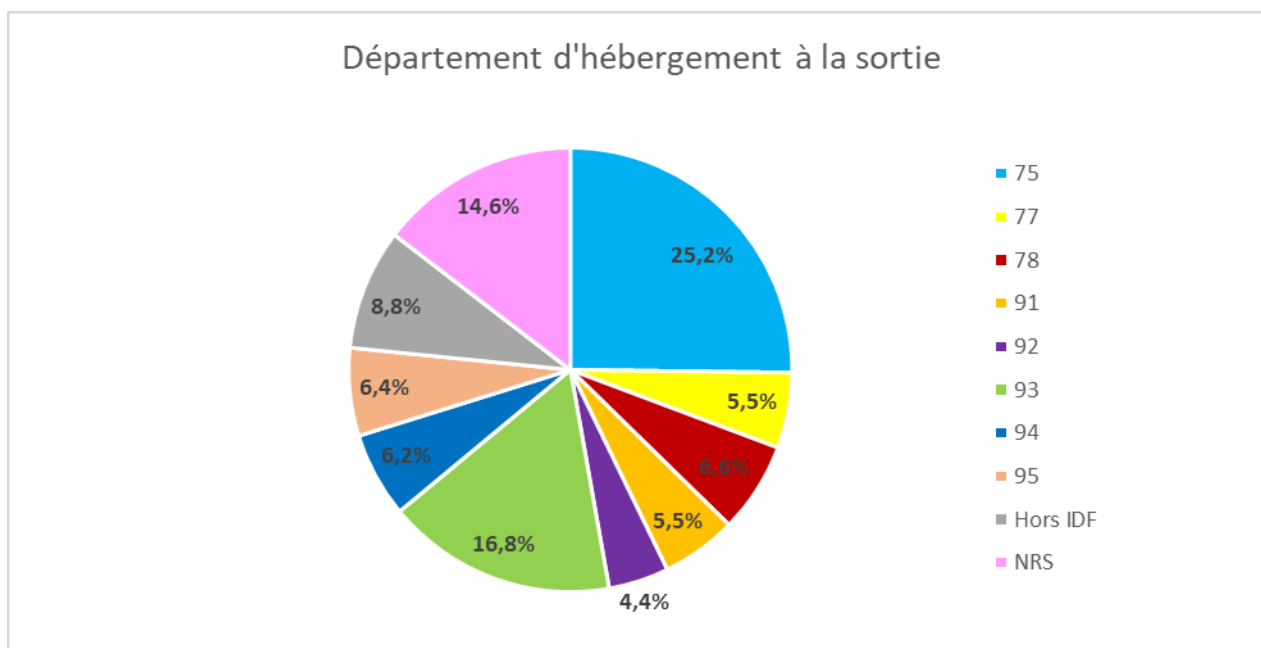
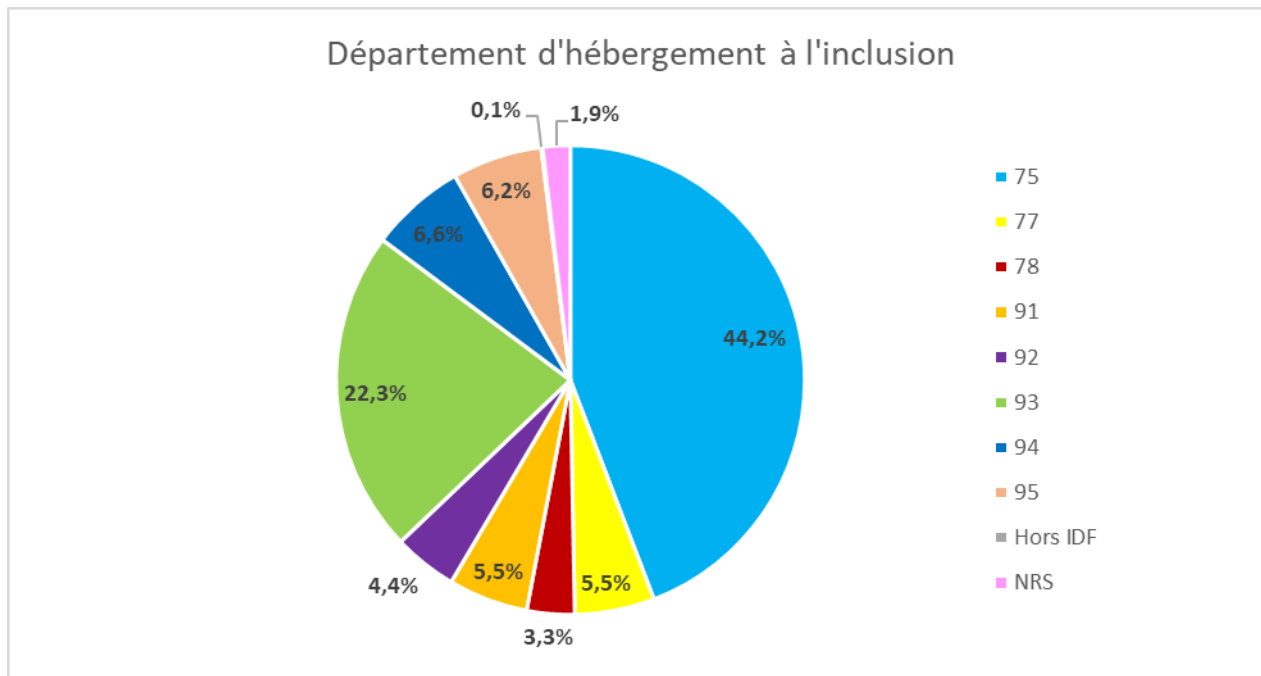


Figure n°33 : Suivi social en sortie de réseau

	2014	2015	2016	2017	2018
Secteur/PSA	50/264 soit 18.9%	139/459 soit 30.2%	128/476 soit 26,9%	155/643 soit 24.1%	143/730 Soit 19.6%
Association, via plateforme	86/264 soit 32.5%	119/459 soit 25.9%	92/476 soit 19,3%	145/643 soit 22.5 %	177/730 Soit 24.2%
Centre hébergement (dont Eglantine)	49/264 soit 18.5%	52/459 soit 11.3%	126/476 soit 26,5%	144/643 soit 22.4%	171/730 Soit 23.5%
Maternités/ service social hospitalier	4/264 soit 1.5%	3/459 Soit 0.6%	10/476 soit 2,1%	15/643 soit 2.3%	22/730 Soit 3%
Autres (CMP, SSR, scolaire...)		9/459 soit 2%	2/476 soit 0,4%	5/643 soit 1%	8/730 Soit 1.1%
NRS	0	68/459 soit 14.8%	71/476 soit 14,9%	115/643 soit 17.8%	122/730 Soit 16.7%
Sans	66/264 soit 25%	56/459 soit 12.2%	47/476 soit 9,9%	64/643 soit 9.9%	87/730 Soit 11.9%

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

Figure n°34 : Suivi social des femmes incluses au réseau

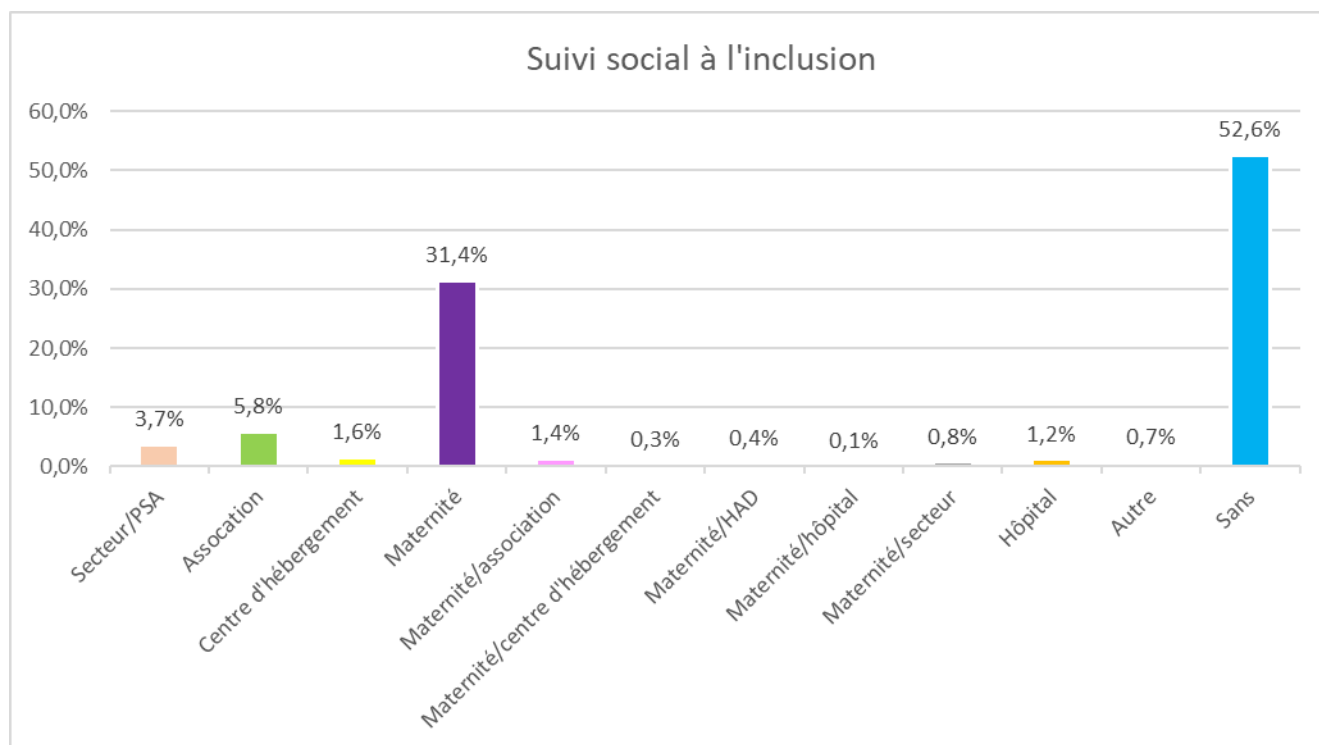
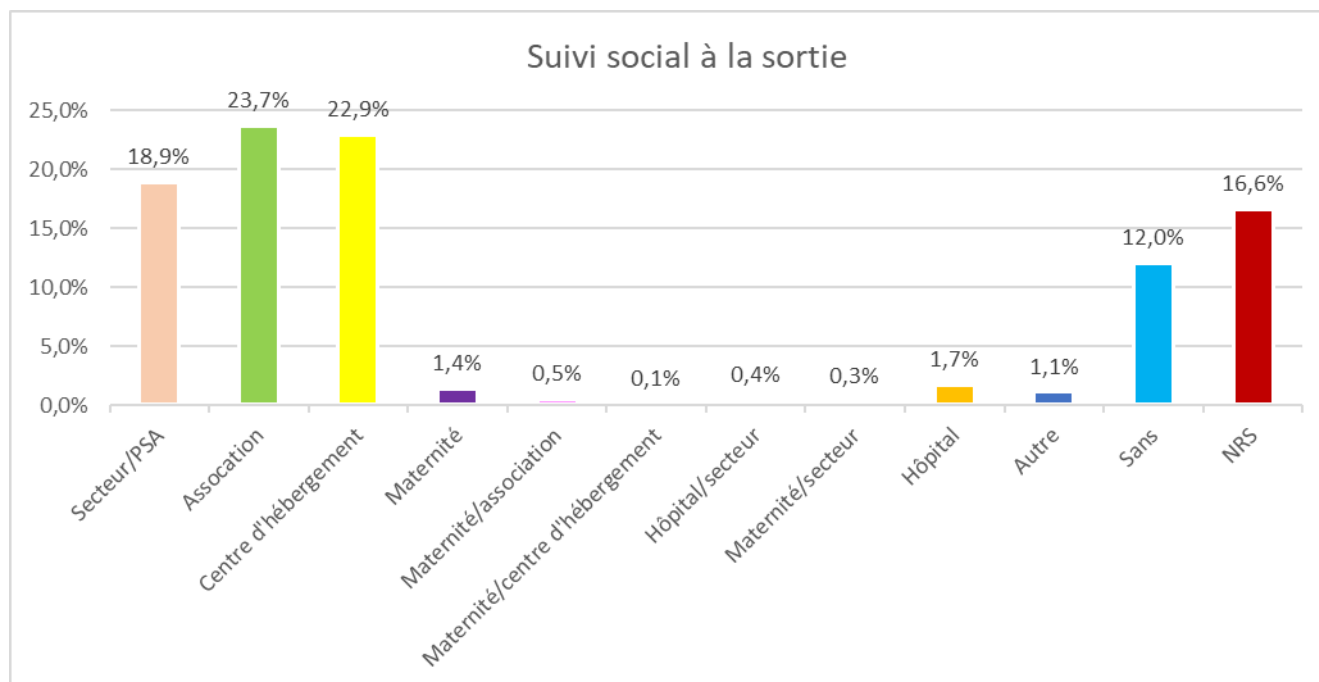


Figure n°35 : Suivi social des femmes sorties du réseau



Conclusion

En conclusion, Le nombre d'inclusions dans le réseau a pour la première fois depuis 2010 diminué en 2018 par rapport à 2017, mais le nombre de demandes a encore augmenté de presque 20%, obligeant le réseau à inventer une nouvelle modalité de réponse (« support plus » qui consiste à s'occuper d'une famille avec plus d'une action sans l'inclure pour autant dans le réseau). Cette diminution des inclusions s'explique par la saturation du dispositif de coordination qui ne peut intégrer plus de demandes malgré tous les efforts faits et les adaptations de procédures. Le *turn over* de l'équipe sociale n'est pas neutre et peut être considéré comme une alerte. Le dispositif a fait la preuve de son efficacité pendant presque 10 ans, intégrant un nombre toujours plus important de familles mais il semble être au bout de ses possibilités dans le cadre de ses modalités de fonctionnement actuel. Une réflexion stratégique plus large devra être menée en 2019 afin d'adapter le dispositif à la situation.

PERSPECTIVES 2019

L'année 2019 devrait être une année charnière de renouvellement du projet réseau avec une nouvelle direction et une équipe de coordination renouvelée. Bien que le service rendu directement aux familles incluses dans le réseau par le binôme de coordination médico-social de SOLIPAM est 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 ces familles nécessitent des partenariats médico-psycho-sociaux sur l'ensemble de la région IDF du fait même de leur instabilité. Les partenariats avec les réseaux de périnatalité sont une priorité pour l'année 2019, notamment ceux couvrant les départements hors Paris. Les partenariats avec les 115 et les SIAO seront poursuivis en 2019 afin de soutenir les structures d'hébergement dans leur accueil des femmes enceintes et avec nouveau-nés. 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 resteront des axes stratégiques en 2019.