

## **Rapport d'activité du réseau**

### ***SOLIPAM***

01/01/2017 au 31/12/2017

## Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>3</b>
<b>Gouvernance du réseau</b>	<b>5</b>
<b>Principaux indicateurs de suivi du réseau</b>	<b>8</b>
1-Des indicateurs de fonctionnement	8
2-Des indicateurs de processus	15
3-Des indicateurs de résultats en santé périnatale	21
<b>Coordination médico-sociale des parcours de soins</b>	<b>23</b>
1-L'inclusion dans le réseau SOLIPAM	25
2-Les spécificités du travail de coordination de la sage-femme	26
3-Les spécificités du travail de coordination de l'assistante sociale	27
4-Protocoles de coordination et supports réseau	28
5-Analyse de l'utilisation des supports de transmissions	30
6-Outils internes	32
<b>Mission d'améliorer la qualité et la sécurité des soins de la population concernée</b>	<b>36</b>
1. Partenariats du réseau	36
2. Actions de communication menées par la direction du réseau afin de faire connaître et construire le réseau	42
3. Projet réseau 2017	44
4. Formation des professionnels, éducation pour la santé des femmes	46
5. Evaluation des partenariats	48
<b>Evaluation du service rendu et description épidémiologique de la population</b>	<b>52</b>
1.Caractéristiques médico-sociales des familles à l'inclusion dans le réseau	52
Hébergement à l'entrée dans le réseau	57
Suivi social à l'entrée dans le réseau	57
Couverture sociale à l'entrée du réseau	59
2. Conformité des parcours de soins ante natal	60
3. Issues de grossesse	64
4. Conformité des suivis post natal des mères et des enfants	66
5. Caractéristiques sociales des familles en sortie de réseau	68
<b>Conclusion</b>	<b>74</b>
<b>Annexes</b>	

<p style="text-align: center;"><b>Rapport d'activité du réseau SOLIPAM arrêté au 31 décembre 2017 : Introduction</b></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...), 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 adaptés 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.
- 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<sup>er</sup> 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 2017, une mesure d'impact du numéro vert SOLIPAM<sup>1</sup> mis à disposition des familles a été menée dans ce cadre et financée par le réseau. Quant au suivi des indicateurs de santé périnatale et d'accès aux droits des familles incluses dans le réseau, il est assuré de façon bi annuelle 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.**

---

<sup>1</sup> Voir annexe 1

## GOUVERNANCE 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 évoluent, 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 :

Exemple :

DECEMBRE 2017	
<b>Nb de demandes reçues dans le mois</b>	<b>69</b>
- usager	12
- partenaire	56
<b>Cumul de demandes reçues depuis Janvier 2017</b>	<b>1155</b>
<b>Nb de demandes reçues dans le mois provenant du 93</b>	<b>13</b>
<b>Nb d'inclusions du mois (reçues dans le mois ou mois précédents)</b>	<b>52</b>
<b>Nb d'inclusions du mois avec délai depuis la demande &gt; 10 jours</b>	<b>31</b>
<b>Nb total de demandes sans début de réponse</b>	<b>20</b>
<b>Nb d'inclusions du mois de femmes hébergées dans abri de fortune</b>	<b>3</b>

TRAITEMENT DES SITUATIONS EN DECEMBRE 2017	
<b>Nb de situations suivies par chaque coordinatrice (file active) :</b>	
- Bertille	<b>228</b>
- Sophie	<b>248</b>
- Aurélie	<b>224</b>
- Virginie	<b>197</b>
- Sandra	<b>137</b>
- Hélène	<b>123</b>
<b>Nb de situations contactées par chaque coordinatrice :</b>	
- Bertille	<b>103</b>
- Sophie	<b>107</b>
- Aurélie	<b>106</b>
- Virginie	<b>139</b>
- Sandra	<b>89</b>
- Hélène	<b>80</b>

TRAITEMENT DES DEMANDES DU MOIS DE DECEMBRE 2017	
<b>Nb de demandes reçues :</b>	<b>69</b>
- inclusion	24
- en cours de traitement (rdv fixé ou début de réponse)	18
- sans suite	1
- sans début de réponse	7
- supports	19

TRAITEMENT NUMERO VERT : DECEMBRE 2017	
- support usager	1

Une revue de mortalité et de morbidité (RMM) peut être proposée aux partenaires devant un évènement indésirable grave (accouchement hors maternité, mort foetale in utero, décès). Une RMM concernant un EIG (décès d'un nourrisson) a été organisée en septembre 2017 au réseau et a permis d'identifier et de mettre en place des actions d'amélioration des pratiques.

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 2017, la coordination a participé à 2 synthèses. 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 accouché en situation de grande précarité sociale sur la région IDF (prise en charge personnalisée).

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

Mission 3 : évaluation du service rendu par le réseau.

## 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 2018 afin de moderniser le système d'information du réseau qui permet le suivi de chaque situation et surtout la production de statistiques et d'indicateurs de suivi.

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

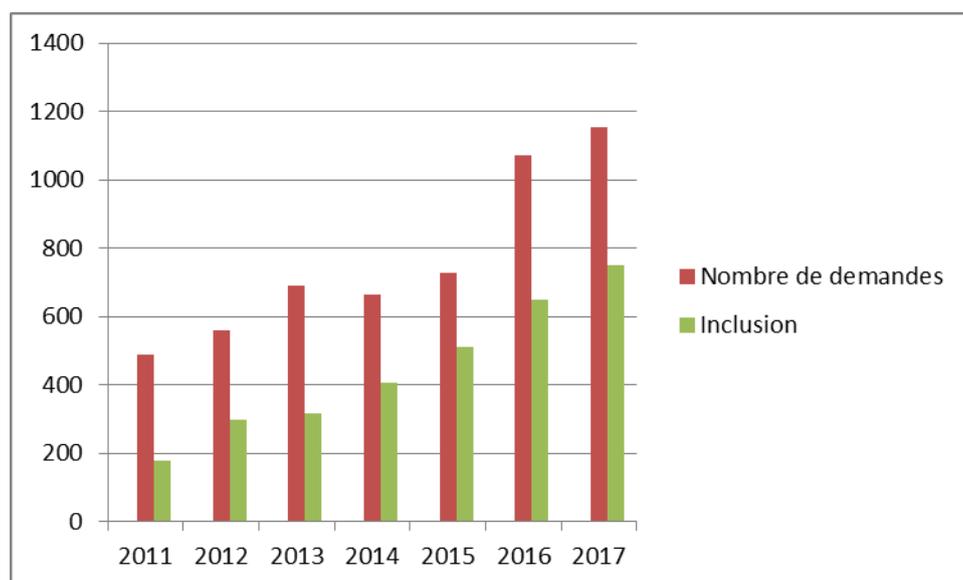
- 1- Des indicateurs de fonctionnement
- 2- Des indicateurs de processus
- 3- Des indicateurs de résultats en santé périnatale

**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 31/12/2017**



Total inclusions en 2011 : 273

Total de demandes en 2011 : 488

Total inclusions en 2012 : 300

Total de demandes en 2012 : 560

Total inclusions en 2013 : 316

Total de demandes en 2013 : 692

Total inclusions en 2014 : 406

Total de demandes en 2014 : 665

Total inclusions en 2015 : 510

Total de demandes en 2015 : 727

Total inclusions en 2016 : 650

Total de demandes en 2016 : 1071

Total inclusions en 2017 : 752

Total de demandes en 2017 : 1155

Commentaire :

**Le nombre de demandes s'est accru de 7.8 %** en 2017 par rapport à 2016. 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. Cette augmentation a pourtant été volontairement limitée du fait d'une sélection plus drastique encore des critères d'inclusion, expliquée

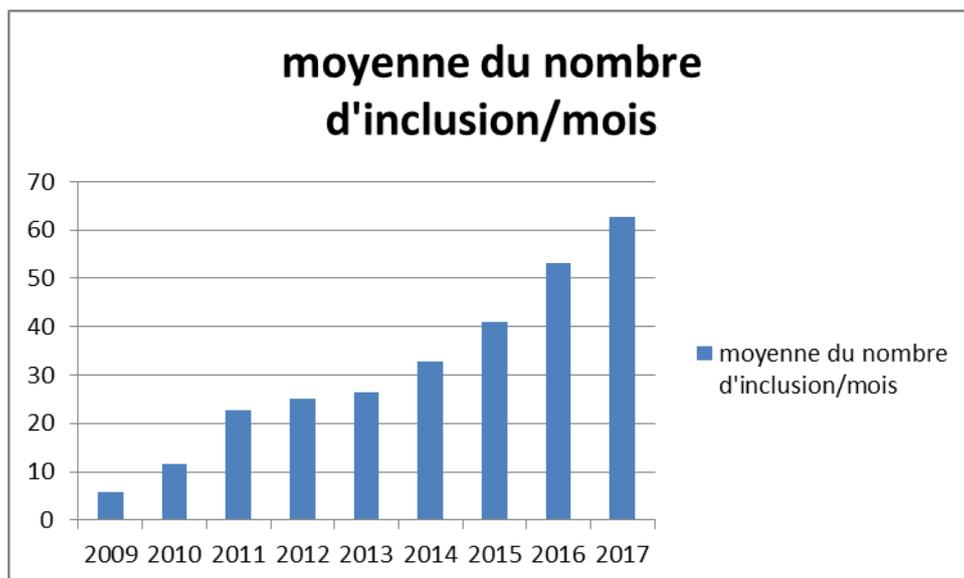
par la limitation effective des possibilités de suivi de l'équipe de coordination (file active de 744 familles suivies par 2 binômes AS/SF à temps plein et 1 binôme mi-temps.).

- Le Numéro vert a également contribué, comme en 2016, à cette augmentation, la demande en provenance des femmes elles-mêmes ayant augmenté de 39,2% par rapport à 2016, deuxième année de sa mise en service (220 demandes de femmes en 2017 contre 158 en 2016). En outre, 38 femmes se sont présentées au réseau spontanément et ont été reçues.

**Le nombre d'inclusions a également augmenté de 16%**, reflétant la nette augmentation du nombre de femmes enceintes en situation de grande précarité (sans abri stabilisé, sans ressources et sans droits ouverts) nécessitant un accompagnement de la coordination du réseau.

**\*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 2017**



Nombre moyen d'inclusion en 2009 : 5.7

Nombre moyen d'inclusion en 2014 : 32.8

Nombre moyen d'inclusion en 2010 : 11.5

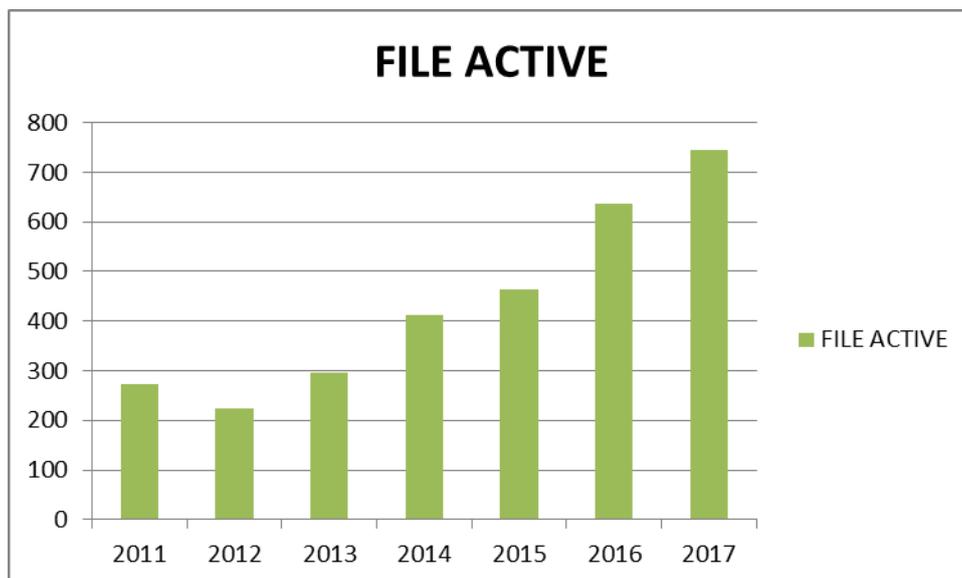
Nombre moyen d'inclusion en 2015 : 41.1

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.

Commentaire : **L'augmentation de 18%** du nombre moyen d'inclusions mensuel, malgré le renforcement des critères d'éligibilité, est en rapport avec l'augmentation de la demande et rend compte de l'augmentation de la charge de travail 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 :

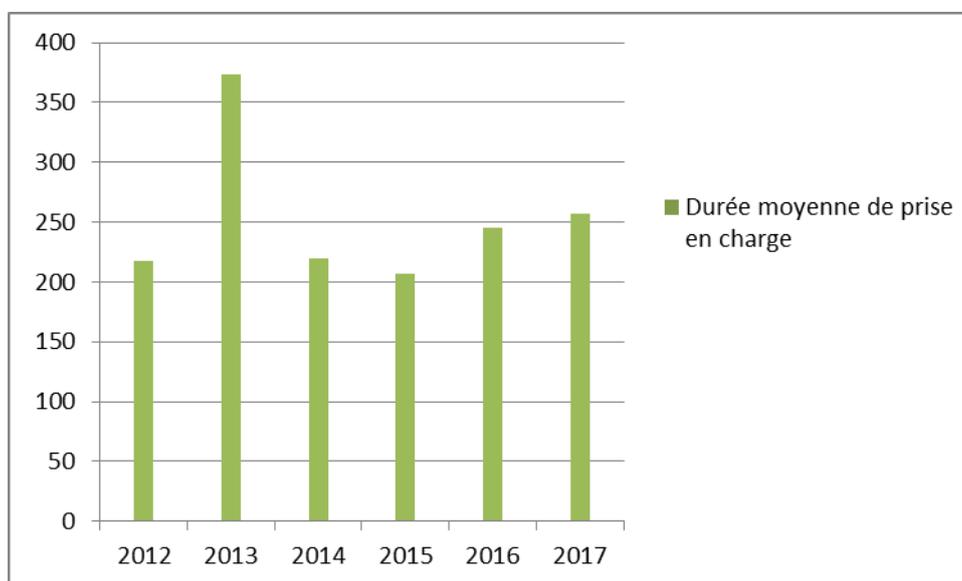
Total file active en 2011 : 273      Total file active en 2015 : 463  
 Total file active en 2012 : 223      Total file active en 2016 : 637  
 Total file active en 2013 : 296      Total file active en 2017 : 744  
 Total file active en 2014 : 412

Commentaire :

**La file active du réseau a augmenté de 17%** en 2017 par rapport à 2016, reflétant l'augmentation du nombre d'inclusions. Cette augmentation doit être pondérée par le retard pris par la coordination à la sortie des familles du réseau en fin de prise en charge. En effet, la prise en charge des situations non stabilisées sont privilégiées, au détriment des fins de prises en charge rassurantes (suivis post natals de la mère et de l'enfant assurés, familles stabilisées).

**\*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**



Commentaire :

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

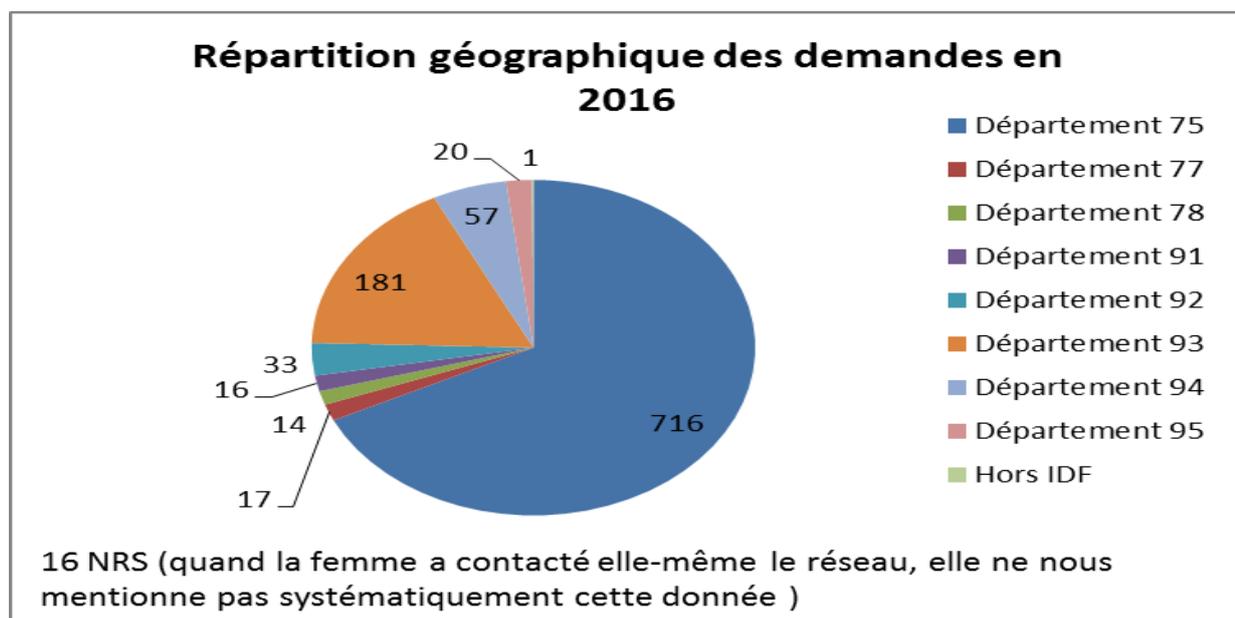
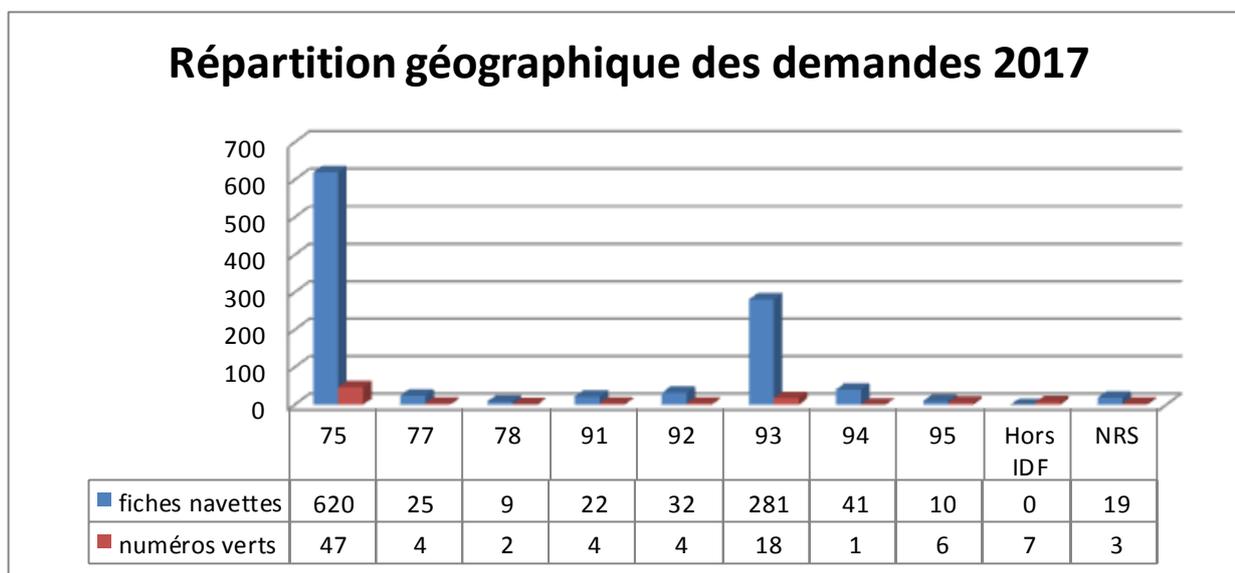
Commentaire :

**La durée de prise en charge a augmenté de 4.9%**. Si cette augmentation de la durée de prise de charge reflète le travail accompli dans le repérage précoce des situations à risque qui sont incluses plus précocement dans le réseau, elle témoigne également du retard pris pour faire

sortir les familles en fin de prise en charge. Bien que l'équipe privilégie les réponses aux demandes (inclusions, supports aux professionnels et aux usagers), au détriment des sorties de réseau qui correspondent aux situations stabilisées, une vigilance soutenue a été portée aux familles en fin de prise en charge. En effet, cette augmentation du délai de prise en charge reste faible et souligne d'autant plus l'intensité du travail de l'équipe de coordination. L'apport des internes en médecine générale (Paris VI, Paris VII et de Paris V cette année) en SASPAS au réseau s'avère une ressource non négligeable et se centre sur l'accompagnement des familles en sortie de réseau.

**\*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**



La dynamique de régionalisation se poursuit avec un étalement des demandes d'inclusions sur l'ensemble de l'Ile de France. Paris reste le département d'où émane le plus grand nombre d'inclusions. Toutefois, on constate une nette 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 progressent également par rapport à l'année 2016 qui enregistrait une demande prépondérante en provenance de la Seine Saint Denis et du Val de Marne.

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 2018. 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.

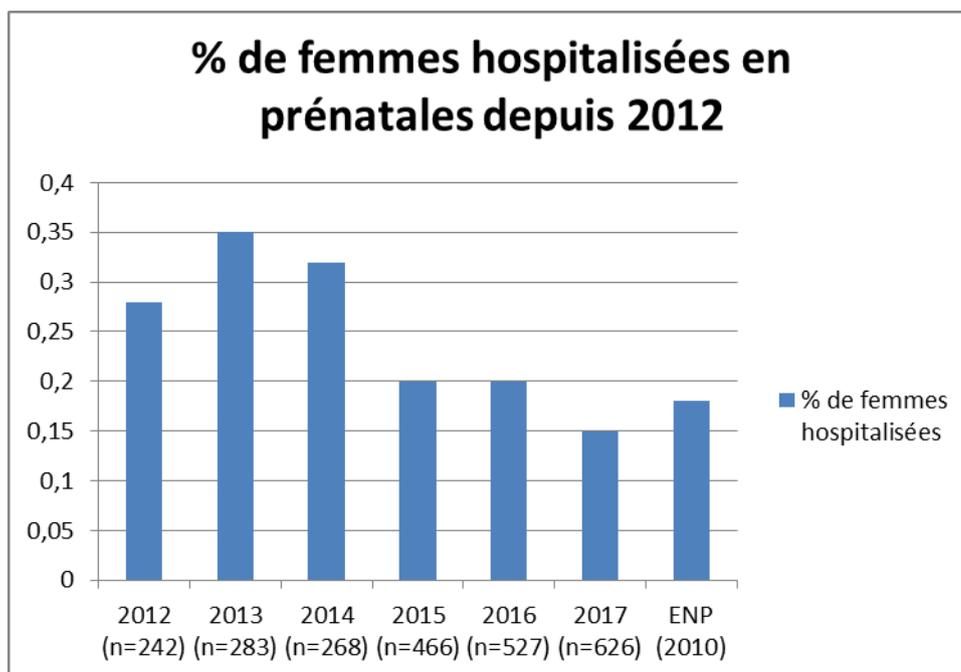
Enfin, les formations et les rencontres Solipam, sont l'occasion de faire connaître le réseau et de sensibiliser les acteurs de terrain aux risques périnataux liés à la grande précarité et aux ressources mobilisables pour les réduire. Ces événements permettent également aux professionnels d'échanger entre eux sur leurs pratiques professionnelles et ainsi d'améliorer la

collaboration entre leurs secteurs d'activité (médicale, médico-sociale et psycho-sociale), au profit de tous les usagers du système de soins périnataux.

**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**

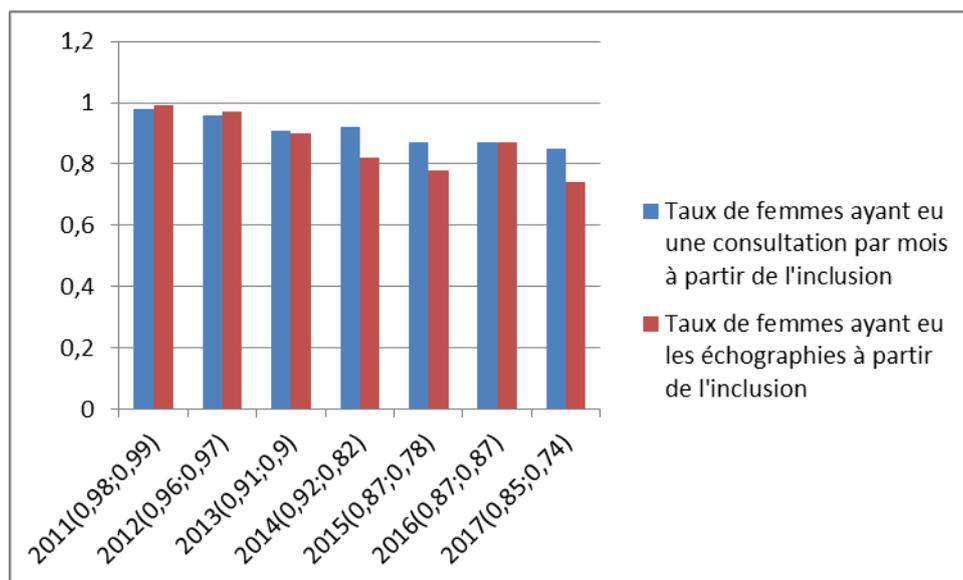


Commentaire :

Le pourcentage de femmes hospitalisées en 2017 est de 15%, en légère baisse. Ce taux s'avère même 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. Cette notion de risque social périnatal reste un des axes majeur de sensibilisation des professionnels de santé et des maternités pour 2018.

- **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**

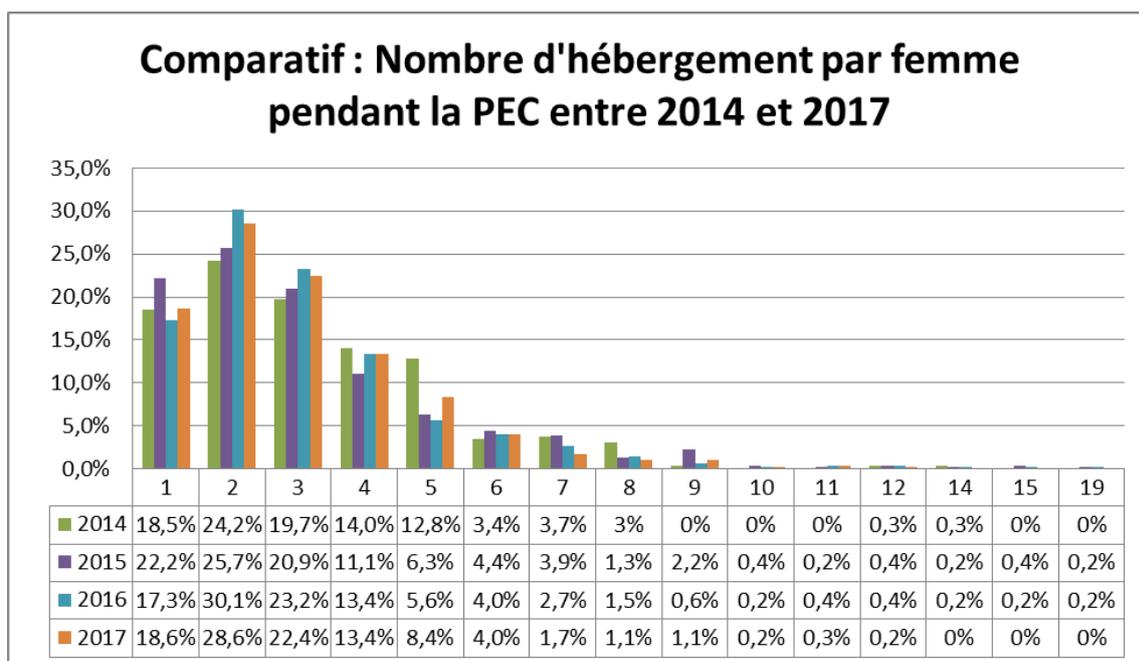
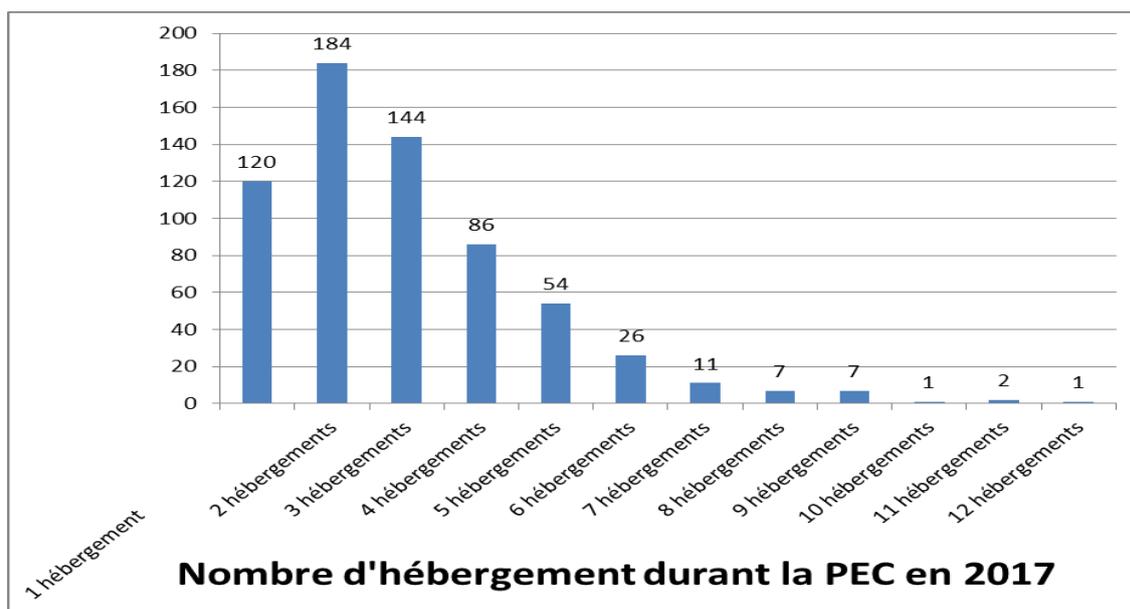


Commentaire :

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.

- **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'hébergement par femme (sur les sorties de réseau datant de 2017)**



Commentaire :

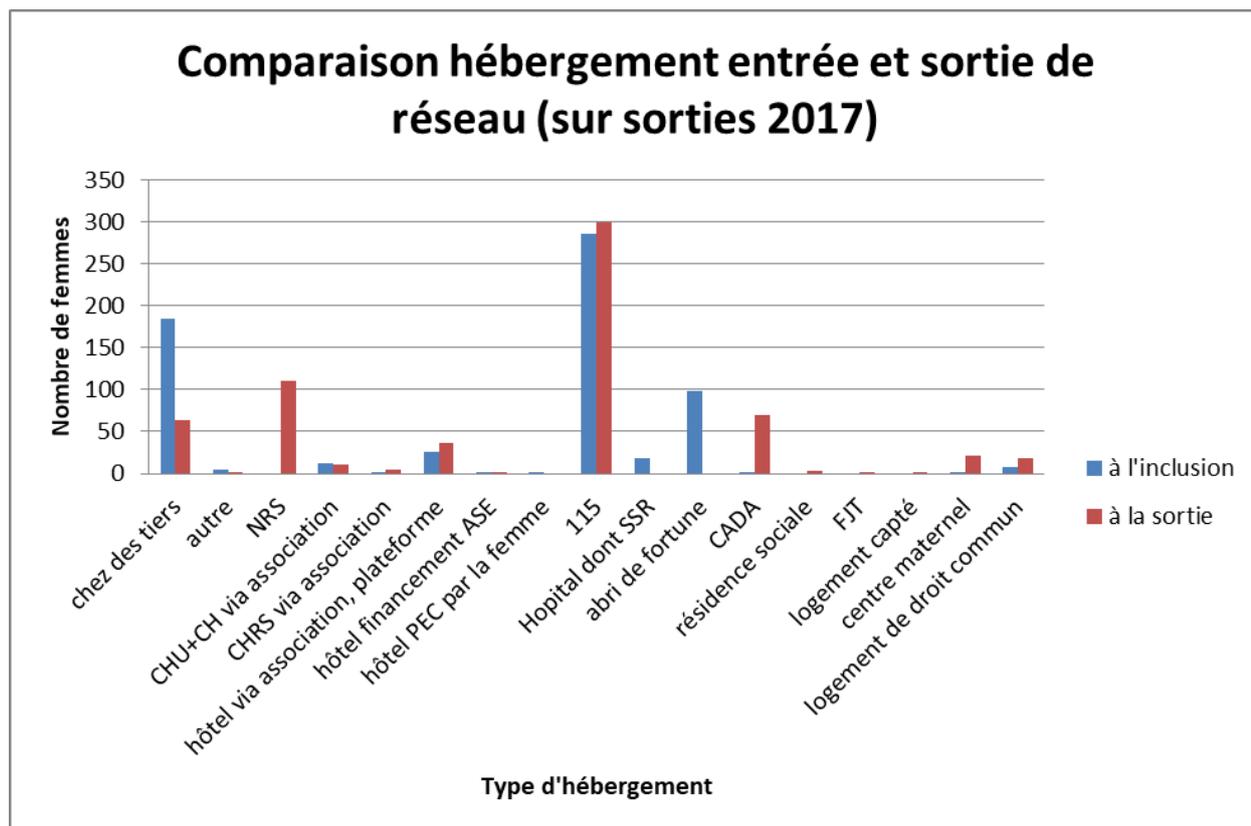
91.5% des familles incluses dans le réseau ont connu entre 1 et 5 hébergements.

1.7% des femmes ont subi plus de 7 changements d'hébergements en 2017 (2,7% en 2016).

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. Bien que la mobilisation de tous les acteurs a permis de mieux stabiliser les sorties de maternité, cette constatation reste bien sûr un point de vigilance majeure pour l'accompagnement de ces femmes enceintes, la morbidité périnatale étant principalement liée aux évènements de la période prénatale.

En 2017, comme en 2016, 47,3% des familles ont connu de 1 à 2 hébergements et ont pu être stabilisées en anténatal.

**Figure n°9 : Comparaison du type d'hébergement à l'entrée et à la sortie du réseau (sur les sorties de réseau datant de 2017)**



\* Le NRS correspond aux femmes perdues de vue.

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.
- augmentation du nombre de prise en charge par les dispositifs d'hébergement 115, plateformes, CADA, et 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 orientées vers Solipam. Cela s'explique par leur statut administratif et leur arrivée récente sur le territoire. 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 et nécessitant de pouvoir être accompagnées et soutenues.

De plus, le travail en partenariat avec les services médicaux et sociaux permettent 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.

*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.*

Figure n°10 : Evolution de la couverture sociale de la femme à l'entrée et à la sortie du réseau en 2017

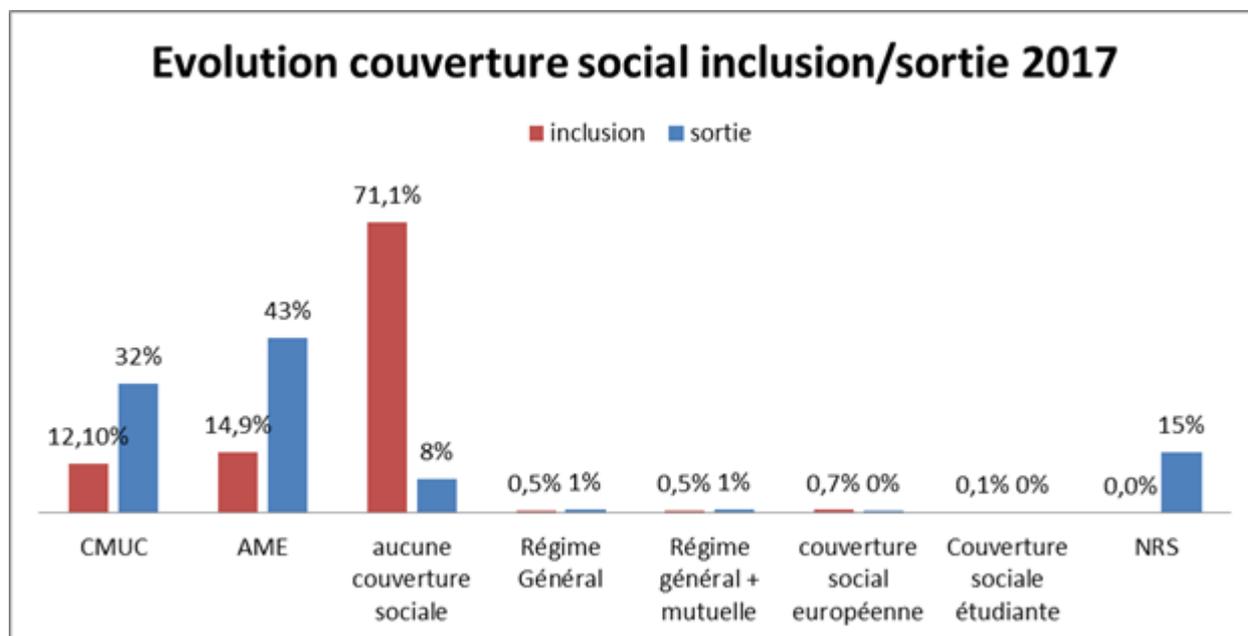
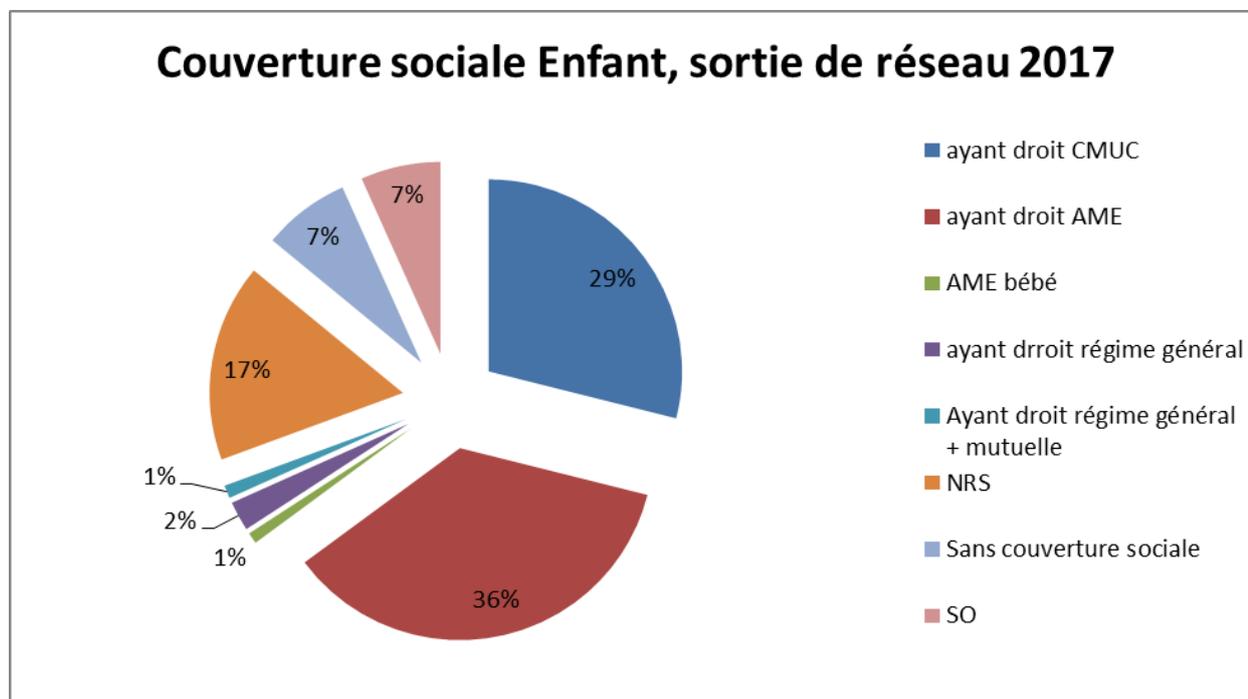


Figure n°11 : Couverture sociale de l'enfant (sur les sorties de réseau 2017)



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 12% et 15% 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 noté 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.<sup>2</sup>

Ces questions devront être posées en 2018 en groupe de travail.

### 3- Des indicateurs de résultats en santé périnatale :

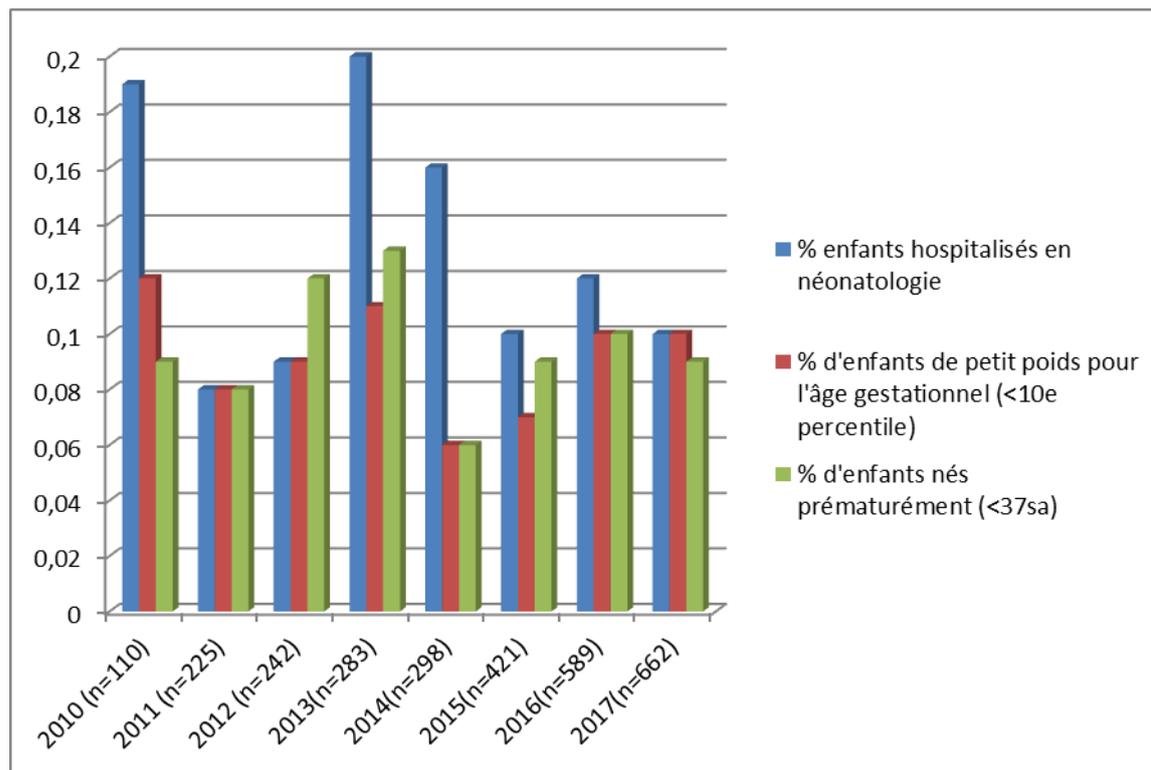
Ces indicateurs ont été choisis pour pouvoir être comparés aux résultats de l'Enquête Nationale Périnatale. La morbidité périnatale retient particulièrement notre attention, du fait du retentissement reconnu de la précarité sur le risque de prématurité, de petit poids de naissance et de transfert néonatal.

**Figure n°12 : Evolution de la Morbidité périnatale de 2010 à 2017**

	Hospi NN	Petit poids	Prémat
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
ENP 2010	0,06	0,7	0,7

<sup>2</sup> <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 :

Au regard des conditions sociales extrêmement défavorables et des vulnérabilités cumulées des familles incluses dans le réseau, les taux de prématurité et de nouveau-nés de petits poids se rapprochent des taux de la population générale (ENP 2010), 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.

Bien qu'ils ne puissent être interprétés scientifiquement en l'état, ces chiffres sont malgré tout encourageants et viennent conforter le réseau dans la pertinence de ses missions et outils de soutien aux professionnels et aux familles concernées.

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

## 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 : Dr Paule Herschkorn Barnu
- une assistante de direction administrative : Julie Ringeval (congrés de maternité puis démission au 1/11/2017. Remplacement par Amadine Blondelet. Embauche de Claire Migot du 2/11 et fin période d'essai mi-décembre 2017. Embauche Julie Dabadie le 02/01/2018.
- une coordination médico-sociale composée de :
  - 3 sages-femmes (2,5 ETP) : Virginie Le Cornec, Sophie Rigot et Annie Abdat remplacée par Hélène Cinelli le 2/11/2017.
  - 3 assistantes sociales (2,5 ETP) : Axelle Kiriloff remplacée par Bertille Pesnelle, Sandra Lelay et Chamssiya Chaehoi remplacée par Aurélie Tchiemmegne, d'abord pour congés parental puis définitivement.

Les mouvements de personnel ont été particulièrement soutenus en 2017, testant favorablement le système qualité mis en place (classeur de protocoles à chaque poste de travail, accueil du nouvel arrivant, solidarité d'équipe).

**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)

## **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 navette<sup>3</sup> 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 protocole<sup>4</sup>)

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

---

<sup>3</sup> Voir annexe 2

<sup>4</sup> Voir annexe 3

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 privilégiée pour les familles non francophones ni anglophones (ISM ou associations en partenariat)

*Les différents temps de l'entretien :*

- explication réseau SOLIPAM, signature adhésion<sup>5</sup> 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.

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.

---

<sup>5</sup> Voir annexe 4

### **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 patientes. 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.

Une difficulté identifiée : les femmes munies de téléphone LEBARA et LYCA mobile ne peuvent bénéficier d'un numéro 0800... une solution devra être trouvée en 2018 pour permettre à toutes les familles d'appeler le numéro vert SOLIPAM.

#### **4- Protocoles de coordination et supports réseau**

En 2017, le réseau comptabilise 6 outils de communication :

- La fiche orientation en entrée de réseau<sup>6</sup>. Taux d'utilisation : 1

- La fiche plan de suivi<sup>7</sup>. 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 doit se poursuivre en 2018 pour étendre l'utilisation de cet outil à l'ensemble du territoire Ile-de-France.

Taux d'utilisation : 81%

- La fiche inscription au restaurant social Santeuil : Taux d'utilisation: 1

Protocole de délivrance des cartes : la coordinatrice médicale ou sociale donne une carte par personne et par service pour le mois désigné et un mail est transmis à l'équipe du restaurant Santeuil avec le nom de la patiente et le numéro de la carte. En 2017, il a été décidé en GT1 que toutes les cartes Santeuil seraient délivrées aux familles par l'équipe de coordination. En effet, jusque-là confiées aux assistantes sociales de maternité, ces cartes étaient peu utilisées et l'équipe de coordination se trouvait démunie face à des familles en demande.

- La fiche Solipam « dossier obstétrical »<sup>8</sup>. 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). Taux d'utilisation : 78%

*En 2018, l'utilisation de cette fiche doit 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. Pour les autres situations, la coordination a eu connaissance de l'accouchement directement auprès de la femme.*

- La fiche hébergement type<sup>9</sup>. Taux d'utilisation : 1

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 systématiquement rempli pour chaque situation par la coordination sociale et transmise au

---

<sup>6</sup> La fiche orientation en entrée de réseau est la fiche navette de Solipam, voir annexe 2

<sup>7</sup> Voir annexe 5

<sup>8</sup> Voir annexe 6

<sup>9</sup> Voir annexe 7

réfèrent santé à Interlogement 93. Le même système s'applique pour le 115 du 92. La fiche est également utilisée en sortie de réseau pour mettre à jour les informations sociales de la famille en termes de démarches et de suivi social. En ce qui concerne les 115 du 94, 77, et 91, les échanges se font par mail sans fiche particulière. Le contact avec le 115 du 78 est téléphonique.

- La fiche support<sup>10</sup> 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 »<sup>11</sup>, dans le tableau de bord mensuel. Sa fréquence d'utilisation est de 1.

### 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 2018 avec l'appui des réseaux périnatalité départementaux.

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

<sup>10</sup> Voir annexe 8

<sup>11</sup> Voir annexe 9

	Louis Mourier	oui
	CH Nanterre	oui
	Clamart : Hôpital Antoine Bécère	<b>oui</b>
	Antony : Hôpital privé d'Antony	<b>non</b>
	Bourg La Reine : Clinique Ambroise Paré	oui
	Saint Cloud (CH4villes)	oui
	Sèvres (CH4villes)	oui
	Neuilly	<b>non</b>
	Hôpital Foch à Suresnes	<b>non</b>
	Hôpital Franco britannique Levallois	<b>non</b>
<b>91</b>	Longjumeau : Centre Hospitalier Longjumeau	<b>non</b>
	Orsay : Centre Hospitalier d'Orsay	<b>non</b>
	Corbeil-Essonnes : Centre Hospitalier Sud Francilien (fusion des hôpitaux de Corbeil-Essonnes et Evry)	oui
	Arpajon	oui
	Clinique Jacques Cartier. Massy	<b>non</b>
	CH Etampes	<b>non</b>
	Hôpital Privé Athis Mons	oui
<b>94</b>	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)	<b>non</b>
	Villeneuve Saint Georges	<b>non</b>
	Les Noriets: clinique privée Vitry sur Seine	oui
<b>93</b>	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	<b>non</b>
<b>95</b>	Argenteuil : Centre hospitalier Victor Dupouy	<b>non</b>
	Gonesse	<b>non</b>
	Cergy-pontoise : centre hospitalier René Dubos. 953030 Cergy-pontoise	oui
	Centre hospitalier des portes de l'Oise à Beaumont sur Oise	<b>non</b>
	Hôpital privé nord parisien (Sarcelles)	<b>non</b>
	Hôpital Simone Veil (Montmorency)	<b>non</b>
<b>78</b>	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
<b>77</b>	Lagny sur Marne : Centre hospitalier de Lagny Marne La Vallée	<b>non</b>
	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 sera privilégié 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.

## 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 médicales<sup>12</sup>, 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.

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).

---

<sup>12</sup> Voir annexe 10

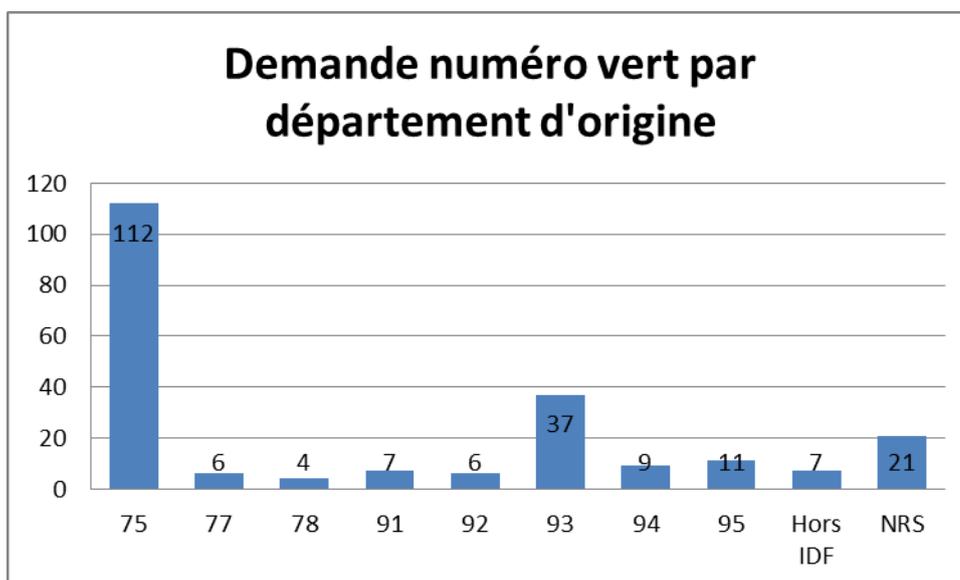
### Le numéro vert SOLIPAM, projet expérimental sur 3 ans (2015-2016-2017) :

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.

En 2017, nous avons reçu **220** appels dont **104** ont abouti à une inclusion. Ainsi, pour l'année 2017, **9%** 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



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.

### 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.

Sur l'année 2017, **232** femmes incluses à Solipam (30% des familles incluses, même taux qu'en 2016) 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

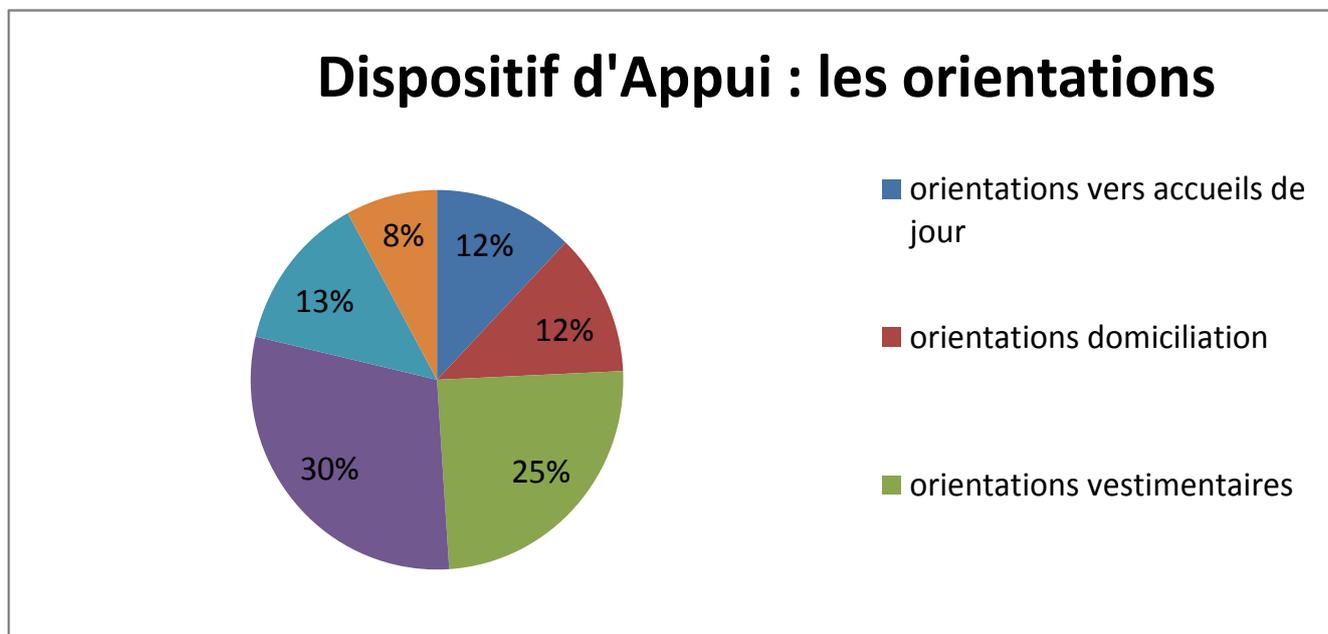
Notons que la difficulté majeure pour ces femmes est de trouver une commune d'ancrage leur facilitant l'accès à certains dispositifs et de bénéficier des structures environnantes.

Lors de l'inclusion, nous informons toutes les femmes de leurs droits.

En 2017, **71** femmes ont pu bénéficier d'une orientation alimentaire auprès d'associations agréées ainsi que **42** femmes ont été orientées vers des organismes de domiciliation, afin de pouvoir bénéficier d'une adresse pour entamer leurs démarche administratives.

De même, **19 rapports sociaux** ont été établis, généralement à la sortie du réseau (3 mois du bébé) vers les services sociaux de secteur afin d'effectuer un relai social et que les familles puisse bénéficier d'un suivi social global.

Figure n°14 : Dispositif d'Appui, les orientations



<p style="text-align: center;"><b>Mission d'améliorer la qualité et la sécurité des soins de la population concernée</b></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 Enverges 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 20eme, à la demande des médecins responsables du centre.
- la maison de santé pluridisciplinaire des 2 portes du 10eme, 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.

### 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**<sup>13</sup> (nombre de professionnels du territoire ayant orienté une situation vers SOLIPAM et nombre d'accouchement sur le territoire concerné).

*Durant le deuxième semestre 2017, des réunions avec chaque réseau (mis à part le 92) ont eu lieu soit au sein de leur bureau, soit à Solipam afin d'améliorer le parcours de soin des femmes en situation de grande précarité sur chaque territoire. Les tableaux ont été redéfinis selon les besoins pour chaque réseau.*

Exemples d'items pour les demandes reçues par les professionnels du territoire X

Maternité de suivi		Demande					Lieu accouchement		Hébergement durant la prise en charge						
Maternité AP-HP	Maternité Hors AP-HP	Fonction	Type de structure	Structure	Département	Date de la demande	Maternité AP-HP	Maternité Hors AP-HP	Date d'accouchement	Terme d'accouchement	Catégorie	Financier	Nombre de l'hôtel	Ville	Remarques

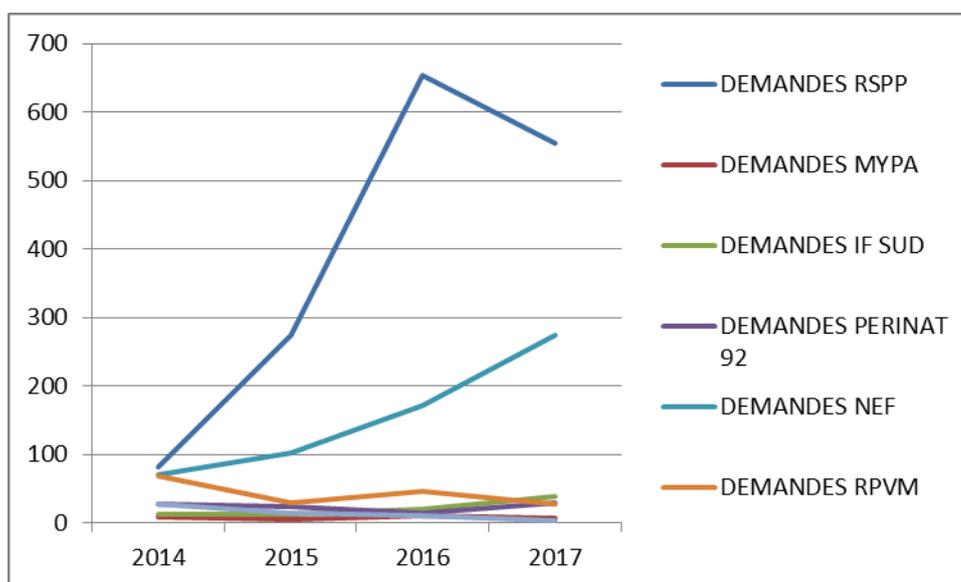
Exemples d'items pour les accouchements des différentes maternités sur le territoire X

Maternité de suivi		Demande					Lieu accouchement		Hébergement durant la prise en charge						
Maternité AP-HP	Maternité Hors AP-HP	Fonction	Type de structure	Structure	Département	Date de la demande	Maternité AP-HP	Maternité Hors AP-HP	Date d'accouchement	Terme d'accouchement	Catégorie	Financier	Nombre de l'hôtel	Ville	Remarques

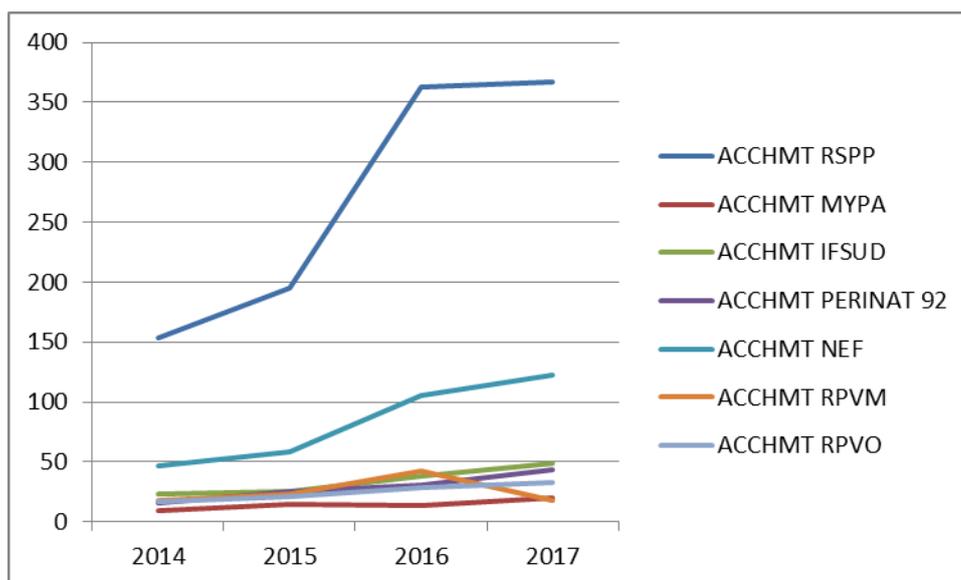
<sup>13</sup> Voir annexe 11, 12 et 13

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

**Figure n° 15 : Répartition des demandes des professionnels en fonction de leur réseau périnatal territorial**



**Figure n° 16 : Répartition du nombre d'accouchements en fonction du réseau périnatal dans lequel se trouve le lieu d'accouchement.**



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, **13** nouveau-nés à risque ont été repérés au cours de l'année 2017. 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 envisager les modalités de collaboration. 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.

**47 nouveau-nés vulnérables sont actuellement en file active.** La grande majorité est incluse au sein des réseaux périnataux des différents départements en fonction du lieu d'hébergement et la sage-femme de coordination en charge de ce dossier s'assure régulièrement de l'inscription de ces enfants auprès du réseau des nouveau-nés vulnérables dont il dépend. Aucune limite de temps de prise en charge dans SOLIPAM pour ces nouveau-nés vulnérables. Une évaluation sur l'apport de la coordination dans le maintien de ces enfants dans un parcours de suivi adapté sera réalisée en 2018.

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 ces 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)

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 2017, **451 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).

Le Partenariat avec le CHU Jardins du Monde à Bourg la Reine fonctionne très bien avec 13 orientations de femmes seules ou avec enfants sur l'année 2017.

### **Partenariats réactivés en 2017 :**

- **les accueils de jour Cergy** : associations *Oasis* et *Du Côté des Femmes* pour des orientations de familles sans hébergement mais aussi pour les familles hébergées ayant besoin d'un accès à une cuisine, à une laverie, ou à des activités avec les enfants. L'orientation vers *l'Oasis* se fait par fiche navette de la coordinatrice sociale, avec des demandes spécifiques et afin de préciser au mieux les besoins de chaque patiente. L'orientation vers *Du Côté des Femmes* se fait directement. Le partenariat avec les accueils de jour de Cergy permet également l'orientation de femmes connues de leurs services vers Solipam.
- **Cité saint martin** Nous avons rencontré l'équipe de la Cité Saint-Martin en 2017. La structure souhaite poursuivre le partenariat avec SOLIPAM avec les mêmes modalités. La structure continue à réserver 5 places au sein de leur CHRS et un nombre illimité au sein de leur crèche pour des familles incluses dans le réseau SOLIPAM. L'équipe nous contacte afin de nous informer de leurs places disponibles.
- **Centre Corot** : possibilité d'orienter des femmes via SIAO Insertion par un partenaire accompagnant la famille ou via le dispositif d'appui, possibilité également d'orienter les femmes vers le vestiaire adulte, enfants et matériel de puériculture
- **Halte Jeunes** : la halte nous oriente des femmes jeunes enceintes, nous faisons le relai vers une inclusion si nécessaire. Nous avons pris en compte les missions de la Halte Jeunes avec possibilité d'orienter des personnes appelant sur le numéro vert mais ne correspondant pas aux critères d'inclusion au réseau
- **CHU d'Ivry** : Nous avons rencontré les travailleurs sociaux du CHU d'Ivry. Les équipes ont présenté leurs différentes missions au sein de leur structure respective. L'équipe du CHU pourra solliciter le support de SOLIPAM sur leur situation de périnatalité.
- **Eglantine** : rencontre en décembre 2017 afin de penser la possibilité d'une réactivation des liens entre Solipam et Eglantine. La rencontre a permis de mettre en évidence un besoin pour certaines femmes d'être orientées vers ce type de dispositif d'accueil inconditionnel et sécurisant. Le partenariat devrait se remettre en place courant 2018 après concertation avec le SIAO75.
- **Service social de maternités** : Lariboisière, Saint-Joseph et La Roseraie. Nous avons pu réexpliquer le travail de la coordination sociale de Solipam et mettre en place des

protocoles d'orientation vers ces trois services sociaux de maternité. Une rencontre a eu lieu en 2017 avec la direction du GH de Lariboisière afin de prendre en compte les pressions exercées sur la maternité de Lariboisière par des orientations systématiques des familles par les dispositifs de premier recours.

- **Croix rouge nationale** : à la demande de la Croix Rouge, pour leur Journée nationale des Espaces Bébé Parents 2017, Solipam est intervenu pour sensibiliser professionnels et bénévoles à la thématique Périnatalité/précarité et aux modalités de fonctionnement du réseau à des fins d'appropriation et de reproduction.

### **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 restant 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 soutenue les Rencontres SOLIPAM 2017<sup>14</sup>, les fonds restant ayant permis de financer l'accueil des participants.

## ***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

---

<sup>14</sup> Voir annexe 14

femmes prises en charge dans le cadre du réseau. Cette décision a été validée par les membres du bureau.

Les sollicitations en 2017 ont été toujours aussi soutenues, du fait de l'actualité (réfugiés).

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 va permettre en 2018, de créer un espace 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](http://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 2017:**

- Journée HAD APHP
- Comité de pilotage étude Santé sexuelle et reproductive /femmes115,
- Comité de pilotage Etats généraux de la PMI de Paris
- Réunion sages-femmes coordinatrices réseaux APHP
- Collectif de rue
- Journée mondiale des réfugiés
- Plateforme mobilisation réfugiés Ville de paris
- Pacte parisien contre la grande exclusion
- Réunion direction Groupe Hospitaliers Lariboisière
- Groupe de travail direction médicale APHP « parcours femmes précarité »

## **Formation Continue délivrée par la coordination en 2017:**

- 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)

- Séances de sensibilisation d'étudiants en pharmacie Paris V
- Projet d'encadrement de travailleurs sociaux par la coordination sociale du réseau
- Formation SOLIPAM (2 sessions en 2017)

### **3 - Projet réseau 2017**

Les groupes de travail SOLIPAM créés en 2010 ont été actifs en 2017. La dynamique 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 2017 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 cours de l'année 2017 du GT 1 : 4

Nombre de participants / réunion : 14

*Projets portés par le GT1 en 2017 :*

- a- Projet stabilisation de l'hébergement : développement des partenariats avec les SIAO et les 115 départementaux, rencontres et adaptation des modalités de travail en commun
- b- Projet alimentation : sensibilisation des banques alimentaires au soutien de l'allaitement maternel. A reprendre en 2018. Travail conjoint avec le RSPP dans la promotion de l'allaitement maternel.
- c- Projet « dossier maternité patiente » : possession par les femmes incluses de leur dossier afin de prévenir les ruptures de soins, la redondance des examens, et réduire les incompréhensions des familles et des soignants. Peu de progression avec les maternités qui ont toutes des SI différents. Cette question est prise en compte par la direction médicale de l'APHP. Elle est également travaillée dans le cadre de la réflexion sur la conception d'outils de communication avec les familles non francophones et éloignées des prérequis culturels de notre système de soins périnataux (groupe CARMAT). Elle sera poursuivie en 2018.

- d- Numéro vert : poursuite de la communication pour faire connaître ce service (site internet SOLIPAM, Guide Solidarité 2017, difficultés objectivités pour certains téléphones prépayés) poursuivre en 2018.
- 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 menée par la Samu Social de Paris.
- f- Suivi par la coordination SOLIPAM des situations non francophones et non anglophones depuis 1 mois: réduire le nombre de perdues de vue en améliorant la coordination. Des outils de coordination ont été testés mais doivent être diffusés largement en 2018.
- g- Evaluation du dépistage de la surdité pour les nouveau-nés « SOLIPAM » : étude à mener en 2018.

Pour 2018, il faudra aussi consolider certains partenariats :

- Développer nos liens avec des associations qui offrent de la layette. Cette orientation est préconisée dans le cadre du dispositif d'appui pour des femmes en fin de grossesse n'ayant aucun étayage de professionnels autour d'elles. Nous étions en partenariat jusqu'à présent avec Petit Bagage d'Amour. Nous souhaitons étendre ce partenariat à l'association Tricotez Cœur en 2018.
- Poursuivre les projets « hébergement » tant en direction des différents 115 mais également vers les dispositifs d'accueil des personnes en demande d'asile.
- Contacter la fédération française des diabétiques afin de connaître leurs actions auprès des personnes diabétiques et la possibilité pour le public de Solipam d'en bénéficier.

- **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 2017 :

- Elaboration et organisation des Rencontres SOLIPAM 2017.
- Amélioration et organisation de la formation SOLIPAM 2017.

Nombre de réunions au cours de l'année 2017 du GT 2 : 4.

Nombre de participants/réunion : 6.

- **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<sup>er</sup> 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.**

Une stagiaire doctorante de l'EHESP, encadrée par Clélia Gasquet, chargée de recherche à l'EHESP, a été accueillie et financée en 2017 par le réseau pour faire une mesure d'impact du numéro vert<sup>15</sup>.

Par ailleurs, en 2018, une réflexion doit être 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.

#### **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 »<sup>16</sup>**

Financée par le pôle prévention de l'ARS 75 (PPS), et soutenue activement par la Fondation Diaconesses Croix Saint Simon (mise à disposition gracieuse des salles), la formation SOLIPAM créée en 2011, s'est interrompue au 1<sup>er</sup> semestre 2017 faute de financement par le pôle prévention santé (PPS). La formation a pu reprendre, en se modernisant, au 2<sup>ème</sup> semestre 2017 grâce à un financement ponctuel du PPS. Cette formation a été intégrée en 2017 par l'ARSIDF dans le budget de fonctionnement du réseau. Deux sessions ont eu lieu au 2<sup>nd</sup> semestre 2017<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> Voir annexe 1

<sup>16</sup> Voir annexe 15 (programme formation) et 16 (évaluation)

<sup>17</sup> Voir annexe 15

et ont bénéficié à 44 professionnels de la région IDF (2 sessions prévues pour 20 professionnels/sessions). L'interruption de la formation SOLIPAM au 1er semestre 2017, que nous avons relayée à nos partenaires, a entraîné une baisse des demandes. Malgré cela, les deux sessions 2017 ont été complètes. En 2018, un effort de relance doit permettre de retrouver le niveau des demandes antérieur.

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 stagiaires en 2017. 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 2017<sup>18</sup> des professionnels formés et des terrains de stage ont été positives pour certaines interventions mais nous engageant à affiner et améliorer les nouvelles propositions. Les sessions 2018 en tiendront compte.

### **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. Quatre **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.

L'atelier permet aux femmes de :

---

<sup>18</sup> Voir annexe 16

-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

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

L'atelier a été créé et a débuté en 2014. Sur l'année 2017, 4 ateliers se sont déroulés à environ 2.5 mois d'intervalle.

52 femmes ont participé à ces ateliers en 2017, soit une moyenne de 13 femmes par groupe.

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

Résultats 2017 : 94% des femmes étaient très satisfaites des groupes.

88% satisfaites de l'échange et de la présentation de la sagefemme

100% satisfaites de l'accueil et de l'organisation

90% satisfaites de la rencontre avec l'agent CPAM.

Grace 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 2018.

## 5- Evaluation des partenariats

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

### **Nombre de demandes reçues par le réseau durant l'année 2017 : 1155**

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

	2014	2015	2016	2017
<b>Maternités 75</b>	122	198	231	216
<b>dont maternités APHP</b>	116	189	216	194
<b>Bureau centralisé des inscriptions en maternité APHP</b>	2	2	2	0
<b>Maternités 77</b>	1	1	2	6

Maternités 78	5	2	4	4
Maternités 91	5	5	3	1
Maternités 92	11	15	7	9
Dont maternités APHP	3	3	3	
Maternités 93	17	17	25	52
Dont maternités APHP	9	13	1	15
Maternités 94	4	2	12	8
Dont maternités APHP	3	1	1	1
Maternités 95	12	2	2	0
Sous-Total Maternités	187	244	288	296
Service hospitalier hors maternité	11	10	19	44
DFPE/ PMI 75	19	27	94	85
PMI 77	3	2	6	5
PMI 78	0	1	3	2
PMI 91	1	2	1	9
PMI 92	6	2	2	6
PMI 93	16	15	31	47
PMI 94	7	6	7	4
PMI 95	6	3	1	0
CMS	10	21	10	3
CMP	1	0	0	1
HAD	22	20	16	7
Autres réseaux de santé (RPPN, Réseau Ressources, Réseau PALIPED) et centres de santé	5	9	17	6+22 28
Soins de suite : Hôpital mère enfants de l'Est Parisien et Vésinet	10	7	5	4
Structure médicale associative (MDM, MSF, Comède..)	111	221	182	208
Médecins libéraux	3	3	6	6

Samu social	13	13	10	14
Samu social du 93	3	5	18	2
Accueils de jour				63
Services social départemental de Paris (PSA - secteur)	26	30	28	3
Service Social départemental hors 75 (78 ;93 ;95)	9	10	9	10
CAF ( 75 et 95 ; 91)	1	0	0	0
Associations, Dont SOS grossesse...	73	90	72	22
Centres d'hébergement	33	41	24	20
Plate-forme d'hébergement	31	53	6	8
Femme elle-même	58	87	196	235
Bénévole	0	29	18	23
<b>TOTAL</b>	<b>665</b>	<b>951</b>	<b>1071</b>	<b>1155</b>

\*pas de recueil des données

**Figure n°18 : Répartition géographique des demandes - 2017**

Département	2014 Total des demandes = 665	2015 Total des demandes = 951	2016 Total des demandes : 1071	2017 Total des deman des : 1155
<b>75</b>	426/665 soit 64%	610/951 soit 64.1%	716/1071 soit 66.9%	667/1155 57.70%
<b>77</b>	6/665 soit 0.9%	12/951 soit 1.3%	17/1071 soit 1.6%	30/1155 2.59%
<b>78</b>	9/665 soit 1.4%	14/951 soit 1.5%	14/1071 soit 1.3%	11/1155 0.95%
<b>91</b>	11/665 soit 1.6%	30/951 soit 3.2%	16/1071 soit 1.5%	26/1155 2.25%
<b>92</b>	27/665 soit 4.1 %	40/951 soit 4.2%	33/1071 soit 3.1%	36/1155 3.11%
<b>93</b>	71/665 soit 10.7 %	133/951 soit 14%	181/1071 soit 16.9%	301/1155 26.06%
<b>94</b>	68/665 soit 10.2 %	40/951 soit 4.2%	57/1071 soit 5.3%	43/1155 3.72%
<b>95</b>	27/665 soit 4.1 %	26/951 soit 2.7%	20/1071 soit 1.9%	15/1155 1.29%
<b>NRS*</b>	20/665 soit 3%	43/951 soit 4.5%	16/1071 soit 1.5%	20/1155 1.73%
<b>Hors Ile de France</b>		3/951 soit 0.3%	1/1071 soit 0.1%	7/1155 0.60%

\* quand la femme a contacté elle-même le réseau, elle ne nous mentionne pas systématiquement cette donnée

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

\*752 femmes incluses au total du 01/01/2017 au 31/12/2017

\*\*712 femmes incluses en prénatal du 01/01/2017 au 31/12/2017

Le terme moyen au moment de l'inclusion continue de diminuer en 2017. 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 est en légère baisse en 2017 par rapport à 2016 (42%/47%) expliqué en partie par une légère augmentation des inclusions avant 12 SA (de 11% à 13.6 %). 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) en 2016 (mise en œuvre du Pacte parisien contre la grande exclusion), la mobilisation de l'ARS et de la DRIHL dans l'amélioration de l'accès aux soins des femmes enceintes les plus démunies, sont probablement des raisons essentielles de cette amélioration. L'implication croissante en 2017 des médecins de ville dans ces situations de grande précarité est à souligner.

Cela dit, le taux de femmes enceintes n'ayant pas d'inscription en maternité à l'inclusion reste élevé et confirme la pertinence des orientations vers le réseau, une première consultation assurée en ville ne garantissant pas le maintien dans un parcours de soins de ces familles en errance sur l'ensemble de la région IDF.

**Figure n° 20 : antécédents obstétricaux des femmes à l'inclusion**

Antécédents obstétricaux**	2014	2015	2016	2017	ENP (2010)*
<b>Mortinatalité</b> (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)	11.3%
<b>Césarienne</b>	15.3% (30/196)	10% (28/274)	14% (46/330)	11% (42/379)	18.9%

\*ENP(2010) : Enquête nationale périnatale 2010

\*\*Pour les femmes multipares ayant accouchées au cours de l'année 2017 soit 379

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

Antécédents, pathologies et complications pendant la grossesse	2014	2015	2016	2017	ENP(2010)*
<b>Diabète gestationnel (au cours d'une grossesse précédente)**</b>	4.6% (9/196)	2.2% (6/274)	2,40% (8/330)	1,58% (6/379)	1%
<b>HTA gestationnelle (au cours d'une grossesse précédente)**</b>	3.1% (6/196)	1.5% (4/274)	1,80% (6/330)	2,1% (8/379)	1.1%
<b>Diabète Insulino Dépendant***</b>	0.7% (3/406)	1% (5/466)	0,17% (1/588)	1,2% (8/659)	0.3%
<b>HTA chronique***</b>	0.2% (1/406)	1.5% (7/466)	1,50% (9/589)	1,2% (8/659)	1%
<b>Autres pathologies hors grossesse***, ****</b>	6.6% (27/406)	8.8% (41/466)	8,00% (50/589)	9,4% (62/659)	

\*ENP(2010) : Enquête nationale périnatale 2010

\*\* calculer à partir de l'effectif des multipares ayant accouché en 2017 soit 379

\*\*\* calculer à partir de l'effectif de l'ensemble des femmes ayant accouché en 2017 soit 659 issues de grossesse

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

Un travail important d'homogénéisation a été fait sur les résultats de 2017 et sera poursuivi en 2018

Depuis le 2<sup>ème</sup> 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 qui ont été retenues sur l'année 2017 sont les suivantes selon 4 items :

Pathologies mentales : 12 soit 2% des femmes incluses ayant accouché en 2017.

Pathologies infectieuses : 28 dont 9 HIV, 13 Hépatites (à noter 3 tuberculoses)

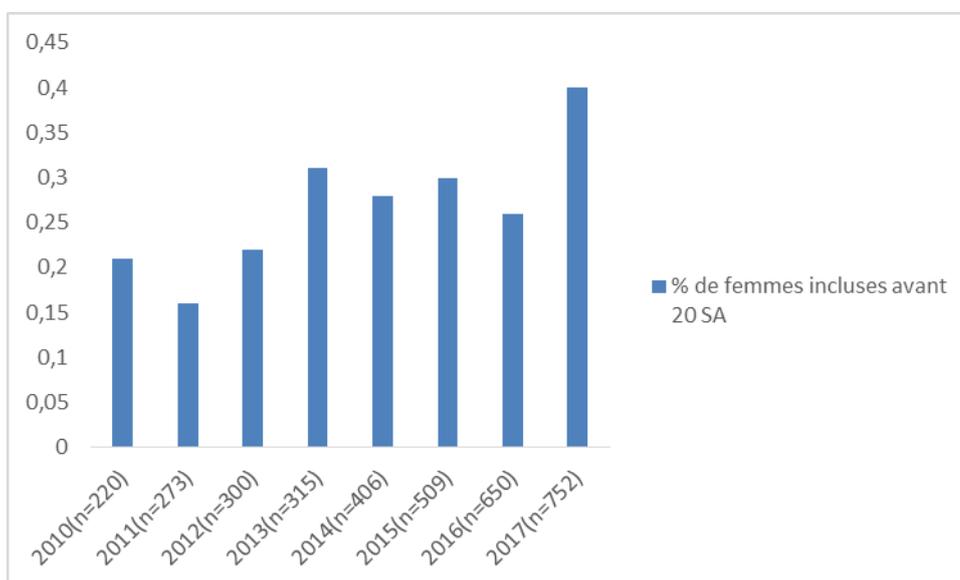
Pathologie gynécologiques : 2

Pathologies somatiques : 20 (à noter une maladie de Crohn, epilepsie...) un travail d'équipe sur les items est encore à travailler pour avoir une base la plus exhaustive possible !

### Terme à l'inclusion

La proportion de femmes incluses avant 20 SA est de 40% en 2017. Ce taux est en forte augmentation. Le développement du numéro vert doit permettre une amélioration de la connaissance du réseau auprès des femmes elles-mêmes.

**Figure n° 22 : Pourcentage de femmes incluses avant 20 SA de 2010 à 2017**

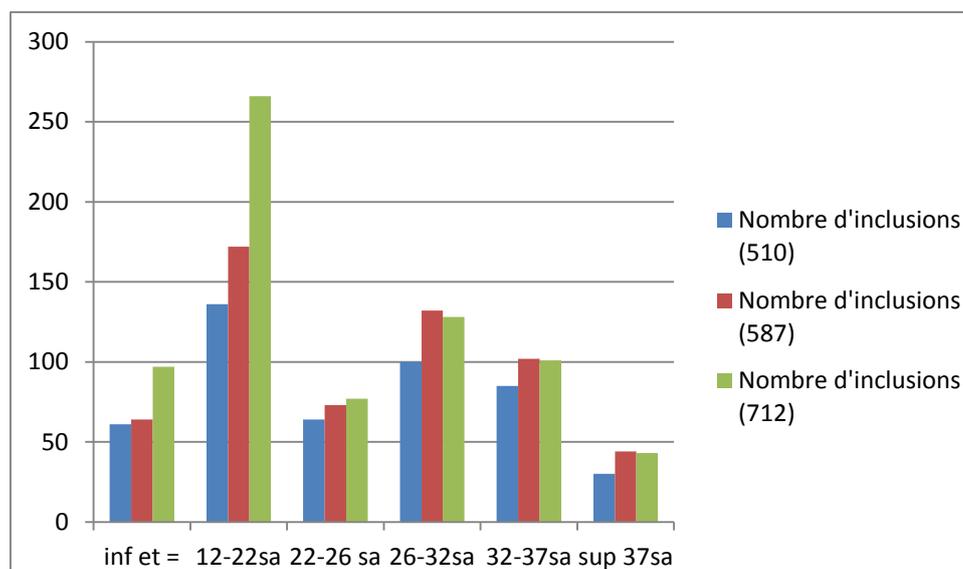


Commentaire :

La dispersion des termes à l'inclusion est de 4 SA à 41,2 SA. A noter, 40 femmes ont été incluses en post natal.

La médiane des termes à l'inclusion est de 23,5 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 2017



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

### 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 20SA:

-**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<sup>er</sup> 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 s'intégrera, à partir de 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 2017, 49% ont été orientées avant 20SA (56% pour 2016).

### Hébergement à l'entrée dans le réseau

Parmi les 752 femmes incluses au réseau en 2017 :

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

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

<b>CADA</b>	2/406 soit 0.5%	1/510 soit 0.2%	3/648 soit 0,4%	3/752 0.39%
<b>Résidence sociale</b>	1/406 soit 0.3	1/510 soit 0.2%	0	0/752 0%
<b>Logement de droit commun</b>	3/406 soit 0.7%	7/510 soit 1.4 %	6/648 soit 0,9%	3/752 0.39%

Au moment de l'inclusion dans le réseau pendant l'année 2017, la majorité des familles sont en hébergement d'urgence, chez des tiers ou dans un abri de fortune. Cela correspond aux critères d'inclusion du réseau.

### Suivi social à l'entrée dans le réseau

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

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

\* comparatif non possible, données non homogènes

\*\*à noter que : 3 femmes bénéficiaient d'un double suivi

A l'entrée dans le réseau, 35 % 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.

**44.82 % des femmes intègrent le réseau sans aucun suivi social. Ce pourcentage est croissant depuis 2016.**

### Couverture sociale à l'entrée du réseau

Figure n°26 : couverture sociale à l'entrée dans le réseau

	2014	2015	2016	2017
Régime général	3/170 soit 1.7%	15/510 soit 2.9%	17/648 soit 3,3%	4/752 0.5%
CMU+/-CMUC	61/406 soit 15.1%	72/510 soit 14,1%	95/648 soit 14,6%	91/752 12%
AME	81/406 soit 20%	110/510 soit 21.6%	137/648 soit 21,1%	112/752 14.9%
Aucune couverture sociale	252/406 soit 62%	310/510 soit 60.8%	389/648 soit 60%	535/752 71%
Régime général + mutuelle			5/648 soit 0.8%	4/752 0.5%
Couverture sociale européenne	4/406 soit 1%	3/510 soit 0.6%	4/648 soit 0,6%	5/752 0.5%
Couverture sociale étudiante	1/406 soit 0.2%	0	1/648 soit 0,15%	1/752 0.6%

\* : cet item n'est plus recueilli en tant que tel dans la nouvelle base de données

Le nombre de femmes sans couverture sociale à l'entrée dans le réseau augmente cette année, avec 71% 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

- **85 % des femmes enceintes** incluses dans le réseau ont eu au moins une consultation de suivi de grossesse par mois après l'inclusion
- **74% des femmes ont eu leurs échographies** recommandées après l'inclusion.

**Au total, 12 décrochages de suivi obstétrical** ont été constatés au cours de l'année 2017. 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 2017 par rapport à 2016 (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 dépassée.

**Au total, 659 femmes ont eu une « issue de grossesse »\* durant 2017. A noter : 33 femmes ont été incluses en post natal, soit 626 « 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 659 femmes : 8 femmes ont fait une fausse couche et 1 a fait une IVG.**

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

Plus largement, la santé sexuelle et reproductive de ces femmes est un axe majeur d'accès aux soins porté par la coordination, autant auprès des femmes (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 626 femmes ayant accouché et incluses en prénatales et 629 enfants nés vivants ou mort-nés (8 grossesses gémellaires et deux grossesses triples)**

**- Parmi les 626 femmes enceintes au moment de l'inclusion et ayant accouché en 2017 :**

✓ **pour la période anténatale**

- 529 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**

- 562 femmes ont accouché dans l'une des structures prévues .
- 52 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.

✓ **taux d'hospitalisation**

Parmi les 626 femmes ayant accouché en 2017, 94 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 et 2017**

Motifs d'hospitalisation	Bilan, grossesse non suivie	Pathologie maternelle	Pathologie fœtale	Total
Année 2015	11	58	16	85
Année 2016	8	91	19	118
Année 2017	11	89	12	112

**Nombre d'hospitalisation par femmes :**

Au cours de l'année 2017 :

- 79 femmes ont été hospitalisées 1 fois
- 14 femmes ont été hospitalisées 2 fois
- 1 femme a été hospitalisée 3 fois

Soit un total de 112 hospitalisations.

### Stabilisation de l'hébergement des femmes durant la grossesse

Sur les 659 femmes ayant eu une issue de grossesse durant l'année 2017, 626 femmes ont été incluses avant leur accouchement. 282 femmes incluse au réseau en prénatal ont eu un seul hébergement jusqu'à leur accouchement, soit 45% des femmes enceintes incluses.

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

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

	0.3%	0.7%		
<b>NRS</b>			22/589 soit 3.7%	0
<b>Hospitalisation</b>	3/300 soit 1%	1/432 soit 0,2%		0

### 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<sup>ème</sup> 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 : 147 césariennes ont été effectuées en urgence sur les 182 césariennes au total soit un taux de 80% de césariennes en urgence
- les césariennes programmées : 35 césariennes ont été programmées sur les 182 césariennes au total soit un taux de 20% de césariennes programmées

- Parmi les 629 nouveau-nés dans le réseau, on compte :

- 624 nouveau-nés vivants
- 5 mort-nés (entre 26SA et 36,5SA)
- A noter que 2 enfants sont décédés avant 1 semaine portant à 7 le nombre de mortalité périnatale
- Et 3 enfants décédés à J9, 11 et 12

Comparée à la mortinatalité\* d'Ile de France calculée par ORS IDF (2016) qui était de 9,8 pour 1000 naissances en 2014, la mortinatalité enregistrée dans le réseau est de **8 pour 1000 en 2017 alors qu'elle était de 15,5 pour 1000 en 2016**. En ajoutant les 2 décès de nouveau-nés avant 7 jours enregistrés en 2017, la mortalité périnatale s'élève à 11,2 pour 1000, à l'identique du taux calculé par ORS IDF qui était de 11,4 pour 1000. En revanche, le taux de mortalité infantile s'avère inquiétant puisqu'il s'établit en 2017 à **8 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 :
  - 37 enfants nés prématurément entre 33 SA et 36 SA+6 dont 3 issus d'une grossesse gémellaire et 1 issu d'une grossesse triple dont 2 morts nés.
  - 13 enfants sont nés avant 33 SA (1 grossesse triple) dont 3 morts nés.
- Parmi les 629 nouveau-nés dans le réseau :
  - 57 enfants ont nécessité une hospitalisation en néonatalogie sur site et 11 enfants ont nécessité une hospitalisation en néonatalogie hors site. Soit un taux d'enfants hospitalisés en néonatalogie de 10%.

L'hébergement des 59 femmes dont les enfants ont été hospitalisés en néonatalogie se répartit ainsi :

- 21 femmes ont eu 1 hébergement entre l'inclusion dans le réseau et l'accouchement.
- 20 femmes ont eu 2 hébergements entre l'inclusion dans le réseau et l'accouchement.
- 10 femmes ont eu 3 hébergements entre l'inclusion dans le réseau et l'accouchement.
- 8 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 5 jours pour les femmes ayant accouché par voie basse. (La durée de séjour la plus courte était de 1 jour et la plus longue était de 30 jours)  
Concernant les femmes ayant eu une césarienne, la durée moyenne de séjour était de 7 jours. La durée de séjour la plus courte était de 2 jours et la plus longue était de 47 jours.

### Modalités de sortie de maternité

**Figure n°29 : Hébergement à la sortie de maternité**

Hébergement en sortie de maternité	2014	2015	2016	2017
<b>115 dont hôtel/CHU/Eglantine</b>	56/130 soit 43%	236/432 soit 54.6%	373/589 soit 63%	452/659 soit 68.58%
<b>Chez des tiers</b>	24/130 soit 18.4%	88/432 soit 20.4%	92/589 soit 15.6%	81/659 soit 12.29%
<b>Centre maternel</b>	2/130 soit 1.5%	3/432 soit 0.7%	7/589 soit 1.2%	7/659 soit 1.06%

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%
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%
Logement de droit commun	1/130 soit 0.7%	4/432 soit 0.9%	14/589 soit 2,4%	8/659 soit 1.21%
Centre d'hébergement	2/130 soit 1.5%	5/432 soit 1.2%	7/589 soit 1.2%	2/659 soit 0.30%
Structure d'urgence hors 115	0	1/432 soit 0.2%	2/589 soit 0.3%	12/659 soit 1.82%
Hôtel prise en charge ASE	1/130 soit 0.7%	8/432 soit 1.8%		2/659 soit 0.30%
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%
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%
SO car perdue de vue en prénatal ou FC		3/432 soit 0.9%	1/589 soit 0.01%	8/659 soit 1.25%
NRS			23/589 soit 3.9%	9/659 soit 1.36%
Abri de fortune		5/432 soit 1.2%	5/589 soit 0,8%	4/659 soit 0.60%

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 643 femmes sorties du réseau entre le 01/01/2017 et le 31/12/2017, 451 femmes sont sorties de manière programmée et dans les délais. 65 sorties de réseau n'ont pu se faire de manière formalisée.

Par ailleurs, 19 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 20 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, 25 femmes ont été perdues de vue pendant la période prénatale et 65 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 600 femmes.

**Suivi post-natal de l'enfant : 87 % sont suivis régulièrement par la PMI** (Protection Maternelle et Infantile) ; 1,2% des enfants sont suivis par la médecine de ville tandis que 5% ont un suivi « mixte » (PMI et ville).

Concernant l'insertion des soins vers la médecine de ville, **65% (49% en 2016) des femmes ont un médecin traitant à la sortie de réseau.**

**75% (69% en 2016) des femmes sorties du réseau<sup>19</sup> 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.

Les indicateurs de suivi post natal ont pu être renforcé grâce à la présence des internes de médecine générale en SASPAS.

### **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.

26 femmes (4,3%) ont été re-hospitalisées durant la période post-natale.

54 femmes (9%) 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.

---

<sup>19</sup> Ces informations sont recueillies lors de l'entretien de sortie.

## 5- Caractéristiques sociales des familles en sortie de réseau

### 645 femmes sont sorties du réseau durant l'année 2017 :

- **490** sorties ont été programmées et anticipées :
  - **451** ont été programmées dans les délais (3 mois après l'accouchement)
  - **20** 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.
  - **19** 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.
  
- **155** sorties n'ont pas été programmées :
  - **90** femmes ont été perdues de vue : **25** en prénatal, et **65** en postnatal
  - **65** femmes n'ont pas été contactées 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 645 femmes sorties du réseau en 2017, l'information est disponible pour 490 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
Centre maternel	9/264 soit 3.4%	13/459 soit 2.8%	20/476 soit 4,2%	25/645 soit 3.9%
Centre hébergement Eglantine, dispositif insertion	0	14/459 soit 3.0%	12/476 soit 2,5%	4/645 soit 0.6%
Chez des tiers	39/264 soit 14.7%	73/459 soit 15.9%	60/476 soit 12,6%	69/645 soit 10.7%
<b>115</b>	137/234 soit 51.9%	212/459 soit 46.2%	228/476 soit 47.9%	296/645 soit 46%
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%

<b>Hôtel via plateforme</b>	28/264 soit 10.7%	36/459 soit 7.8%	31/476 soit 6,5%	36/645 soit 5.6%
<b>Logement capté</b>	8/264 soit 3%	12/459 soit 2.6%	22/476 soit 4.6%	2/645 soit 0.3%
<b>Centre d'hébergement</b>	5/264 soit 1.9%	7/459 soit 1.5%	43/476 soit 0.9%	5/645 soit 0.8%
<b>Centre d'accueil pour demandeurs d'asile</b>	33/264 soit 12.5%	21/459 soit 4.6%	48/476 soit 10.1%	69/645 soit 10.7%
<b>Résidence sociale</b>	1/264 soit 0.4%	9/459 soit 2%	9/476 soit 1,9%	3/645 soit 0.5%
<b>Abri de fortune</b>	0	2/459 soit 0.4%	4/476 soit 0,8%	0/645 soit 0%
<b>FJT ou logement de droit commun</b>			2/476 soit 0,42%	19/645 soit 2.9%
<b>NRS</b>	*	50/459 10.9 %	50/476 soit 10,5%	111/645 soit 17.2%

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**

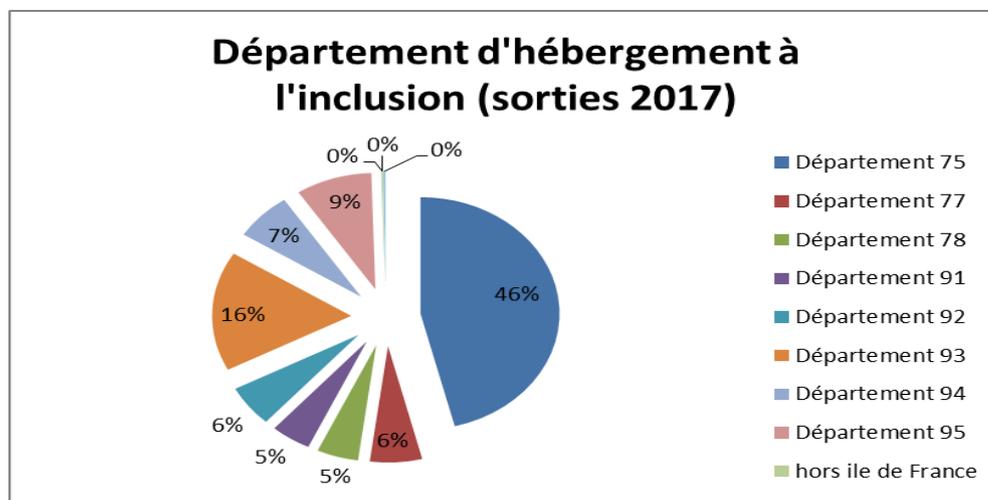
Nombre moyen d'hébergement	2014	2015	2016	2017
<b>1 hébergement</b>	49/264 soit 18.5%	102/459 soit 22.2%	81/476 soit 17%	120/645 soit 18.7%
<b>2 hébergements</b>	64/264 soit 24.2%	118/459 soit 25.7%	143/476 soit 30%	184/645 soit 28.7%
<b>3 hébergements</b>	52/264 soit 19.7%	96/459 soit 20.9%	111/476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

<b>6 hébergements</b>	9/264 soit 3.4%	20/459 Soit 4.4%	19/476 soit 4%	26/645 soit 4%
<b>7 hébergements</b>	10/264 soit 3.7%	18/459 Soit 3.9 %	13/476 soit 2,7%	11/645 soit 1.7%
<b>8 hébergements</b>	8/264 soit 3%	6/459 Soit 1.3%	7/476 soit 1,5%	7/645 soit 1%
<b>9 hébergements</b>	1/264 soit 0.3%	10/459 Soit 2.2%	3/476 soit 0,6%	7/645 soit 1%
<b>10 hébergements</b>	0	2/459 Soit 0.4%	1/476 soit 0,2%	1/645 soit 0.2%
<b>11 hébergements</b>	0	1/459 soit 0.2%	2/476 soit 0,4%	2/645 soit 0.3%
<b>12 hébergements</b>	1/264 soit 0.3%	2/459 soit 0.4%	2/476 soit 0,4%	1/645 soit 0.2%
<b>14 hébergements</b>	1/264 soit 0.3%	1/459 Soit 0.2%	1/476 soit 0,2%	
17 hébergements			1/476 soit 0,2%	

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 2017

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



## Département d'hébergement à la sortie (2017)

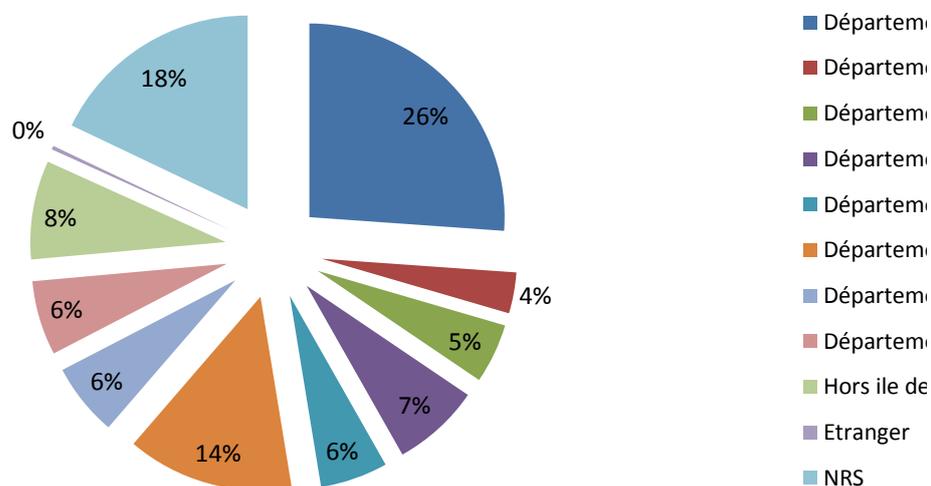
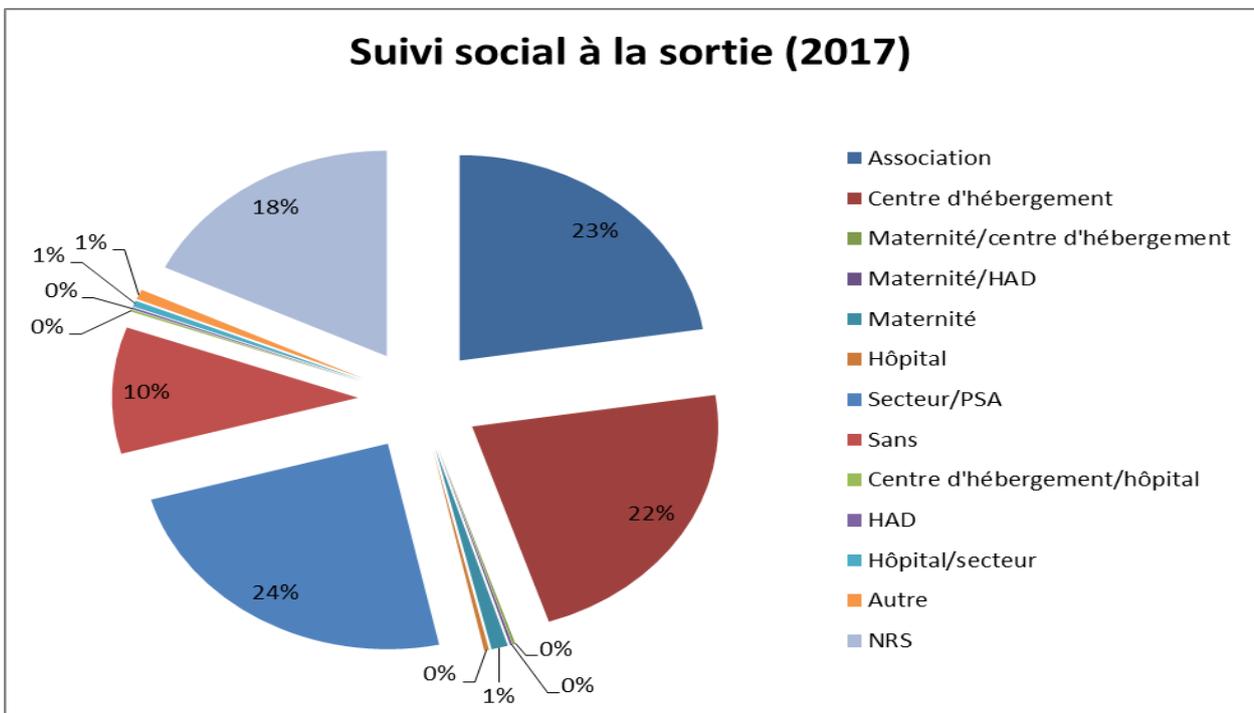
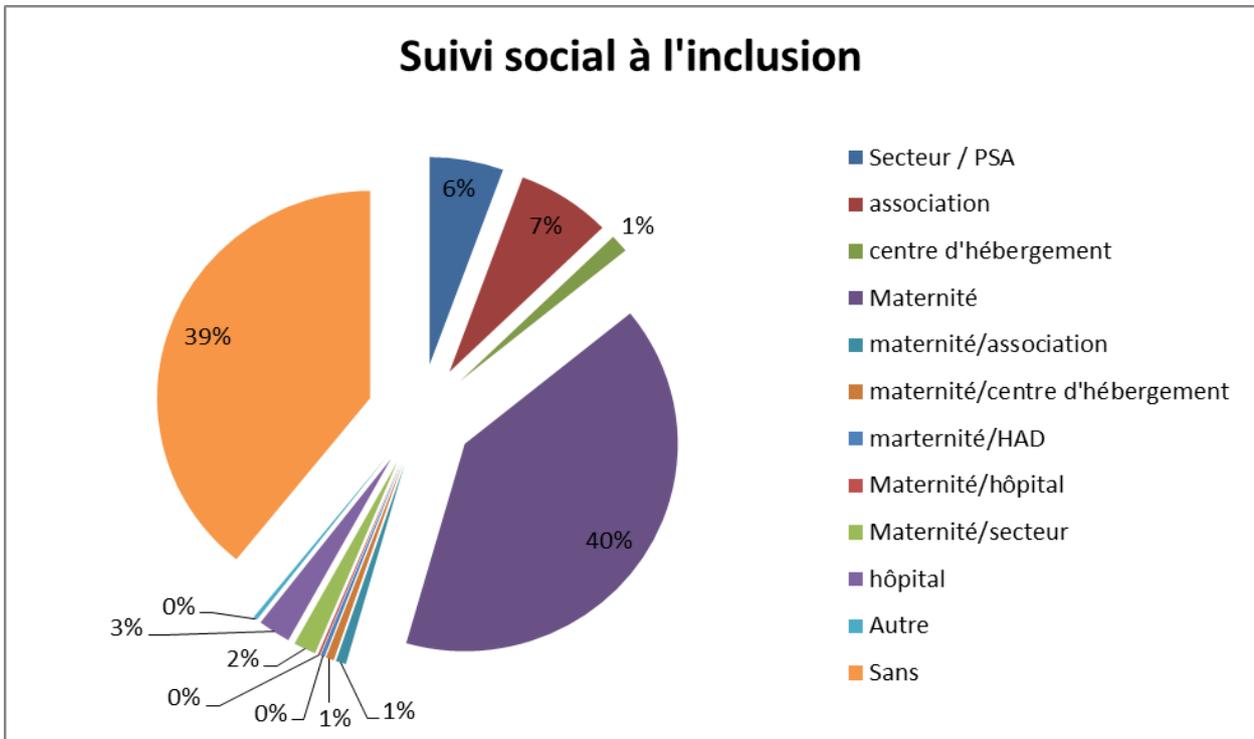


Figure n°33 : Suivi social en sortie de réseau

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

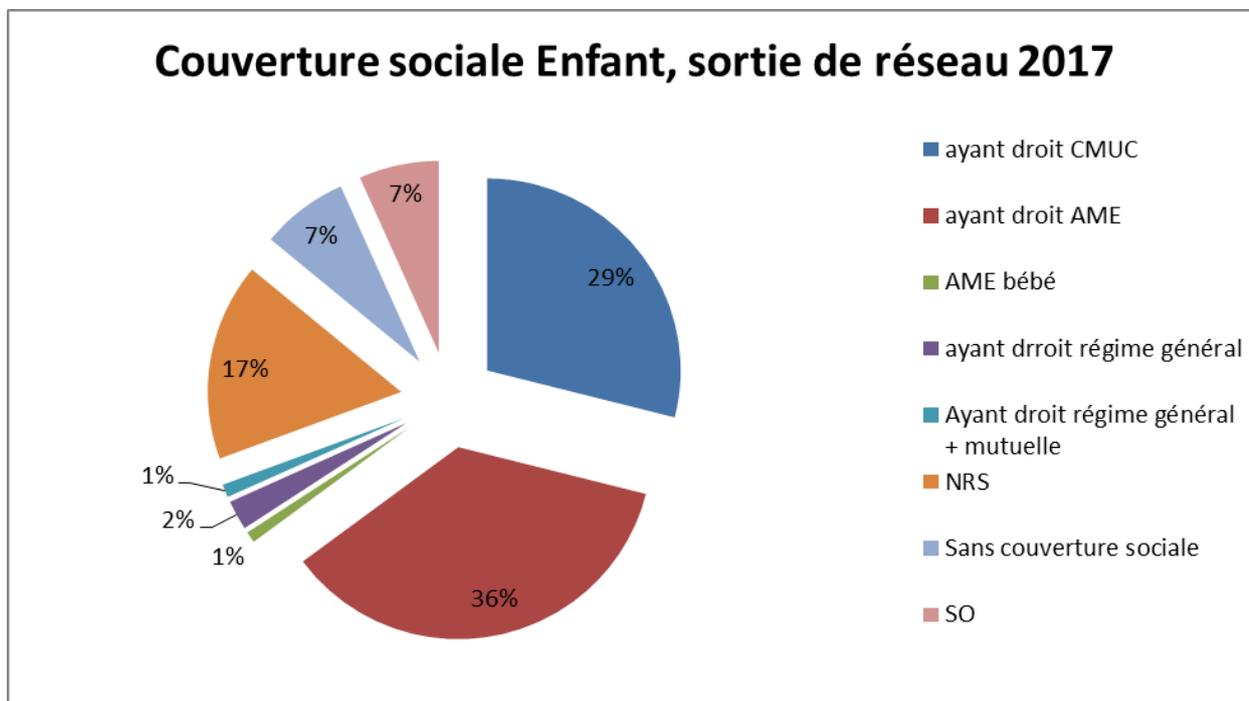
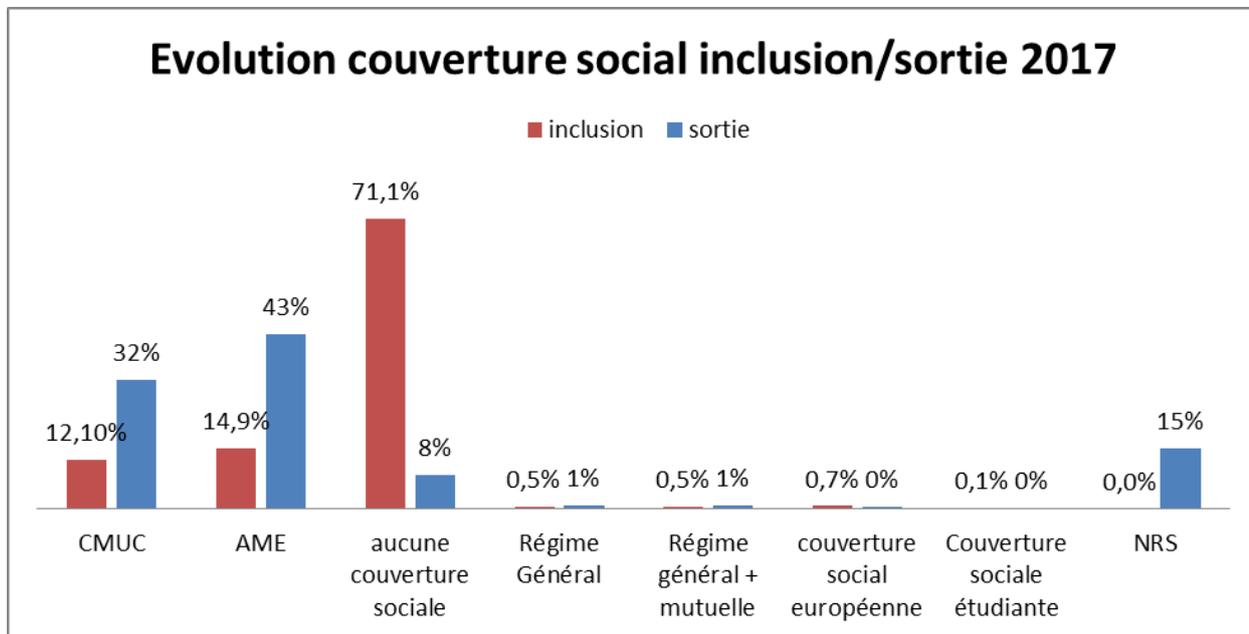
**Comparatif suivi social à l'entrée dans le réseau et en sortie**

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



**Figure n°35 : Couverture sociale pour les femmes ; pour les enfants**

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.



## Conclusion

Le nombre d'inclusions dans le réseau a augmenté de 16% en 2017 par rapport à 2016. Malgré des demandes d'inclusion bien ciblées, concernant les familles qui en ont le plus besoin, cette augmentation s'explique par la montée en puissance du numéro vert qui permet d'inclure les femmes à leur demande, avant même qu'elles aient pu rencontrer un professionnel et surtout par l'augmentation du nombre de familles en situation de grande précarité sociale sur le territoire. Sans effectif supplémentaire, l'équipe de coordination médico-sociale du réseau a su s'adapter et intégrer cette augmentation d'activité, en maintenant la qualité de l'accompagnement des familles et des professionnels.

L'année 2018 sera centrée sur la réalisation des projets de partenariats en cours avec les réseaux périnatalité et les dispositifs d'hébergement départementaux. Le délai d'inclusion, qui dépasse 10 jours pour un peu plus de la moitié des demandes en 2017, reste un indicateur de vigilance pour la coordination en 2018. Le rôle de plateforme ressource régionale s'avère un axe de travail à renforcer, pour répondre aux besoins des professionnels de la périnatalité confrontés à ces cas complexes. Les partenariats avec les réseaux périnatals départementaux seront centrés sur la question du dossier obstétrical des femmes incluses dans le réseau, sur l'accès à un suivi prénatal de proximité et sur la diffusion des outils du réseau dans toutes les maternités. Les partenariats avec les SIAO seront poursuivis en 2018 afin d'améliorer le soutien aux familles en demande de mise à l'abri et d'insertion. 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 restent des axes stratégiques en 2018.

# Rapport d'activité du réseau

## Annexes

**SOLIPAM**

01/01/2017 au 31/12/2017

<b>1. MESURE D'IMPACT DU NUMERO VERT SOLIPAM</b>	<b>73</b>
<b>2. FICHE NAVETTE SOLIPAM</b>	<b>83</b>
<b>3. PROTOCOLE DE TRI DES FICHES NAVETTES</b>	<b>84</b>
<b>4. FICHE ADHESION PATIENTS</b>	<b>85</b>
<b>5. FICHE PLAN DE SUIVI</b>	<b>86</b>
<b>6. FICHE SOLIPAM « DOSSIER OBSTETRICALE »</b>	<b>87</b>
<b>7. FICHE HEBERGEMENT TYPE</b>	<b>88</b>
<b>8. FICHE SUPPORT</b>	<b>89</b>
<b>9. FICHE SUPPORT EXPERTISE</b>	<b>91</b>
<b>10. FICHE REPERAGE VULNERABILITE MEDICALE</b>	<b>91</b>
<b>11. DEMANDES RECUES PAR LES PROFESSIONNELS IFSUD 2017</b>	<b>92</b>
<b>12. ACCOUCHEMENT SUR IFSUD, 2017</b>	<b>93</b>
<b>13. TABLEAU RECAPITULATIF DES DEMANDES ET ACCOUCHEMENTS SUR LE RESEAU IFSUD DE 2014 A 2017</b>	<b>94</b>
<b>14. PROGRAMME RENCONTRES SOLIPAM 2017</b>	<b>95</b>
<b>15. PROGRAMME FORMATION REPERAGE PRECOCE 2017</b>	<b>97</b>
<b>16. RESULTAT DE L'EVALUATION SUR LA FORMATION SOLIPAM</b>	<b>102</b>

## 1. Mesure d'impact du Numéro Vert Solipam

MESURE D'IMPACT DU NUMERO VERT DE SOLIPAM

JUILLET 2017

### INTRODUCTION

D'après le rapport de la Fondation Abbé Pierre sur l'état du mal-logement en France paru en 2017, la situation des sans-abri ne fait que se dégrader avec le temps. Aujourd'hui, le nombre de personnes mal-logées serait estimé à près de 4 millions. Cette précarité grandissante dans le pays s'illustre à travers l'augmentation de 50% du nombre de personnes sans domicile entre 2001 et 2012.<sup>1</sup>

Joseph Wresinski, ancien membre du conseil économique et social de la République française, donne, en 1987, une définition de la précarité régulièrement utilisée :

« Absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de résumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ».<sup>2</sup>

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

Il y évoque donc les entraves à la jouissance des droits fondamentaux que provoque la précarité. L'accès à la santé figure parmi ces droits fondamentaux comme cela est mentionné dans la Constitution française de 1946 : « La nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ».<sup>3</sup>

Dans cet alinéa 11 du préambule de la Constitution, mention y est faite de la protection de la santé infantile et maternelle. Cette attention s'applique donc également aux femmes en situation de précarité et notamment aux femmes enceintes et jeunes mères en situation de précarité.

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

En 2013, l'Institut National de la statistique et des études économiques (INSEE) publie un rapport sur l'hébergement des sans-domicile.<sup>4</sup>

Un constat alarmant y est révélé : 2 sans-domicile sur 5 sont des femmes. Tenant compte de cette situation, la prise en charge de ces femmes en situation de fragilité tente de se faire

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

TAMARA FADUL 3

MESURE D'IMPACT DU NUMERO VERT DE SOLIPAM

JUILLET 2017

complication des démarches administratives.

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

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

<sup>8</sup> SAUVEGRAIN P., La santé maternelle des « Africaines » : racisation des patientes et trajectoires de soins, 2012

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

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

La situation de précarité est une dynamique qui favorise l'émergence de plusieurs barrières et obstacles dans l'accès aux soins.

L'état des femmes en situation de précarité est fragile et a d'importants effets sur la santé puisque le Dr. Bernard Guillon, fondateur de l'ADSF, fait remarquer « [qu'] en France, l'accès aux soins des femmes précaires est 9 fois inférieur à celui des hommes dans la même situation ».

Dans le cas de personnes immigrées, la barrière de la langue et le manque d'informations concernant leurs droits et les organisations se relèvent être les principaux problèmes d'accès aux services de santé (Delvaux et al., 2001)<sup>8</sup>.

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

TAMARA FADUL 5

MESURE D'IMPACT DU NUMERO VERT DE SOLIPAM

JUILLET 2017

plus efficace afin de répondre à cette urgence sociale. Ainsi, à Paris, 1258 places d'hébergement sont dédiées aux femmes isolées, 528 pour femmes seules avec enfants et 328 pour celles victimes de violences conjugales.<sup>5</sup> Malgré ces initiatives, cette situation est d'autant plus inquiétante que le nombre de familles sans domicile, avec ou sans enfants, est en constante croissance. Cette situation est plus fréquemment observée auprès des familles monoparentales (où le parent est souvent la mère) dont le nombre augmente en France et qui, d'après l'Insee, sont plus fragiles sur le plan économique et social étant deux fois plus touchées par le chômage, ayant un faible niveau de vie et étant plus souvent locataires ou hébergées.<sup>6</sup> Les femmes enceintes en situation de précarité ne sont malheureusement pas épargnées.

### La grossesse chez les femmes en situation de précarité

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

<sup>5</sup> A Paris, un havre accueille les femmes à la rue à la sortie de la maternité, 21/03/2017, Courrier Picard

<sup>6</sup> Insee, Les familles monoparentales, souvent en situation de précarité, 2014

notre contexte actuel où l'Association pour le développement de la santé des femmes (ADSF) estime qu'entre 80 et 100 femmes enceintes dorment dans les rues de Paris, chaque nuit. En France, et plus particulièrement en Ile-de-France, la majorité de ces femmes est d'origine étrangère qu'elles soient en situation régulière, irrégulière ou en cours de procédure de demande d'asile. Ces femmes se retrouvent donc enceintes dans un pays étranger avec des codes sociaux, une langue, une culture et un système de santé différents de leur pays d'origine. Le rapport de 2016 de Médecins du Monde<sup>7</sup> met en avant, chez les femmes migrantes, cette restriction des déplacements sur le territoire d'accueil, de peur d'être arrêtées. Ces femmes enceintes migrantes mettraient alors en priorité la recherche de nourriture et d'abri, avant la recherche de soins prénataux. Cette situation révèle un paradoxe dans les pays d'accueil : d'une part, une couverture sanitaire universelle facilite à toute personne l'accès aux soins mais, d'autre part, la restriction d'accueil des personnes réfugiées et migrantes met à mal ce droit par la

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

TAMARA FADUL 4

MESURE D'IMPACT DU NUMERO VERT DE SOLIPAM

JUILLET 2017

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

### « Grossesse + précarité = urgence médicale »

La multiplicité des facteurs de risque pour les femmes enceintes en situation de précarité accroît considérablement les issues défavorables d'une grossesse.

Le Pr. Dominique Mahieu-Caputo à l'origine de l'association SOLIPAM, réseau de périnatalité pour les femmes en situation de grande précarité, disait très justement :

### « Grossesse + précarité = urgence médicale »

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

<sup>8</sup> GAYRAL-TAMIN H, DAUBISSE-MARLIAC L, BARON M, MAUREL G, REME JM, GRANDJEAN H. Caractéristiques sociodémographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2005  
<sup>10</sup> GASQUET-Blanchard C. et COLLOMBIER M., Inégalités socio-territoriales de santé périnatale : les parcours de santé de femmes

significativement plus élevé chez les mères en situation de précarité (11,6% vs 0,8%, p < 0,001).<sup>9</sup>

En santé périnatale, les inégalités sont fortement associées aux disparités régionales. Effectivement, en Ile-de-France et plus particulièrement en Seine-Saint-Denis, département où vivent le plus de familles en hôtel social et en bidonvilles, les inégalités sociales concernant l'accès aux soins pour les femmes enceintes se font particulièrement ressentir.<sup>10</sup> La mortalité infantile y est 40 à 50% plus élevée que la moyenne métropolitaine depuis les années 2000.<sup>11</sup>

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

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

TAMARA FADUL 6

moment de la grossesse et de l'accouchement. Ainsi, le risque de mourir en couches pour ces femmes est cinq fois plus élevé que pour les autres femmes et leurs décès seraient associés à une qualité des soins considérée comme « non optimale » pour près de 78% des cas (Bouvier-Colle et al., 2008).

Cette fragilité des femmes enceintes en situation de précarité se donne à voir à travers une forte corrélation entre précarité, un suivi médiocre ou nul des grossesses auquel s'associe une augmentation des pathologies périnatales comme la prématurité, les retards de croissance intra-utérin, les infections, les souffrances fœtales aiguës et des risques de conséquences au niveau de la cognition, des neurones sensoriels et de la respiration.<sup>13</sup> En outre, une situation de précarité favoriserait le développement d'un nouveau-né avec un petit poids de naissance, c'est-à-dire un poids à la naissance (à terme) inférieur à 2500g, d'après le seuil défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ce petit poids de naissance peut avoir des conséquences par la suite sur le développement du nourrisson et, par la même occasion, sur son état de santé en tant qu'adulte.

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

Toutes ces pathologies sont, entre autres, la conséquence d'un recours au système de soins plus rare et plus tardif pour les femmes en situation de précarité. D'après la Commission Nationale de la naissance et de la santé de l'enfant<sup>14</sup> (CNNSE), ce recours tardif et rare se définit par :

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

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

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

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

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

<sup>13</sup> RIETSCH M-G, *Projet de recherche commun EHESP – Solipam*, Octobre 2014

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

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

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

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

<sup>20</sup> Observatoire du Samusocial de Paris, *La grossesse et ses malentendus*, 2015

ressources financières dont dispose la femme) et quelques-uns du champ administratif (type d'assurance maladie, type de document de séjour).<sup>15</sup>

Tous ces facteurs de risque provoquent des difficultés de communication, des prises en charge tardives et une connaissance insuffisante du système, ce qui entrave la possibilité d'un accès aux soins optimal pour ces femmes.<sup>16</sup>

De plus, des vulnérabilités personnelles et familiales peuvent apparaître et entraînent un dysfonctionnement dans le déroulement du processus naturel de la naissance pouvant même jusqu'à altérer l'instauration du lien parent-enfant.<sup>17</sup>

Christine Davoudian a abordé le sujet à propos des femmes migrantes attendant un enfant dans son étude *Maternité d'exil*<sup>18</sup>. Elle y évoque l'anxiété ressentie par ces femmes qui se retrouvent loin de leur pays et de l'accompagnement traditionnel auprès des femmes enceintes qui est mis en place dans leur société d'origine. Son idée a donc été de mettre en place des groupes de rencontres et discussions autour de la thématique

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

<sup>16</sup> SAUVEGRAIN P., *La santé maternelle des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité*, 2014

<sup>17</sup> DAVOUDIAN C., *Maternité d'exil*, 2007

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

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

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

##### Présentation de SOLIPAM

Fondé en 2006, SOLIPAM (Solidarité Paris Maman) est un réseau de santé en périnatalité pour les femmes enceintes et leurs enfants en situation de grande précarité sur le territoire de santé d'Ile de France. L'objectif de ce réseau est de vaincre les différents obstacles à une prise en charge optimale de la grossesse pour ces femmes.

Parmi ses missions, le réseau SOLIPAM propose aux femmes les plus vulnérables des actions d'accompagnement tout au long du parcours de soins, pour

<sup>17</sup> Commission Nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE), *Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité*, 2014

<sup>18</sup> DAVOUDIAN C., *Maternité d'exil*, 2007

Ce besoin de réseau, SOLIPAM le procure aux bénéficiaires. Mais bien plus encore, l'intervention des patientes dans le processus de soin s'avère cruciale. En effet, ballotées de service en service, elles n'ont aucun moyen d'exprimer leurs doutes et incompréhensions. Pour y mettre fin, le réseau de santé du Haut Nivernais<sup>21</sup> propose 3 axes à adapter :

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

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

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

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

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

#### Problématique

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

SOLIPAM aux femmes et à leurs enfants, aux professionnels du territoire de santé et à la collectivité (GT3), une évaluation de la mise en place du numéro vert se relève être nécessaire. Cette mesure d'impact s'inscrit dans le financement émis par l'Agence régionale de santé. Le numéro vert est un projet expérimental sur 3 ans (2015-2017) qui permet de travailler à l'autonomisation des familles et d'améliorer leur insertion dans les soins. Le nombre de demandes d'inclusion dans le réseau a augmenté de 47% entre 2015 et 2016, augmentation majoritairement due à la mise en place du numéro vert dont la demande d'inclusion dans le réseau provient de la femme enceinte elle-même.

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

Les objectifs secondaires sont les suivants :

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

l'intermédiaire d'un professionnel

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

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

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

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

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

TAMARA FADUL 11

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

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

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

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

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

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

#### ANALYSE DES DONNÉES

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

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

- Le rapport avec les équipes médicales
- La localisation géographique

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

#### CARTOGRAPHIE DU PARCOURS DES USAGÈRES

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

TAMARA FADUL 13

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

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

#### ❖ MÉTHODOLOGIE

##### ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

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

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

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

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

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

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

TAMARA FADUL 12

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

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

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

#### ÉLOIGNEMENT DU MONDE MÉDICO-SOCIAL

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

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

#### Degré d'instruction

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

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

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

TAMARA FADUL 14

**Niveau de français parlé**

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

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

**Terme à l'inclusion**

Une inclusion au réseau précoce est l'un des objectifs

**Accompagnement de Mme Siten lors des soins**

Agée de 22 ans, Mme Siten est arrivée en France 2 jours avant notre rencontre à l'hôpital Lariboisière. Originnaire d'Éthiopie et ayant vécu 7 ans au Soudan, elle a été déposée à l'hôpital par une femme qui l'a hébergée parce qu'elle est enceinte de 9 mois, dit-elle. Passée par la Libye, elle y séjourne quelques mois avec son mari. En apprenant qu'elle est enceinte et par manque de moyens, son mari lui fait passer la frontière alors qu'il reste en Libye le temps d'avoir l'argent nécessaire pour la rejoindre. Après une traversée d'une quinzaine de jours en bateau, elle rejoint l'Italie où elle effectue une première échographie. Une personne parlant arabe qu'elle a eu au téléphone lui a conseillé l'hôpital Lariboisière en lui disant qu'elle y trouvera une personne sachant parler l'amharique. Finalement, ne l'ayant pas trouvée, elle souhaite que je l'accompagne pour traduire les consultations en arabe. La barrière de la langue se retrouve également dans le fait que les pancartes et panneaux se trouvent être tous écrits en français, sans aucune autre traduction. Elle ne peut donc pas s'orienter toute seule. De plus, le personnel soignant a aussi du mal avec l'anglais, langue avec laquelle elle peut communiquer. En l'accueillant, l'une des soignantes lui demande d'attendre en prononçant « white ». Lorsqu'un collègue lui fait remarquer sa mauvaise prononciation en indiquant que cela veut dire « blanc », elle hausse les épaules et s'exclame « oh elle m'a comprise ! ». Au moment de la consultation avec la sage-femme, je rentre avec la femme. La soignante nous accueille chaleureusement et me remercie pour l'interprétariat qui facilite énormément sa consultation. La fragilité morale de la femme enceinte s'illustre par des pleurs silencieux au moment où la sage-femme demande « a-t-elle subi des violences en Libye ? ». La sage-femme est rapidement attendrie et pose une main sur celle de la femme pour la consoler. Craignant une infection urinaire et n'ayant pas pu déterminer le terme de la grossesse avec précision, la sage-femme envoie la femme en salle de pré-travail pour effectuer une échographie plus complète. Le médecin effectuant l'échographie estime que le terme est bien moins avancé que celui affirmé par la femme, elle ne sera donc pas hospitalisée. Les recherches pour l'hébergement ont abouti sur une chambre d'hôtel à Argenteuil qu'elle n'a pas acceptée car elle préférerait rejoindre ses compatriotes à Paris.

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

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

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

**ENTOURAGE SOCIAL ET FAMILIAL PRÉSENT MAIS RESTREINT**

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

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

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

Mme Touré

**BESOIN DE STABILISER SON ENCRAGE SPATIAL**

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

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

Il n'y a pas de grande différence concernant les termes à l'inclusion entre les femmes incluses à travers le numéro vert et celles qui ont été introduites par l'intermédiaire d'un partenaire.

En revanche, il est utile de noter que les inclusions au réseau précoces, c'est-à-dire à moins de 3 mois de grossesse, sont souvent faites par des associations ou organismes d'aide aux sans-abris. Cette observation démontre davantage l'importance d'un numéro vert qui atteindrait des femmes éloignées des professionnels de santé afin de les inclure au réseau assez rapidement.

**Relations avec les professionnels de santé**

Le rapport entretenu avec les équipes soignantes influe grandement sur le parcours de soins des femmes enceintes en situation de précarité.

A travers les entretiens, il s'avère que les usagères du numéro vert voient leur prise de contact avec des professionnels de santé refrener pour de multiples raisons, favorisant une inclusion chez SOLIPAM avant toute consultation médicale. Effectivement, certaines de ces femmes se retrouvent dépendantes du bon vouloir et du temps d'autres personnes qui puissent les accompagner lors des visites médicales, ne parlant pas elles-mêmes français ou difficilement.

**DÉMARCHES ADMINISTRATIVES EN COURS**

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

**AVIS DES BÉNÉFICIAIRES SUR LE NUMÉRO VERT**

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

particulièrement des structures de soins, se fait ressentir, causée notamment par l'état de la situation administrative et sociale de la femme concernant sa situation légale et sa couverture maladie. Ce sentiment se dirige tout autant envers les soignants qu'envers l'institution médicale. En effet, le cas d'une femme illustre parfaitement cette observation : d'une part, elle percevait comme une menace le fait qu'un médecin ne voulait plus la prendre en charge car elle n'avait

pas de couverture sociale et s'effondrait donc en larmes lors des consultations. D'autre part, malgré un état de santé détérioré, elle a refusé d'être emmenée à l'hôpital par les pompiers, par peur qu'on

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

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

**BESOIN D'UNE AIDE MÉDICALE D'URGENCE**

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

Mme Sanogo

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

MESURE D'IMPACT DU NUMERO VERT DE SOLIPAM

JUILLET 2017

« C'est très bien [ce numéro] ! Parce que souvent, on n'a pas de crédit, on a rien. Il faut demander les téléphones pour composer les numéros. Ok, le monsieur prête son téléphone mais il est pressé. Donc s'ils ne répondent pas, il va partir et tu vas demander le téléphone d'un autre encore. En tout cas, le numéro là, c'est une très bonne idée parce que tout le monde peut appeler. Tu appelles, voilà, tu expliques ton problème. Au moins, tu sais où tu es. »

Mme Ibrahim

Ce numéro répond à un besoin réel dans ce domaine quant à la possibilité de prendre en charge des femmes enceintes en situation de précarité afin de leur permettre d'accéder à des soins, d'avoir un suivi social adapté et des conseils en termes d'orientation.

La mise en place et la continuité de ce numéro vert constituent un élément important et nécessaire au moment de la grossesse, selon les usagères. L'intérêt de ce numéro vert se reflète à travers les nombreuses incitations faites par ces femmes demandant une plus large diffusion de ce numéro vert auprès de la population concernée afin que les femmes soient au courant de son existence au moment où elles en auront besoin.

« C'est bien de mettre un numéro mais où on va trouver le tract ? Parce que pour en trouver, il faut se rendre à SOLIPAM. Déjà, SOLIPAM, je ne savais pas que ça existait, il y a beaucoup de gens qui ne savent pas que SOLIPAM ça existe. Ils savent beaucoup la Croix-Rouge - et c'est pas tout le temps qu'ils en parlent [de SOLIPAM] -, le Secours catholique, les associations qui aident les mamans. Je suis, plusieurs fois, entrée sur Internet pour chercher des associations qui aident les femmes enceintes en situation de précarité et je n'ai jamais vu SOLIPAM sortir. (...) J'ai fait beaucoup de recherches quand j'étais enceinte, j'ai tenté tous les arrondissements de Paris, dans les banlieues, mais je n'ai jamais vu SOLIPAM apparaître sauf quand la Croix-Rouge m'a sorti ça, comme ça. C'est compliqué d'avoir ces tracts pour savoir qu'il y a un numéro vert pour appeler. C'est bien mais il faut en trouver. »

Mme Ndiaye

❖ SOLIPAM : RÉSEAU PÉRINATAL DE RÉFÉRENCE POUR LES FEMMES ENCEINTEES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

SATISFACTION UNANIME DES USAGÈRES

Réseau de périnatalité particulier, SOLIPAM se révèle être un acteur indispensable pour les femmes en situation de précarité au moment de leur grossesse, autant concernant les parcours de soins que l'hébergement ou même l'accès à des vêtements et des repas.

MESURE D'IMPACT DU NUMERO VERT DE SOLIPAM

JUILLET 2017

« Avec SOLIPAM, ils se battent pour nous. Pour avoir les bonnes solutions pour nous. Même si c'est dur, ils font des efforts. »

Mme Cissoko

Considéré comme étant un « parfait guide » par l'une des usagères, le réseau est doté d'une équipe motivée et impliquée dont les femmes reconnaissent le travail quotidien pour les aider.

« C'était une belle expérience, je les remercie. Je les encourage aussi à faire pour d'autres personnes dans le besoin, ça aide beaucoup. Si j'étais toute seule à surmonter tout ça, ça allait être difficile à faire. Puisque je suis nouvelle dans ce pays, je ne sais pas où m'orienter. Ça a été un parfait guide. Ça m'a beaucoup aidée. »

Mme Demba

En outre, SOLIPAM reste un réseau de confiance pour ces femmes qui ne subissent aucun jugement en y étant prises en charge. Un sentiment de mise en confiance, d'être à l'aise et bien suivie se dégage des échanges lors des entretiens menés. L'écoute et la patience dont sait faire preuve l'équipe de SOLIPAM interpellent particulièrement les usagères qui y trouvent un soutien moral réel et nécessaire, tout au long de leur parcours de grossesse.

« Je ne dirais que du bien de SOLIPAM parce que ce sont eux qui m'ont ouvert les portes. Toutes les autres associations ne me donnaient que des espoirs non réalisés. (...) SOLIPAM m'a ouvert les bras, m'a vraiment accueilli. C'est la seule association qui m'a donné le temps, qui m'ont plus écouté que d'autres. Parce que les autres, une fois que je parle de mes études, de mon parcours, on me dit que « c'est compliqué, pourquoi vous n'avez pas avorté, pourquoi vous n'avez pas fait ça ». Alors qu'à SOLIPAM, ils ne m'ont pas jugée. Ils ont fait ce qu'il fallait faire. Ils ne m'ont pas envoyé avorter, ils ne m'ont pas jugée par rapport à l'âge, aux études. Ce sont des gens très accueillants, très gentils, à l'écoute des usagers peu importe la situation. Moi, si j'ai sorti la tête de l'eau, c'est grâce à SOLIPAM. Quand j'avais des complications au moment de la grossesse, quand j'avais des doutes, des inquiétudes parce que quand on est enceinte, on se pose 1000 questions, on a envie de tout savoir ; du coup, la sage-femme était là pour m'appeler, me conseiller. Elles étaient tout le temps là. »

Mme Ndiaye

DES FEMMES AMBITIEUSES, AVANT TOUT

Généralement bien que mères, à SOLIPAM, les bénéficiaires sont avant tout des femmes avec des rêves et des projets d'avenir. La prise en charge chez SOLIPAM, qui les a soulagées d'une partie des difficultés de la grossesse et de l'amivie d'un nouveau bébé dans une situation de grande précarité, permet à ces femmes de continuer à avoir des ambitions qu'elles espèrent concrétiser très prochainement.

MESURE D'IMPACT DU NUMERO VERT DE SOLIPAM

JUILLET 2017

« Moi je n'attends pas la CAF. Je ne sais pas si mon rendez-vous du 9 va aboutir. Regarder la télé ne m'intéresse pas trop. Ne pas être active me dérange. J'ai prévu de faire une formation dès que j'ai les papiers. »

Mme Cissoko

Pour une majorité des femmes, être régularisée reste une priorité. En effet, n'ayant pas les papiers, elles font face à plusieurs obstacles pour avoir un travail, faire une formation ou reprendre les études en France. Les délais d'attente leur permettent de se renseigner sur des formations intéressantes qui déboucheraient sur un métier qui leur plairait.

« Au Sénégal, pour étudier c'est pas facile du tout, j'ai fait beaucoup de sacrifice pour avoir mon bac, j'ai fait d'énormes efforts pour arriver à là et je compte pas emballer tout ça et jeter à la poubelle. Si ça peut me servir, pourquoi pas ? Je ne compte pas lâcher l'affaire, faire comme beaucoup de dames de chez nous qui viennent ici pour faire le ménage. Je ne les critique pas, non, mais je ne compte pas faire comme ça. S'il le faut, je vais recommencer à étudier, prendre le temps qu'il faut. J'ai 22 ans, je crois encore étudier, pourquoi pas ? Il n'est jamais trop tard. »

Mme Demba

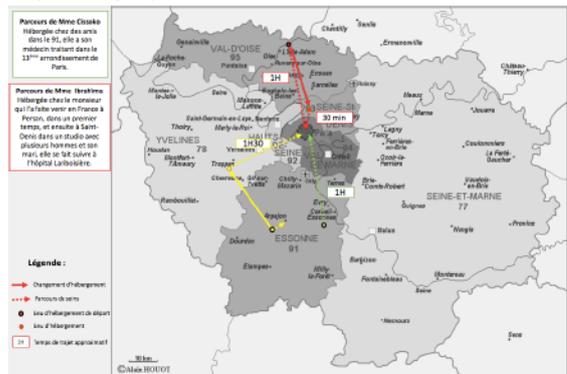
La force d'ambition de ces femmes se retrouve dans leur volonté de s'en sortir au quotidien, de persévérer dans leurs démarches administratives et de travailler pour assurer un avenir confortable à leurs enfants. Leur désir de s'intégrer et de participer à la vie de la société est d'autant plus ardent que l'une des bénéficiaires a exprimé son souhait de faire du bénévolat pour une association caritative, dès qu'elle en aura la possibilité.

MESURE D'IMPACT DU NUMERO VERT DE SOLIPAM

JUILLET 2017

❖ TRAJECTOIRES DE SOINS ET D'HÉBERGEMENT DES FEMMES  
PARCOURS DE SOINS ET D'HÉBERGEMENT AVANT INCLUSION A SOLIPAM

Bénéficiaires intégrées par l'intermédiaire du numéro vert

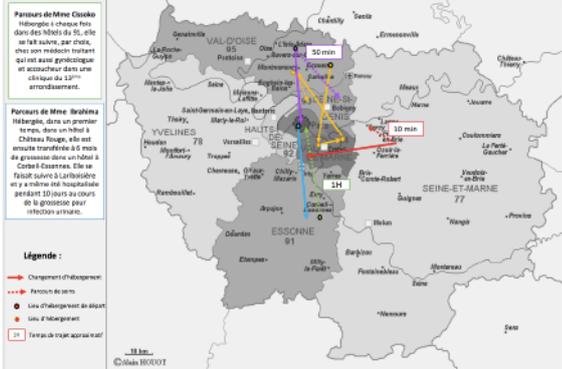


Bénéficiaires intégrées par l'intermédiaire d'un partenaire

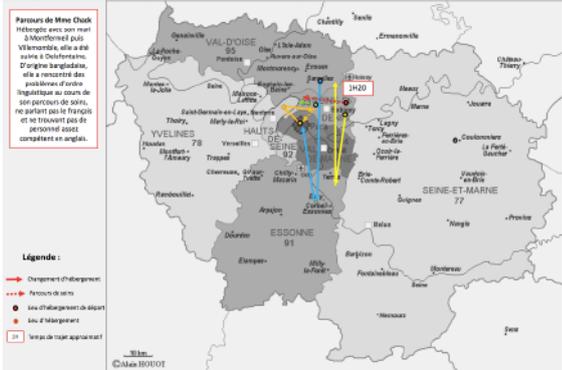


**PARCOURS DE SOINS ET D'HÉBERGEMENT APRÈS INCLUSION A SOLIPAM**

**Bénéficiaires intégrées par l'intermédiaire du numéro vert**



**Bénéficiaires intégrées par l'intermédiaire d'un partenaire**



TAMARA FADUL 23

**REMERCIEMENTS**

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

**BIBLIOGRAPHIE**

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

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

Préambule de la constitution du 27 octobre 1946, alinéa 11

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TAMARA FADUL 24

des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité, 2014

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

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

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

INSERM, *Mortalité maternelle en France, Rapport 2013*

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

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

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

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

SOLIPAM, *Rapport d'activités, 2016*

TAMARA FADUL 25

## 2. Fiche navette Solipam

### FICHE NAVETTE *SOLIPAM*

FAX : 01.48.24.19.29

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

#### ORIGINE DE LA DEMANDE

Date :  
Institution : service :  
Nom : fonction :  
Tel : fax :  
Mail :

#### DEMANDE CONCERNANT (OBLIGATOIRE):

Nom : Prénom :  
Née le : Nationalité :  
Terme prévu : **TELEPHONE :**  
Adresse actuelle :

#### SITUATION :

Nombre d'enfants à charge (nom+prénom+date de naissance) :	
Titre de séjour :	En France depuis :
Couverture maladie :	
Ressources :	
Hébergement :	Depuis le
Domiciliation :	
Suivi de grossesse :	Depuis :
Suivi social :	Depuis :
Problème de santé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Lequel :	
Connue de l'institution faisant l'orientation depuis :	
Entourage en France (notamment le père de l'enfant) :	
Autonomie de la personne :	
Langue parlée :	
Autres orientations proposées :	

**AUTRES DONNEES :** (éventuellement en pièce jointe)

Association Solidarité Paris Maman  
Tél : 01 48 24 16 28 Fax : 01 48 24 19 29  
Adresse : 3/5 rue de Metz - 75010 Paris. Siret : 490 909 496 000 13 NACE 9499Z - [www.solipam.fr](http://www.solipam.fr)

#### CONFIDENTIALITE:

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

MAJ le 11/01/2016

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

### 3. Protocole de tri des fiches navettes



Titre	Protocole « staff hebdomadaire »
Mots clés	Cas complexes,

Titre du protocole: STAFF HEBDOMADAIRE

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

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

Rédacteur : Laure BRIEND

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

Date de validation par la direction :

Modalités d'évaluation :

## 4. Fiche adhésion patients

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

Je soussignée .....  
déclare avoir reçu les informations nécessaires concernant le rôle  
et les objectifs du réseau SOLIPAM.  
En adhérant au réseau SOLIPAM, j'autorise la transmission des informations me concernant  
entre les professionnels du réseau, et notamment la transmission du dossier médical,  
conformément à la loi du 4 mars 2002.

Fait à Paris, le .....

Adresse actuelle : .....  
.....  
.....

Signature

Patiente orientée par : .....

Terme : .....

Personne de confiance : .....

Le réseau travaille en partenariat avec des chercheurs en périnatalité.

Acceptez-vous d'être contactée dans ce cadre ?

- oui
- non

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

**2. Fiche plan de suivi**

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

Date : \_\_\_\_\_ Maternité : \_\_\_\_\_

**PATIENTE**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date naissance : \_\_\_\_\_

Terme de la grossesse (en SA) au moment de la 1<sup>re</sup> consultation de suivi de grossesse :

REFERENTS PATIENTE A LA MATERNITE (si possible):

Nom du référent médical au sein de la maternité: \_\_\_\_\_

Nom du référent social au sein de la maternité: \_\_\_\_\_

**Plan suivi grossesse**

CONSULTATIONS	Date du rendez-vous
Consultation du 1 <sup>er</sup> trimestre	
Consultation du 4 <sup>em</sup> mois	
Consultation du 5 <sup>em</sup> mois	
Consultation du 6 <sup>em</sup> mois	
Consultation du 7 <sup>em</sup> mois	
Consultation du 8 <sup>em</sup> mois	
Consultation du 9 <sup>em</sup> mois	
Consultation anesthésiste	

ECHOGRAPHIES	Date du rendez-vous	Lieu
Echographie 1 <small>Entre 12 SA et 13 SA + 6 jours</small>		
Echographie 2 <small>Entre 20 SA et 24 SA</small>		
Echographie 3 <small>Entre 32 SA et 34 SA</small>		

Remarque(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**CONFIDENTIALITE:**

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

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

VERSION 10 MARS 2010

## 2. Fiche Solipam « dossier obstétricale »



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

Etiquette patiente

Nom  
Prénom

Née le

Correspondant  
médical Solipam sur la  
maternité :

Nom du référent social  
à la maternité :

Date d'inclusion au réseau Solipam :

Couverture médicale :

Hébergement :

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

**Coordination Solipam prévenue par :**

Mise à jour le 2011.05.05

## 2. Fiche hébergement type

*Solipam*

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

#### 1 : Fiche type d'hébergement

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

Date d'inclusion dans le réseau Solipam :

Nom :                      Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

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

Terme de la grossesse/accouchement :

Maternité de suivi :

Intervenants sociaux :

Carte solidarité transport :  oui     non

Critères :

Chambre et Aménagement

aménagement simple (si partage des critères en annexe)

aménagement spécifique en pré natal     frigo

plaque chauffante ou micro onde

autre : à préciser

aménagement spécifique en post natal     frigo

plaque chauffante ou micro onde

autre : à préciser

Environnement et proximité:

pas d'indication particulière

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

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

Stabilité de l'hébergement :

stabilisation jusqu'au 3 mois de l'enfant

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

prise en charge dans une structure contenant

demande d'orientation vers APTM, OFHOM

#### 2. Demande d'orientation vers une structure alimentaire

oui

non

#### 3. Remarques

|

07/03/2017

## 2. Fiche support

**FICHE Support** *SOLIPAM*  
 Numéro vert : 0801 801 081

*Fiche Support afin d'avoir un état des lieux le plus complet possible de la situation de la femme et d'orienter au mieux le partenaire.*

**FAIT PAR :**

**ORIGINE DE LA DEMANDE** Date :

Professionnel : Social / Medical (à barrer)

Institution :

Nom :

Numéro de téléphone :

**Identité de la femme (si demande d'inclusion) :**

Nom : Prénom :

Née le : Nationalité :

Terme prévu : **TELEPHONE :**

Date d'inclusion :

**SITUATION :**

Suivi de grossesse :

Problème de santé : OUI NON Lequel :

Nombre d'enfants à charge : En France depuis :

Hébergement Domiciliation :

Suivi social :

En cours de régularisation : OUI NON Couverture maladie :

Entourage en France (notamment le père de l'enfant) :

Autonomie de la personne : Langue parlée :

**AUTRES DONNEES / ORIENTATIONS PROPOSEES AU PARTENAIRE :** (PMI, services sociaux de secteur, associations etc.)

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

## 2. Fiche support expertise



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

Titre du protocole : « support »

Mots clés : demande, support, expertise

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

Description de l'action :

-fiche navette reçue

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

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

soit préconisations médicales et sociales pour répondre à la demande.

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

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

Rédacteur : Laure Briand

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

Date de validation par la direction : 2012

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

## 2. Fiche repérage vulnérabilité médicale



### REPERAGE VULNERABILITE MEDICALE (entretien inclusion)

#### 1- Critère de vulnérabilité médicale :

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

#### 2- Critères de vulnérabilité sociale :

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

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

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

#### Evaluation régulière :

	Hebdo	bimensuel	mensuel	autonome
Date : - / - / - :				
Date : - / - / - :				
Date : - / - / - :				
Date : - / - / - :				
Date : - / - / - :				

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

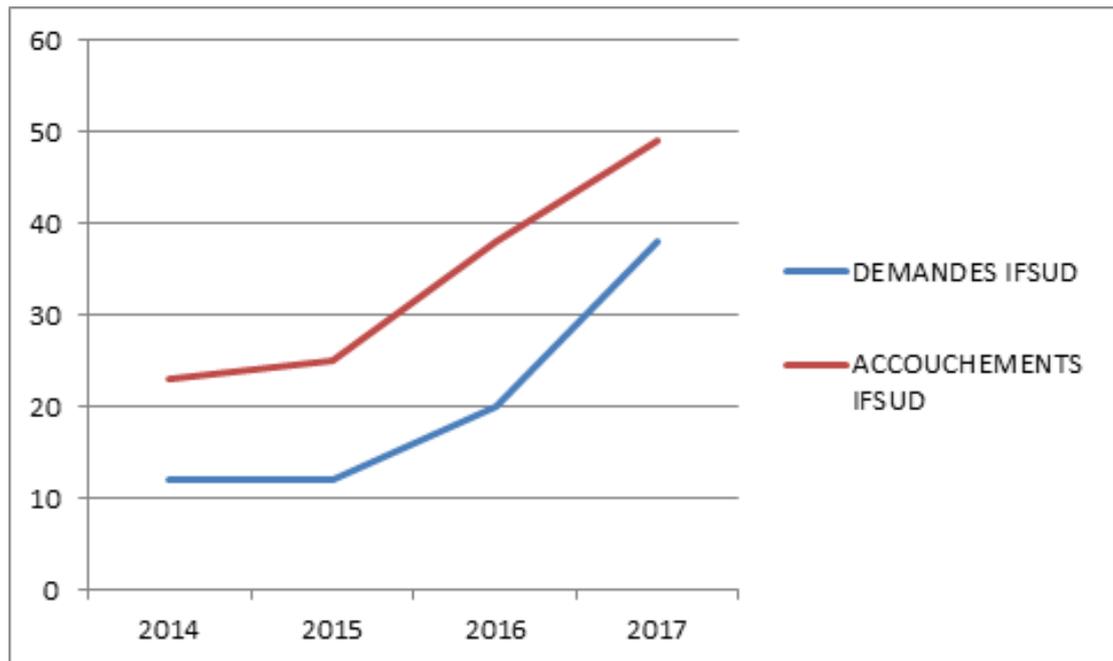
Validation le 16/06/2016 PHB

## 2. Demandes reçues par les professionnels IFSUD, année 2017

Maternité de nuit				Demande				Lieu d'accouchement				Hébergement durant la prise en charge				Hébergement à la sortie du réseau				
Maternité AP-HP	Maternité hors-AP-HP	Fonction	Type de structure	Structure	Département	Date de la demande	Accouchement sur site	Maternité AP-HP	Maternité hors-AP-HP	Date d'accouchement	Terme d'accouchement	Catégorie	Financier	Nom de l'hôtel	Ville	Remarques	Catégorie	Financier	Ville	
hors AP-HP	77 Melun	Medical	Maternité	PMI Senart	77	10/09/2017	Oui	hors AP-HP	77 Melun	19/08/2017	38,6	Hôtel	115 77	Hôtel du Carré	77 Mussy	Courts séjours	NIS	SO	SO	
hors AP-HP	77 Melun	Social	Plateforme Hé SMO	Maternité MLI	77	08/08/2017	Non	hors AP-HP	77 Ch. Marie	20/09/2017	37,5	Hôtel	115 77	Le Relais nautique	77 Vaires sur M.	Courts séjours	Hôtel	115 77	77 Vaires sur Marne	
hors AP-HP	94 Creteil	Medical	Maternité	PMI Fontaine	77	07/03/2017	Oui	hors AP-HP	94 Creteil	21/03/2017	31,6	Hôtel	115 77	77 Chelles	Long séjours					
hors AP-HP	93 Montfermeil	Medical	Structure méd. Croix Rouge Fr	Structure méd. Croix Rouge Fr	77	07/09/2017														
hors AP-HP	91 Longjumeau	Medical	PMI	PMI	77	23/03/2017														
hors AP-HP	SO	Social	Hôpital hors st hôpital Marc J	PMI	77	02/09/2017	Oui	hors AP-HP	91 Longjumeau	18/08/2017	35,3	Hôtel	Plateforme	Balladins	93 Romanville	Long séjours	Hôtel	Plateforme	93 Romanville	
9dbct	SO	Medical	Hôpital hors st hôpital Marc J	PMI	77	09/03/2017	Oui	hors AP-HP	SO	27/03/2017	28	Hôtel	115 75	Hôtel du Parc	78 Poissy		NIS	NIS		
hors AP-HP	77 melun	Social	Maternité	77 Melun	77	11/07/2017		hors AP-HP	77 Melun	18/07/2017	37,6	Hôtel	115 77	Hôtel du confort	77 Vert Saint Dion	Long séjours	CHS	Association	55 Meuse	
hors AP-HP	91 Longjumeau	Medical	Maternité	Réseau de périn. IFSUD	91	01/09/2017	Oui	hors AP-HP	91 Etmampes	12/01/2018	41	Hôtel	115 77	NIS	77 Leusant	M. Courts séjours				
hors AP-HP	SO	Medical	PMI	PMI Etmampes	91	28/01/2017	Oui	75thb	SO	20/05/2017	37,3	Hôtel	115 77	Residence hôtel	95 Andilly	SO	NIS	NIS	91 Ahuis-Mons	
hors AP-HP	92 Hôpital Privé Social	Social	Accueil de jour Secours cathol	PMI	91	15/06/2017	Oui	hors AP-HP	92 Hôpital Privé	21/09/2017	40,3	Hôtel	115 91	SO	91 Longjumeau	SO	Hôtel	115 91	91 Longjumeau	
hors AP-HP	Longjumeau	Social	Plateforme Hé Croix-rouge fra	Hôpital hors st CH Orsay	91	19/12/2017														
Sans maternité	Sans maternité	Social	Hôpital hors st CH Orsay	PMI	91	14/12/2017														
hors AP-HP	91 Longjumeau	Medical	PMI	PMI	91	24/07/2017	Oui	hors AP-HP	91 Etmampes	24/11/2017	38	CHU	115 91	SO	91 Etmampes	Long séjours				
hors AP-HP	67 Strasbourg	Medical	PMI	PMI Essonne	91	24/05/2017	Oui	NIS	NIS	30/07/2017	41,5	Hôtel	115 98	91 Massy	Long séjours	Hôtel	115 98	Centre d'accueil NIS	67 Strasbourg	
hors AP-HP	91 Longjumeau	Medical	PMI	PMI 91	91	09/09/2017	Oui	hors AP-HP	91 Longjumeau	09/07/2017	41,5	Hôtel	115 91	SO	91 Massy	Long séjours	Hôtel	115 91	91 Corbeil Essonne	
hors AP-HP	91 Longjumeau	Medical	PMI	PMI 91	91	29/01/2017	Non	hors AP-HP	91 Longjumeau	28/08/2017	41	Hôtel	115 91	rendez-vous de	91 Viry châtillon	Long séjours	Hôtel	115 91	91 Viry Châtillon	
hors AP-HP	91 Longjumeau	Medical	PMI	PMI Adhis	91	11/04/2017	Oui	hors AP-HP	91 Longjumeau	09/11/2017	41	Hôtel	115 91	SO	77 melun	SO				
hors AP-HP	94 Villeneuve S Social	Social	Hôpital hors st CHIV	PMI Adhis	91	15/05/2017	Non	hors AP-HP	95 Pontoise	11/08/2017	38,3	Hôtel	115 94	NIS	91 Ahuis Mons	Courts séjours	Hôtel	115 94	91 Ahuis Mons	
hors AP-HP	91 Longjumeau	Medical	PMI	PMI Adhis	91	04/04/2017	Oui	hors AP-HP	77 melun	17/07/2017	41	Hôtel	115 94	rendez-vous de	91 Ahuis Mons	SO				
Sans maternité	Sans maternité	Social	PMI	PMI Adhis	91	31/07/2017														
hors AP-HP	94 Villeneuve S Medical	Medical	Maternité	94 Villeneuve S	94	25/04/2017		hors AP-HP	94 Creteil	08/11/2017	0,6	chez des 1/3	SO	SO	94 Villeneuve S	SO				
hors AP-HP	94 Creteil	Social	Maternité	Maternité Ville	94	01/08/2017	Oui	hors AP-HP	94 Creteil	08/11/2017	0,6	chez des 1/3	SO	SO	94 Villeneuve S	SO				
hors AP-HP	94 Villeneuve S Medical	Medical	Maternité	Maternité CHIV	94	25/08/2017		hors AP-HP	91 Longjumeau	16/07/2017	3,6	Hôtel	115 91	Belvue	91 Corbeil Ess	Long séjours	Hôtel	115 91	91 Corbeil Essonne	
hors AP-HP	94 Villeneuve S Social	Social	Maternité	Maternité Ville	94	07/06/2017	Non	hors AP-HP	91 Longjumeau	16/07/2017	3,6	Hôtel	115 91	SO	SO	91 Massy	SO			
hors AP-HP	91 Longjumeau	Social	Maternité	94 Villeneuve S	94	20/06/2017	Oui	hors AP-HP	91 Longjumeau	05/09/2017	1	chez des 1/3	SO	SO	NIS	NIS				
hors AP-HP	94 Villeneuve S Social	Social	Maternité	Maternité Ville	94	01/09/2017	Oui	hors AP-HP	94 Villeneuve S	25/12/2017	1	Hôtel	115 94	hotel Sporting	91 Viry Châtillon	Courts séjours				
hors AP-HP	94 Villeneuve S Social	Social	Hôpital hors st CH Villeneuve	PMI CHIV	94	07/12/2017														
hors AP-HP	CHIV	Medical	PMI	PMI CHIV	94	02/09/2017														

### 3. Accouchement sur IFSUD, année 2017

Maternité de suite			Demande			Maternité Hors-AP-HP			Hébergement durant la prise en charge			Hébergement à la sortie de réseau							
Maternité AP-HP	Maternité Hors-AP-HP	Fonction	Type de structure	Structure	Département	Date de la demande	Assoulement sur site prévu	Date d'accouchement	Terme d'accouchement	Made d'accouchement	Catégorie	Financeur	Nom de l'hôtel	Ville	Remarques	Catégorie	Financeur	Ville	
hors APHP	77 Melun	Medical	PMI	PMI conseil de	77	17/01/2017	Oui	77 melun	13/06/2017	39,3	Voie basse	Hôtel	115 77	Hôtel résidence 77 Moissy Car	SO	Hôtel	115 77	77 Moissy carmayel	
hors APHP	94 Villeneuve 3 Medical	Structure medil MDH	PMI	PMI conseil de	93	01/09/2017	Oui	94 Villeneuve 3	23/09/2017	38,5	Voie basse	Hôtel	115 75	Hôtel résidence 94 Champigny	Court séjour	Hôtel	115 77	94 Villeneuve 3	
hors APHP	94 Villeneuve 4 Social	Hopital hors St Chl Villeneuve	PMI	PMI conseil de	91	11/05/2017	Oui	94 Villeneuve 4	12/07/2017	41,5	Césarienne en	Hôtel	115 91	au pècheur tra 91 Athis Mors	Court séjour	Hôtel	115 91	91 Athis-Mors	
hors APHP	91 Emaupes Medical	PMI	PMI	PMI	91	07/07/2017	Oui	91 Emaupes	28/09/2017	38,6	Voie basse	Hôtel	115 91	NNS	91 Corbeil Ess	SO	Hôtel	115 91	91 Corbeil Essonne
hors APHP	77 Melun Medical	PMI	PMI	PMI	77	12/04/2017	Oui	77 melun	19/06/2017	38,6	Voie basse	Hôtel	115 77	Hôtel du Carré	Court séjour	NNS	SO	SO	
hors APHP	94 Villeneuve 5 Social	Maternité	Maternité	La Pitie Salpêtr	75	24/08/2016	Oui	94 Villeneuve 5	02/01/2017	40,3	Voie basse	Hôtel	115 91	Tour police	Court séjour	91 Chilly Mazarin	91 Chilly Mazarin		
hors APHP	91 Longjumeau Usager	SO	SO	Maternité Ville	77	21/09/2016	SO	91 Longjumeau	29/01/2017	40	Césarienne en	Hôtel	115 93	Hôtel Athens	Court séjour	Hôtel	115 93	91 Chilly Mazarin	
hors APHP	91 Longjumeau Social	Structure d'accueil	PMI	PMI	93	10/08/2017	Oui	91 Longjumeau	10/12/2017	40,3	Voie basse	Logement de	SO	SO	SO	Centre d'accueil	Plateforme	03 Vitry	
hors APHP	91 Orsay Medical	Maternité	Maternité	de la	93	07/07/2017	Oui	91 Orsay	30/11/2017	40	Voie basse	Logement de	SO	SO	SO	Centre d'accueil	Plateforme	03 Vitry	
hors APHP	93 de la Fontaine Bénole	Structure d'accueil	PMI	PMI	75	20/01/2017	Oui	77 melun	30/08/2017	40	Voie basse	Hôtel	115 75	Hôtel le Carré	Court séjour	Hôtel	115 75	77 Moissy Carmayel	
hors APHP	91 Orsay Social	PMI	PMI	Croix Rouge Frs	75	04/11/2016	Oui	91 Orsay	04/02/2017	39	Voie basse	Hôtel	115 75	Apart City	Court séjour	Hôtel	115 75	78 Maissy-lest	
hors APHP	77 Fontainebl Social	Maternité	Maternité	CASO MDX	75	18/03/2017	Oui	77 Fontainebl	06/11/2017	39,9	Voie basse	Centre d'accueil	Plateforme	SO	SO	Centre d'accueil	Plateforme	SO	
hors APHP	77 Fontainebl Usager	NNS	SO	Toussau	75	24/02/2017	Oui	77 Fontainebl	23/09/2017	38,6	Voie basse	Hôtel	115 75	Interminis	Court séjour	Hôtel	115 94	91 Corbeil Essonne	
hors APHP	91 Longjumeau Medical	Structure medil COMEDE	PMI	PMI	75	13/03/2017	Oui	91 Longjumeau	08/06/2017	38	Voie basse	Centre d'accueil	SO	Montgeron	Court séjour	Hôtel	115 91	91 Montgeron	
hors APHP	91 Sud Francil Social	Maternité	Maternité	La P	75	30/05/2017	Oui	91 sud francil	17/11/2017	41	Césarienne pro	Hôtel	115 91	91 le coudray	Court séjour	Hôtel	115 91	91 le Coudray Montceau	
hors APHP	94 Villeneuve 3 Social	Maternité	Maternité	Ville	75	07/08/2017	Non	91 Longjumeau	03/08/2017	38,6	Voie basse	Hôtel	115 91	Bellevue	Court séjour	Hôtel	115 91	91 Corbeil Essonne	
hors APHP	91 Longjumeau Social	Structure medil COMA MDX	PMI	PMI	75	10/02/2017	Oui	91 Longjumeau	03/08/2017	38	Voie basse	Hôtel	115 91	Balladins	Court séjour	Hôtel	115 91	91 le coudray Montceau	
hors APHP	94 Villeneuve 5 Social	Structure medil COMA MDX	PMI	PMI	75	12/05/2017	Oui	94 Villeneuve 5	12/12/2017	40,1	Voie basse	Centre des I/3	SO	SO	SO	Centre d'accueil	Plateforme	SO	
hors APHP	77 Melun Social	Services socia SSPD 93	PMI	PMI	93	20/01/2017	Oui	77 Melun	20/08/2017	39,3	Césarienne en	Centre Hiberge	SO	TOM FOUCE	Court séjour	Centre materné	NNS	76 Rouen	
hors APHP	91 Longjumeau Medical	PMI	PMI	PMI	91	24/07/2017	Oui	91 emapes	24/11/2017	38	Voie basse	CHU	115 91	SO	SO	Centre materné	NNS	SO	
hors APHP	91 Longjumeau Social	Maternité	Maternité	94 Villeneuve	94	20/08/2017	Oui	91 Longjumeau	05/09/2017	40,6	Césarienne en	Centre des I/3	115 91	SO	SO	Centre materné	NNS	SO	
hors APHP	94 Villeneuve 5 Social	Maternité	Maternité	Ville	94	01/09/2017	Oui	94 Villeneuve 5	29/12/2017	41	Voie basse	Centre des I/3	SO	NNS	SO	Centre materné	NNS	SO	
hors APHP	95 Petite Sarril Medical	Structure medil MDH	PMI	PMI	93	10/01/2017	Oui	77 Melun	20/07/2017	39,2	Césarienne pro	Centre des I/3	SO	SO	95 Sarrclles	Court séjour	Centre des I/3	SO	95 Sarrclles
hors APHP	77 Melun Social	Maternité	Maternité	Larit	75	10/02/2017	Oui	91 Longjumeau	03/08/2017	39,1	Césarienne pro	Centre d'accueil	SO	SO	77 Savigny	Court séjour	Centre d'accueil	Autre	91 Longjumeau
hors APHP	91 Longjumeau Social	PMI	PMI	PMI	75	31/10/2017	Non	91 sud francil	22/11/2017	26	Césarienne en	CHU	115 75	Necker	Court séjour	Hôtel	115 93	91 Corbeil Essonne	
hors APHP	91 Longjumeau Medical	PMI	PMI	PMI	91	06/01/2017	Oui	91 Longjumeau	30/07/2017	41,5	Césarienne en	Hôtel	115 93	NNS	SO	73 Paris	Hôtel	115 93	
hors APHP	91 Emaupes Medical	PMI	PMI	PMI	91	25/01/2017	Non	91 Longjumeau	28/09/2017	41	Césarienne en	Hôtel	115 91	rendez-vous de	91 Viry châtillon	Court séjour	Hôtel	115 91	91 Viry Châtillon
hors APHP	77 Melun Social	Plate-forme Hcl	PMI	PMI	77	18/01/2017	Oui	77 Melun	03/09/2017	39	Voie basse	Hôtel	115 77	Hôtel du carré	Court séjour	Hôtel	115 77	77 Moissy Carmayel	
hors APHP	94 Villeneuve 5 Medical	Structure medil COMA MDX	PMI	PMI	75	27/09/2017	Oui	94 Villeneuve 5	16/11/2017	38,5	Voie basse	Hôtel	115 77	Hôtel du carré	Court séjour	Hôtel	115 77	77 Moissy Carmayel	
hors APHP	91 Arpion Medical	PMI	PMI	PMI	93	12/06/2017	Oui	91 Emaupes	26/11/2017	38,4	Voie basse	Hôtel	115 93	NNS	SO	91 Breigny sur Oise	Court séjour	Hôtel	115 93
hors APHP	91 Longjumeau Medical	PMI	PMI	PMI	91	11/04/2017	Oui	91 Longjumeau	05/11/2017	41	Césarienne en	Centre des I/3	SO	SO	SO	Centre materné	NNS	SO	
hors APHP	91 Longjumeau Usager	SO	SO	SO	77	06/06/2017	Oui	91 Longjumeau	20/10/2017	41	Césarienne en	CHU	115 91	Secours Islam	Court séjour	Hôtel	115 91	91 Montgeron	
hors APHP	91 Longjumeau Usager	SO	SO	SO	77	22/06/2016	Oui	91 Longjumeau	04/01/2017	39	Césarienne pro	Hôtel	115 75	91 Massy Pal	Court séjour	Hôtel	115 75	91 Massy Palaiseau	
hors APHP	91 Longjumeau Medical	PMI	PMI	PMI	77	21/04/2017	Oui	91 Longjumeau	20/08/2017	35,3	Voie basse	Hôtel	115 75	Balladins	Court séjour	Hôtel	115 75	93 Romaniville	
hors APHP	91 Maser Usager	SO	SO	SO	91	17/01/2017	Oui	91 Maser	10/01/2017	40	Voie basse	Hôtel	115 75	NNS	SO	Centre materné	NNS	NNS	
hors APHP	91 Sud Francil Medical	Structure medil MDH	PMI	PMI	93	29/11/2016	Oui	91 sud francil	09/06/2017	38,2	Voie basse	Logement adp	Association	Diagnole	SO	SO	Centre materné	NNS	NNS
hors APHP	94 Villeneuve 5 Medical	Maternité	Maternité	Dela	93	04/01/2017	Oui	91 Longjumeau	17/03/2017	41,1	Césarienne pro	Hôtel	115 92	Hôtel Irenite	Court séjour	Hôtel	115 92	91 Corbeil Essonne	
hors APHP	94 Villeneuve 5 Medical	Structure medil COMEDE	PMI	PMI	94	09/03/2017	Oui	94 Villeneuve 5	25/10/2017	39,6	Voie basse	Hôtel	115 94	De Chez Nous	Court séjour	Hôtel	115 94	91 Corbeil Essonne	
hors APHP	SO Medical	PMI	PMI	PMI	75	31/05/2017	Non	91 Sud Francil	30/05/2017	36,5	Césarienne en	Centre des I/3	SO	SO	SO	Centre materné	NNS	SO	
hors APHP	77 Melun Medical	PMI	PMI	PMI	77	09/03/2017	Oui	77 Melun	18/07/2017	37,6	Voie basse	Hôtel	115 77	Hôtel du confort	Court séjour	Hôtel	115 77	91 Corbeil Essonne	
hors APHP	91 sud francil Medical	Structure medil MDH	SO	SO	93	08/12/2016	Oui	91 sud francil	11/07/2017	38	Voie basse	Hôtel	115 75	Park and suite	Court séjour	Hôtel	115 75	91 Corbeil Essonne	
hors APHP	91 Longjumeau Usager	SO	SO	SO	93	09/01/2017	Oui	91 Longjumeau	24/05/2017	41	Césarienne en	Centre materné	115 93	departement fil	Court séjour	Centre materné	Autre	77 Chelles	
hors APHP	77 Melun Social	Accueil de jour	SO	SO	75	23/11/2016	Non	77 Melun	24/01/2017	39	Césarienne en	Hôtel	115 77	Formule 1	Court séjour	Hôtel	115 77	77 Moissy Carmayel	
hors APHP	93 de la Fontaine Medical	Structure medil MDH	PMI	PMI	93	17/05/2017	Non	94 Villeneuve 5	06/09/2017	40	Voie basse	Hôtel	115 93	Formule 1	Court séjour	Hôtel	115 77	77 Moissy Carmayel	
hors APHP	91 Longjumeau Medical	PMI	PMI	PMI	91	04/04/2017	Oui	77 melun	17/07/2017	41	Césarienne en	Centre des I/3	SO	SO	SO	Centre materné	NNS	SO	

**2. Tableau récapitulatif des demandes et accouchements sur le réseau sur le réseau IFSUD, 2014-2017**

## 2. Programme Rencontres Solipam 2017

### 8<sup>èmes</sup> RENCONTRES SOLIPAM

**Jeudi 23 novembre 2017**

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

**Matinée : 08h30 – 12h45**

« La précarité sociale est-elle un risque médical ? »

**Ouverture de la journée :**

**Marraine des Rencontres SOLIPAM 2017 : Madame Dominique Versini**

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

**Modératrice de la matinée :**

*Christine Laconde*

09h00	<b>Mot du Président</b>	<b>Thierry Harvey</b> Chef de service Maternité des Diaconesses, Président de l'Association Solidarité Paris Maman Ile de France
09h15	<b>Activité du réseau et introduction de la journée</b>	<b>Paule Herschkorn Barnu</b> Gynécologue – Obstétricienne, Directrice du réseau Solipam
09h30	<b>Comment intégrer le risque social comme un facteur de risque périnatal en Maternité</b>	<b>Bruno Renevier</b> Chef de service, Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire (Montreuil)
10h00	<b>Nouveau dispositif de la PMI de Paris : un « aller vers » les familles à la rue</b>	<b>Véronique Boulinguez et Laurence Douard</b> Sages-femmes, PMI de Paris
10h30	<b>Echanges avec la salle</b>	
11h00	Pause-café de 15 minutes (salle Tourelle A)	

11h15	<b>L'interprétariat, un outil de soin</b>	<b>Jean-Marc Chapplain</b> Médecin, Réseau Louis Guilloux (Rennes) <b>Oksana Vats</b> Interprète
11h45	<b>Faciliter la communication dans le parcours de soins: un enjeu du réseau SOLIPAM</b>	<b>Sophie Rigot et Bertille Pesnelle</b> Coordinatrices du réseau Solipam
12h15	<b>Echanges avec la salle</b>	
12h45	Pause déjeuner (libre)	

**Après-midi : 14h00 – 17h00**  
« Prise en charge sociale et risque médicaux »

**Modérateur de l'après-midi :**  
*Gilles Petit-Gats*

14h00	<b>La maternité à l'épreuve de l'errance migratoire</b>	<b>Aurélie Tchiemmegne et Sandra Le Lay,</b> Coordinatrices du réseau Solipam
14h30	<b>« Mieux vivre à l'hôtel social »</b>	<b>Eric Thébault</b> Directeur Adjoint du Pôle Hébergement et Réservation Hôtelière
15h00	<b>Echanges avec la salle</b>	
15h30	<b>Missions du Samusocial de Paris dans le Pôle santé du Centre d'Hébergement d'Urgence Migrants d'Ivry</b>	<b>Abdon Goudjo</b> Médecin de santé publique, Directeur du Pôle médical et soins, Samusocial de Paris
16h00	<b>La question de l'hébergement autour de la naissance : histoire d'un combat devenu réalité et mise en perspectives</b>	<b>Annie Carron</b> Responsable du service social, GH de l'Est Parisien
16h30	<b>Echanges avec la salle</b>	
16h50	<b>Clôture de la journée</b>	

5. Programme FORMATION repérage précoce 2017



Programme  
Formation SOLIPAM  
2017

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

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

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



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

**Le réseau SOLIPAM**, regroupe les professionnels médicaux et sociaux franciliens confrontés aux risques sanitaires encourus par la mère et l'enfant en situation de grande précarité faute de prise en charge coordonnée et adaptée aux besoins (danger somatique, psychique et relation mère-enfant pouvant être gravement perturbée avec des conséquences souvent irréversibles).

Ce réseau a pour but de coordonner les secteurs hospitaliers publics et privés et les structures de proximité afin d'assurer et d'optimiser la prise en charge de ces femmes enceintes, jeunes mères et de leurs enfants, jusqu'au 3ème mois après la naissance.

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

### Les objectifs du cycle de formation :

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

**Deux sessions** sont programmées en 2017. **Chaque session** propose un cycle de formation de **3 jours**, qui **comprend un stage pratique en immersion**.

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

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

## Programme de la journée 1

Thèmes	Intervenants	Heure
<b>Matinée : apports théoriques</b>		
Accueil des participants – présentation de la formation	<b>Dr Paule Herschkorn Barnu</b> , directrice du réseau SOLIPAM	<b>8h30</b>
Introduction : prévalence des situations de précarité en Ile de France	<b>Dr Rochefort Jeanine</b> , Médecins du Monde et <b>Mme Meryem Belkacemi</b> , Emmaüs Solidarité	<b>9h30</b>
Pause		<b>10h10</b>
La prise en charge mère/enfant et le rôle de la PMI	<b>Dr Véronique Prisse</b> , Pédiatre encadrant PMI	<b>10h40</b>
L'accès à l'assurance maladie : droit en périnatalité	<b>Mme Laurence Millet</b> , CPAM de Paris	<b>11h20</b>
Pause repas (organisée par le réseau)		<b>12h15</b>
<b>Après-midi : apports pratiques</b>		
Santé sexuelle et reproductive : accès et maintien dans les dispositifs de soins	<b>Mme Laurence Douard</b> , sage-femme, <b>Mme Véronique Boulinguez</b> , sage-femme PMI	<b>13h45</b>
Mise en situation à partir d'une étude de cas présentée par les coordinatrices de Solipam (Sophie Rigot, sage-femme coordinatrice du réseau, et Aurélie Tchiemmegne, assistante sociale coordinatrice) (optimisation des compétences et des outils existants)		<b>15h00</b>
Conclusion		<b>16h30</b>

## Programme de la journée 3

Thèmes	Intervenants	Heure
<b>Matinée : apports pratiques : bilan des stages</b>		
<b>Accueil des participants</b>	<b>Dr Paule Herschkorn Barnu,</b> directrice du réseau SOLIPAM	<b>8h30</b>
<b>Echanges sur les pratiques :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Exposé par chaque binôme de stagiaires des situations rencontrées lors du stage, et mise en discussion avec le groupe</li> </ul>	<b>Dr Paule Herschkorn Barnu,</b> directrice du réseau SOLIPAM	<b>9h00</b>
<b>Pause repas (organisée par le réseau)</b>		<b>12h30</b>
<b>Après-midi : CULTURES ET PERINATALITE</b>		
<b>Apports scientifiques (cultures et périnatalité)</b>	<b>Mme Clélia Gasquet,</b> Enseignante Chercheure en Géographie de la santé, EHESP	<b>13h45</b>
<b>Atelier de réflexions (cultures et périnatalité)</b>	<b>Mme Sophie Rigot,</b> sage- femme coordinatrice du réseau SOLIPAM	<b>15h30</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conclusion</li> </ul>	<b>Dr Paule Herschkorn Barnu,</b> directrice du réseau SOLIPAM	<b>17h</b>

Pour se rendre sur place, journées 1 & 3 :



### Maternité des Diaconesses :

12-18, rue du Sergent Bauchat  
75012 PARIS

### Moyens d'accès :

#### **Méto**

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

#### **Bus**

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

#### **RER : ligne A, arrêt Nation**

## 2. Résultat de l'évaluation sur la Formation Solipam

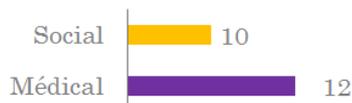
### RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE DE SATISFACTION FORMATION SOLIPAM 2017

Année 2017

#### LE PROFIL DES RÉPONDANTS AUX ENQUÊTES

Questionnaire 1<sup>ère</sup> journée, session 1

28 septembre 2017 > 22 présents



Questionnaire 1<sup>ère</sup> journée, session 2

5 octobre 2017 > 22 présents

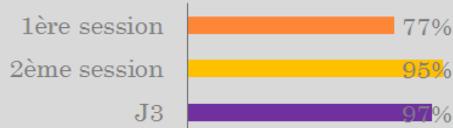


Questionnaire 3<sup>ème</sup> journée,  
sessions 1&2

07 décembre 2017 > 34 présents



Taux de retour des questionnaires



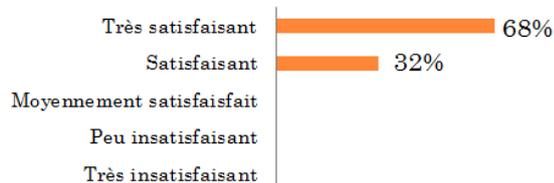
2

#### APPORTS THÉORIQUES

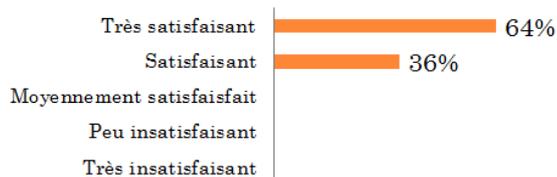
DR ROCHEFORT (MDM)

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

Session 1



Session 2



6

## APPORTS THÉORIQUES

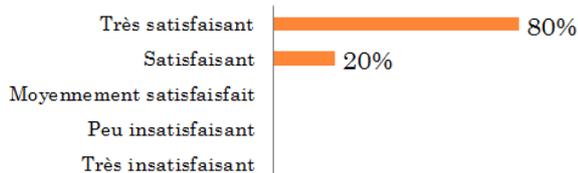
### MME PRISSE (PMI)

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

#### Session 1



#### Session 2



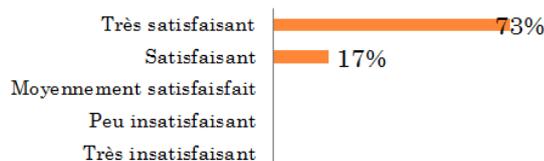
7

## APPORTS THÉORIQUES

### L'ACCÈS À L'ASSURANCE MALADIE – LAURENCE DOUARD

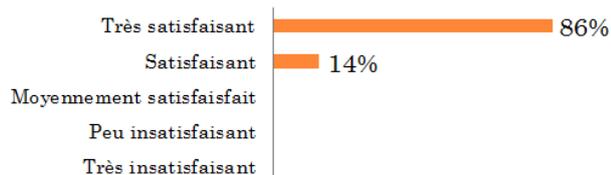
- Une majorité sont très satisfaits par cette intervention.

#### Session 1



- Une majorité sont très satisfaits par cette intervention.

#### Session 2

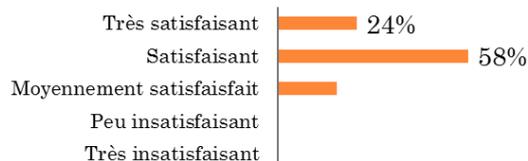


8

## APPORTS PRATIQUES SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE LAURENCE DOUARD ET VERONIQUE BOULINGUEZ

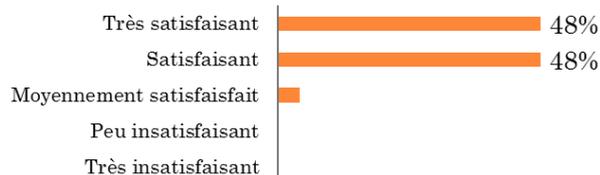
- Les participants ont eu du mal à faire le lien entre l'intitulé et l'intervention.

### Session 1



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

### Session 2



9

## APPORTS PRATIQUES MISE EN SITUATION

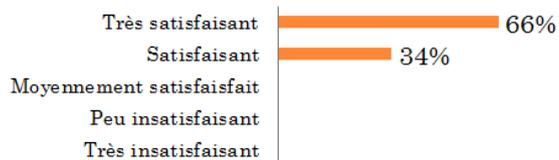
- 100% des participants sont satisfaits voire très satisfaits.

### Session 1



- 100% des participants sont satisfaits voire très satisfaits.

### Session 2



10

## CONCLUSION

- Ces journées ont parfaitement répondu aux attentes des participants.



11

## COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

### ○ Commentaires

- Pas assez de temps pour les questions
- Intervention de Mme Douard et Mme Boulinguez qui manquait de cohérence avec l'intitulé
- Manque d'information sur les PMI
- Journée de formation trop courte
- Disposition de la salle et matériel informatique non adapté

### ○ Suggestions

- > Prévoir une fiche détaillée avec toutes les structures partenaires
- > Deux stages différents pour avoir une comparaison

12

## L'ORGANISATION DU BILAN DES STAGES

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

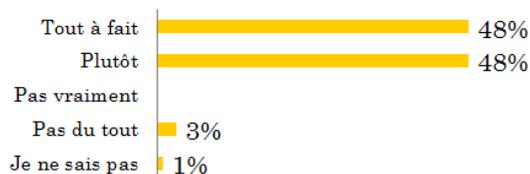
Comment juger vous le contenu des échanges sur les pratiques et le bilan des stages ?



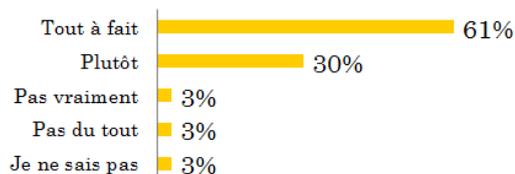
15

## AVIS SUR L'ORGANISATION DES STAGES

Etes-vous satisfait du choix de lieu de stage ?



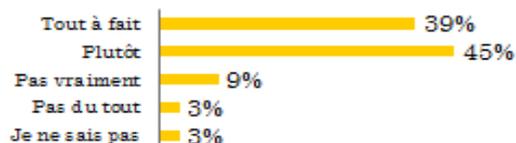
Etes-vous satisfait du contenu de la journée de stage ?



15

## AVIS SUR L'ORGANISATION DES STAGES

Etes-vous satisfait de la durée du stage ?



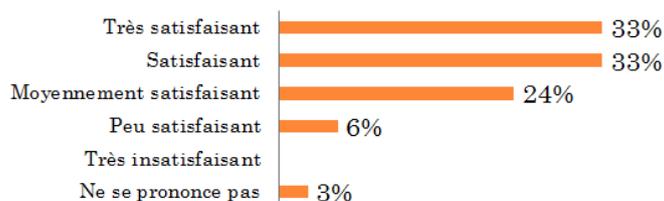
- > Les participants sont moins satisfaits de la durée du stage (trop courte)
- > Les principales suggestions sont :
  - Allongement de la durée du stage (sur 2 ou 3 jours)
  - Meilleure organisation des horaires des stages
  - Rappeler aux référents l'objectif de la formation
  - Proposer plusieurs stages d'immersion (dans 2 structures différentes par exemple)
  - Essayer de faire découvrir une structure différente de celle du participant

15

## APPORTS SCIENTIFIQUES

Grossesse et migration – [Clelia Gasquet](#)

Comment jugez-vous le contenu de l'intervention relative au dispositif de prise en charge des situations de périnatalité/précarité ?



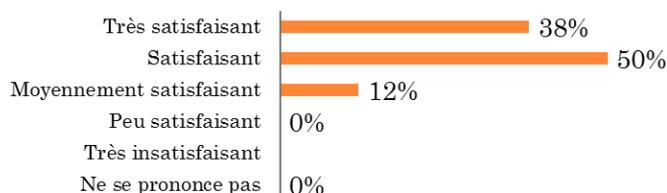
- > Il aurait été plus judicieux de prévoir cette intervention dans la matinée

19

## ATELIERS DE REFLEXIONS

Culture et périnatalité – S. Rigot et A. Tchiemmegne

Comment jugez-vous le contenu de l'intervention relative au dispositif de prise en charge des situations de périnatalité/précarité ?

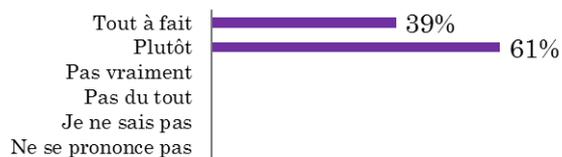


- > Intervention pas assez dynamique et interactive.
- > Prévoir des hauts parleurs pour diffuser le film

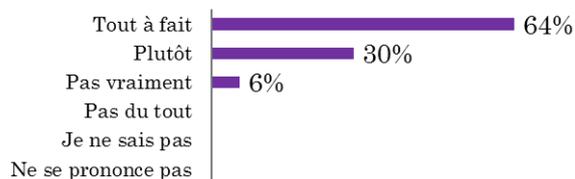
20

## BILAN GLOBAL DU PROGRAMME

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



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



22

## SUGGESTIONS

- Support écrit serait un plus
- L'accompagnement psychologique est à prendre en compte
- Intervenants de l'ASE ?
- Il serait intéressant d'ajouter une 4<sup>ème</sup> journée, dans quelques mois par exemple, pour poursuivre le tissage association et garder une belle dynamique apportée par ces 3 journées
- Amorcer un travail en commun ?

24

## CONCLUSION GÉNÉRALE

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

25