RAPPORT D'ACTIVITE DU RESEAU SOLIPAM ILE-DE-FRANCE

Edition 2024

Association Solidarité Paris Maman Ile-de-France - 52 rue Richer - 75009 PARIS
Tél : 01 48 24 16 28 – Télécopie : 01 48 24 19 29
SIRET : 490 909 496 000 39 NACE 9499Z

Table des matières

Préambule :....3
I. L'organisation du réseau....4
1. La gouvernance du réseau....4
2. L'équipe du réseau....4
3. Groupes de travail....4
II. États des lieux – coordination médico-sociale....6
III. Partenariats....19
IV. Projets....20
1. Projet : *InFAU Préca-Périnat*....20
2. Projet plaidoyer....21
3. Projet : *Rendre Visibles les Invisibles*....22
4. Projet de recherche : *REPERES*....23
5. Projet communication :....24
V. Conclusion et perspectives....25
ANNEXE I - Programme des 14èmes Rencontres Solipam....26
ANNEXE II – Graphiques de l'état des lieux....28
ANNEXE III – Flyer Numéro Vert (version 2024) en français et en anglais....31
ANNEXE IV – Fiche navette (version 2024)....32
ANNEXE V – Document signé d'une obligation de sortie administrative....33
ANNEXE VI – Plaquette du réseau SOLIPAM (version 2024)....34
ANNEXE VII – Financeurs....36

Préambule :

Évoquons la situation de Madame F, en couple, suivie par le réseau SOLIPAM depuis qu'elle nous a contacté pour sa grossesse, qu'elle a vécue dans une situation de grande détresse psychique en raison des conditions indécentes de leur existence commune. Aujourd'hui, le nouveau-né du couple ayant plus de 3 mois, la famille n'est plus prioritaire selon les critères de recommandations de bonnes pratiques des femmes en situation de vulnérabilité de la HAS (février 2024) qui participent et entérine à la définition des critères de « sur-priorisation » du 115, notamment de Paris dont la famille dépend. Madame F est assez mutique et nous conduisons l'entretien avec son conjoint. Présent au quotidien auprès de sa femme, il a assisté à l'accouchement et si c'est une expérience singulière pour lui qui n'aurait pas imaginé un jour assister à un accouchement. Il a été saisi par la présence rassurante de la sage-femme à la maternité ou sa femme a été hospitalisée pendant cinq jours. Mais le moment de la sortie a été difficile.

Laissons-leur la parole :

L'homme : « Parce qu'après l'accouchement on a eu un hébergement d'une semaine. Elle a refusé. Elle a dit qu'elle ne sort pas parce qu'elle vient d'accoucher. Pendant la grossesse on fait beaucoup de va et viens [...] au moins 30 hôtels. Elle a dit qu'elle était fatiguée. La sage-femme qui était là-bas elle est venue, elle nous a dit « oui c'est normal ». Il faut qu'on sorte de l'hôpital. Ma femme a dit qu'elle ne sort pas. Après il y a eu les dirigeants de l'hôpital qui sont venus et ils ont dit que si on n'avait pas eu d'hébergement on pouvait rester là-bas. Lorsqu'on a eu une semaine d'hébergement on est partis. L'hébergement, on a fait une semaine, on a appelé ils nous ont donné une autre semaine et après on n'a pas eu de place [...] on a fait la nuit dehors ».

La femme : « Franchement il y a des hôtels qui sont compliqués. On vient de faire des hôtels sales, qui ne sont pas bons. Moi je préfère la rue que ces hôtels, parce que là, on a passé une semaine je ne me suis même pas lavée. Tu ne peux pas rentrer, [...] en fait on ne fait même pas nos besoins ou quoi, c'est des toilettes publiques donc c'est trop compliqué là-bas. Là, on a fait notre 49e hôtel ».

L'enquêtrice : « J'imagine que vous devrez être très fatigués tous les trois ».

La femme : « Oui parce que tu peux rester là, c'est Corbeil Essonnes, puis là après, [...] donc tu as des heures et des heures de trajet. Et faire les bagages, partir et sortir quand il fait jour, et refaire les bagages parce qu'il y a des hôtels il faut sortir avant 10h d'autres avant 11h on nous dit ».

L'homme : « La nuit moi je ne dors pas, je reste sur mon téléphone. Elle dort, l'enfant dort, on ne dort pas ensemble parce que quelqu'un peut venir nous agresser. Jusqu'à 5h, je suis là et quand je vois les gens commencer à circuler un peu, moi je peux dormir dans un coin ».

La femme : « La journée on va à l'accueil de jour *Bonne Nouvelle* »

L'homme : « Là-bas quand on va on prend le petit déjeuner. Le week-end il n'y a pas, on va chez Utopia, mais quand il n'y a pas de quoi manger, j'essaie de faire à ma manière. J'essaie de sortir et voir des gens, souvent il m'arrive de demander de l'argent, quelque chose pour que je puisse envoyer à Madame et acheter quelque chose à manger ». «

La femme : « Là, on n'a pas un endroit fixe, on a nos bagages à Bonne Nouvelle, mais la nuit on peut aller devant l'hôtel de ville... Quand il fait nuit, on dort à la gare du Nord ».

L'enquêtrice : « Comment vous vous sentirez dans une perspective d'avoir un hébergement sans votre conjoint ? »

La femme : « Je ne peux pas partir sans lui, parce que c'est lui qui m'aide avec l'enfant, parce qu'il connait, il peut me dire « fais comme ça ». Il cherche à manger pour nous donner. Parce que moi j'ai mal aux pieds pour aller à *Paris Tout Petit* prendre des couches pour l'enfant. C'est lui qui fait tout vous savez. Moi j'ai trop souffert. J'ai mal ».

L'homme : « Quand je suis seul c'est plus facile. Sans elle, je sais comment me débrouiller. Mais quand je la regarde, quelle que soit la difficulté, on reste ensemble. On se dit « ça va aller un jour même si on dort dehors ». On a traversé beaucoup, je ne peux pas la laisser. On se regarde puis, on regarde notre fille et même si on est dans la rue, ça va ».

La femme : « La rue c'est compliqué surtout avec un enfant, des fois elle pleure je ne sais pas ce qu'elle a, ça me fait pleurer. C'est très compliqué ».

I. L'organisation du réseau

1. La gouvernance du réseau

En tant qu'association, loi 1901, le réseau est doté d'**un bureau** qui réunit régulièrement les membres élus du Conseil d'Administration et la direction du réseau, pour définir ses orientations stratégiques.
Il est composé de :

- Madame Félicia Joinau-Zoulovits, présidente
- Madame Christine Morisset, vice-présidente
- Madame Vanessa Benoît, trésorière
- Madame Aurélie Marzorati, secrétaire
- Madame Véronique Prisse, membre
- Pr. Elie Azria, membre

Une fois par an, **l'Assemblée Générale** de l'association est convoquée pour la présentation des comptes et de l'activité du réseau. Cette année, elle s'est tenue le **27 mai 2024**. Il est aussi acté que trois réunions annuelles sont organisées.

2. L'équipe du réseau

Celle-ci est composée de plusieurs « équipes » :

- Équipe de coordination médicale :
  3 sage-femmes coordinatrices : **2.5 ETP**
- Équipe de coordination sociale :
  3 assistantes de service social coordinatrices : **3 ETP**
- Équipe projet :
  1 doctorante (sage-femme) : **0.5 ETP**
- Équipe administrative :
  1 directrice : **0.3 ETP**
  1 assistante de direction : **1 ETP**

3. Groupes de travail

Les trois Groupes de Travail du réseau, créés en 2010 sont toujours opérationnels et réunissent chacun, deux à trois fois par an, les partenaires du réseau et les coordinatrices en charge du portage des projets d'amélioration du travail du réseau. La composition des groupes de travail évolue constamment ; de nouvelles personnes sont régulièrement conviées à y participer.

GT1 : *« Garantir la continuité du parcours médico-psycho-social des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés jusqu'à trois mois de vie »*

Ce groupe opérationnel du réseau réunit des acteurs médico-psycho-sociaux engagés dans le réseau.

GT2 *: « Devenir un centre ressources « Périnatalité/grande précarité » (séminaires, colloques, informations, études, manifestations) »*

Y est conduit un travail pour mener à bien un des objectifs du réseau, sa participation à la conduite du changement, par l'information, des acteurs de terrain, en rapprochant notamment les professionnel·les du secteur médical et ceux du secteur social autour de la problématique commune périnatalité/grande précarité.

En 2024, quatre séminaires d'information se sont tenus sur les départements suivants :

- Deux dans le **Val d'Oise (95)**
- Un dans les **Hauts-de-Seine (92)**
- Un dans les **Yvelines (78)**

Ces séminaires ont réuni en moyenne vingt-huit participant·es par session dont 62% sont issus d'une profession médicale/paramédicale et 38% issus d'une profession sociale.

Il est prévu en 2025 de développer au moins un séminaire sur le département du Val-de-Marne (94) pour lequel le nombre de demandes a augmenté cette année. Deux autres séminaires auront lieu, les départements sur lesquels ils se dérouleront restent à déterminer.

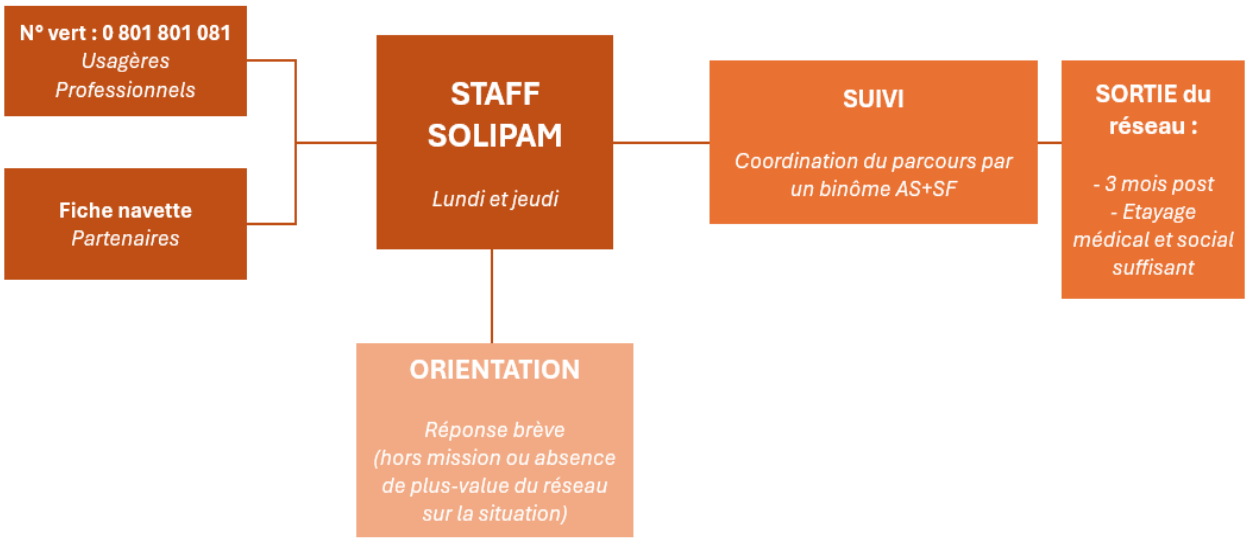
Les **14èmes Rencontres du réseau** ont affiché complet cette année, avec environ deux cent cinquante personnes présentes au centre des colloques du campus Condorcet à Aubervilliers sur le thème "Périnatalité, santé psychique et grande précarité" [Annexe I].

GT3 *: « Évaluer le service rendu par SOLIPAM aux femmes et à leurs enfants, aux professionnel·les du territoire de santé parisien et à la collectivité »*

Ce groupe de travail peut être compris comme la commission d'évaluation scientifique du réseau. La composition de ses membres gage de la rigueur et de la conformité des travaux menés sur le territoire de santé (APHP, ORS). L'année 2014 a été marquée par le développement d'une collaboration entre l'EHESP et le réseau SOLIPAM, qui n'a pas cessé depuis. Une convention de partenariat a été signée au 1er 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.

II. États des lieux – coordination médico-sociale

Le réseau SOLIPAM accompagne les femmes, majeures, enceintes et/ou à charge d'un nouveau-né de moins de 3 mois en situation de grande précarité.



Tout au long de l'année, le réseau SOLIPAM a accompagné **quatre cent vingt-cinq** (425) femmes enceintes et/ou accouchées pendant une durée moyenne de cent quarante-cinq (145) jours, soit environ vingt-et-une (21) semaines.
Cent cinquante-cinq (155) orientations ponctuelles ont aussi été réalisées.

La file active du réseau (suivis + orientations) en 2024 est donc de **cinq cent quatre-vingt-une** (581) situations pour **quatre cent trente-trois** (433) nouvelles demandes en 2024 [Annexe 2 – figure 1].

Les femmes/familles de la file active en 2024 ont été pour **60%** d'entre-elles à l'origine de la demande, dont **cent soixante-dix-sept** (177) appels directement sur notre numéro vert [Annexe 3]. Généralement, les femmes sont orientées vers SOLIPAM par d'autres associations comme les différents *115*[1] ou accueils de jour qu'elles côtoient via notre fiche navette [Annexe 4]. Parfois, elles découvrent le réseau via notre site internet ou du bouche-à-oreille. Les professionnel·les du secteur social et médical nous ont adressé respectivement 18%, et 21% des demandes en 2024. Le reste des orientations (1%) faites au réseau sont issues de bénévoles d'associations diverses ou directement de citoyen·nes.

Depuis la régionalisation du réseau en 2012, **Paris** (43% des demandes) et la **Seine-Saint-Denis** (23% des demandes) ont toujours été les départements desquels émane la majorité des demandes. La proportion des appels en provenance du reste de l'Ile-de-France varie au fil des ans, mais l'écart reste considérable avec ces deux départements. Toutefois, ces disparités ne présagent pas tant de situations plus nombreuses de grande précarité des femmes selon ces lieux d'encrage et les territoires d'où elles nous appellent, mais informent

[1]Numéro d'appel géré par les SIAO (Système d'Information, d'Accueil et d'Orientation) pour l'obtention d'un hébergement d'urgence.

aussi d'habitudes de travail avec certain·es acteur·ices sur certains territoires. Il faut souligner que les femmes enceintes ou familles en situation de grande précarité sont présentes sur tout le territoire francilien, notamment du fait de leur errance résidentielle parfois majeure. C'est davantage l'implantation et la connaissance du réseau SOLIPAM par les professionnel·les de certains départements qui peut justifier une plus forte sollicitation de leur part, et non la réalité du terrain. [Annexe 2 – figure 2]

D'un point de vue démographique, l'**âge moyen** des femmes suivies à SOLIPAM en 2024 est d'environ vingt-huit ans et la grande majorité sont isolées ou en couple sans enfant (respectivement 32% et 37%) ; pour 41% d'entre elles cette grossesse sera la première menée à terme (37% en 2023).

Cette année, le réseau a été sollicité pour **trois cent dix-sept** (317) **femmes enceintes** en situation de grande précarité – dont cent soixante (160) ont accouché pendant leur accompagnement – ainsi que vingt-neuf femmes qui avaient déjà accouché. Le suivi s'est aussi poursuivi pour soixante-dix-neuf (79) femmes ayant déjà accouché en 2023.

Au moment où SOLIPAM prend connaissance de leur situation, ces femmes enceintes sont déjà au milieu de leur grossesse, soit en moyenne à **21 semaines d'aménorrhée** (SA), ce qui est stable par rapport à l'an dernier. Compte-tenu des délais administratifs et de la complexité de leur situation médico-psycho-sociale, il serait préférable que ces femmes soient connues de SOLIPAM plus tôt. Un **repérage plus précoce** de leurs vulnérabilités permettrait de travailler de concert en respectant les **temporalités différentes** du travail médical et social.

Pour quatre-vingt-cinq (85) femmes, soit **27% des femmes enceintes** accompagnées par SOLIPAM en 2024, aucun suivi de grossesse n'était mis en place au moment de l'entrée dans le réseau. Parmi ces femmes sans suivi médical, neuf étaient dans leur troisième trimestre de grossesse.

Pour celles qui sont suivies, elles le sont majoritairement en **maternité** (63%), avec parfois un double suivi PMI/maternité ou libéral/maternité ; 29% des femmes déjà suivies à l'entrée le sont exclusivement en PMI. Pourtant, un tiers de ces suivis ne semblent pas respecter les normes de conformité établies par la Haute Autorité de Santé (HAS) : cela notamment en raison d'un **recours aux soins tardifs.** Mais le manque d'une offre de soins suffisante sur certains territoires, la non-utilisation beaucoup trop répandue des services d'interprétariat adaptés, responsables de mésinformation, pourraient également être interrogés, aussi bien que les difficultés d'accès aux droits, notamment à une couverture maladie.

En effet, à l'entrée dans le réseau, environ 50% d'entre elles ne bénéficient pas de **couverture maladie**, et aucune démarche n'est en cours ; ce qui est globalement similaire aux constats de l'année dernière [Annexe 2 – figure 3]. Ainsi, beaucoup de femmes restreignent leur sollicitation aux différents professionnel·les de santé, voire renoncent à se rendre aux urgences par crainte de se voir remettre une facture qu'elles ne pourraient pas payer par la suite, faute de ressources financières suffisantes.

Ce chiffre pourrait s'expliquer en partie par le fait que 30% de ces femmes n'ont pas de **domiciliation administrative** à l'entrée dans le réseau. La domiciliation est une première étape essentielle pour accéder aux droits en France, mais les établissements proposant une domiciliation administrative en Ile-de-France sont particulièrement saturés, ce qui complique son accès. Le délai de trois mois de preuve de présence en France pour accéder à l'Aide Médicale d'Etat (AME) et à la Couverture Santé Solidaire (C2S) pour, notamment, les demandeuses d'asile (qui bénéficiaient auparavant d'une dérogation), prolonge, de fait, le délai pour la demande et l'obtention d'une couverture maladie pour les femmes primo-arrivantes sollicitant

le réseau. Les femmes sans couverture médicale dépendent alors de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) et du DSUV (dispositif de soins urgents et vitaux) pour prendre en charge leurs frais médicaux (consultations et hospitalisations).

3 mois d'attente pour les preuves de présence	+	2 à 3 mois d'attente de traitement de la demande	=	Délai de 5 à 6 mois pour obtenir une ouverture de droits

Ces délais d'accès aux droits sont problématiques dans la mesure où quatre-vingts (80) des femmes enceintes suivie au sein de la file active du réseau en 2024 présentent une **santé altérée**. Parmi les pathologies chroniques déclarées les plus fréquentes sont retrouvées les hémopathies (dont drépanocytose et anémie chronique), les pathologies infectieuses (dont VIH et hépatites B et C), les pathologies psychiatriques, les anomalies utérines (utérus polymyomateux), et les pathologies hypertensives. Il est probable que ces données soient sous-estimées car les éléments médicaux sont souvent uniquement déclaratifs et nous constatons que les femmes accompagnées par le réseau n'ont pas toujours une connaissance parfaite des informations médicales qui les concernent. Ainsi, les débats actuels sur la suppression ou la modification du « panier » de prise en charge relatif à l'AME, les décisions de déremboursement de certains soins participant à une moins bonne prise en charge par l'Assurance Maladie sont des facteurs d'inquiétude supplémentaires quant à la prise en charge médicale future de ces femmes et la probable dégradation de leurs états de santé, déjà fragilisée par leur situation sociale.

Par ailleurs, au début de la prise en charge par SOLIPAM, 45% de la file active n'a pas encore rencontré de travailleur social. Lorsqu'elles bénéficient déjà d'un **accompagnement social**, les assistant·es de service social de maternité sont les interlocuteur·rices de première ligne des femmes enceintes (20% des cas). Néanmoins, les assistant·es de service social de maternité n'interviennent que sur le **temps limité** de la grossesse. Il s'agit ensuite de trouver un relais soit par les services sociaux de secteur, soit, majoritairement, par les accueils de jour, afin d'éviter les ruptures d'accompagnements. [Annexe 2 – figure 4]

L'identification d'un·e travailleur·se social·e pouvant informer sur les droits et accompagner dans des démarches (hébergement par le SIAO, soutien de la recherche d'une domiciliation, ouverture de droits CPAM...) est primordiale. En revanche, la situation actuelle de saturation des accueils de jour, mais aussi la **pénurie** de travailleurs sociaux dans l'ensemble des services sociaux d'Ile-de-France (publics comme associatifs) a un impact sur l'accessibilité et la stabilité d'un accompagnement social pour les familles, que ce soit en anténatal ou après l'accouchement. Afin de pallier les carences de l'Etat concernant l'accès aux droits pour toutes et tous, des dispositifs spécifiques sont mis en place. Fonctionnant sur le mode de l'aller-vers, des équipes mobiles en périnatalité et précarité permettent ainsi l'accès aux soins et au droit à ce public. À l'image de SOLIPAM, l'objectif de ces professionnel·les, loin de les limiter à ces filières spécifiques, est de raccrocher ces familles aux dispositifs de droit commun.

D'un point de vue médical, un suivi de grossesse a été mis en place pendant l'accompagnement de SOLIPAM pour 28% des femmes. Pour cent treize (113) situations, soit environ 36%, une demande d'**inscription en maternité** a aussi été effectuée pendant le suivi par SOLIPAM, ainsi que vingt-trois **transferts de dossiers in-utero** pour un motif d'ordre social dans 83% des cas. La cause la plus largement retrouvé dans ces dix-neuf transferts de dossier est le **rapprochement du lieu d'hébergement** car, quand une stabilisation a pu être obtenue, c'est généralement en toute fin de grossesse. Il est important de rappeler que l'hypermobilité et l'errance résidentielle des femmes sont à l'origine d'un **suivi médical tronqué** avec des rendez-vous manqués ou reportés et donc une perte de chance considérable pour la santé de ces femmes

et celle de leur fœtus. Par ailleurs, la réalisation d'un **entretien prénatal précoce** (EPP), pourtant obligatoire depuis 2020, n'est que rarement proposée aux femmes accompagnées par SOLIPAM alors qu'elles en sont la cible principale étant donné leur situation sociale très complexe.

En effet, en 2024, 50% des femmes à l'entrée du réseau étaient en **situation de rue**, soit deux cent treize (213) femmes [Annexe 2 – figure 5]. Ce chiffre confirme l'augmentation observée en 2023 et est un marqueur de la dégradation majeure des conditions d'existence de ces femmes. Parmi ces femmes sans hébergement à l'entrée, **quarante-neuf (49) étaient enceintes de plus de sept mois** et **quinze** étaient accompagnées d'un **nouveau-né de moins de trois mois.**

L'équipe de coordination de SOLIPAM constate la **dégradation incessante** des situations de vie de ces femmes et de leurs nouveau-nés. La grossesse, autrefois considérée comme un facteur de vulnérabilité prioritaire dès la fin du 1er trimestre, devient un critère de vulnérabilité commun pendant les deux premiers trimestres. On ne peut que se questionner quant au **manque de considération** des pouvoirs publics face à ces situations alarmantes. Le manque de moyens alloués au secteur de l'Accueil Hébergement Insertion (AHI) a un impact direct sur ces familles en situation de rue. Si les risques sur les grossesses vécues à la rue interpellent, qu'en est-il pour ceux qui pèsent sur les enfants ? Ces derniers vivent ces situations de précarité et d'exclusion de plein fouet : risque de déscolarisation, carences au niveau alimentaire, suivi médical parfois irrégulier. Quant aux plus jeunes, notamment ceux de moins de deux ans, les parents n'ayant que peu de possibilité d'accès à des poussettes, ils sont constamment portés dans les bras ou au dos du fait de l'errance résidentielle de la famille. Leur développement moteur semble également impacté, notamment au niveau de la marche. Malgré la présence soutenante des parents, la parentalité de ces femmes et ces hommes peut se trouver parfois remise en question par des professionnel·les qui ne prennent pas systématiquement en compte la situation globale de ces familles et les difficultés auxquelles elles sont confrontées au quotidien. Cela peut donner lieu à des discussions autour de normativités des compétences parentales qui ignorent les difficultés de ces familles. On pointera, dans les discours, le portage au dos comme cause de morbidité – voire mortalité néonatale – sans interroger que s'il est pratiqué aussi longtemps dans une journée, c'est en raison d'un défaut d'hébergement stable. Cause qu'il faut dénoncer et travailler pour la sécurité de ces nourrissons et plus largement des personnes.

De façon générale, les conditions de vie instables et l'hypermobilité de ces femmes précédemment décrites accentuent encore leur isolement social, et complexifient d'autant leur ancrage dans un accompagnement en santé psychique. Un tiers des femmes suivies sont totalement isolées (seules et sans enfant) et 15% sont des femmes seules avec enfant. Pour les femmes multipares issues d'un parcours migratoire, très souvent, les aînés sont restés auprès de leur famille dans leur pays d'origine. À la suite de leur parcours, il arrive que ces femmes n'aient plus de contact avec eux, pouvant amplifier ce sentiment d'isolement social et de solitude s'articulant autour du fait d'avoir laissé un enfant dans le pays de départ en même temps qu'elles investissent une nouvelle grossesse, ainsi un réel sentiment de culpabilité perturbe leur parentalité dans une société qui impose toujours plus d'acculturation, particulièrement dans ses normes périnatales et familiales.

Parmi les femmes déjà hébergées lorsqu'elles sollicitent le réseau, **l'hébergement chez des tiers** concerne 23% des femmes à l'entrée au réseau, ce qui en fait le mode d'hébergement le plus représenté ; il est pourtant particulièrement instable. En effet, nombre de femmes hébergées chez des tiers relatent des situations d'**exploitation** domestique (ménage, garde d'enfants), voire sexuelle. Ces hébergements sont parfois discontinus et peuvent prendre fin à l'annonce de la grossesse, à l'approche de l'accouchement ou juste après la naissance. Ce mode d'hébergement peut parfois être faussement rassurant, pour les femmes

et/ou pour les professionnel·les qui les accompagnent, et les tenir *in fine* éloignées d'un véritable accompagnement social. Du fait de cet hébergement, certaines familles n'appellent plus le 115. Elles perdent alors leur ancienneté auprès de l'opérateur de l'hébergement d'urgence. Quant aux professionnel·les, la famille étant hébergée, les dispositifs nécessaires afin de sécuriser leur situation tant au niveau de l'hébergement que des démarches administratives ne sont pas forcément mis en œuvre. Il est pourtant important de pouvoir **anticiper** avec elles la recherche d'un autre hébergement afin de limiter au maximum ce risque de remise à la rue.

Mme A. nous est orientée par une professionnelle de la maternité où elle est suivie à 5 mois de grossesse. La famille composée de Mme, son conjoint et leur premier enfant de 14 mois est alors hébergé depuis 2 mois par un ami de monsieur parti en voyage. Ils n'appellent pas le 115 car il leur a été signifié qu'étant actuellement hébergé par un tiers, ils n'étaient pas prioritaires. Leur adresse de domiciliation pour leurs démarches est celle de ce monsieur.

Quinze jours plus tard, la famille nous fait savoir qu'ils ont été mis dehors au retour du monsieur. Nous leur conseillons de reprendre les appels au 115 et de se rapprocher de leur assistante de service social de secteur.

Pendant toute la grossesse, la famille poursuivra ses appels au 115, mais ne recevra que des propositions de halte de nuit non mixte, non adaptées à la composition familiale. Mme, suivie régulièrement pour une grossesse à risque, acceptera une fois cette orientation en raison de conditions de froid intense : elle se rend seule à la halte de nuit avec son ainé mais, chute avec l'enfant dans les bras ce qui lui vaudra une consultation aux urgences. Après cet épisode, la famille décide de dormir sous le porche d'une association qu'ils connaissent et qui leur prête pour la nuit des couvertures. Ils y dormiront jusqu'à la fin de la grossesse.

Après la naissance, une fois la sortie médicale signifiée, la famille reprend ses appels au 115 qui leur fait une nouvelle proposition de halte de nuit, qu'ils refusent. L'ami les ayant hébergés il y a quelques mois est à nouveau en voyage et leur propose de rester dans son logement pour une durée d'un mois. La famille choisira cette sécurité bien que temporaire. Pendant un mois, ils n'appellent plus le 115 et ne sollicitent pas leur assistante de service social. Ils n'ont pas accès aux clés de la boite aux lettres et ne reçoivent pas les courriers relatifs à la demande de rattachement AME, ni à ceux relatifs à la demande d'asile qu'ils ont déposée pour leur petite fille. Un mois et demi après l'accouchement, le monsieur récupère son appartement et la famille retourne dormir sous le porche.

Les **prises en charge en court séjour par le 115** représentent le deuxième mode d'hébergement le plus commun à l'entrée du réseau et concernent 16% des femmes hébergées à l'entrée. Parmi les femmes hébergées par le 115, le constat de leur **hypermobilité** reste d'actualité, rendant plus complexe encore leur ancrage social et médical : cent quatre-vingt-quatorze (194) femmes accompagnées par le réseau ont subi au moins une rupture d'hébergement au cours du suivi à SOLIPAM, 15% d'entre elles ont vécu cinq ruptures d'hébergement ou plus et 17% des femmes suivies ont connus dix hébergements différents ou plus. Une femme sur quatre a été hébergée dans au moins trois départements différents au cours de son suivi à SOLIPAM.

Cette mise en mouvement perpétuel dans le cadre de la grossesse et des premiers mois de vie des enfants participe à **entraver** la continuité de la prise en charge autour de la grossesse et la santé des nouveau-nés. Les femmes accompagnées par le réseau nous déclarent être obligées de se déplacer constamment pour accéder pour quelques jours à une chambre d'hôtel, dispersé dans toute l'Ile-de-France et pour avoir accès à des associations qui peuvent les aider. Malgré leur vulnérabilité et même si elles font parties d'un « public prioritaire » pour le 115, 10% ont vécu une rupture d'hébergement allant jusqu'à deux mois. Ces situations ont nécessité des contacts fréquents avec nos partenaires, ainsi que l'envoi régulier d'alertes au SIAO (221 en

2024) demandant mises à l'abri et sécurisation des parcours d'hébergement. Phénomène inquiétant, onze femmes suivies par SOLIPAM ont subi une rupture d'hébergement de plus de 5 mois durant leur grossesse.

La Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (DRIHL) a annoncé un nouveau cadre unifié des SIAO[2] et de suivi de leur activité en Ile-de-France. Selon le document public, l'objectif est « d'améliorer la prise en charge et l'équité de traitement des usagers dans un contexte interdépartemental », en présentant le nouveau système de **priorisation** par le 115 :

- Priorité 1 : familles avec enfant(s) de moins de 3 mois, femmes enceintes de plus de 6 mois et personnes victimes de violences en danger immédiat.
- Priorité 2 : familles avec enfant(s) de moins de 3 ans, jeunes (18/25 ans) en situation de rue, personnes victimes de violences et personnes ayant des problématiques sanitaires.
- Priorité 3 : personnes de plus de 65 ans, personnes sans enfant avec vulnérabilités fortes et familles en détresse avec enfant(s) de plus de 3 ans.

Cette priorisation a été mise en œuvre avant le 1er janvier 2024. Plus précisément depuis le 26 juillet 2023, une nouvelle grille de priorisation a été annoncée par l'ensemble des SIAO concernant les familles accompagnées par le réseau, précisant ces nouveaux critères.

Ces prises en charge en court séjour du 115 se heurtent souvent à une absence de prise en compte de la **composition familiale**. L'accès à une place d'hébergement d'urgence semble plus facilité pour des femmes seules avec enfant. Ainsi, afin de permettre une mise à l'abri de femmes enceintes ou de femmes avec enfant certains opérateurs du 115 proposent des hébergements/mises à l'abri sans le conjoint. Or, la majorité des femmes suivies par notre réseau parle de leur conjoint, quand ils sont présents, comme aidant et soutenant, tant envers elles qu'envers leurs enfants. Cela étant, ces propositions, lorsqu'elles sont acceptées par les familles, les mettent régulièrement en difficulté : manque de soutien dans la prise en charge du nourrisson et/ou des ainés, difficulté future d'accès à des places correspondant à la composition familiale réelle. Cela conduit certaines familles à refuser de telles orientations et à rester à la rue jusqu'à obtenir une proposition d'hébergement adaptée, ce qui peut prendre du temps en l'absence de l'appui à leur demande par un travailleur social.

Évènement majeur de l'année 2024, l'accueil des **Jeux Olympiques à Paris** (JOP) pendant la période du 26 juillet au 11 août 2024 a eu un impact particulier sur l'organisation de la prise en charge des publics en situation de précarité. La préparation pour accueillir ce grand événement sportif a débuté courant 2023 avec plusieurs mesures prises, dont une nouvelle grille de priorisation par la DRIHL, rappelée ci-dessus, pour accéder à une place d'hébergement d'urgence. Au préalable des JOP 2024, même pour les personnes considérées vulnérables et qui répondent aux critères de priorité 1, comme une mère seule avec son nouveau-né à la rue, être hébergé dans la région parisienne était rarissime. Les places proposées par le 115 ont majoritairement été éloignées de la capitale, notamment en grande couronne, difficiles d'accès, impliquant des trajets mobilisant plusieurs transports en commun associés à de longs trajets à pied. Cela a généré des situations particulièrement inadaptées pour les femmes avec une grossesse avancée. La réorientation des priorités d'orientation sur le territoire francilien liée à cet événement sportif n'a pas permis au 115 de proposer des solutions plus pérennes et adaptées ; au contraire, elles n'ont été que de courtes durées avec des remises à la rue très fréquentes sans solution d'hébergement. Par conséquent, les femmes accompagnées par le réseau

[2] Pour plus d'informations : https://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/cadre-unifie-d-intervention-des-siao-a1305.html

n'ont pas eu de continuité de prise en charge ni de cohérence quant à leurs trajectoires. L'accès à des structures des soins ou à des points de distribution alimentaire a été de plus en plus compliqué à cause de cette hypermobilité quasi régulière.

Par ailleurs, un **dispositif policier** hors-norme et des périmètres de sécurité ont été mis en place par l'État pour accueillir les JOP 2024, renforçant le sentiment d'**insécurité** et d'instabilité permanente constant chez les femmes et les familles accompagnées par notre réseau. Plusieurs accueils de jour, associations et l'une des plus importantes structures des soins suivant les femmes enceintes en situation de rue ont reçu la consigne tantôt de se **délocaliser** pour pouvoir continuer leur activité, tantôt de fermer provisoirement. La crainte de subir des contrôles a contraint plusieurs femmes à limiter leurs déplacements, interrompre leur suivi de grossesse. Certaines ont aussi décidé d'accepter un hébergement chez un tiers malgré les inconvénients que ce choix peut amener.

Mme M. accompagnée par notre réseau, a eu une proposition par le 115 pour elle et son nourrisson de deux mois dans un hôtel social au nord-est de Paris le 05/08/2024. Or, Madame n'a pas pu accéder à son hôtel, lequel se trouvait dans un périmètre « rouge » (et donc d'accès très réglementé) en raison d'une épreuve sportive ayant lieu à proximité. Malgré nos alertes au 115 à ce sujet, la famille n'a pas pu obtenir d'autre proposition d'hébergement. Cette situation a entrainé une rupture de soins, de courte durée, à cause de l'inquiétude d'une possibilité de contrôle en cas de déplacement.

Une autre mesure prise pendant la même période a été la création de sites « tampons » par la DRIHL pour la mise à l'abri de cinq cent trente-neuf (539) places pour les personnes en situation de grande précarité, notamment les familles dans des lieux collectifs comme des gymnases, des écoles ou des hôtels sociaux. Douze femmes accompagnées par notre réseau ont été orientées vers des gymnases à Paris, lieux surpeuplés, souvent insalubres selon les témoignages des femmes, et sans accompagnement social prévu sur place. La majorité de ces lieux ont été pérennisés à l'issue des JOP et ont été renommés comme « **SAS maternité** ». Les familles sont hébergées sur place en attendant une place d'hébergement d'urgence plus stable.

Mme K. a été orientée dans un de ces centres de mise à l'abri réquisitionné le 25 juillet 2024, normalement ouvert uniquement pendant la période de JOP 2024 avec ses jumeaux de 2 mois. Elle déclare être dans un gymnase avec un sanitaire commun à cent trente (130) personnes et aucun·e travailleur·se social·e sur place. Une situation très inadaptée relativement à son état de santé et celui de ses enfants, tous trois souffrants d'une pathologie grave. La famille est restée 6 mois dans ce site avant d'être orientée vers une place en hôtel. Cette situation a eu un impact important sur la santé psychique de cette femme, très anxieuse pour la santé de ses enfants.

Durant la totalité de leur grossesse, quarante (40) femmes enceintes en 2024 ont été hospitalisées pour un motif **médical** ; cela est dû, en grande partie, à des menaces d'accouchement prématuré (MAP), des asthénies maternelles majeures ou de prise en charge d'un diabète gestationnel déséquilibré. Au total, ce sont quatre-vingt-deux (82) femmes accompagnées qui ont eu une grossesse en 2024 marquée par une **altération de l'état de leur santé** ou une **pathologie de la grossesse**. Le diagnostic d'un **diabète gestationnel** est le plus fréquent, suivi de la menace d'accouchement prématuré à un terme plus ou moins avancé et enfin de trouble de la croissance fœtale insuffisante.

Concernant la découverte d'un diabète gestationnel, la mise en place d'un traitement médicamenteux par injection sous-cutanée d'insuline, parfois indiquée selon les protocoles médicaux, ne peut pas être compatible avec la vie à la rue ou en hôtels 115 non stabilisés, changeant toutes les semaines d'après les

nouvelles priorisations des SIAO d'Ile-de-France. En effet, les difficultés d'accès à une alimentation digne et aux associations d'aide alimentaire, ainsi que l'absence d'accès à un réfrigérateur pour garantir la bonne conservation de l'insuline dégradent visiblement les états de santé de ces femmes et celle de leur enfant à naître.

Le **diabète gestationnel insulino-dépendant** surajouté à une situation de grande précarité sociale est un exemple flagrant de la perte de chance considérable que subit ce public, notamment en raison d'absence de solution d'hébergement stable et digne ou d'accès à une aide alimentaire adaptée.

De façon générale, deux cent soixante-six (266) familles ont été orientées vers de les structures d'**aide alimentaire** (distributions de repas froids ou chauds, colis alimentaire). L'inscription vers une aide alimentaire régulière et hebdomadaire, de type centre de distribution *Restos du cœur,* reste difficile du fait de l'augmentation des prises en charge en court séjour par le 115 au détriment des longs séjours, mais aussi du fait de la saturation de certains centres de distribution. Ceci a augmenté la mobilité des familles et a rendu l'ancrage sur une commune difficile voire impossible pour s'inscrire notamment pour retirer des colis de façon hebdomadaire. De nombreuses familles ont bénéficié de colis dits de « dépannage » par des associations caritatives, faute d'avoir un certificat d'hébergement du 115.

En 2024, le réseau SOLIPAM a vu naître **cent quatre-vingt-neuf** (189) nouveau-nés vivants.

Le taux de **césarienne** pour les femmes ayant accouché en 2024 s'élève à 29,5%, sachant que moins de 10% de ces césariennes étaient programmées pour raison médicale. Si ce taux reste similaire depuis 2022, il est toujours bien au-dessus de celui retrouvé en population générale comme l'indique l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2021[3] où il était de 21,4% [Annexe 2 – figure 6]. Par ailleurs, 38% des femmes ayant accouché en 2024 ont été concernées par un déclenchement artificiel de leur travail.

Dans la très grande majorité des cas, l'accouchement a eu lieu **sur site prévu**, c'est-à-dire dans la maternité qui suivait la femme pendant sa fin de grossesse. Dans le cas contraire, c'est une large majorité d'accouchement par voie basse après, généralement, une mise en travail spontané qui est représentée (71%).

C'est un total de cent soixante-quinze (175) singletons, dix jumeaux et trois triplés vivants que les femmes accompagnées par SOLIPAM ont mis au monde en 2024. C'est aussi un accompagnement dans le cadre de **fausse-couches précoces ou tardives** pour sept femmes, ainsi que celui d'une femme dont le nourrisson est **décédé** en postpartum immédiat après une mise en travail spontané à 22 SA et 6 jours.

Concernant les enfants nés vivants, le **terme moyen à l'accouchement** était de 39 SA, ce qui correspond aux données au niveau national. De plus, quinze bébés sont nés avant terme donnant un **taux de prématurité** de 8% pour la population de femmes suivies à SOLIPAM, ce qui se rapproche du taux de 7% retrouvé dans l'ENP de 2021, comparé aux taux des années précédentes (13,5% en 2023 et 17,3% en 2022). [Annexe 2 – figure 7]

[3] Pour plus d'informations : https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2022/10/rapport-2022-v5.pdf

Parmi ces nouveau-nés prématurés, douze (12) sont nés entre 36 SA + 6 jours et 32 SA dont neuf singletons et les triplés, un singleton est né entre 31 SA + 6 jours et 28 SA et, pour finir, deux singletons sont nés très grands prématurés, c'est-à-dire avant 28 SA.

Les départements les plus représentés dans les **lieux d'accouchement** des femmes accompagnées sont similaires à la répartition de la file active du réseau depuis des années : les maternités parisiennes (75) sont représentées à 43% (identique à 2023), suivies de celles du Val-de-Marne (94) avec 18% (en très nette augmentation du fait d'un partenariat très actif avec l'une des maternités du département) et des maternités Séquano-Dionysiennes (93) avec 17%. Les autres départements franciliens sont, certes, moins représentés dans ces chiffres, mais des femmes en situation de grande vulnérabilité sociale sont néanmoins présentes dans toute la région francilienne. C'est la raison pour laquelle il est primordial pour une prise en charge adaptée de ces femmes que **toutes les maternités**, publiques ou privées, soient davantage sensibilisées à la question de la grande précarité pour que les femmes soient accompagnées au mieux par des professionnel·les plus à l'aise car informé·es sur le sujet.

Une anticipation des démarches au niveau social, grâce à un repérage plus précoce, pourrait éventuellement permettre de réduire la **durée moyenne de séjour** des femmes en suites de couches qui est actuellement de **neuf jours**, sachant que l'absence d'une solution d'hébergement est en cause dans 58% des cas.

Malheureusement, même en ayant réalisé l'ensemble des démarches d'accès à l'hébergement possibles, cela ne peut garantir qu'un hébergement digne et stable soit trouvé en sortie de maternité pour ces familles qui peuvent parfois passer plusieurs mois à l'hôpital. Ce défaut, persistant, de mise à disposition d'hébergements en nombre suffisant augmente aussi les tensions dans les maternités, notamment en termes de nombre de lits disponibles pour le bon fonctionnement du service. En bref, cette « crise de l'hébergement d'urgence » met en danger femmes enceintes, femmes accouchées et nouveau-nés de façon générale. En effet, ces hospitalisations pour raisons sociales, participent à ce qu'en restant plus longtemps hospitalisées pour des causes non directement médicales, ces femmes et leurs nouveau-nés soient considérés comme embolisant les lits. Cette dynamique pousse certaines maternités à avoir recours à des procédures juridiques imposant aux femmes et à leurs bébés de quitter les lieux sous peine d'une expulsion par recours à la sécurité de l'hôpital – voire aux forces de l'ordre. L'équipe de SOLIPAM a ainsi soutenu deux familles confrontées à ce dispositif et qui se sont retrouvées en situation de rue à la suite de leur expulsion de la maternité, qualifiée de « **sortie sèche** ».

La famille B. a été escortée par le service de sécurité de l'hôpital au bout de 17 jours d'hospitalisation en suites de couches dans le cadre d'un séjour prolongé pour défaut d'hébergement. Les parents ont, par ailleurs, reçu en amont un document administratif, signé par la direction hospitalière, explicitant que le non-respect de la décision de sortie administrative pouvait s'apparenter à une occupation illicite d'un lieu public et, donc, constituer un délit puni par la loi. [Annexe V]

L'articulation entre pénurie d'hébergement d'urgence et situation sanitaire des femmes enceintes à la rue est aujourd'hui telle que la **Haute Autorité de Santé**[4] a publié en février 2024 une fiche de

[4] Pour plus d'informations : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3271226/fr/accompagnement-medico-psycho-social-des-femmes-des-parents-et-de-leur-enfant-en-situation-de-vulnerabilite-pendant-la-grossesse-et-en-postnatal

recommandations de bonne pratiques relatives à la « situation particulière de vulnérabilité des femmes enceintes en grande précarité sociale » : *« L'hébergement des femmes enceintes et accouchées, au minimum au troisième trimestre de la grossesse et jusqu'au 6 mois de l'enfant, avec la mise en place d'actions intersectorielles entre les structures de soins telles que les maternités […] ; les services des conseils départementaux […] ; l'Etat via les Services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO). »*

Ces recommandations plutôt pertinentes dans leur ensemble, sont néanmoins inquiétantes quant aux temporalités relatives au parcours suggéré et le **manque de justification médicale**.

De plus, elles ne sont pas en accord avec l'approche des « 1000 premiers jours », qui souligne à quel point les premières étapes de la vie, dès la grossesse, conditionnent la santé et le bien-être futur de l'enfant et sa mère. L'environnement dans lequel évolue l'enfant, les interactions qu'il vit et la qualité des soins qui lui sont prodigués jouent un rôle fondamental dans son développement physique, cognitif et émotionnel. Pourtant, les politiques publiques inspirées de cette approche semblent peiner à proposer des réponses adaptées aux besoins des familles les plus vulnérables.

Sauf exception, au sein de la file active du réseau, tous les enfants ont un **suivi médical en sortie de maternité** et l'adhésion à un ou plusieurs services de **Protection Maternelle et Infantile** (PMI) est faite dans plus de 90% des situations. Pour certains nouveau-nés (9%), un suivi hospitalier est aussi nécessaire : prématurité, handicap ou autre pathologie nécessitant l'appui de médecins spécialistes. Au niveau pédiatrique, l'**hypotrophie** est la problématique la plus retrouvée (14,8%, légèrement supérieur à 2023 et à l'ENP 2021). [Annexe 2 – figure 8]. Trois nouveau-nés ont été **réhospitalisés** en postpartum pour des cas d'infections respiratoires et de difficultés d'alimentation.

Par ailleurs, 25% des enfants en sortie de réseau n'ont pas encore accès à une couverture maladie (demande en cours pour 60% d'entre eux). Cela peut donc être un frein à leur suivi médical : consultations aux urgences en cas de maladie ou réalisation de tout autre soin qui ne peut être fait en centre de PMI.

Pour 31% des enfants nés suivis par SOLIPAM, c'est une **alimentation par lait artificiel** qui a été mise en place en suites de couches. Pour le reste, c'est un allaitement maternel, qu'il soit exclusif ou (très majoritairement) mixte. À l'instar de l'accès à des associations d'aide alimentaire et matérielle pendant la grossesse, l'accès à des produits de puériculture (lait artificiel, couches, vêtements, porte-bébés et poussettes) est très restreint et souvent compromis. En effet, la balance entre l'offre et la demande est en défaveur nette des personnes dans le besoin ; les associations sont aussi souvent sectorisées et l'hypermobilité des familles peut donc en être un frein majeur.

De plus, il est important de s'interroger sur les conséquences et les **difficultés d'accès aux soins en postpartum** pour les femmes qui n'auraient pas encore de droits ouverts à l'Assurance Maladie ou de solution d'hébergement digne et stable permettant une meilleure cicatrisation (césarienne, déchirures ou épisiotomie) et la diminution de complications post-opératoire ou post-accouchement.

En effet, seulement 67% des femmes accompagnées ayant accouché par voie basse ou par césarienne en 2024 ont pu accéder à une **consultation post-natale** à distance de la naissance de leur(s) enfant(s). Les principales raisons relevées sont l'absence de droits ouverts (AME ou CSS), une offre de soins très inégales selon les territoires ou encore une impossibilité pour les femmes ayant toujours d'importantes difficultés liées à la non-stabilisation de leur hébergement à se projeter dans un suivi médical adapté.

Aussi, ces problématiques d'accès aux soins sont loin de s'arrêter à la périnatalité, mais semblent toucher l'ensemble du système de soins français qu'il soit hospitalier, territorial ou libéral, cela sans qu'aucune solution concrète ne soit encore proposée par les politiques publiques. Par ailleurs, **les entretiens postnatals précoces**, pourtant obligatoires depuis 2022, semblent encore très peu réalisés pour les femmes en situation de grande

vulnérabilité psycho-sociales qui en sont pourtant le public cible. Si l'accès à ces entretiens doit être renforcé, il importe aussi que les professionnels de première ligne qui dépistent les vulnérabilités puissent s'appuyer sur un réseau d'aval en capacité de prendre en charge ces femmes.

La plus grande difficulté du réseau reste aujourd'hui **la sortie du réseau des familles sans hébergement** [Annexe 2 – figure 5]. Quinze (15) femmes sont sorties du réseau sans hébergement, dont quatorze (14) accompagnées de leur bébé, et dont sept d'entre elles avec un nouveau-né de moins de trois mois. La nouvelle méthode de priorisation qui est appliquée depuis cette année par le 115 indique qu'une famille reste prioritaire jusqu'aux trois mois du nouveau-né sauf si celui-ci présente des vulnérabilités médicales importantes. Dans le cas contraire, les familles n'ont plus aucune proposition par le 115 et les possibilités de mise à l'abri par le biais d'un autre dispositif sont rares. Les femmes se retrouvent contraintes de passer une majorité de leur parcours de grossesse à la rue en attendant leur 6ème mois de grossesse pour être enfin considérées prioritaires et même après elles se voient changer d'hébergement de semaine en semaine ou retourner à la rue.

Ainsi, le principal mode d'hébergement à la sortie du réseau est pour autant toujours l'hébergement en **hôtel 115** (34% en long séjour et 15% en court séjour). Ensuite, 19% des familles sont hébergées en CHU/CHRS (des proportions similaires à 2023). Ce faible taux pourrait s'expliquer par l'absence de rotation de ces dispositifs d'hébergement. Enfin, l'hébergement chez des tiers en sortie représente 11% des hébergements.

L'absence d'un **suivi social** est élevée à l'entrée du réseau et reste trop importante à la sortie, concernant 15% des familles accompagnées. [Annexe 2 – figure 4]. En effet, les familles peinent à accéder à un accompagnement. Lorsqu'elles sont hébergées en court séjour, le service social de secteur considère que l'**ancrage** sur la commune n'est pas un argument assez fort pour la pérennité d'un suivi de secteur et lorsqu'elles sont en long séjour le temps d'attente pour être accompagné par la PASH (Plateforme d'Accompagnement Social à l'Hôtel) est généralement de plusieurs mois. Les accueils de jour parisiens sont saturés, l'offre existante est actuellement **sous-dimensionnée**. Faute de moyens, les professionnels sont souvent limités à des demandes d'accompagnement ponctuelles (fiche SIAO, renouvellement droits CPAM...) qui ne sont satisfaisantes ni pour les femmes suivies, ni pour les professionnels qui les accompagnent. Dans d'autres départements franciliens, l'offre d'accompagnement social par des accueils de jour est quasiment (voir totalement) inexistante, ce qui rend très difficile l'ancrage auprès d'un service proposant un accompagnement social.

La **domiciliation** en sortie de réseau est majoritairement portée par les accueils de jours et les associations à hauteur de 53% des besoins, malgré les tensions au sein de ces dispositifs, puis 12% seulement par le secteur (CCAS – Centre Communal d'Action Sociale – *etc*.). À l'instar de l'accompagnement social par le secteur, il est souvent opposé aux familles une absence de rattachement suffisant avec la commune pour bénéficier d'une domiciliation. Certaines communes exigent par ailleurs comme condition de prise en charge la régularité du séjour. Concernant la **couverture maladie** à la sortie du réseau, 90% des femmes bénéficient de droits ouverts. [Annexe 2 – figure 3]

D'année en année, notre équipe constate une **dégradation incessante** des situations tant médicales que sociales de ces femmes et de leurs nouveau-nés. Les enfants à la rue n'ont jamais été aussi nombreux en France, malgré les différentes annonces des pouvoirs publics.

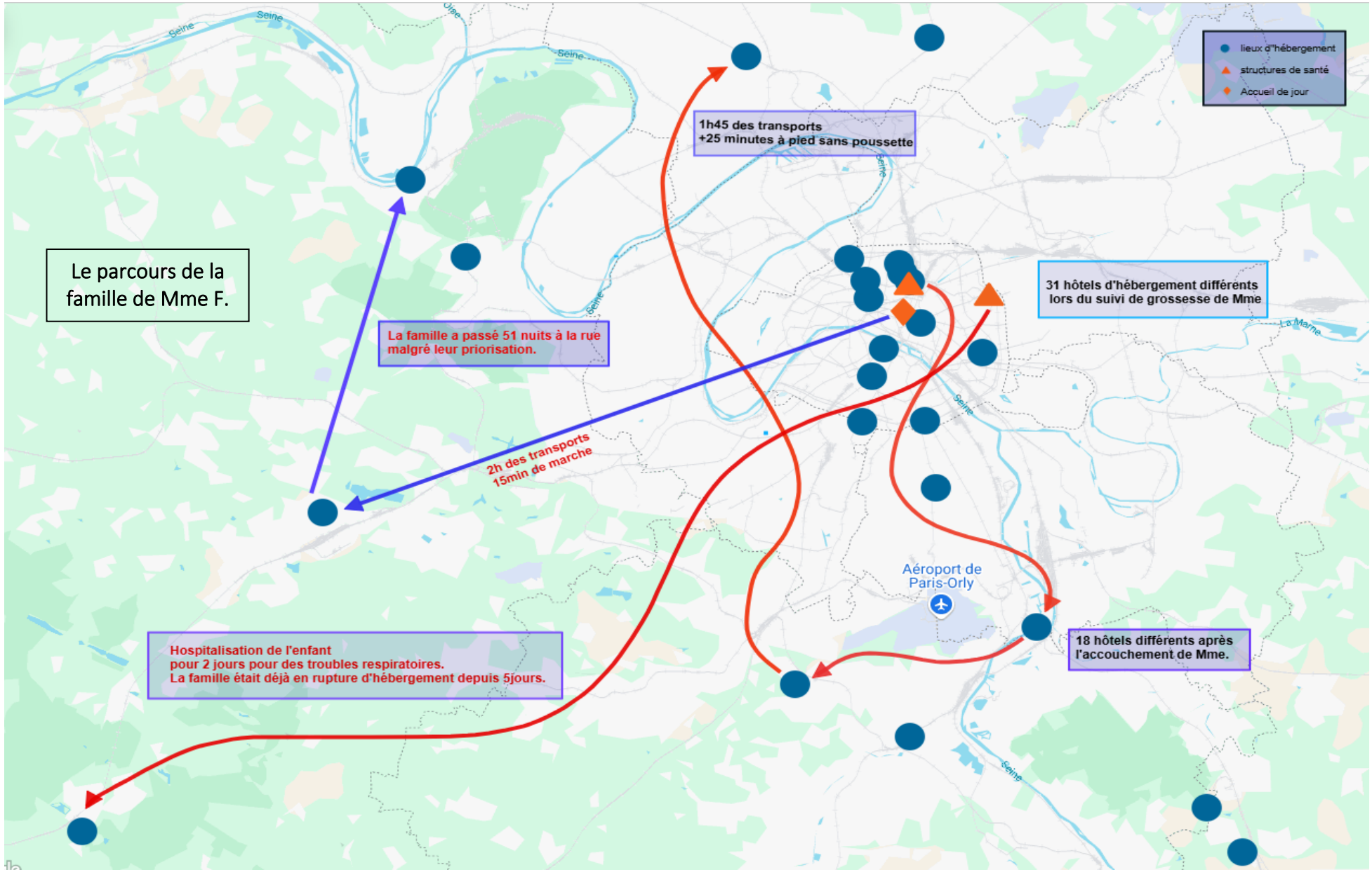
La fin de priorisation des familles par les 115/SIAO, fixée aux 3 mois des nourrissons, correspond à la fin d'accompagnement proposé par le réseau SOLIPAM. En conséquence, les coordinatrices médico-sociales sont fréquemment confrontées à la détresse de ces familles qui subissent une double rupture : celle d'un

hébergement plus ou moins stable, les poussant de nouveau dans une instabilité de parcours et, en parallèle, la fin d'un suivi se voulant soutenant avec les professionnelles de SOLIPAM.

Ces sorties du réseau sont insatisfaisantes, malgré le travail de coordination de l'équipe, et font écho au travail en **mode dégradé** vécu par l'ensemble des acteurs de terrain du champ médico-psycho-social.

En 2024, le réseau SOLIPAM c'est aussi **cent cinquante-cinq** (155) orientations ponctuelles dont :

- **Trente-six** (36) auprès de professionnel·les et **cent-dix-neuf** (119) auprès du grand public,
- Cinq demandes concernaient des situations de **femmes mineures enceintes**, que le réseau ne peut accompagner dans le cadre de ses missions,
- Quatre demandes étaient relatives à une aide de recours à l'**interruption volontaire de grossesse** (IVG),
- Onze demandes étaient en lien avec des difficultés liées à un contexte de **violences conjugales actuelles.**
- La plus grande proportion des demandes hors du champ d'action de SOLIPAM concerne des **difficultés d'hébergement ou d'accès à des aides alimentaires ou matérielles**, ce qui montre qu'un important nombre de familles restent en difficulté ou le redeviennent après les trois mois de vie de leur enfant.


Le parcours de la famille de Mme F.
lieux d'hébergement
structures de santé
Accueil de jour
1h45 des transports
+25 minutes à pied sans poussette
31 hôtels d'hébergement différents lors du suivi de grossesse de Mme
La famille a passé 51 nuits à la rue malgré leur priorisation.
2h des transports
15min de marche
Aéroport de Paris-Orly
18 hôtels différents après l'accouchement de Mme.
Hospitalisation de l'enfant
pour 2 jours pour des troubles respiratoires.
La famille était déjà en rupture d'hébergement depuis 5jours.
Seine
La Marne

III. Partenariats

L'année 2024 a été marquée à SOLIPAM par la continuité de la mise en place d'un réseau partenarial, toujours perfectible.

Tout d'abord, deux webinaires régionaux ont été animés par SOLIPAM, en partenariat avec les Dispositifs Spécifiques Régionaux en Périnatalité (anciens réseaux de santé en périnatalité), sur commande de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France, à destination des maternités franciliennes pour discuter autour des sorties d'hospitalisations des femmes et nouveau-nés sans hébergement.

À la suite de cette impulsion, divers groupes de travail sur la thématique "Précarité et Périnatalité" ont été monté par certaines délégations départementales de l'ARS et/ou par les DSRP auxquels le réseau SOLIPAM a été invité à participer. Ce fut notamment le cas pour les territoires du 93, du 95, du 94 ou encore du 78. Des temps d'échanges sont déjà prévus dans d'autres départements franciliens pour l'année 2025.

Aussi, nous avons participé à différentes réunions notamment dans le cadre de l'élaboration du PRAPS3 avec l'ARS Ile-de-France. Nous avons rencontré l'équipe de l'Observatoire régionale de Santé (ORS) pour une après-midi d'échanges autour de la périnatalité en situation de grande précarité. Des auditions de SOLIPAM auprès du Défenseur des droits et au Sénat ont eu lieu courant 2024 dans un cadre de partage d'expertise de terrain et de plaidoyer.

Concernant des partenariats à visée plaidoyer sur l'année 2024, SOLIPAM a reconduit son adhésion à l'Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers (ODSE) et au collectif associatif du Revers de la Médaille, collectif temporaire monté en vue des Jeux Olympiques de Paris 2024.

Différentes équipes mobiles spécialisée dans le champ de la "précarité-périnatalité" ont aussi été rencontrées, ainsi que d'autres structures actrices de terrain majeur comme certains SIAO franciliens, certaines maternités et de multiples associations pour échanger sur les difficultés rencontrées par toutes et tous et essayer de trouver une façon de faire ensemble malgré le travail empêché.

IV. Projets

1. Projet : *InFAU Préca-Périnat*

Pour rappel, le projet *InFAU Préca-Périnat* – (In)Former les Acteurs et Usagers de la Périnatalité en contexte de grande Précarité – a pour but de mettre en place des ateliers de médiation en santé à dimension sociale à destination de femmes enceintes en situation de grande précarité, s'exprimant en français et éloignées des systèmes de soins et d'aide sociale.

Ces ateliers visent à permettre aux femmes de mieux comprendre les démarches à réaliser et les prises en charge qu'elles seront amenées à rencontrer durant leur grossesse, ainsi que les aider à s'approprier les recommandations qui leur sont faites en les adaptant à leurs contextes de vie spécifiques. Ils permettent aussi une meilleure identification par les femmes d'un certain nombre d'interlocuteurs qui interviennent au sein des ateliers. L'ensemble de ces actions visent au renforcement de la capacité d'agir de ces femmes autour de leur santé au sens large.

En 2024, quatre cycles d'ateliers ont été conduits, dans trois lieux différents : La Ville de Saint-Ouen, le Ville de Saint-Denis (2 cycles), et la Villa Vauvenargues (Fondations Œuvre Croix-Saint-Simon), Paris 18e. Au total 35 séances ont été conduites sur ces 4 sites.

Cinquante-deux (52) femmes ont été inscrites et quarante-cinq (45) ont participé à au moins une séance. Le taux de participation moyen était de 60%.

VILLE DE SAINT-DENIS - CYCLE 1				18 femmes ont participé à au moins 1 séance						
Numéro de séance	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Nombre d'inscrites	15	15	16	17	17	17	17	19	19	19
Nombre de participantes	12	11	11	13	5	11	5	11	12	15
Taux de participation	80%	73%	69%	76%	29%	65%	29%	58%	63%	79%

VILLE DE SAINT-OUEN	11 femmes ont participé à aux moins 1 séance									
Numéro de séance	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Nombre d'inscrites	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Nombre de participantes	11	10	10	9	9	8	10	9	10	10
Taux de participation	100%	91%	91%	82%	82%	73%	91%	82%	91%	91%

VILLE DE SAINT-DENIS - CYCLE 2	7 femmes ont participé à au moins 1 séance								
Numéro de séance	S1	S2	S3 - ANNULEE	S4	S5	S6	S7	S8	S9
Nombre d'inscrites	10	11		11	11	11	11	11	11
Nombre de participantes	4	5		4	4	5	5	6	5
Taux de participation	40%	45%		36%	36%	45%	45%	55%	45%

VILLA VAUVENARGUES, PARIS 18e	9 femmes ont participé à au moins 1 séance							
Numéro de séance	S1	S2	S3	S4	S5	S6 - ANNULEE	S7	S8
Nombre d'inscrites	8	8	9	9	11		11	11
Nombre de participantes	2	3	5	4	8		4	5
Taux de participation	25%	38%	56%	44%	73%		36%	45%

À la suite du départ de la chargée de mission fin 2023 (poste non-remplacé), le projet a été repris par deux des coordinatrices du réseau à hauteur de 20% de leur temps de travail. Au second semestre 2024, il n'y avait plus qu'une seule coordinatrice du réseau sur le projet, toujours à hauteur de 20% d'un équivalent temps plein.

Les cycles d'ateliers réalisés en 2024 ont consisté à une reconduite d'ateliers déjà en place en 2023 ; dans le cadre d'une possibilité de travail restreinte sur ce pan du projet du réseau aucun nouveau partenariat n'a pu être mis en place. Ainsi, l'un des enjeux pour l'année 2025 sera de repenser ce projet avec de nouveaux partenaires afin de continuer à déployer ces ateliers de groupe auprès des femmes qui en ont le plus besoin.

2. Projet plaidoyer

SOLIPAM a rejoint en 2021 l'*Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers* (ODSE) afin de promouvoir le droit à la santé des personnes étrangères et partage les objectifs de l'observatoire :

- Recenser et dénoncer difficultés en matière d'accès aux soins et aux droits
- Lutter contre les discriminations en matière de santé fondées sur la situation administrative de séjour
- Faire des propositions aux pouvoirs publics afin d'améliorer l'accès aux droits et aux soins des personnes étrangères.

La prise en charge de la grossesse relève des droits urgents, mais nous constatons encore un trop grand nombre de situations d'entrave à l'accès aux soins, de refus de soins et de renoncements aux soins dû aux difficultés concrètes d'accès aux soins. Aujourd'hui la périnatalité n'est plus une question sanitaire « protégée ». En effet, sur le territoire francilien les femmes enceintes ou sortantes de maternité à la rue sont toujours plus nombreuses et leurs états de santé se détériorent rapidement en raison de leur situation de précarité et

du non-respect de leurs droits fondamentaux. Nous partons du principe que les questions d'accès à l'hébergement et d'accès à la santé sont intrinsèquement liées et ne peuvent être dissociées.

D'autre part, dans la mesure où SOLIPAM dépend directement pour son fonctionnement d'un financement d'investissement régional de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France, les objectifs du réseau et directives données à celui-ci dépendent du Département Périnatalité, santé des femmes, santé des enfants, de la direction de la santé publique de l'ARS. Dans ce cadre, le réseau fait remonter régulièrement à l'ARS des situations préoccupantes, tant qualitativement que quantitativement autour des questions de périnatalité et précarité.

En fin d'année 2023, le réseau SOLIPAM a intégré le collectif *Le Revers de la Médaille*, composé de quatre-vingts (80) associations du domaine de la solidarité qui travaillent auprès d'un public assez large, globalement en situation de précarité : sans abris, mal logés, travailleurs du sexe, usagers de drogues, personnes exilées, ayant recours à l'aide alimentaire ou aux dispositifs d'accès au soin. Cette initiative fait suite aux observations faites par la majorité de ces associations depuis le printemps 2023, d'opérations d'éviction qui s'accéléraient et prenaient de l'ampleur, d'abord en Seine-Saint-Denis autour des sites des Jeux Olympiques, puis un peu partout en France, en particulier à Paris. Le but du collectif est d'interpeller les pouvoirs publics et obtenir des solutions concrètes pour toutes ces populations précaires. Le collectif joue principalement deux rôles : un rôle d'interpellation qui vient créer de la visibilité, pour faire passer le message, pour insérer le sujet dans le débat public puis un deuxième rôle qui est moins visible, mais pas moins important, de proposition et de concertation.

3. Projet : *Rendre Visibles les Invisibles*

En 2024, le projet *Rendre Visibles les Invisibles* a perduré, notamment dans son versant de valorisation, avec l'exploitation de la pièce de théâtre documentaire *Riveraines*, de la compagnie Mi-Fugue Mi-Raison, associant une partie de l'exposition photographique *Lignées : L'Odyssée de nos mères* de la photojournaliste, Pauline Gauer. Pour SOLIPAM, il relève d'une nécessité éthique et stratégique de pouvoir rendre public, grâce au médium artistique, les difficultés que rencontrent les femmes et leurs familles accompagnées au sein du réseau et celles des professionnel·les qui les accompagnent : la grossesse, le post-partum, la maternité et la féminité des femmes en situation de précarité confrontées à l'errance résidentielle, alimentaire, administrative.

Grâce au travail régulier mené pendant trois ans, *Riveraines* a permis de mettre à jour sous forme artistique les problématiques rencontrées par le public de SOLIPAM et les professionnel·les qui les suivent (dysfonctionnements globaux des suivis en prénatal et post-natal) avec finesse et force. Ainsi, les représentations ayant eu lieu en 2023 ont donné lieu à de nouvelles sollicitations en 2024, tant dans le milieu des acteurs et actrices de terrain du médico-social qu'au sein du monde universitaire pour nourrir la construction de savoirs académiques plus en prise avec le réel du terrain.

Des représentations de Riveraines ont eu lieu régulièrement en 2024 :

- À Rennes le 1er février 2024 dans le cadre d'un colloque sur les violences en périnatalité,
- Au Havre le 13 février 2024, en partenariat avec la Ligue des Droits de l'Homme,
- Dans le 20ème arrondissement de Paris, le 9 mars 2024 à l'Auditorium du Carré de Baudouin dans le cadre de la lutte pour le droit des femmes,

- À l'Université d'Evry, le 25 mars 2024 dans le cadre du festival de théâtre *Partout et pour tous*,
- *Riveraines* a été exploitée du 14 mai au 15 juin 2024 au théâtre de la Reine Blanche à Paris dans le 18ème,
- À Paris, sur le campus Condorcet dans le cadre des Rencontres de Géographie de la santé, le 15 mai 2024,
- À Nice, le 19 juillet 2024, dans le cadre d'une invitation par l'Université du soin,

Ces représentations ont aussi donné lieu à des valorisations, dans les médias, mais aussi dans le monde académique avec, notamment, un entretien par Claire Aragau, Marie Bridonneau et Amandine Spire de la revue Carnets de Géographes : *Riveraines, espace-temps d'une recherche-création*.

4. Projet de recherche : *REPERES*

L'étude *REPERES* (Recherche sur la périnatalité et l'errance résidentielle) a pour objectif d'étudier les liens entre la qualité et la stabilité d'hébergement et la santé périnatale de la mère et de son enfant chez des femmes en situation de grande précarité en Île-de France particulièrement au moment où le rapport des 1000 premiers jours (rapport de 2020) met sur le devant de la scène la question périnatale.

L'étude est portée par deux acteurs majeurs de la lutte contre la précarité en Ile-de France :

- Le **Samu Social de Paris** (via son observatoire et le SIAO 75) : volet quantitatif de l'étude
- Le **réseau SOLIPAM** (sage-femme à 50% dans le cadre d'un doctorat en géographie) : volet qualitatif

Cette approche holistique vise à adapter les interventions en fonction des besoins spécifiques de cette population vulnérable. Dans un contexte politique de morcellement des parcours d'hébergement, cette meilleure compréhension permettra de proposer des pistes d'action pour servir de support pour l'élaboration des futures politiques en matière d'hébergement et de santé, au plus près des besoins réels de cette population.

De plus, le projet REPERES porte un objectif fort de plaidoyer. Il permettra en effet de mettre en lumière les difficultés que rencontrent ces femmes enceintes précaires en Île-de-France en répondant à leurs demandes au plus près de leurs difficultés quotidiennes. L'initiative englobe plusieurs axes essentiels visant à renforcer le bien-être, l'amélioration des conditions de santé psychique pré et post-partum, affirmant l'importance de la santé mentale dans le contexte périnatal. En parallèle, l'accent est mis sur l'amélioration des conditions d'hébergement des familles en situation de précarité, en reconnaissant l'impact crucial de l'environnement sur la santé globale.

L'étude a démarré depuis janvier 2024 et va durer jusqu'à 2026. Depuis le 1er janvier, cent quatre-vingt-quatre (184) femmes ont été incluses dans le projet, dont cent (100) qui ont déjà terminé leur suivi.

Ce projet bénéficie du soutien de l'ARS-IDF et de l'Observatoire du Samu Social de Paris.

5. Projet communication :

La présence de SOLIPAM sur les réseaux sociaux (Twitter/X, Instagram, Facebook et LinkedIn) est toujours active et l'engagement toujours plus important tant du côté du grand public que des professionnels du champ médico-psycho-social.

Une nouvelle version du site internet du réseau (solipam.fr) a été officiellement lancée en fin d'année 2024. Cet outil majeur de communication comprend des pages de vulgarisation médico-sociales avec beaucoup de ressources fiables, un agenda pour suivre tous nos évènements et un espace *blogging* qui viendra compléter l'usage des réseaux sociaux.

Dans le même temps, les éléments de communication « Flyer Numéro vert » [Annexe III] et « plaquette du réseau » [Annexe VI] ont été retravaillés pour correspondre à la nouvelle direction artistique adoptée par le réseau.

Concernant la reprise de l'envoi des newsletters, elle aura lieu début 2025 et aura lieu à un rythme de quatre fois par an, soit une fois par trimestre.

V. Conclusion et perspectives

L'année 2024 a été pour le réseau SOLIPAM et plus encore pour les femmes qui y sont accompagnées une année de tension en raison de l'évènement des JOP, révélant une fois encore que toute l'action publique, même semblant éloignée de possibles conséquences sur la santé d'une population, participe *in fine* à diminuer ou au contraire augmenter les inégalités de santé. Ces situations nous amènent à considérer parfois un glissement des inégalités aux injustices en santé, notamment quand le droit à la santé et son accès s'en trouve entravé.

Dès lors, il apparait, au regard de la pratique quotidienne de l'équipe médico-sociale de SOLIPAM qui articule l'accompagnement des trajectoires sociales et sanitaires de ces femmes et leurs enfants, qu'il faille penser la santé comme un continuum entre le médical et le social, mais aussi entre les temporalités de la grossesse qui sont toujours plus segmentées alors même que le maintien de leur considération comme continuum nous apparait être le levier de la condition de santé des femmes enceintes et des mères au risque de sa dégradation, comme l'a montrée la dernière ENCMM (Enquête Nationale Confidentielle sur les Mortalités Maternelles) relativement aux questions de santé psychique des femmes et ou celles en situation de vulnérabilité sont surreprésentées dans la mortalité maternelle par suicide.

La santé dans toutes les politiques publiques doit être pensée, soutenue et défendue pour que soit rendue possible une réelle considération de la lutte contre les inégalités de santé qui commence dès la grossesse des femmes qui portent les générations à venir.

L'année 2025 sera, pour SOLIPAM, une année où se perpétuera tant l'accompagnement des femmes toujours suivies et de celles qui nous contacterons, que celui des professionnel·les d'autres institutions avec qui nous travaillons au quotidien en vue de sécuriser le parcours de grossesse des femmes accompagnées. Elle sera aussi l'occasion d'une démarche toujours active tant de plaidoyer que de communication des activités du réseau et d'une articulation toujours plus développée avec d'autres partenaires de terrain et de recherche pour porter la question de la grossesse à la rue dans le débat public.

ANNEXE I - Programme des 14èmes Rencontres Solipam

PROGRAMME

1 — **9h30**
Aux fondements de la dégradation de la santé psychique en périnatalité

2 — **11h30**
Positionnements associatifs et médico-sociaux dans la considération de la santé psychique des femmes enceintes et nouvellement mères

3 — **14h00**
Aller-vers pour identifier la souffrance psychique des mères

4 — **15h15**
Soigner dans l'institution la souffrance psychique maternelle

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

DÉTAIL DES TABLES RONDES

9h15 : Mot d'accueil du Docteur **Luc Ginot**, Directeur de la santé publique de l'ARS Ile de France

Matinée : Grossesse et précarité : aux fondements d'une santé psychique en cours de détérioration

9h30 - Table ronde 1 : Modération : **Clélia Gasquet-Blanchard**, Directrice du réseau SOLIPAM

- **Emmanuelle Berthiaud**, Maîtresse de conférences en histoire moderne, Université de Picardie Jules Verne, Amiens
- **Elsa Boulet,** Chercheuse au CENS, Université de Nantes
- **Elie Azria,** Chercheur à l'INSERM, Equipe EPOPé

11h30 - Table ronde 2 : Modération : **Elisabeth Iraola**, Sage-femme coordinatrice PMI 94

- **Pierre-Henri Daculsi,** Médecin à Parcours d'Exil
- **Bénédicte Maraval,** Assistante sociale au COMEDE
- **Marie-Odile Stéphan,** Psychologue à l'AGE MOISE

Après-midi : Appréhender en institution la détresse maternelle en situation de grande précarité

14h00 - Table ronde 3 : Modération : **Sarah Tebeka**, MCU-PH Université Paris Cité, UFR de Médecine, Psychiatre spécialisée en périnatalité, Hôpital Louis Mourier

- **Sarah Halimi,** Psychiatre, et **Caroline Moretton,** Psychologue, pôle 93I05, Unité Médico Psychologique Parents Bébés HESTIA
- **Françoise Laoufir** et **Lucineia Martins Dos Santos**, Psychologues, PMI Empathie 93
- **Solene Steinmetz**, Psychologue, SAMELY

15h15 - Table ronde 4 : Modération : **Benoit Blanchard,** Pédopsychiatre à l'Institut Edouard Claparède et au CMPP Hovia Paris 18ème

- **Patricia Dias** et **Mélanie Garnier**, Sage-femmes coordinatrices à l'hôpital Louis Mourier
- **Mathilde Bibens**, Assistante sociale, et **Mathilde Zerr**, psychiatre et cheffe de service à l'Unité mère-bébé, Directrice médicale, Hôpital mère enfant de l'est parisien
- **Laure Quantin**, Cheffe du service de psychiatrie périnatale, Pédopsychiatre responsable de l'UAPE de Saint Denis et du CMP Enfants/Ados d'Epinay sur Seine

ANNEXE II – Graphiques de l'état des lieux

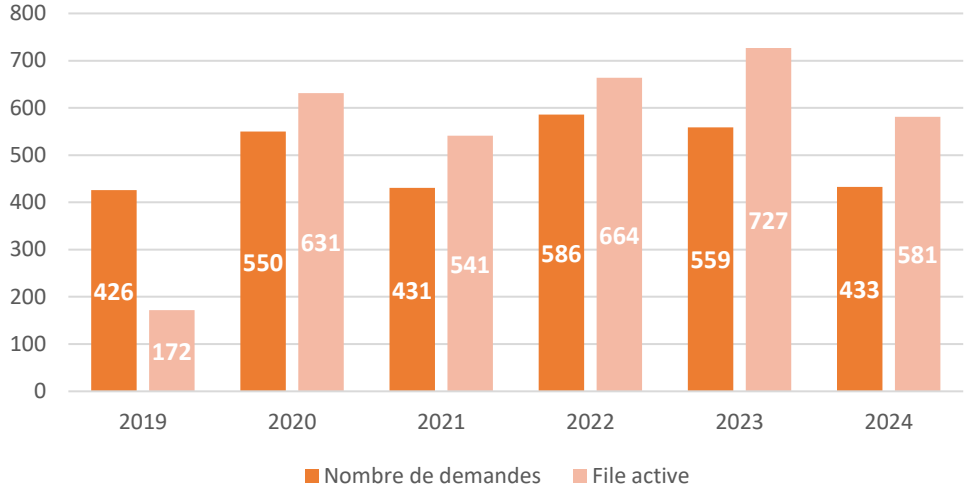


Figure 1 : Évolution du nombre de demande et de la file active totale entre 2019 et 2024.

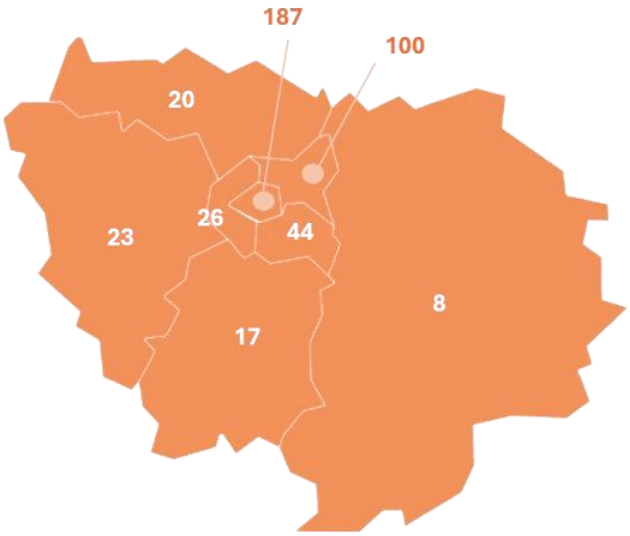


Figure 2 : Nombre de nouvelles demandes par département en 2024.

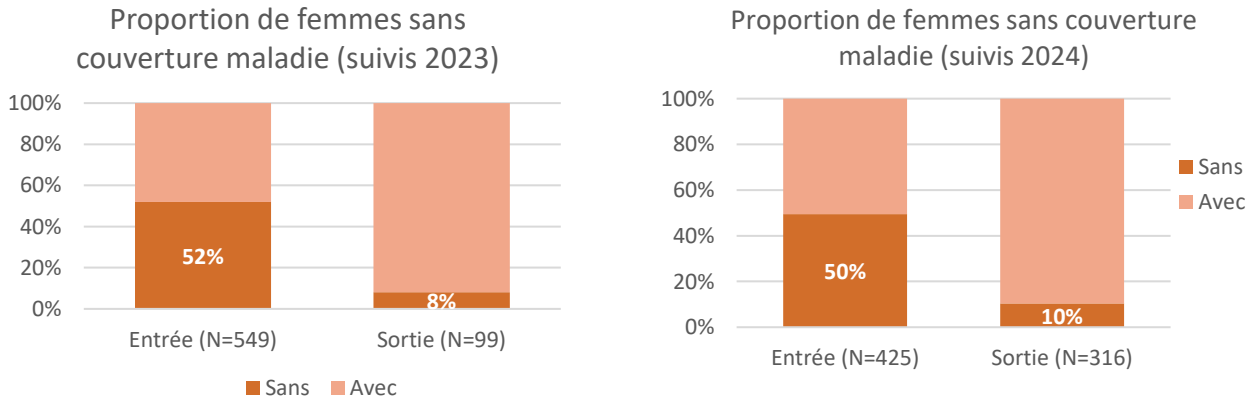


Figure 3 : Évolution du taux de femmes sans couverture maladie à l'entrée dans le réseau entre 2023 et 2024.

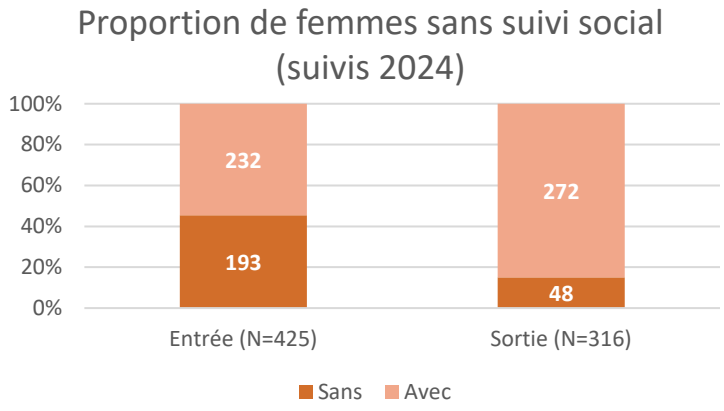


Figure 4 : Évolution du taux de femmes sans suivi social à l'entrée dans le réseau en 2024.

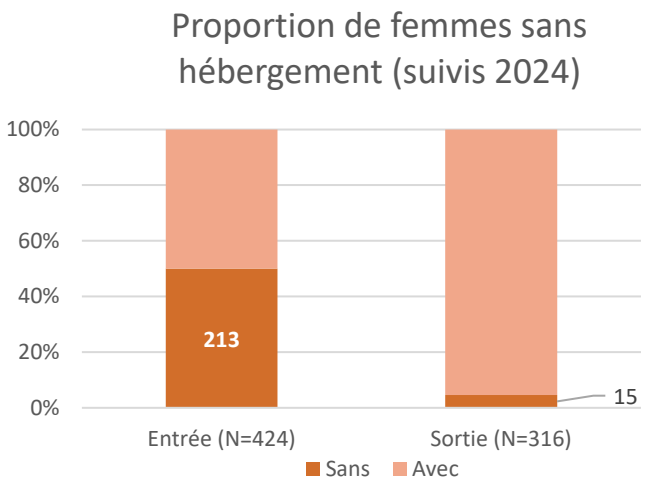


Figure 5 : Proportion de femmes/familles sans hébergement à l'entrée et à la sortie du réseau en 2024.

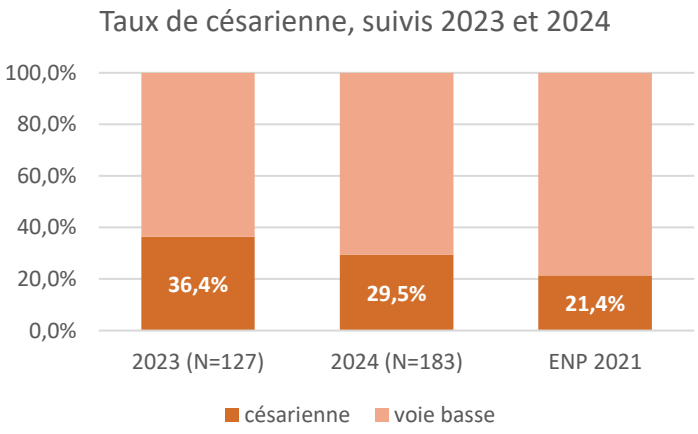


Figure 6 : Évolution du taux de recours à une césarienne pour les femmes accompagnées par le réseau entre 2023 et 2024, comparé aux résultats de l'ENP 2021.

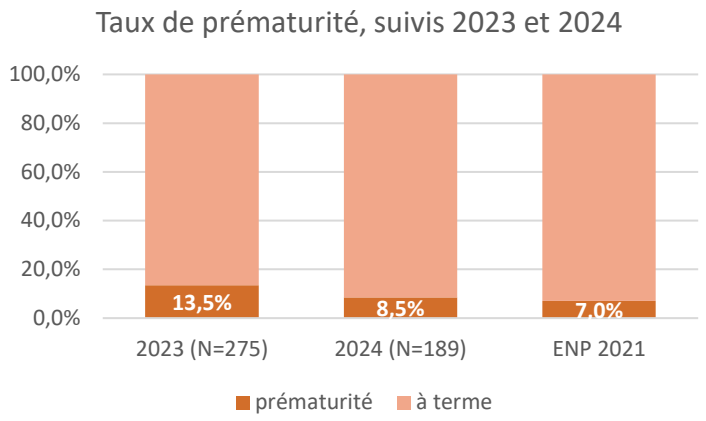


Figure 7 : Évolution du taux de prématurité pour les enfants nés de femmes enceintes accompagnées par le réseau entre 2023 et 2024, comparé aux résultats de l'ENP 2021.

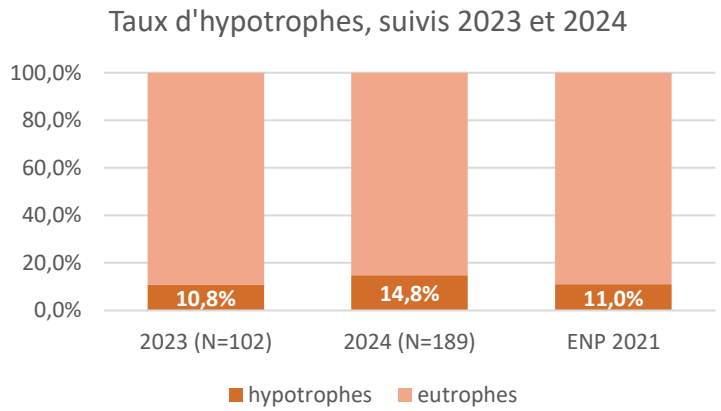


Figure 8 : Évolution du taux d'hypotrophie (petit poids de naissance) pour les nouveau-nés de femmes accompagnées par le réseau en 2023 et 2024, comparé aux résultats de l'ENP 2021.

ANNEXE III – Flyer Numéro Vert (version 2024) en français et en anglais

ANNEXE IV – Fiche navette (version 2024)

FICHE NAVETTE SOLIPAM

FAX : 01.48.24.19.29 MAIL : secretariat@solipam.fr

☐ Je certifie avoir informé la personne concernée de la transmission de ces informations à votre structure.

ORIGINE DE LA DEMANDE :

Institution : Date :

Nom : Tel / Fax :

Fonction : Mail :

DEMANDE CONCERNANT :

Nom : Nationalité :

Prénom : Langue parlée :

Date de naissance : **TELEPHONE :**

MOTIF D'ORIENTATION (évaluation des besoins de la personne) :

SOCIAL

Situation administrative

En France depuis :

Séjour régulier : ☐ Oui ☐ Non

Si oui : ☐ CNI
☐ Demande d'Asile
☐ Titre de séjour

Couverture maladie

Ressources

Hébergement

Domiciliation :

Service social rencontré :

MEDICAL

Nb grossesses antérieures (IVG, fausse couche, enfants) :

Date des dernières règles :

Date d'accouchement :

Grossesse suivie : ☐ oui ☐ non

Maternité de suivi :

Si autre structure :

Antécédents / pathologies / Rendez-vous :

Conjoint présent : ☐ Oui ☐ Non Identité :

Enfants présents à charge :

Autres informations utiles :

Association Solidarité Paris Maman Ile-de-France - 52 rue Richer - 75009 Paris. Siret : 490 909 496 000 39 NACE 9499Z – www.solipam.fr

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

MAJ le 15/09/2022

ANNEXE V – Document signé d'une obligation de sortie administrative

[redacted]

[redacted] le [redacted]/08/2024,

DECISION DE SORTIE ADMINISTRATIVE
[redacted]

Le directeur,

Vu le code de la santé publique et, en particulier, l'art. R 1112-58 qui prévoit que « *lorsque l'état de santé de l'hospitalisé ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin chef de service. Le directeur ou son délégué signe la formule d'exeat sur la fiche individuelle du malade.* »
Vu le code général de la propriété des personnes publiques, et notamment l'art. L.2122-1,
Vu les avis médicaux des spécialités de gynécologie-obstétrique,
Vu l'avis du service social,

DECIDE

Art. 1er : La sortie administrative de Madame [redacted] est prononcée et sera effective le [redacted]/08/2024.

Art. 2 : Cette décision est remise à l'intéressée.

Art. 3 : Le non-respect de cette décision pourrait être assimilée à une occupation illicite du domaine public au sens du code général de la propriété des personnes publiques et constitue un délit. A ce titre, l'établissement pourrait être fondé à faire appel aux forces de Police pour la bonne exécution de cette décision.

Art. 4 : Cette décision peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter du jour de sa notification.

[redacted]

[redacted]

ANNEXE VI – Plaquette du réseau SOLIPAM (version 2024)

Le réseau Solipam est un réseau périnatal d'**Ile-de-France** créé en 2006 à destination des **femmes enceintes** et de leurs enfants en situation de grande précarité.

L'équipe est composée de sages-femmes coordinatrices et assistantes de service social coordinatrices.

Elle assure la coordination du parcours médical et social.

Nous contacter

01 48 24 16 28

secretariat@solipam.fr

www.solipam.fr

Fax : 01 48 24 19 29

Réseaux sociaux :

SOLIPAM

SOLIDARITE PARIS MAMAN ILE-DE-FRANCE

Réseau de coordination médico-sociale périnatal

N° Vert 0 801 801 081

Ne pas jeter sur la voie publique

Public concerné

Femme majeure

En situation de grande précarité

Enceinte poursuivant ou non la grossesse

Ou avec un nouveau-né de moins de trois mois

Les missions

COORDINATION

Coordonner le parcours médical et social des femmes et de leur nouveau-né sur l'ensemble du territoire d'IDF

SENSIBILISATION

Auprès des professionnels grâce à des séminaires départementaux
Auprès des femmes grâce à des ateliers de médiation en santé à dimension sociale

PARTENARIAT

Travail en réseau avec l'ensemble des partenaires du champ médico-psycho-social en lien avec la périnatalité pour échanger autour des problématiques rencontrées

Orientation vers le réseau

Via notre fiche navette disponible sur solipam.fr

OU

OU

En communiquant notre numéro vert gratuit accessible

du lundi au vendredi de 9h à 17h

N° Vert 0 801 801 081

ANNEXE VII – Financeurs

Principal

Projets