

Rapport d'activité du réseau

SOLIPAM

01/01/2016 au 31/12/2016

Sommaire

Introduction	3
Gouvernance du réseau	5
Principaux indicateurs de suivi du réseau	8
1-Des indicateurs de fonctionnement	8
2-Des indicateurs de processus	14
3-Des indicateurs de résultats en santé périnatale	20
Coordination médico-sociale des parcours de soins	22
1-L'inclusion dans le réseau SOLIPAM	23
2-Les spécificités du travail de coordination de la sage-femme	25
3-Les spécificités du travail de coordination de l'assistante sociale	26
4-Protocoles de coordination et supports réseau	27
5-Analyse de l'utilisation des supports de transmissions	28
6-Outils internes	30
Mission d'améliorer la qualité et la sécurité des soins de la population concernée	33
1. Partenariats du réseau	33
2. Actions de communication menées par la direction du réseau afin de faire connaître et construire le réseau	38
3. Projet réseau 2016	39
4. Formation des professionnels, éducation pour la santé des femmes	41
5- Evaluation des partenariats	42
Evaluation du service rendu et description épidémiologique de la population	46
1.Caractéristiques médico-sociales des familles à l'inclusion dans le réseau	46
Hébergement à l'entrée dans le réseau	51
Suivi social à l'entrée dans le réseau	53
Couverture sociale à l'entrée du réseau	54
2. Conformité des parcours de soins ante natal	54
3.Issues de grossesse	59
4. Conformité des suivis post natal des mères et des enfants	61
5. Caractéristiques sociales des familles en sortie de réseau	62
Conclusion	71

Rapport d'activité du réseau SOLIPAM arrêté au 31 décembre 2016

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 offre à ces familles la possibilité d'accéder à une offre de soins périnatals complète (IVG, diagnostic prénatal, orientation vers des dispositifs et une maternité adaptés au niveau de risques périnatals 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 du réseau:

- **Assurer une coordination médico-psycho-sociale personnalisée des parcours de soins** des familles les plus exclues et mobiles sur l'ensemble du territoire régional. Principalement orientées par les professionnels, les femmes peuvent également faire appel à la coordination du réseau et peuvent être incluses à leur demande grâce au numéro vert SOLIPAM mis à leur disposition depuis 2015. Le dispositif d'appui à l'accompagnement social (travail social effectif avec les familles ne dépendant momentanément d'aucun dispositif social) complète l'offre de soutien de l'équipe de coordination aux familles les plus éloignées du droit commun.
- **Développer une fonction « Ressources » pour l'ensemble des partenaires :** « support d'expertise » personnalisée à l'attention des professionnels, formation de stagiaires à la coordination des parcours de soins périnatals (stages SASPASS pour les internes de médecine générale, direction de mémoires élèves sages-femmes), formation pluridisciplinaire réseau et formations universitaires, sessions d'information « vigilance périnatale » avec les partenaires du réseau, annuaires de ressources et informations mis à disposition sur www.solipam.fr.
- **Produire des données quantitatives et des indicateurs de suivi** afin de rendre compte du service rendu par le réseau mais également des situations périnatales concernées. Une base de données est tenue à jour par l'équipe de coordination. Développement de

partenariats avec le secteur de la recherche, notamment avec l'EHESP et l'Observatoire du Samu social de Paris.

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 impliqués dans le réseau :

- 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.
- un 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). Ces évaluations ont pour vocation d'alimenter le tableau de bord du réseau (suivi des principaux indicateurs de santé périnatale) et d'alerter le GT1 et les tutelles le cas échéant. Une convention a été signée avec l'EHESP au 1^{er} semestre 2015. La fonction observatoire du réseau est d'autant plus importante que la population incluse échappe en grande partie aux enquêtes périnatales nationales et régionales.

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.

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 (GT1, GT2 et GT3) 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 26 mai 2016 et à renouveler le conseil d'administration de l'association pour deux ans.

Composition :

- 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 lundis 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 une fois par mois avec toute l'équipe de coordination SOLIPAM pour améliorer la qualité du fonctionnement.
- Une réunion mensuelle directrice/assistantes sociales et une réunion mensuelle 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 prendre la mesure de la demande et des délais de réponses apportées aux partenaires et aux usagères du réseau :

Exemple :

DECEMBRE 2016	
Nb de demandes reçues dans le mois	76
- usager (qui mène à une inclusion)	10
- partenaire	66
Cumul demandes reçues + N°Vert depuis Janvier 2016	1071
Nb de demandes reçues dans le mois provenant du 93	13
Nb d'inclusions du mois (reçues dans le mois ou mois précédents)	56
Nb d'inclusions du mois avec délai depuis la demande > 10 jours	7
Nb total de demandes sans début de réponse	24
Nb d'inclusions du mois de femmes hébergées dans abri de fortune	5

TRAITEMENT DES SITUATIONS EN DECEMBRE 2016	
Nb de situations suivies par chaque coordinatrice (file active) :	
- Axelle	197
- Sophie	224
- Camille	198
- Virginie	184
- Sandra	112
- Annie	99
Nb de situations contactées par chaque coordinatrice :	
- Axelle	85
- Sophie	100
- Camille	89
- Virginie	90
- Sandra	81
- Annie	71
TRAITEMENT DES DEMANDES DU MOIS DE DECEMBRE 2016	
Nb de demandes reçues :	76
- inclusion	31
- en cours de traitement (rdv fixé ou début de réponse)	21
- sans suite	0
- sans début de réponse	24
- fiche navette basculée en support expertise	0
TRAITEMENT DES DEMANDES DU MOIS DE DECEMBRE 2016	
Nb de demandes reçues :	76
- inclusion	31
- en cours de traitement (rdv fixé ou début de réponse)	21
- sans suite	0

- sans début de réponse	24
- fiche navette basculée en support expertise	0
TRAITEMENT NUMERO VERT : DECEMBRE 2016	
- support usager	9

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

Concernant la coordination personnalisée des prises en 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.

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 2016, 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 leurs réflexions. Les groupes de travail de SOLIPAM sont également des espaces de réflexion privilégiés.

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'objectif et de moyens signé avec l'ARS IDF en 2015, 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 (prises 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.

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 XMines. La base a été encore améliorée grâce à lui en 2013 pour répondre aux nouveaux besoins de traçabilité et de coordination médico-sociale.

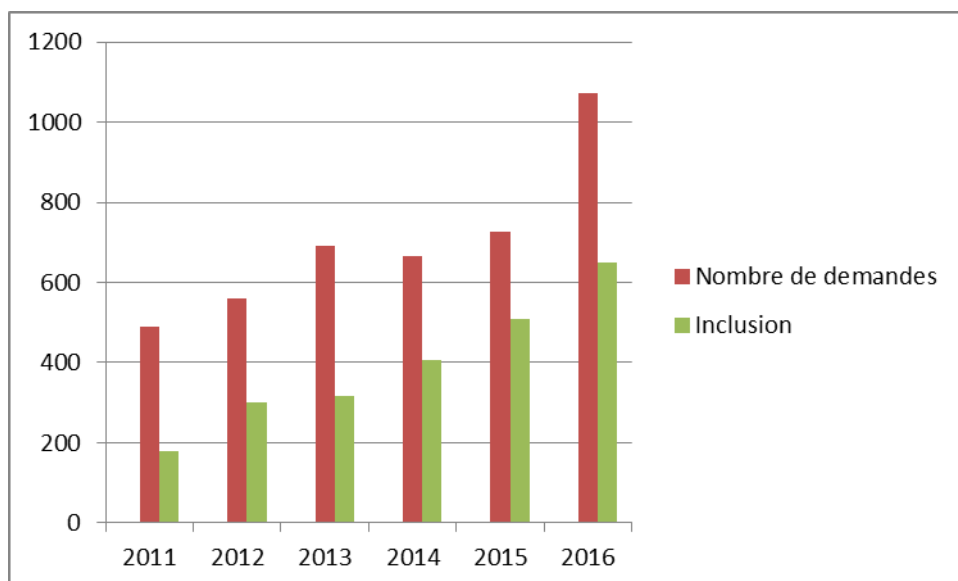
Le réseau s'est doté de trois types d'indicateurs de suivi de son activité :

- 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. (Figure n°1)

Figure n°1 : Nombre de demandes et nombre d'inclusion du 01/01/2011 au 31/12/2016



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

Commentaire :

Le nombre de demandes s'est accru de 47% en 2016 par rapport à 2015. Deux raisons peuvent expliquer cette augmentation importante de la demande faite au réseau :

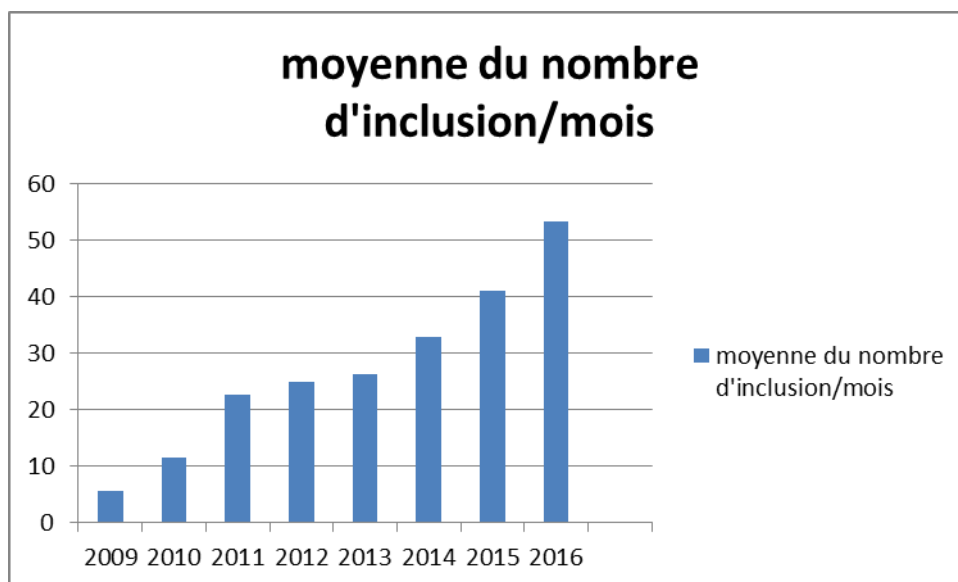
- Le **Numéro vert** a contribué à cette augmentation, la demande en provenance des femmes elles-mêmes ayant augmenté de **82%** par rapport 2015, première année de sa mise en service (158 demandes de femmes en 2016 contre 87 en 2015). En outre, 38 femmes se sont présentées au réseau spontanément et ont été reçues.
- L'augmentation du nombre de femmes enceintes en situation de précarité sur la région IDF justifiant la demande de soutien des professionnels dans la gestion médico-sociale de ces parcours de soins.

Le nombre d'inclusions a également augmenté de 27%, 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.

Cette augmentation d'activité a pu être absorbée par la coordination médico-sociale du réseau, grâce à l'arrivée d'une nouvelle sage-femme à mi-temps en 2016.

***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 2016



Nombre moyen d'inclusion en 2009 : 5.7

Nombre moyen d'inclusion en 2010 : 11.5

Nombre moyen d'inclusion en 2011 : 22.7

Nombre moyen d'inclusion en 2012 : 25

Nombre moyen d'inclusion en 2013 : 26.3

Nombre moyen d'inclusion en 2014 : 32.8

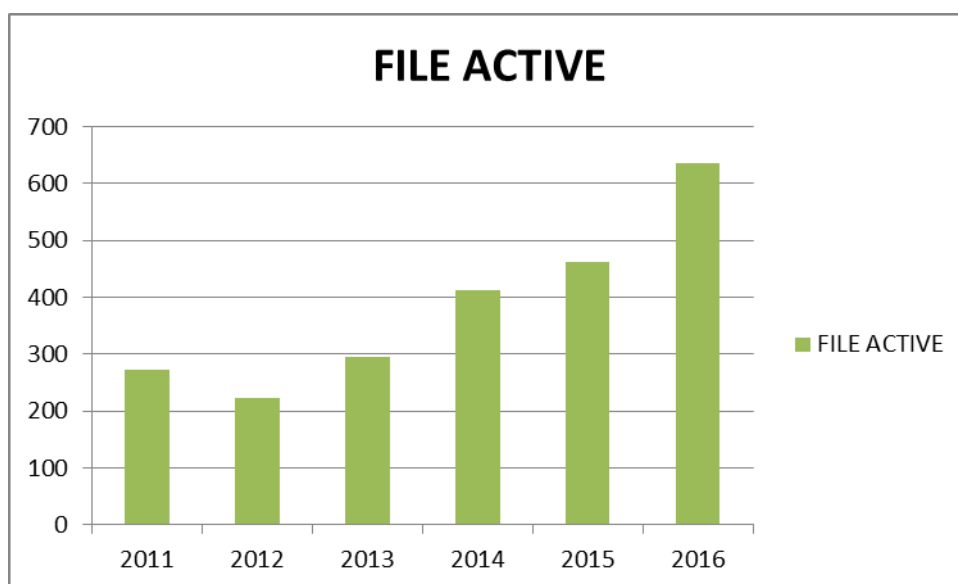
Nombre moyen d'inclusion en 2015 : 41.1

Nombre moyen d'inclusion en 2016 : 53.2

Commentaire : voir la procédure d'inclusion au chapitre correspond. **L'augmentation de 29%** est en rapport avec la demande.

***file active du réseau :** La file active permet d'appréhender la charge de travail 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 2012 : 223

Total file active en 2013 : 296

Total file active en 2014 : 412

Total file active en 2015 : 463

Total file active en 2016 : 637

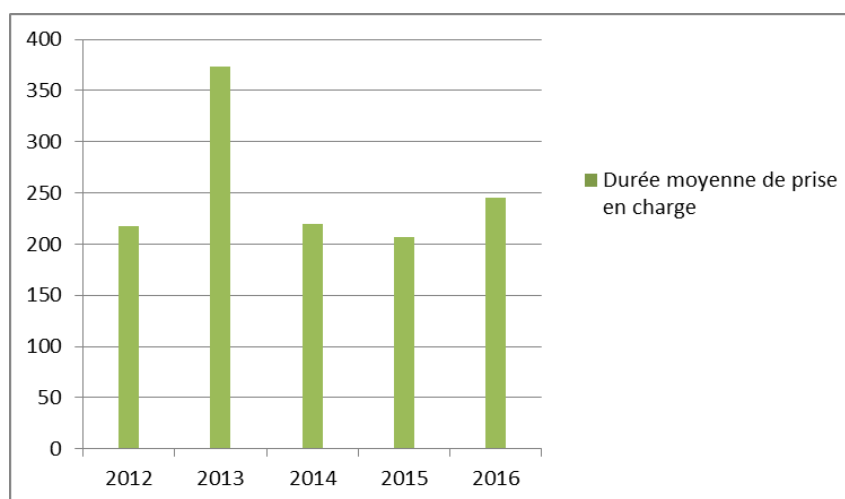
Commentaire ;

La file active du réseau a augmenté de 37,5% en 2016 par rapport à 2015, 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 (suivi post natal de la mère et de l'enfant assuré, 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 2015 : 207

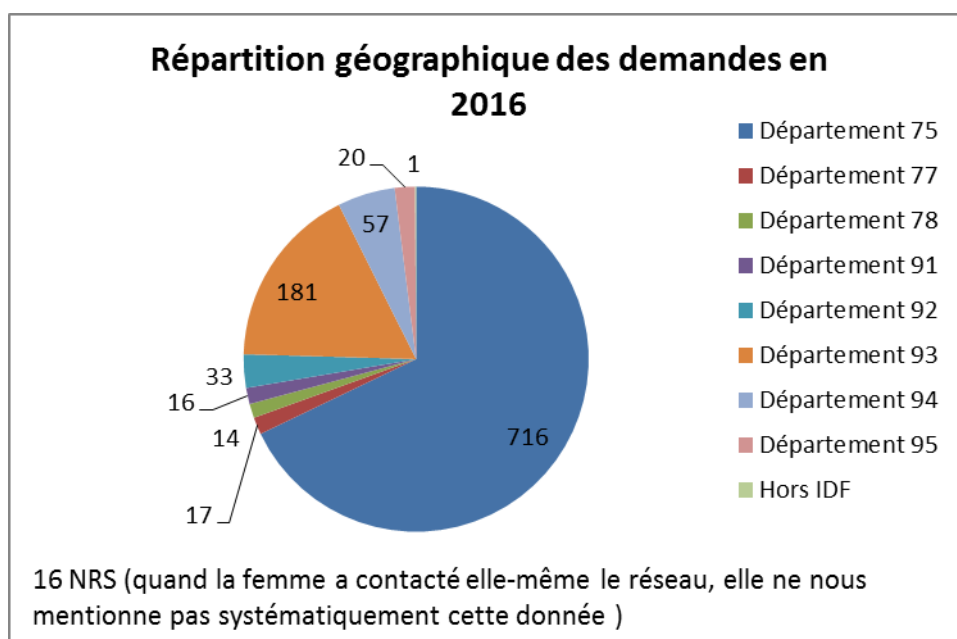
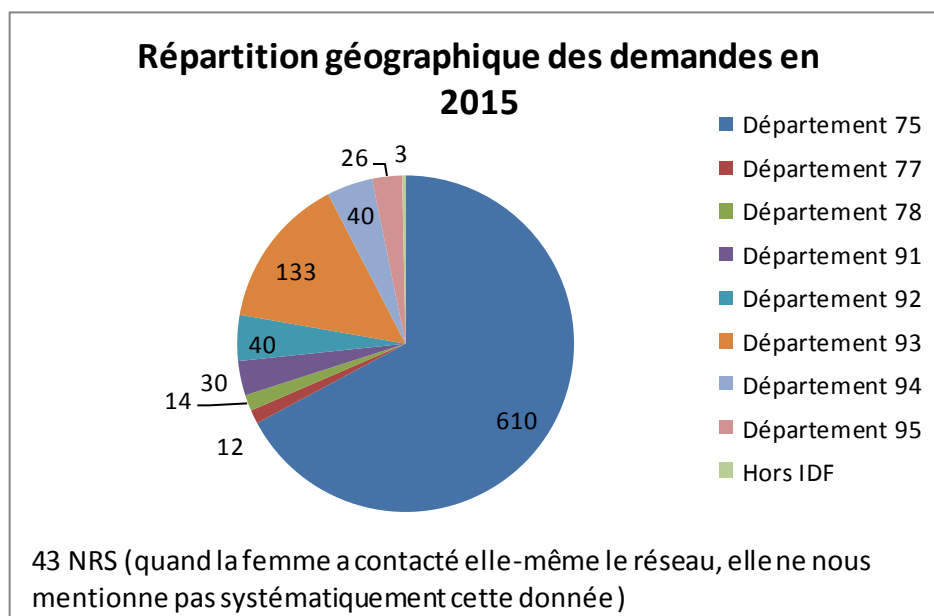
Durée de prise en charge moyenne en 2016 : 245

Commentaire :

La durée de prise en charge a augmentée de 18%. 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.

*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 répartition géographique des demandes est un indicateur encourageant de la dynamique de régionalisation en cours depuis 2012. 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.

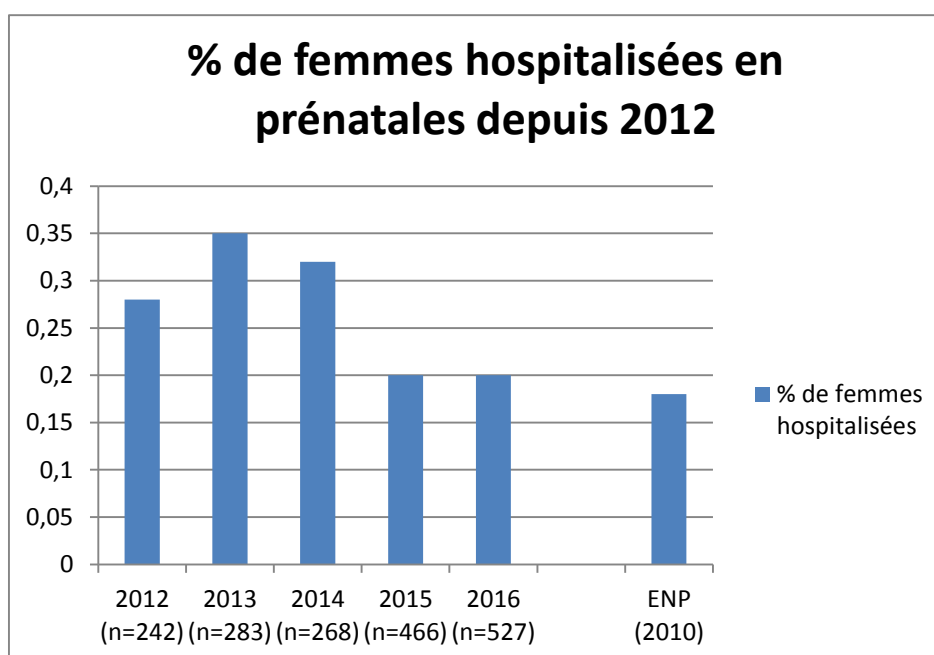
La formation SOLIPAM est également un élément déterminant de sensibilisation de tous les acteurs de la région. En effet, les demandes étant toujours en 2016 largement supérieures au nombre de places, le critère « département d'origine » du professionnel est pris en compte pour sélectionner les candidatures à chaque session de formation, de façon à ce que tous les départements d'IDF soient représentés. De même, le développement de la file 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.

Cela dit, Paris, la Seine Saint Denis et en 2016 le Val de Marne, sont les départements les plus représentés. Le travail avec les réseaux périnatalité des autres départements sera un axe majeur du projet 2017 pour répondre ensemble aux besoins non assurés.

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

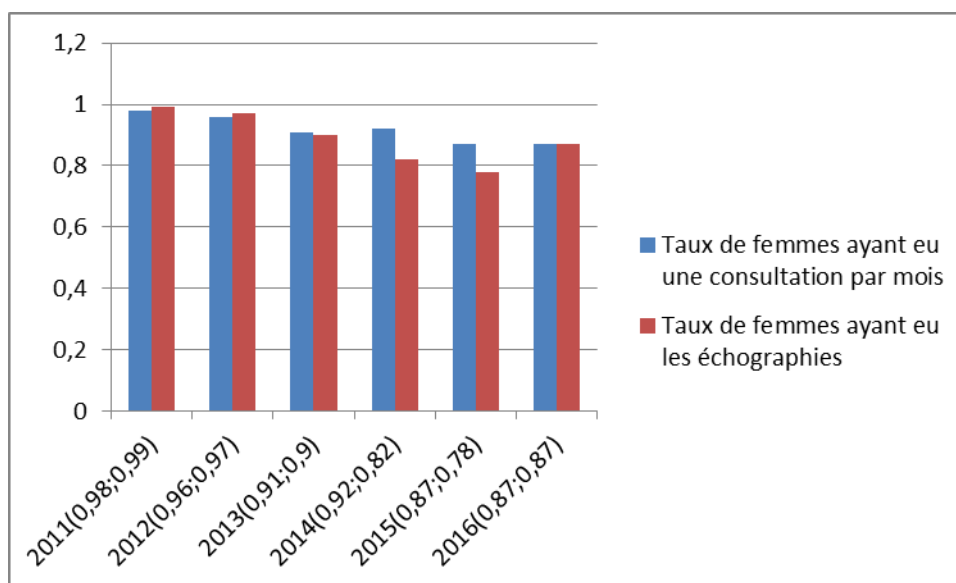


Commentaire :

Le pourcentage de femmes hospitalisées en 2016 est de 20%, stable par rapport au taux de 2015. Ce taux se rapproche 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 du réseau.

- 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

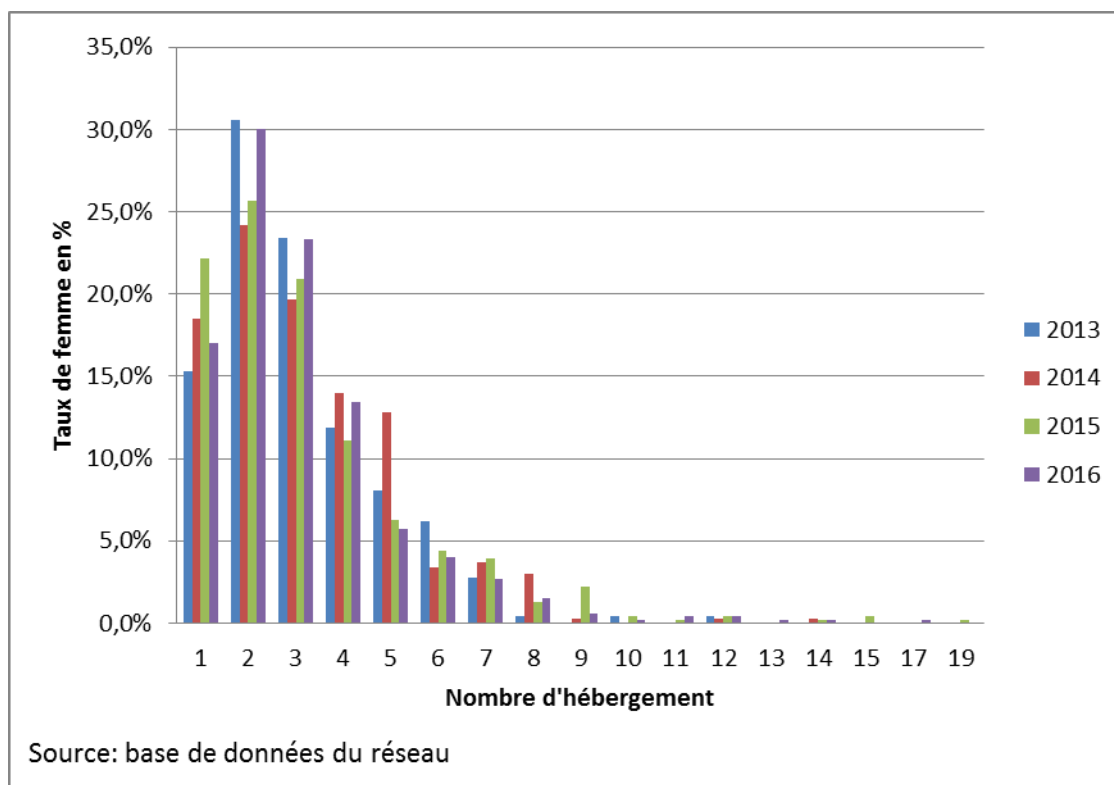


Commentaire : le dispositif parisien (Cs sage-femme en PMI hors APHP) mis en place en 2016 est un atout majeur pour la mise en conformité du suivi de grossesse de femmes nouvellement arrivées et sans droits ouverts. Sur tous les départements, le service de PMI est l'acteur majeur de cette mise en conformité 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).

- Nombre moyen d'hébergement pendant la prise en charge réseau (Figure n°8)

Figure n°8 : Nombre moyen d'hébergement pendant la prise en charge dans le réseau



Commentaire :

Nous constatons une diminution du nombre moyen d'hébergement par femme durant la prise en charge. En effet, ce chiffre passe de 3,22 hébergements en moyenne en 2015 à 2,09 pour l'année 2016. Les femmes sont donc plus stabilisées, quel que soit le type d'hébergement étudié. La prise en charge en hôtel via le 115 reste la ressource de stabilisation la plus importante.

Les femmes ayant plus de 4 hébergements durant la prise en charge sont en constante diminution. La prise en charge est donc plus stable et assure ainsi une meilleure fluidité dans le parcours de soins des femmes et de leur famille.

Cette amélioration reflète la mobilisation des dispositifs de mise à l'abri mais aussi la qualité des partenariats de l'équipe de coordination avec les 115 des différents départements. En 2016, nous nous sommes ainsi efforcées de créer des outils de liaison afin de permettre une meilleure traçabilité des suivis pour :

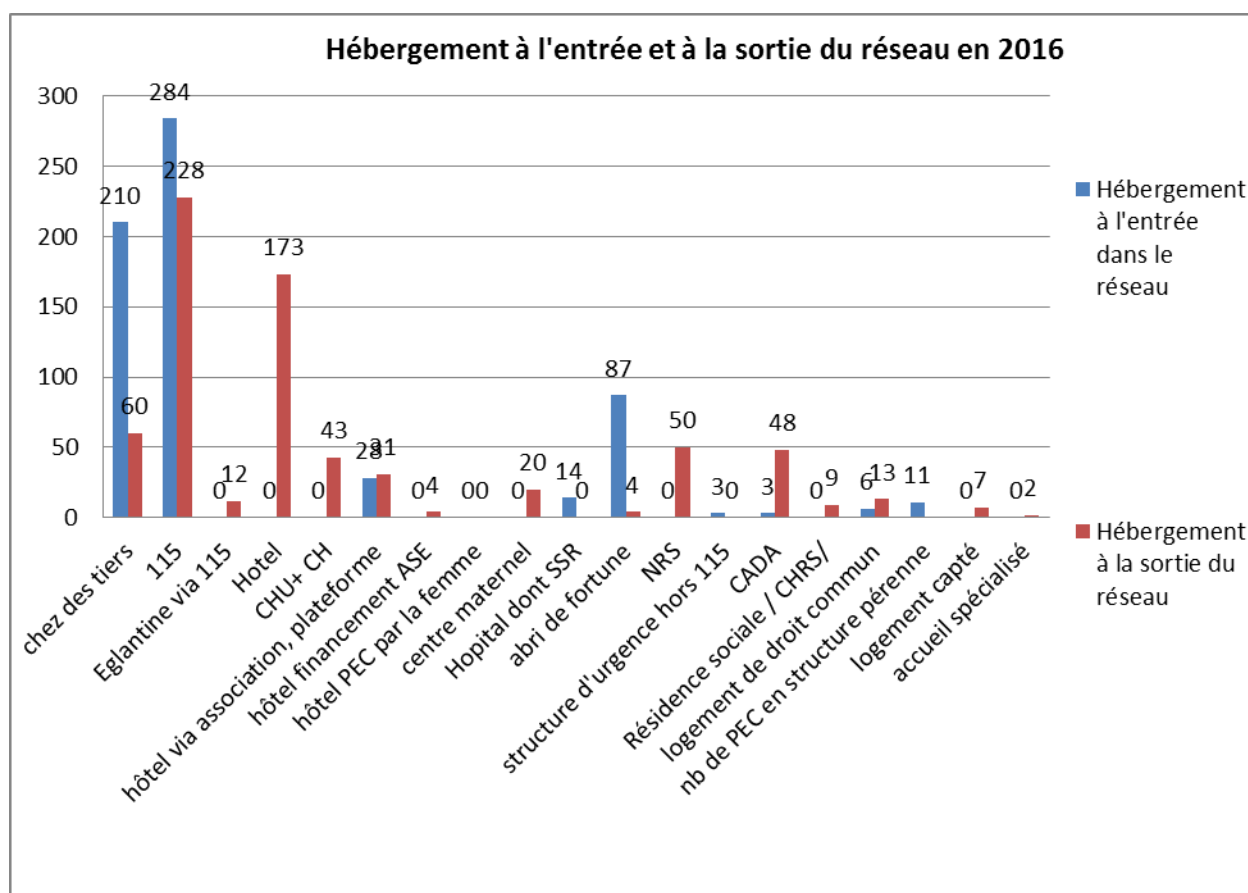
- les femmes incluses au réseau et déjà prises en charge par le 115
- les femmes qui se trouvent en situation de rupture d'hébergement et pour lesquelles nous sollicitons le 115 (hébergement instable chez des tiers notamment)

Les fiches de liaison sont transmises au 115 concerné dans ces deux cas.

Cela dit, la femme reste actrice de son projet, car le 1^{er} appel et les renouvellements de prise en charge lui incombent.

- comparaison du type d'hébergement à l'entrée et à la sortie du réseau (Figure n°9)

Figure n°9 : Comparaison du type d'hébergement à l'entrée et à la sortie du réseau en 2016



Commentaire :

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

- refus d'hébergement à l'annonce de la grossesse et après l'accouchement
- augmentation du nombre de dispositifs d'hébergement liés au 115

Le taux de femmes hébergées en logement pérenne à l'entrée dans le réseau et infime (passant de 0,02% en 2015 à 0,016% en 2016). En effet, en cas d'hébergement stable, seules les situations très complexes pour lesquelles les professionnels estiment l'apport de la coordination comme indispensable à la sécurisation du parcours de soins font l'objet d'une inclusion dans le réseau. Critères d'inclusion obligent, la presque totalité des femmes incluses dans le réseau sont en errance (à la rue sans aucune solution d'hébergement) au moment de l'inclusion. En 2016, elles sont souvent primo-arrivantes. Les 115 et les dispositifs hôteliers restent toujours la principale ressource de stabilisation de ces familles.

- comparaison entre la couverture sociale à l'entrée et celle à la sortie du réseau pour la mère et le nouveau-né (Figure n°10, 11, 12)

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 2015

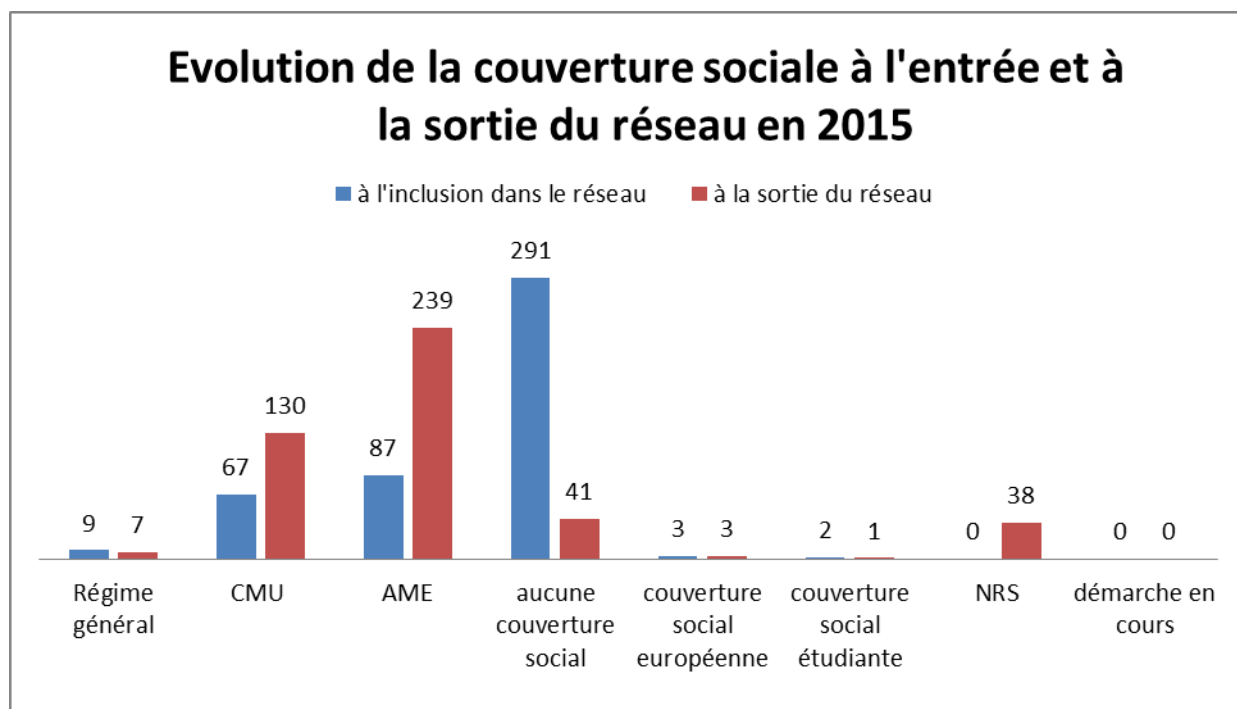


Figure n°11 : Evolution de la couverture sociale des femmes à l'entrée et à la sortie du réseau en 2016

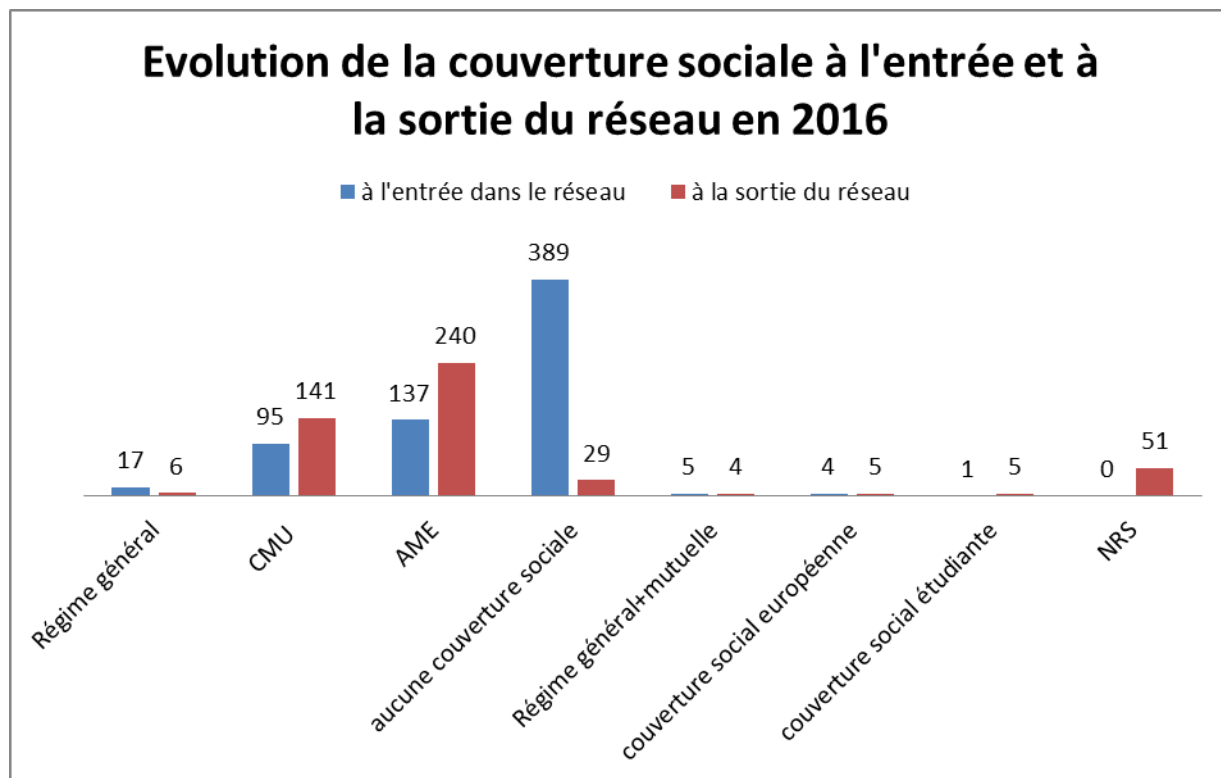
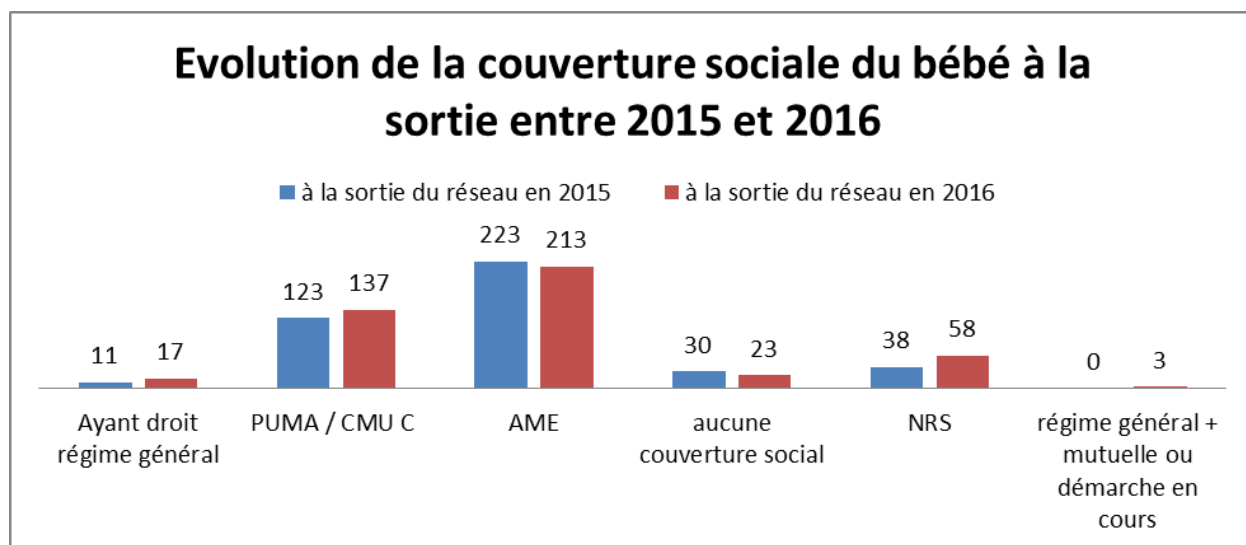


Figure n°12 : Evolution de la couverture sociale du bébé à la sortie entre 2015 et 2016



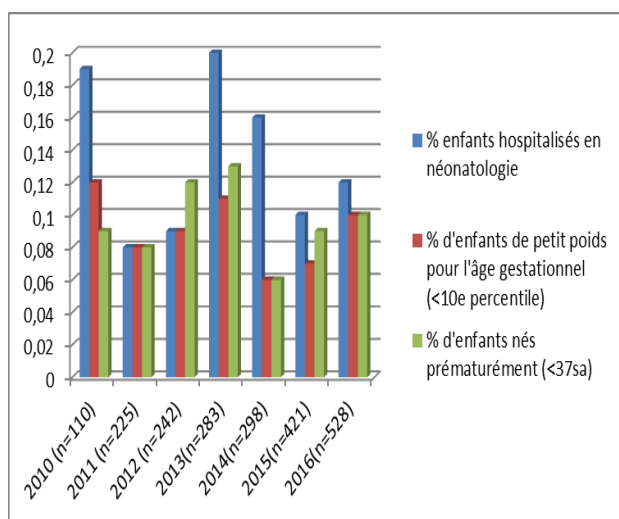
Commentaire :

Les femmes incluses dans le réseau sont de plus en plus souvent primo-arrivantes et sur le territoire depuis moins de trois mois. Ces femmes n'ont aucune couverture sociale à l'entrée dans le réseau. Ainsi, la donnée «couverture sociale» évolue positivement avec des ouvertures de droits principalement à l'AME ou à la CMUC.

Par ailleurs, on observe une différence d'accès à une couverture sociale entre la maman et son bébé. Cela peut s'expliquer par le fait que la CPAM privilégie automatiquement le rattachement au parent bénéficiant d'une couverture sociale dite «classique»: régime général, CMU. Cela peut engendrer des difficultés dans l'accès aux soins des enfants reconnus par un papa Français mais avec une maman vivant seule. En effet ces mamans ne possèdent que rarement les documents de sécurité sociale du papa. Alors que tout nouveau-né a droit à une couverture sociale qui lui donne accès aux soins de ville dès sa naissance, ces enfants peuvent rester sans droits ouverts, ce qui oblige leur maman à consulter aux urgences pédiatriques en cas d'inquiétude sur la santé de leur nouveau-né.

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°13 : Evolution de la Morbidité périnatale de 2010 à 2016



	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	0,10	0,10
ENP 2010	0,06	0,07	0,07

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.

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 (remplacée par Amandine Blondelet pour congés maternité depuis le 01/12/2016)
- une coordination médico-sociale composée de :
 - 3 sages-femmes (2,5 ETP) : Virginie Lecornec, Sophie Rigot et Annie Abdat
 - 3 assistantes sociales (2,5 ETP) : Axelle Kiriloff, Sandra Lelay et Chamssiya Chaehoi (remplacée par Aurélie Tchiemmegne pour congés parental)

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)

Territoire d'intervention : la région IDF

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 navette¹ 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 protocole²)

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.

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.

¹ Voir Annexe 1

² Voir annexe 2

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 adhésion³ 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

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

³ Voir annexe 3

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 initial puis fax de Solipam vers la nouvelle maternité avec demande de RDV correspond 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 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 »

- o Contacts avec la femme systématiques avec une fréquence prévue dépendant de la mesure du degré d'autonomie et des vulnérabilités repérées.

Transmission 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.

- o Contacts avec 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 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.

Numéro vert Solipam: orientations et préconisations périnatales adaptées aux demandes des familles qui font appel à la sage-femme coordinatrice sans nécessité une inclusion dans le réseau. Recevoir les familles qui se présentent au réseau sans rendez-vous, quel que soit la charge de travail.

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 (travail en concertation les assistantes sociales de maternité, de spécialités, de secteur ou associatives mobilisées sur la situation)
- 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
- Appeler systématiquement les familles en hébergement instable et relais répétés des demandes vers les dispositifs sociaux (115 et SIAO départementaux, ASE, dispositifs spécialisés, associations,...)
- Vérifier et soutenir les familles dans l'ouverture des droits (RDV assistantes sociales, contacts avec les professionnels concernés, explications des demandes)
- 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 social, relais vers les dispositifs et les professionnels concernés)

Dispositif d'Appui à l'accompagnement social (DA, travail social effectif en cas de manque structurel de dispositif d'accompagnement) : chaque assistante sociale de coordination peut activer le DA pour les familles de sa file active si le besoin est avéré

Numéro vert Solipam: orientations et préconisations périnatales adaptées aux demandes des familles qui font appel à la sage-femme coordinatrice sans nécessité une inclusion dans le réseau. Recevoir les familles qui se présentent au réseau sans rendez-vous, quel que soit la charge de travail.

4- Protocoles de coordination et supports réseau

En 2016, le réseau comptabilise 6 outils de communication :

- La fiche orientation en entrée de réseau⁴. Taux d'utilisation : 1
- La fiche plan de suivi⁵. 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 2017 pour étendre l'utilisation de cet outil à l'ensemble du territoire Ile-de-France.

Taux d'utilisation : 64%

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

La fiche permet de signaler la remise de cartes repas aux patientes par les assistantes sociales des maternités.

- La fiche Solipam « dossier obstétrical »⁶. 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%

Par ailleurs, l'accouchement a été signalé par les partenaires dans 33 % des cas. Pour les autres situations, la coordination a eu connaissance de l'accouchement directement auprès de la femme.

- La fiche hébergement type⁷. 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 référent santé à Interlogement 93. Taux d'utilisation : 1
- La fiche support⁸ 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: ou comme support afin d'inclure la femme suite à son appel; ou comme support afin de comptabiliser les appels de nos partenaires et qui

⁴ La fiche orientation en entrée de réseau est la fiche navette de Solipam.

⁵ Voir annexe 4

⁶ Voir annexe 5

⁷ Voir annexe 6

⁸ Voir annexe 7

n'aboutissent pas à une inclusion. On les classe dans ce cas en « support expertise »⁹, de façon mensuelle.

La fréquence d'utilisation des supports de transmission observée 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 2017 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
	Louis Mourier	oui
	CH Nanterre	oui
	Clamart : Hôpital Antoine Béclère	oui
	Antony : Hôpital privé d'Antony	non
	Bourg La Reine : Clinique Ambroise Paré	oui
	Saint Cloud (CH4villes)	oui
Sèvres (CH4villes)	oui	

⁹ Voir annexe 8

	Neully	non
	hopital Foch à Suresnes	non
	Hopital Franco britannique Levallois	non
91	Longjumeau : Centre Hospitalier Longjumeau	non
	Orsay : Centre Hospitalier d'Orsay	non
	Corbeil-Essonnes : Centre Hospitalier Sud Francilien (fusion des hôpitaux de Corbeil-Essonnes et Evry)	oui
	Arpajon	oui
	Clinique Jacques Cartier. Massy	non
	CH Etampes	non
	Hopital Privé Athis Mons	oui
94	Créteil : Centre Intercommunal de Créteil	oui
	Le Kremlin Bicêtre : Hôpital de Bicêtre (AP-HP)	oui
	Saint-Maurice : Maternité des Hôpitaux de Saint Maurice (anciennement Esquirol)	non
	Villeneuve Saint Georges	non
	Les Noriets: clinique privée Vitry sur Seine	oui
93	Bondy : Hôpital Jean Verdier (AP-HP)	oui
	Montreuil : Centre Hospitalier intercommunal André Grégoire	oui
	Saint Denis : Centre Hospitalier de Saint-Denis (Delafontaine)	oui
	Aulnay-sous-bois : centre hospitalier Robert Ballanger	oui
	CH intercommunal Le Raincy-Montfermeil	oui
	Hôpital privé de la Seine Saint Denis	non
95	Argenteuil : Centre hospitalier Victor Dupouy	non
	Gonesse	non
	Cergy-pontoise : centre hospitalier René Dubos. 953030 Cergy-pontoise	oui
	Centre hospitalier des portes de l'oise à Beaumont sur Oise	non
	Hôpital privé nord parisien (Sarcelles)	non
	Hôpital Simone Veil (Montmorency)	non
78	Mantes la jolie : CHF Quesnay	oui
	Le Chesnay : centre hospitalier de Versailles	oui
	Poissy	oui
	CH Meulan les Mureaux	oui
	Hopital privé de Trappes	oui
77	Lagny sur Marne : Centre hospitalier de Lagny Marne La Vallée	non
	Meaux : Centre Hospitalier de Meaux	oui
	Coulommiers : centre hospitalier de coulommiers (H. René Arbeltier)	oui
	CH marc Jacquet à melun	oui

En outre, mise à l'ordre du jour du GT1, la question de la possession par la femme elle-même de son dossier médical est un axe de travail qui sera privilégié en 2017 dans le cadre des partenariats avec les réseaux périnataux départementaux de la région.

6- Outils internes :

Les coordinatrices actualisent régulièrement le dossier réseau de coordination du parcours de soins (papier et 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 doit renforcer la fréquence et la régularité de ces liens.

Par ailleurs, une fiche permettant de repérer les vulnérabilités médicales¹⁰, 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 et 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.

Le numéro vert SOLIPAM, projet expérimental sur 3 ans (2016-2017-2018) :

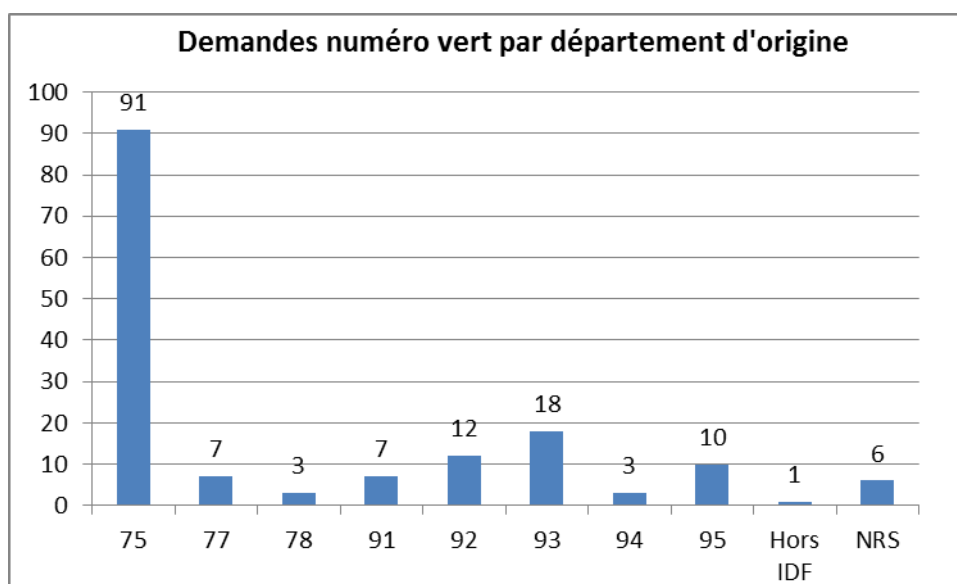
Le numéro vert a vu le jour dans le courant de l'année 2015. Ce projet a le mérite de répondre directement aux préoccupations des femmes et de les orienter le plus tôt possible dans l'organisation des soins et dans les dispositifs de droits communs. Cette orientation précoce, à la demande des femmes, 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 qui ne sont encore repérées que trop tardivement.

¹⁰ Voir annexe 8

En 2016, nous avons reçu 158 appels dont 73 ont abouti à une inclusion. Ainsi, pour l'année 2016, 15% 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°14 : Origine des demandes numéro vert



La montée en puissance de ce service devra être soutenue en 2017 (information et sensibilisation des maraudes notamment)

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

Dispositif innovant initialement testé pendant deux ans grâce à un financement privé (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 2016, 189 femmes incluses à Solipam 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
- Lien Centres maternels, Arfog ou Cité Saint Martin

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.

9 femmes incluses à SOLIPAM ont bénéficié de l'aide de l'assistante sociale de coordination dans les démarches concernant la demande d'asile. Lors de l'inclusion, nous informons toutes les femmes de leurs droits. Certaines, avec des situations plus complexes, se rendent à l'organisme (CAFDA, FTDA..) qui enregistre les demandes d'asile avec un rapport social rédigé par les AS du réseau permettant de faire le lien avec les différents partenaires connaissant la situation et de résumer au mieux des situations méritant une attention particulière.

La fonction « support » auprès des professionnels et des familles a nécessité la création d'une fiche support¹¹ : mise en place en 2016, ce nouveau support répond aux besoins de traçabilité générés par le développement de la mission de conseils et d'orientation des partenaires et des familles non incluses. Cette fiche permet de recueillir les réponses apportées par la coordination.
Taux d'utilisation : 1

¹¹ Voir annexe 7

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

1- *Partenariats du réseau*

Professionnels libéraux et centres de santé :

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

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

Ainsi, une convention de partenariat a été signée et est opérationnelle avec le Pôle de Santé des 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 de dernière année). Le stage a été choisi au 2ème semestre 2016 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 2ème semestre 2016.

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

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

Par ailleurs, les centres médico-sociaux de la Ville de Paris participent activement au repérage des situations à risque. La coordination s'appuie également sur les centres de santé de la région IDF pour intégrer les femmes et les enfants dans un système de soins de droit commun. Une

convention de partenariat a été signée avec le Centre de santé Belleville. Des femmes enceintes ont pu bénéficier d'un accès aux soins rapide avec les médecins généralistes du centre, ce qui a permis en outre, d'éviter des consultations aux urgences de la maternité.

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

La coordination collabore avec l'ensemble des réseaux de périnatalité. Le cas échéant, une RMM conjointe peut être proposée en cas d'évènement indésirable (accouchement hors maternité, par exemple en 2016). Enfin, la coordination propose à chaque réseau de périnatalité **des tableaux d'activité semestriels**¹² (nombre de professionnels du territoire ayant orienté une situation vers SOLIPAM et nombre d'accouchement sur le territoire concerné).

Exemples d'items 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

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

¹² Voir annexe 9, 10 et 11

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

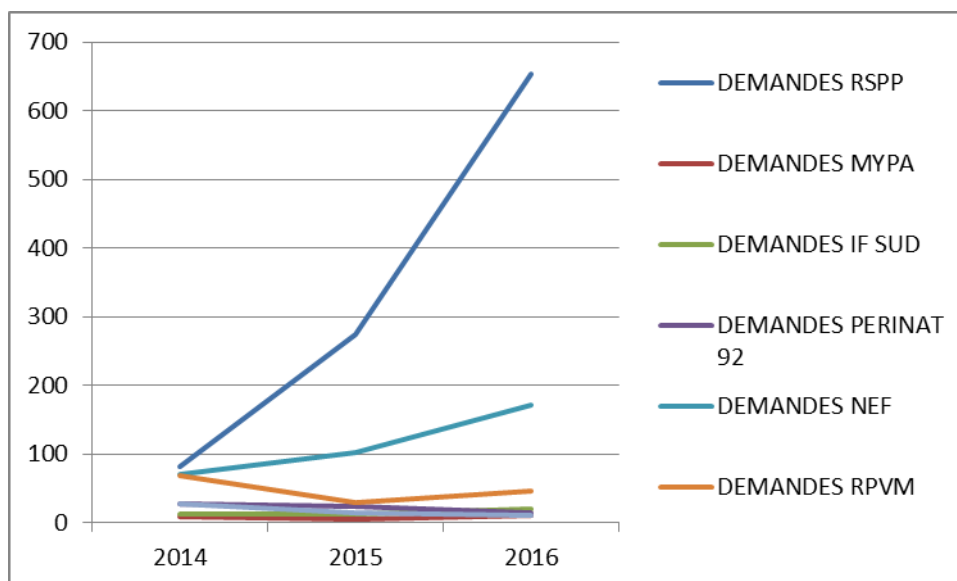
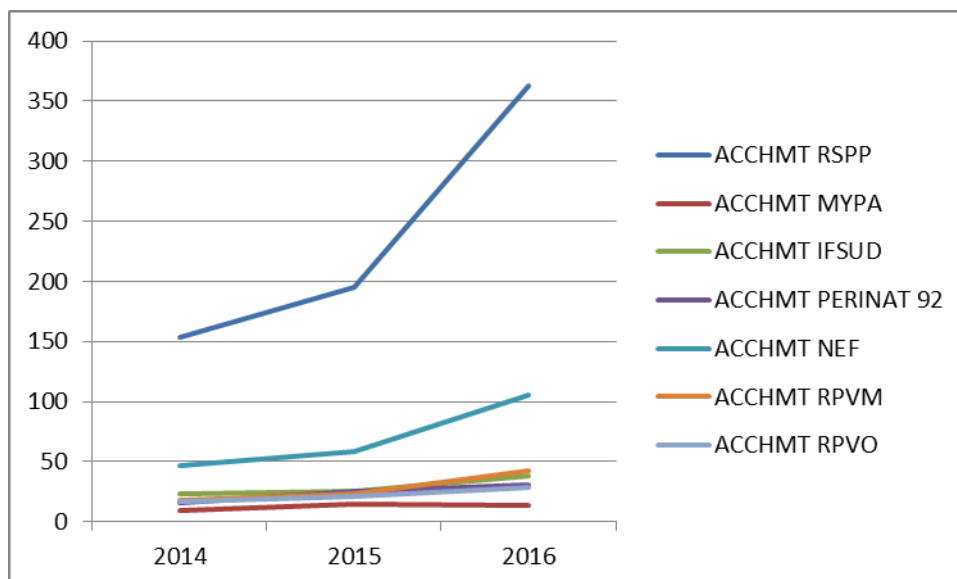


Figure n° 16 : Répartition du nombre d'accouchements en fonction du réseau périnatal dans lequel se trouve le lieu d'accouchement.



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, **20** nouveau-nés à risque ont été repérés au cours de l'année 2016. 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.

36 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.

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. L'implication de la politique médicale de l'AP-HP au sein des groupes de travail permet d'impliquer les cadres sages-femmes de maternité et de mettre en place des outils de prise en charge communs concertés et répondant aux besoins.

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 avec l'HAD APHP est constante et soutenue. Sous l'impulsion de l'ARS et des réseaux périnataux, une plaquette professionnelle a été élaborée pour mieux faire connaître les services rendus par les dispositifs HAD et SOLIPAM a été invitée à travailler aux indications périnatales concernant les familles en situation de précarité sociale,

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.

En 2016, plusieurs réunions ont eu lieu afin de poursuivre le développement du partenariat, notamment avec la FNARS, la Cité Saint Martin, le centre d'hébergement Eglantines, l'Amicale du nid, CHU Bourg la Reine, Tom Pouce...

Une convention de partenariat a été signée en 2016 avec le CHRS ARFOG LAFAYETTE (3 places d'hébergements en studios).

Une autre a été signée en 2016 avec Emmaüs dans le cadre de l'ouverture d'un CHU familles à Ivry (familles primo arrivantes).

Une collaboration étroite s'est également instaurée entre l'équipe **d'Interlogement 93** et l'équipe de SOLIPAM (fiche de liaison). De même, l'implication de la Cellule ADEMI (centres maternels DASES de Paris) s'avère précieuse.

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 2016 (rencontres avec les équipes du 94, du 77). Nous avons tenté d'homogénéiser nos pratiques pour une meilleure communication autour des femmes incluses dans le réseau. Ainsi, nous utilisons dorénavant la fiche de liaison déjà mise en place avec le 115 de Paris et celui du 93, comme outil avec les 115 du 77 et du 94. Cette dynamique sera poursuivie en 2017 avec les dispositifs des autres départements.

En 2009, le réseau Solipam a été agréé par la DASES comme **association partenaire du restaurant social Santeuil** (Paris 5e). Durant l'année 2016, 474 repas ont été servis aux femmes 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.

Cela dit, l'accompagnement social reste un défi à relever...la transversalité régionale de l'action du réseau se heurte toujours aux rigidités des sectorisations et à l'hétérogénéité des fonctionnements des différentes collectivités territoriales.

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 ont permis de financer la médiation linguistique et culturelle en 2016 (ISM) pour faciliter l'inclusion et la prise en charge

des familles non francophones non anglophones dans SOLIPAM. La fondation a également soutenue les Rencontres SOLIPAM 2016¹³ et notamment l'hommage rendu au Pr. Dominique Mahieu Caputo et au Dr Michel CasarGoutchoff lors de cet évènement.

2. Actions de communication menées par la direction du réseau afin de faire connaître et construire le réseau

Définition de la politique de communication

Une réflexion a été menée courant 2011 sur la politique de communication, face aux nombreuses sollicitations des médias. Le Comité de pilotage du réseau a arrêté la décision de répondre uniquement aux demandes de témoignages des professionnels, et de refuser systématiquement toutes demandes concernant un reportage ou une connexion avec les femmes prises en charge dans le cadre du réseau. Cette décision a été validée par les membres du bureau.

Les sollicitations en 2016 ont été très fortes, du fait de l'actualité (réfugiés).

Communications et interventions :

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

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

Participation aux assemblées générales du GCSMS SIAO insertion, contacts et promotion de l'action du réseau auprès de la trentaine d'associations présentes.

Participation à des groupes de travail et de réflexions :

- Comité de pilotage des Assises de la santé de la Ville de Paris
- Ateliers FNARS (guide santé)
- Comité de suivi PRAPS IDF
- Réunion Ville de Paris : « plateforme d'accueil des réfugiés » dans le cadre du Pacte parisien de lutte contre la grande exclusion.

¹³ Voir annexe 12

- Réunion mairie 19eme : réfugiés Jean Carré.
- Réunion ARS : accueil réfugiés
- Animation débat organisé par la FASTI sur la périnatalité et la précarité.

Formation Continue délivrée par la coordination :

- Coordination d'un module du DU « Santé, Solidarité, Précarité » proposé par Médecins du Monde et l'Université Paris Descartes ; et intervention des coordinatrices médicale et sociale : « Les outils d'aide à la pratique, pour appuyer le repérage et l'orientation des femmes et des nouveaux nés ».
- Participation au comité de pilotage du nouveau DIU « santé périnatale et précarité » Paris V/Paris Diderot. Organisation et animation du module 1 du DIU.

2- Projet réseau 2016

Les groupes de travail SOLIPAM créés en 2010 ont été actifs en 2016. 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 décroisement des secteurs d'activité de chacun, essentiel pour l'amélioration de la prise en charge des femmes et des enfants.

Les thèmes travaillés en 2016 dans le cadre de ces groupes de travail:

- **« 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 2016 du GT 1 : 5

Nombre de participants / réunion : 11

Projets portés par le GT1 en 2016 :

- a- Projet stabilisation de l'hébergement : développement des partenariats avec les SIAO départementaux, convention de partenariat avec l'ARFOG et retour d'expérience.*
- b- Projet alimentation : sensibilisation des banques alimentaires au soutien 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.*
- d- Numéro vert : poursuite de la communication pour faire connaître ce service (site internet SOLIPAM, Réunion FNARS par maraudeurs, Guide Solidarité 2016).*

- e- Modification de la fiche navette du réseau suite à la RMM de 2015.
- f- Santé sexuelle et reproductive : - développement des « allers vers » des CPEF vers les Centres d'hébergement des familles (travail avec médecin responsable 75/correspondant DRIHL 75 et médecin responsable 93/correspondant DRIHL 93) - poursuite et consolidation du partenariat CPEF Horizons/CPAM 75.¹⁴
- g- 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.

- **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 2016 :

- a- Elaboration et organisation des Rencontres SOLIPAM 2016
- b- Amélioration et organisation de la formation SOLIPAM 2016.

Nombre de réunions au cours de l'année 2016 du GT 2 : 5

Nombre de participants/réunion : 4

- **« Evaluer le service rendu par SOLIPAM aux femmes et à leurs enfants, aux professionnels du territoire de santé parisien et à la collectivité » (GT3).**

Ce groupe de travail peut être compris comme la commission d'évaluation du réseau. La composition de ses membres est gage de rigueur et de conformité avec les travaux menés sur le territoire de santé (APHP, ORS). L'année 2014 a été marquée par une collaboration entre l'EHESP et le réseau SOLIPAM. **Une convention de partenariat a été signée au 1^{er} semestre 2015** permettant de formaliser et renforcer les liens d'expertise, d'enseignement et de recherche entre le réseau SOLIPAM et l'EHESP, notamment dans le cadre d'une réflexion sur la santé maternelle et infantile qui se développe au sein de l'EHESP.

Nombre de réunions au cours de l'année 2016 du GT 3 : 0

Nombre de participants/réunion : 0

N'ayant pu se réunir de façon formel, ce groupe de travail devra être relancé en 2017.

¹⁴ Voir annexe 13

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 »¹⁵

Financée par le pôle prévention de l'ARS 75, et soutenue activement par la Fondation Diaconesses Croix Saint Simon (mise à disposition gracieuse des salles), la formation SOLIPAM créée en 2011, s'est poursuivie en 2016. Quatre sessions ont eu lieu au cours de l'année 2016 et ont bénéficié à 79 professionnels stagiaires (80 attendus, 1 défection de dernière minute n'ayant pu être remplacée alors que liste d'attente). (Programme en annexe).

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. La conception de ce mémento est le fruit d'une collaboration étroite entre les partenaires du réseau et l'équipe de coordination de SOLIPAM.

Le Mémento SOLIPAM sert également à la formation déclinée et mise en place en 2014 par l'ASV du 19eme et le RSPP.

Les évaluations 2016¹⁶ des professionnels formés et des terrains de stage ont été positives. Une mesure d'impact a été menée en 2016 et permettra au GT2 de réactualiser le contenu de la formation en 2017.

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. Trois **internes en médecine générale en stage SASPASS (6 mois, 1 journée par semaine)** 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, en alternance hebdomadaire, à une 1 journée de formation en gynécologie au Centre de Planification familiale « horizons », sous la direction du docteur Herschkorn Barnu.

¹⁵ Voir annexe 14 (programme formation) et 15 (évaluation)

¹⁶ Voir annexe 15

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 :

- 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 2016, 4 ateliers se sont déroulés à environ 2.5 mois d'intervalle.

41 femmes ont participé à ces ateliers en 2016, soit une moyenne de 10.2 femmes par groupe.

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

Résultats 2016 : 96% des femmes étaient très satisfaite des groupes.

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

85% satisfaite de l'accueil et de l'organisation

91% satisfaite 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 2017.

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 2016 : 1071

Figure n° 17 : Partenaires à l'origine de l'orientation

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Maternités 75	221	166	148	122	198	231
dont maternités APHP	218	145	123	116	189	216
Bureau centralisé des inscriptions en maternité APHP	/	/	6	2	2	2
Maternités 77	/	1	0	1	1	2
Maternités 78	/	4	9	5	2	4
Maternités 91	/	0	0	5	5	3
Maternités 92	5	11	15	11	15	7
Dont maternités APHP	5	5	11	3	3	3
Maternités 93	/	5	7	17	17	25
Dont maternités APHP		2	0	9	13	1
Maternités 94	/	8	13	4	2	12
Dont maternités APHP		1	5	3	1	1
Maternités 95	/	1	11	12	2	2
Sous-Total Maternités	237	201	209	187	244	288
Service hospitalier hors maternité	4	9	19	11	10	19
DFPE/ PMI 75	46	67	71	19	27	94
PMI 77		3	2	3	2	6
PMI 78		1	3	0	1	3
PMI 91		0	5	1	2	1
PMI 92		6	5	6	2	2
PMI 93		12	9	16	15	31
PMI 94		5	3	7	6	7
PMI 95		0	26	6	3	1
CMS	5	12	13	10	21	10
CMP	1	0	0	1	0	0
HAD	8	7	21	22	20	16

Autres réseaux de santé (RPPN, Réseau Ressources, Réseau PALIPED)	10	16	5	5	9	17
Soins de suite : Hôpital mère enfants de l'Est Parisien et Vésinet	6	4	9	10	7	5
Structure médicale associative (MDM, MSF, Comède..)		45	113	111	221	182
Médecins libéraux	1	5	6	3	3	6
Samu social	20	26	19	13	13	10
Samu social du 93	1	0	1	3	5	18
Services social départemental de Paris (PSA - secteur)	27	30	24	26	30	28
Service Social départemental hors 75 (78 ;93 ;95)	5	7	11	9	10	9
CAF (75 et 95 ; 91)		4	2	1	0	0
Associations, Dont SOS grossesse...	62	55	50	73	90	72
Centres d'hébergement	27	17	23	33	41	24
Plate-forme d'hébergement	20	14	12	31	53	6
Femme elle-même	8	14	31	58	87	196
Bénévole				0	29	18
TOTAL	488	560	692	665	951	1071

*pas de recueil des données

La formation SOLIPAM est un élément déterminant de sensibilisation de tous les acteurs de la région. En effet, les demandes étant toujours restées en 2016 supérieures au nombre de places, le critère « département d'origine » du professionnel a été pris en compte pour sélectionner les candidatures à chaque session de formation, de façon à ce que tous les départements d'IDF soient représentés.

Figure n°18 : Répartition géographique des demandes

Département	2013 Total des demandes= 692	2014 Total des demandes = 665	2015 Total des demandes = 951	2016 Total des demandes : 1071
75	508/692 soit 73.4%	426/665 soit 64%	610/951 soit 64.1%	716/1071 soit 66.9%
77	2/692 soit 0.2%	6/665 soit 0.9%	12/951 soit 1.3%	17/1071 soit 1.6%
78	15/692 soit 2.1%	9/665 soit 1.4%	14/951 soit 1.5%	14/1071 soit 1.3%
91	5/692 soit 0.7%	11/665 soit 1.6%	30/951 soit 3.2%	16/1071 soit 1.5%
92	27/692 soit 3.9%	27/665 soit 4.1 %	40/951 soit 4.2%	33/1071 soit 3.1%
93	36/692 soit 5.2%	71/665 soit 10.7 %	133/951 soit 14%	181/1071 soit 16.9%
94	53/692 soit 7%	68/665 soit 10.2 %	40/951 soit 4.2%	57/1071 soit 5.3%
95	42/692 soit 6%	27/665 soit 4.1 %	26/951 soit 2.7%	20/1071 soit 1.9%
NRS*	4/692 soit 0.5%	20/665 soit 3%	43/951 soit 4.5%	16/1071 soit 1.5%
Hors Ile de France			3/951 soit 0.3%	1/1071 soit 0.1%

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

De même, le développement de la file support d'expertise 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.

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

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Age moyen	28.3	27.5	28	27	29	28,4
Primipares	44% (119/273)	52% (157/300)	43% (73/316)	43% (174/406)	41% (211/510)	42% (272/650)
Terme moyen au moment de l'inclusion (en SA)	27.9	25.7	26.3	27.4	28	24,1
Médiane à l'inclusion (en SA)	27.3	26.4	26	25.6	28	24,5
Femmes avec au moins un autre enfant à charge*	20.9% (57/273)	23.6% (71/300)	27.2% (86/316)	35% (48/406)	27% (140/510)	20% 131/650
Médecin traitant à l'inclusion*	19.4% (53/273)	20% (60/300)	23% (72/316)	17% (68/406)	16% (84/510)	19% 125/650
Suivi conforme HAS à l'inclusion*	22% (59/270)	44,30% (133/300)	34% (107/316)	23% (93/406)	35% (177/510)	45% (293/650)
Sans inscription maternité à l'inclusion**	16% (40/250)	29% (85/287)	39% (118/302)	36% (130/359)	37% (175/476)	37% (220/587)

*650 femmes incluses au total du 01/01/2016 au 31/12/2016

**587 femmes incluses en prénatal du 01/01/2016 au 31/12/2016

Le terme moyen au moment de l'inclusion s'avère sensiblement plus précoce en 2016. Il est important de rappeler que le repérage précoce des grossesses chez les femmes enceintes en situation de précarité nous permet en tant que 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 mais également celui du numéro vert.

Le taux de conformité du suivi à l'inclusion est en augmentation en 2016. 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 2016 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**	2012	2013	2014	2015	2016	ENP (2010)*
Mortinatalité (mort-né, mort néonatale, accouchement prématuré ou petit poids pour l'Age gestationnel)	5.7% (17/300)	9.5% (17/179)	14% (27/196)	7% (19/274)	8% (28/330)	11.3%
Césarienne	8.7% (26/300)	15.6% (28/179)	15.3% (30/196)	10% (28/274)	14% (46/330)	18.9%

*ENP(2010) : Enquête nationale périnatale 2010

**Pour les femmes multipares ayant accouchées au cours de l'année 2016 soit 330

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

Antécédents, pathologies et complications pendant la grossesse	2012	2013	2014	2015	2016	ENP(2010)*
Diabète gestationnel (au cours d'une grossesse précédente)**	0.6% (2/300)	1.7% (3/179)	4.6% (9/196)	2.2% (6/274)	2,40% (8/330)	1%
HTA gestationnelle (au cours d'une grossesse précédente)**	0.6% (2/300)	3.3% (6/179)	3.1% (6/196)	1.5% (4/274)	1,80% (6/330)	1.1%
Diabète Insulino Dépendant***	0.3% (1/300)	2.2% (7/316)	0.7% (3/406)	1% (5/466)	0,17% (1/589)	0.3%
HTA chronique***	1.3% (4/300)	0.6% (2/316)	0.2% (1/406)	1.5% (7/466)	1,50% (9/589)	1%
Autres pathologies hors grossesse***, ****			6.6% (27/406)	8.8% (41/466)	8,00% (50/589)	

*ENP(2010) : Enquête nationale périnatale 2010

** calculer à partir de l'effectif des multipares ayant accouché en 2016 soit 330

*** calculer à partir de l'effectif de l'ensemble des femmes ayant accouché en 2016 soit 589 issues de grossesse

****Le recueil des autres antécédents et pathologies hors grossesse n'a pas été recueillie de façon homogène entre 2012 et 2014. 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.

Depuis le 2^{ème} semestre 2014, un travail d'homogénéisation a été réalisé par le GT3 avec l'expertise du Dr Blondel : les pathologies de la mère sont appréhendées comme « toute

pathologie ou condition physique requérant une surveillance médicale ou une attention particulière dans le cadre de la prise en charge SOLIPAM ». Il a été recommandé par le GT3 de constituer un thésaurus de ces pathologies.

A titre d'exemple, les pathologies qui ont été retenues sur l'année 2016 sont les suivantes selon 4 items :

Pathologies mentales : 11

Pathologies infectieuses : 19 dont 10 HIV, 4 Hépatites B

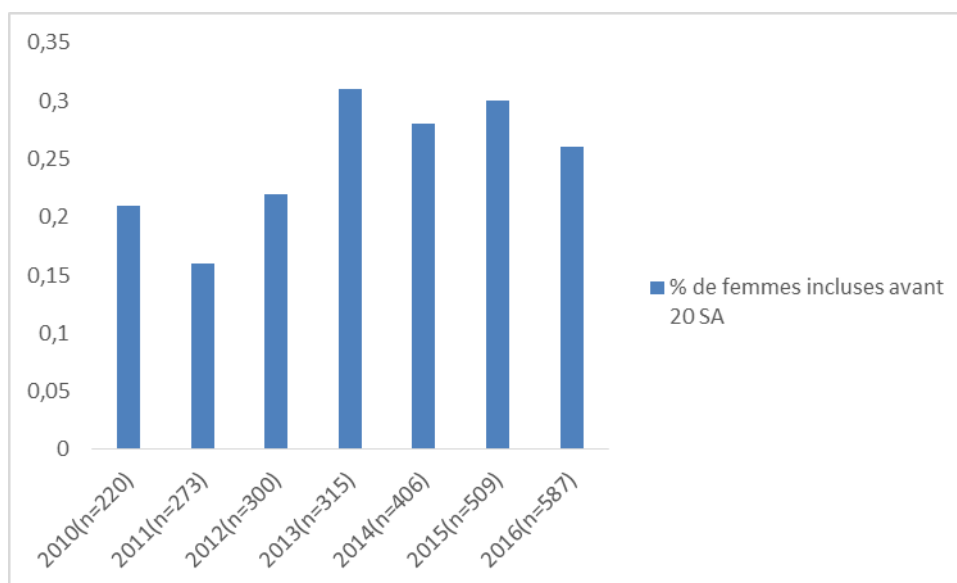
Pathologie gynécologiques : 5

Pathologies somatiques : 8

Terme à l'inclusion

La proportion de femmes incluses avant 20 SA est de 26% en 2016. Ce taux reste relativement constant depuis 2012. Le développement du numéro vert devrait 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 2016

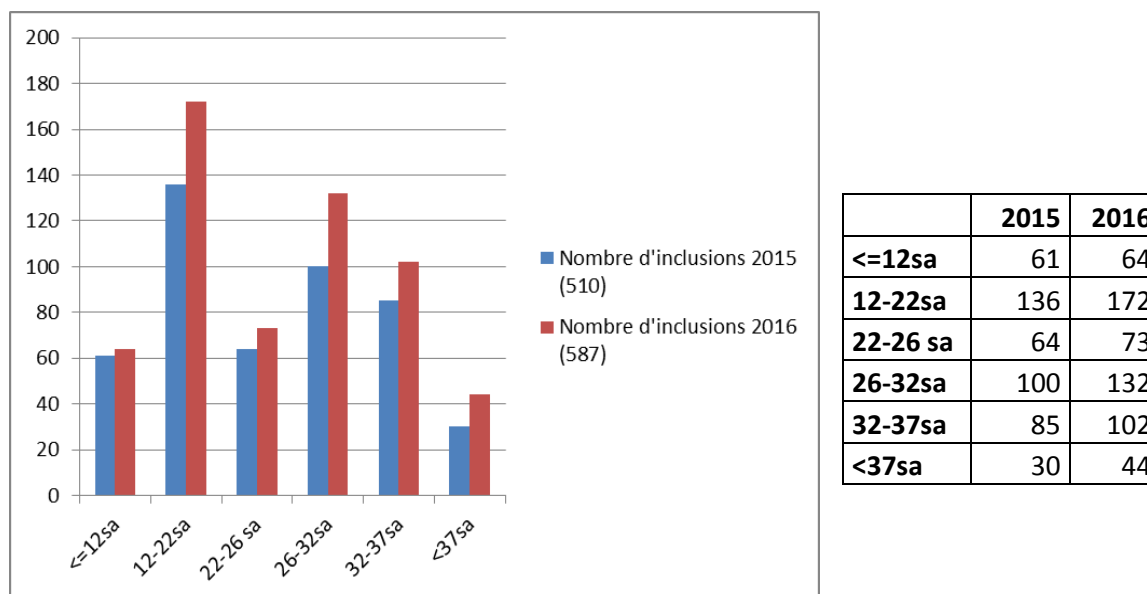


Commentaires

La dispersion des termes à l'inclusion est de 2,4 SA à 41,2 SA. A noter, 63 femmes ont été incluses en post natal.

La médiane des termes à l'inclusion est de 24,5 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 2016



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^{er} trimestre, marqueurs sériques...) ou, de plus en plus, **la femme enceinte est arrivée sur le territoire à un terme déjà avancé et sans suivi de grossesse conforme.**

La formation SOLIPAM « Repérage précoce, orientation et suivi des situations de périnatalité-précarité » mise en place au second semestre 2011 a pour objectif d'améliorer cet axe de travail. Quatre sessions ont eu lieu durant l'année 2016.

Les **outils « repérage précoce des urgences obstétricales »**, intégrés maintenant en pratique courante à MDM, au COMEDE et à la CAFDA permettent également d'améliorer cet indicateur. Parmi les demandes orientées par les membres de ce groupe de travail en 2016, 56% ont été orientées avant 20SA.

Le numéro vert permet aux familles de nous contacter avant même d'être rencontrées par un professionnel adresseur et contribue certainement à réduire le terme médian d'inclusion.

Cela dit, le terme à l'inclusion, calculé à compter du jour d'inclusion, est lié au délai de rendez-vous proposé par la coordination qui reste encore trop long. Ainsi le pourcentage de femmes pour lesquelles le délai entre l'orientation et l'inclusion dans le réseau est inférieur ou égal à 10 jours est de 40%. La dispersion va d'une inclusion le jour même de la réception de la demande d'inclusion à 141 jours, le délai moyen étant de 16 jours. Une priorisation des demandes est faite en fonction de l'insertion ou pas dans les soins, et de la complexité de la demande, à la fois en terme médical et social. La réduction de ce délai de prise en charge reste un enjeu majeur pour 2017.

Hébergement à l'entrée dans le réseau

Parmi les 648 femmes entrées du réseau en 2016:

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

Hébergement à l'entrée dans le réseau	2013	2014	2015	2016
Chez des tiers	103/316 soit 32.5%	138/406 soit 34%	210/510 soit 41.2%	210/648 soit 32,4%
115	147/316 soit 46.5% *	177*/406 soit 43.6%	177/510 soit 34.8%	284/648 soit 43,8%
Hôtel via association- plate forme	17/316 soit 5.4%	45/406 soit 11.1%	30/510 soit 5.9%	28/648 soit 4,3%
Hôtel financement ASE	1/316 soit 0.3%	4**/406 soit 0.9%	5/510 soit 1%	0
Hôtel pris en charge par la femme	3/316 soit 0,9%	2/406 soit 0.5%	1/510 soit 0.2%	0
Centre d'hébergement	7/316 soit 2,2%	6/406 soit 1.5%	7/510 soit 1.4 %	13/648 soit 2%

Hôpital (dont SRR)	7/316 soit 2.2%	11/406 soit 2.7%	21/510 soit 4.1%	14/648 soit 2,16
« Abri de fortune »	13/316 soit 4.1%	17/406 soit 4.2%	49/510 soit 9.6%	87/648 soit 13,4%
Structure d'urgence hors 115	9/316 soit 2.8%	0	1/510 soit 0.2%	3/648 soit 0,4%
CADA	6/316 soit 1.9%	2/406 soit 0.5%	1/510 soit 0.2%	3/648 soit 0,4%
Résidence sociale	1/316 soit 0,3%	1/406 soit 0.3	1/510 soit 0.2%	0
Logement de droit commun	2/316 soit 0,6%	3/406 soit 0.7%	7/510 soit 1.4 %	6/648 soit 0,9%

- **284** femmes sont hébergées par le 115 : **188** par 115/75 ; **8** par 115/77 ; **3** par 115/78 ; **3** par 115/91 ; **6** par 115/92 ; **67** par 115/93 ; **6** par 115/94 ; **3** par 115/95.

Au moment de l'inclusion dans le réseau pendant l'année 2016, 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.

Nous avons recensé 62 décrochages de parcours d'hébergement au cours de l'année 2016 : un décrochage signifie que la famille s'est retrouvée sans abri pendant au moins 1 nuit.

Suivi social à l'entrée dans le réseau

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

	2012	2013	2014	2015	2016
Maternité	174/300 soit 58%	145/316 soit 46%	157/406 soit 38.7%	235/510 soit 46.1%	252/648 soit 38,8%
Secteur	26/300 soit 8%	36/316 soit 11.3%	26/406 soit 6.4%	28/510 soit 5.5%	43/648 soit 6,6%
PSA	4/300 soit 1.3%				
Association	17/300 soit 5.6%	26/316 soit 8.2%	58/406 soit 14.3%	49/510 soit 9.6%	47/648 soit 7,2%
Centre hébergement	3/300 soit 1%	22/316 soit 7%	11/406 soit 2.7%	3/510 soit 0.6%	11/648 soit 1,6%
Scolaire	0	0	0	0	0
Autre (CMS, SSR, hôpital..)	4/300 soit 1.3%	12/316 soit 3.7%	7/406 soit 1.7%	22/510 soit 4.3%	25/648 soit 3,8%
Sans	72/300 soit 24%	99/316 soit 31.3%	147/406 soit 36.2%	166/510 soit 32.5%	270/648 soit 41,6%
NRS				7/510 soit 1.2%	

* comparatif non possible, données non homogènes

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

A l'entrée dans le réseau, 38,8 % des femmes étaient suivies par une assistante sociale de maternité, qui concourt à l'accès aux soins, aux droits, à l'aide à la vie quotidienne et organise la sortie de maternité.

41,6 % des femmes intègrent le réseau sans aucun suivi social.

Couverture sociale à l'entrée du réseau

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

	2012	2013	2014	2015	2016
Régime général	9/300 soit 0.3%	3/316 soit 0.9%	3/170 soit 1.7%	15/510 soit 2.9%	17/648 soit 3,3%
CMU+/-CMUC	48/300 soit 16%	47/316 soit 14.8%	61/406 soit 15.1%	72/510 soit 14,1%	95/648 soit 14,6%
AME	71/300 soit 23.6%	63/316 soit 20%	81/406 soit 20%	110/510 soit 21.6%	137/648 soit 21,1%
Aucune couverture sociale	170/300 soit 56.6%	198/316 soit 62.6%	252/406 soit 62%	310/510 soit 60.8%	389/648 soit 60%
Régime général + mutuelle					5/648 soit 0.8%
Couverture sociale européenne	1/300 soit 0.03%	4/316 soit 1.2%	4/406 soit 1%	3/510 soit 0.6%	4/648 soit 0,6%
Couverture sociale étudiante	1/300 soit 0.03%	1/316 soit 0.03%	1/406 soit 0.2%	0	1/648 soit 0,15%

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

On peut observer que les chiffres à l'entrée dans le réseau sont sensiblement stables d'une année sur l'autre, **60% des femmes n'ayant aucune couverture sociale.**

2- Conformité des parcours de soins ante natal

Effectivité et continuité du suivi de grossesse

- **87 % des femmes enceintes** incluses dans le réseau ont eu au moins une consultation de suivi de grossesse par mois
- **87% des femmes ont eu leurs 3 échographies** recommandées.

Au total, 15 décrochages de suivi obstétrical ont été constatés au cours de l'année 2016. 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 :

-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**

-une **arrivée de femmes enceintes avec terme avancé sur le territoire**

-une **amélioration du recueil de données**: les femmes ayant été incluses après 35SA n'ont pas été comptabilisées comme ayant eu les échographies à SA recommandées, puisque le délai de recommandation de la dernière échographie est dépassée.

Au total, 589 femmes ont eu une « issue de grossesse »* durant 2016. A noter : 61 femmes ont été incluses en post natal, soit 528 « 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 589 femmes : 17 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 '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 Samusocial de Paris)

Les calculs ci-dessous prennent donc en compte 510 femmes ayant accouchées et incluses en prénatales et 528 enfants nés vivants ou mort-nés (16 grossesses gémellaires et une grossesse triple)

- Parmi les 510 femmes enceintes au moment de l'inclusion et ayant accouché en 2016 :

✓ **pour la période anténatale**

- 440 femmes ont mené leur suivi à terme au sein d'une même structure
- 63 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, avec l'accord éclairé de la patiente.

Ou ont été transférée vers un autre type de maternité en prénatal au regard de la pathologie.

✓ **Pour l'accouchement**

- 470 femmes ont accouché dans l'une des structures prévues
- 34 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.

✓ **taux d'hospitalisation**

Parmi les 510 femmes ayant accouché en 2016, 86 femmes ont été hospitalisées au moins une fois (soit un taux d'hospitalisation de 17%)

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

Tableau n°27 : Motifs d'hospitalisation au cours de l'année 2015 et 2016

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

Nombre d'hospitalisation par femmes :

Au cours de l'année 2016 :

- 86 femmes ont été hospitalisées 1 fois
- 12 femmes ont été hospitalisées 2 fois
- 4 femmes ont été hospitalisées 3 fois

Soit un total de 122 hospitalisations.

Stabilisation de l'hébergement des femmes durant la grossesse

Sur les 589 femmes ayant accouché durant l'année 2016, 528 femmes ont été incluses avant leur accouchement.

La définition de de l'item 'stabilisation de l'hébergement » a évolué pour prendre en compte le nombre total d'hébergement dans la période pré natale et non plus uniquement dans le dernier mois de grossesse. En effet, cela permettra d'éclairer les indicateurs médicaux notamment celui de la prématurité.

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

Nombre d'hébergement pendant la période prénatale	2014	2015	2016
1 hébergement	152/300 soit 50.6%	232/432 soit 53.7%	256/589 soit 43.5%
2 hébergements	61/300 soit 20.4%	104/432 soit 24.1%	169/589 soit 28.7%
3 hébergements	37/300 soit 12.3%	45/432 soit 10.4%	74/589 soit 12.6%
4 hébergements	26/300 soit 8.7%	24/432 soit 5.6%	31/589 soit 5.3%
5 hébergements	11/300 soit 3.7%	11/432 soit 2.5%	16/589 soit 2.7%
6 hébergements	4/300 soit 1.3%	7/432 soit 1.6%	11/589 soit 1.8%
7 hébergements	2/300 soit 0.7%	1/432 soit 0.2%	3/589 soit 0,5%
8 hébergements	3/300 soit 1%	3/432 soit 0.7%	3/589 soit 0,5%
10 hébergements			1/589 soit 0.17%
11 hébergements	*	1/432 soit 0.2%	3/589 soit 0,5%
15 hébergements	1/300 soit 0.3%	3/432 soit 0.7%	
NRS			22/589 soit 3.7%
Hospitalisation	3/300 soit 1%	1/432 soit 0.2%	

3- Issues de grossesse

-31% des femmes ont eu une césarienne. Pour rappel, d'après l'enquête périnatale, le taux de césarienne national est de 21% en 2010. Selon les données de la PMI (Certificat du 8^{ème} jour ou CS8), le taux de césarienne sur Paris en 2013 était de 25,2%.

La base de données SOLIPAM permet à présent de distinguer :

-les césariennes en urgence : 143 césariennes ont été effectuées en urgence sur les 181 césariennes au total soit un taux de 79% de césariennes en urgence

-les césariennes programmées : 38 césariennes ont été programmées sur les 181 césariennes au total soit un taux de 21% de césariennes programmées

- Parmi les 528 nouveau-nés dans le réseau, on compte :

- 518 nouveau-nés vivants
- 10 mort-nés ou pertes fœtales (entre 25.4SA et 40SA) dont 2 IMG à 27 SA (agénésie partielle du corps calleux) et 32 SA (malformation cardiaque). Un accompagnement de fin de vie a été organisé pour un nouveau-né (jumeau survivant porteur d'une insuffisance rénale incurable).

Comparée à la mortalité* d'Ile de France calculée par ORS IDF (2016) qui était de 9,8 pour 1000 naissances en 2014, la mortalité enregistrée dans le réseau est de **15,5 pour 1000**. Elle dépasse celle de la Seine Saint Denis (11,5) et du Val d'Oise (10,8) qui enregistrent les plus forts taux de la région IDF.

Ce mauvais résultat nécessite une RMM qui relancera le GT3 en 2017.

*Mortalité : 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 mortalité est définie sur ces critères.

-Parmi ces nouveau-nés :

- 29 enfants nés prématurément entre 33 SA et 36 SA+6 dont 4 issus d'une grossesse gémellaire et 1 issu d'une grossesse triple (dont 2 morts nés)
- 17 enfants sont nés avant 33 SA dont 4 morts nés

-Parmi les 528 nouveau-nés dans le réseau :

- 59 enfants ont nécessité une hospitalisation en néonatalogie sur site et 6 enfant a nécessité une hospitalisation en néonatalogie hors site

Soit un taux d'enfants hospitalisés en néonatalogie de 12%. Ce taux est en diminution par rapport à celui de 2014 (taux de 15%).

L'hébergement des 55 femmes dont les enfants ont été hospitalisés en néonatalogie se répartit ainsi :

- 24 femmes ont eu 1 hébergement entre l'inclusion dans le réseau et l'accouchement
- 14 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
- 7 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 32 jours)

Concernant les femmes ayant eu une césarienne, la durée moyenne de séjour était de 5 jours.
La durée de séjour la plus courte était de 3 jours et la plus longue était de 30 jours.

Modalités de sortie de maternité :

Figure n°29 : Hébergement à la sortie de maternité

Hébergement en sortie de maternité	2014	2015	2016
115 dont hotel/CHU/Eglantine	56/130 soit 43%	236/432 soit 54.6%	373/589 soit 63%
Chez des tiers	24/130 soit 18.4%	88/432 soit 20.4%	92/589 soit 15.6%
Centre maternel	2/130 soit 1.5%	3/432 soit 0.7%	7/589 soit 1.2%
Hôtel prise en charge via plateforme	26/130 soit 20%	46/432 soit 10.6%	30/589 soit 5.1%
Hospitalisations en service de soins de suite	4/130 soit 3%	9/432 soit 2.1%	13/589 soit 2.2%
Logement de droit commun	1/130 soit 0.7%	4/432 soit 0.9%	14/589 soit 2,4%

Centre d'hébergement	2/130 soit 1.5%	5/432 soit 1.2%	7/589 soit 1.2%
Structure d'urgence hors 115	0	1/432 soit 0.2%	2/589 soit 0.3%
Hôtel pris en charge par la femme	0	0	
Hôtel prise en charge ASE	1/130 soit 0.7%	8/432 soit 1.8%	
Centre d'accueil pour demandeurs d'asile - CADA	3/130 soit 2.3%	3/432 soit 0.7%	11/589 soit 1.9%
Logement capté et adapté chrs	1/130 soit 0.7%	4/432 soit 0.9%	10/598 soit 1,7%
SO car perdue de vue en prénatal		3/432 soit 0.9%	1/589 soit 0.01%
NRS			23/589 soit 3.9%
Abri de fortune		5/432 soit 1.2%	5/589 soit 0,8%
Accueil spécialisé			1/589 soit 0,2%

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

Suivi post-natal

Parmi les 476 femmes sorties du réseau entre le 01/01/2016 et le 31/12/2016, 328 femmes sont sorties de manière programmée et dans les délais. 85 sorties de réseau n'ont pu se faire de manière formalisée.

Par ailleurs, 13 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 14 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, 17 femmes ont été perdues de vue pendant la période prénatale et 19 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 445 femmes.

Suivi post-natal de l'enfant : 84 % sont suivis régulièrement par la PMI (Protection Maternelle et Infantile) ; 1,4% des enfants sont suivis par la médecine de ville tandis que 7% ont un suivi « mixte » (PMI et ville).

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

69% des femmes sorties du réseau¹⁷ 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 d'un interne de médecin 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. 9 femmes (2%) ont été re-hospitalisées durant la période post-natale. 38 femmes (8%) ont vu leur bébé ré-hospitalisé.

Cependant, la fiabilité de ces indicateurs est lié 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-hospitalisées. Les structures n'ont donc pas toujours l'information que la patiente est dans le réseau. Seuls des contacts entre la femme et la coordination permettent de recueillir cet indicateur.

5- Caractéristiques sociales des familles en sortie de réseau

476 femmes sont sorties du réseau durant l'année 2016 :

- **355** sorties ont été programmées et anticipées :
 - **328** ont été programmées dans les délais (3 mois après l'accouchement)

¹⁷ Ces informations sont recueillies lors de l'entretien de sortie.

- **14** 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.
- **13** 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.
- **121** sorties n'ont pas été programmées :
 - **36** femmes ont été perdues de vue : **17** en prénatal, et **19** en postnatal
 - **85** femmes n'ont pas été contactées pour un entretien de sortie, bien qu'elles aient été en relation avec la coordination en post natal.

Le taux de sorties non programmées, (femmes perdues de vue et les sorties du réseau faites sans entretien) est 25.4% (soit 121/476 sorties) durant l'année 2016 alors qu'il était de 33.8% durant l'année 2015. Ce qui signifie que malgré les changements dans l'équipe de coordination durant l'année 2016, nous avons amélioré nos pratiques. En effet, alors que les sorties étaient jusqu'à la fin de l'année 2016 assurées uniquement par les coordinatrices sociales, il a été convenu que désormais chaque sortie du réseau est assurée par la coordinatrice sociale ou médicale, ayant reçue la femme en entretien d'inclusion.

Hébergement à la sortie du réseau

Parmi les 476 femmes sorties du réseau en 2016, l'information est disponible pour 409 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
Centre maternel	9/264 soit 3.4%	13/459 soit 2.8%	20/476 soit 4,2%
Centre hébergement Eglantine, dispositif insertion	0	14/459 soit 3.0%	12/476 soit 2,5%
Chez des tiers	39/264 soit 14.7%	73/459 soit 15.9%	60/476 soit 12,6%

115	137/234 soit 51.9%	212/459 soit 46.2%	228/476 soit 47.9%
Hôtel via financement conseil général (ASE, secteur)	4/264 soit 1.5%	7/459 soit 1.5%	4/476 soit 0,8%
Hôtel pris en charge par la femme	*	1/459 soit 0.2%	0
Hôtel via plateforme	28/264 soit 10.7%	36/459 soit 7.8%	31/476 soit 6,5%
Autonome / logement capté / accueil spécialisée	8/264 soit 3%	12/459 soit 2.6%	22/476 soit 4.6%
Hospitalisation en service de soins de suite	0	2/459 soit 0.4%	0
Centre d'hébergement	5/264 soit 1.9%	7/459 soit 1.5%	43/476 soit 0.9%
Structure d'urgence hors 115	0	0	
Appartement thérapeutique	0	0	
Centre d'accueil pour demandeurs d'asile	33/264 soit 12.5%	21/459 soit 4.6%	48/476 soit 10.1%
Résidence sociale / logement capté / accueil spécialisée	1/264 soit 0.4%	9/459 soit 2%	9/476 soit 1,9%
Abri de fortune	0	2/459 soit 0.4%	4/476 soit 0,8%
Accueil spécialisé			2/476 soit 0,42%
NRS	*	50/459 10.9 %	50/476 soit 10,5%

Le taux de femmes logées dans une structure « pérenne » durant l'année 2016 est de 19,5%, contre 12% l'an passé. Sans doute lié à la grande mobilisation dans le cadre de l'accueil des demandeurs d'asile.

Le nombre moyen d'hébergement est de 2.09 durant la durée de la prise en charge dans le réseau (calculé sur 476 femmes). Versus 3.22 durant l'année 2015.

De plus, l'information n'étant pas systématiquement disponibles pour la totalité des femmes et leur enfant sortant du réseau, l'hypothèse d'une sous-estimation de la réalité est vraisemblable.

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

Nombre moyen d'hébergement	2014	2015	2016
1 hébergement	49/264 soit 18.5%	102/459 soit 22.2%	81/476 soit 17%
2 hébergements	64/264 soit 24.2%	118/459 Soit 25.7%	143/476 soit 30%
3 hébergements	52/264 soit 19.7%	96/459 soit 20.9%	111/476 soit 23,3%
4 hébergements	37/264 soit 14%	51/459 Soit 11.1%	64/476 soit 13,4%
5 hébergements	34/264 soit 12.8%	29/459 Soit 6.3%	27/476 soit 5,7%
6 hébergements	9/264 soit 3.4%	20/459 Soit 4.4%	19/476 soit 4%
7 hébergements	10/264 soit 3.7%	18/459 Soit 3.9 %	13/476 soit 2,7%
8 hébergements	8/264 soit 3%	6/459 Soit 1.3%	7/476 soit 1,5%
9 hébergements	1/264 soit 0.3%	10/459 Soit 2.2%	3/476 soit 0,6%
10 hébergements	0	2/459 Soit 0.4%	1/476 soit 0,2%
11 hébergements	0	1/459 soit 0.2%	2/476 soit 0,4%
12 hébergements	1/264 soit 0.3%	2/459 soit 0.4%	2/476 soit 0,4%
14 hébergements	1/264 soit 0.3%	1/459 Soit 0.2%	1/476 soit 0,2%

15 hébergements	0	2/459 Soit 0.4%	
17 hébergements			1/476 soit 0,2%
19 hébergements	0	1/459 Soit 0.2%	

Figure n°32 : Nombre moyen d'hébergement pendant la prise en charge réseau

Nombre moyen d'hébergement	2014	2015	2016
1 hébergement	49/264 soit 18.5%	102/459 soit 22.2%	81/476 soit 17%
2 hébergements	64/264 soit 24.2%	118/459 Soit 25.7%	143/476 soit 30%
3 hébergements	52/264 soit 19.7%	96/459 soit 20.9%	111/476 soit 23,3%
4 hébergements	37/264 soit 14%	51/459 Soit 11.1%	64/476 soit 13,4%
5 hébergements	34/264 soit 12.8%	29/459 Soit 6.3%	27/476 soit 5,7%
6 hébergements	9/264 soit 3.4%	20/459 Soit 4.4%	19/476 soit 4%
7 hébergements	10/264 soit 3.7%	18/459 Soit 3.9 %	13/476 soit 2,7%
8 hébergements	8/264 soit 3%	6/459 Soit 1.3%	7/476 soit 1,5%
9 hébergements	1/264 soit 0.3%	10/459 Soit 2.2%	3/476 soit 0,6%
10 hébergements	0	2/459 Soit 0.4%	1/476 soit 0,2%

11 hébergements	0	1/459 soit 0.2%	2/476 soit 0,4%
12 hébergements	1/264 soit 0.3%	2/459 soit 0.4%	2/476 soit 0,4%
14 hébergements	1/264 soit 0.3%	1/459 Soit 0.2%	1/476 soit 0,2%
15 hébergements	0	2/459 Soit 0.4%	
17 hébergements			1/476 soit 0,2%
19 hébergements	0	1/459 Soit 0.2%	

Mobilité durant l'année 2016 :

Figure n°33 : Département de prise de en charge à l'entrée et à la sortie du réseau

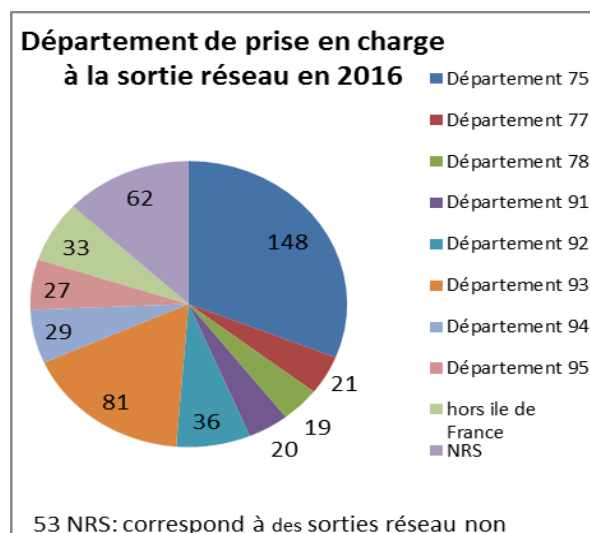
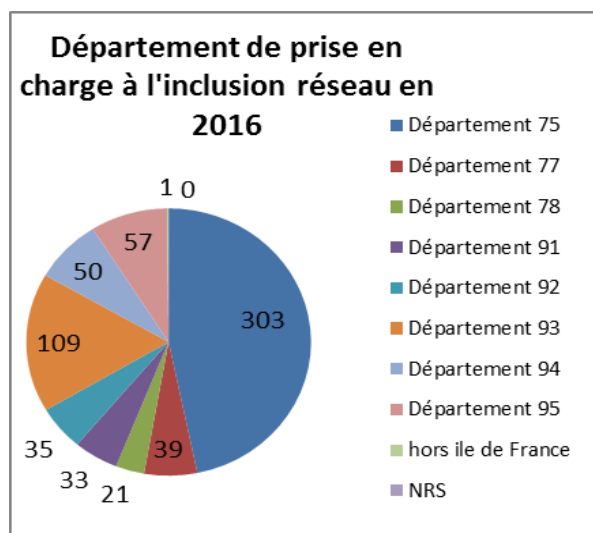


Figure n°34 : Suivi social en sortie de réseau

	2013	2014	2015	2016
Secteur/PSA	35/209 soit 16.7%	50/264 soit 18.9%	139/459 soit 30.2%	128/476 soit 26,9%
Association, via plateforme	25/209 soit 12%	86/264 soit 32.5%	119/459 soit 25.9%	92/476 soit 19,3%
Centre hébergement (dont Eglantine)	23/209 soit 11%	49/264 soit 18.5%	52/459 soit 11.3%	126/476 soit 26,5%
Scolaire	0	0	0	0
Centres maternels	9/209 soit 4.3%	9/264 soit 3.4%	13/459 Soit 2.8%	
Maternités/ service social hospitalier	10/209 soit 4.7%	4/264 soit 1.5%	3/459 Soit 0.6%	10/476 soit 2,1%
Autres (CMP, SSR...)			9/459 soit 2%	2/476 soit 0,4%
NRS	18/209 soit 8.6%	0	68/459 soit 14.8%	71/476 soit 14,9%
sans	89/209 soit 42.5%	66/264 soit 25%	56/459 soit 12.2%	47/476 soit 9,9%

Comparatif sur ces femmes
entre le suivi à l'entrée dans le réseau et en sortie : =

Figure n°35 : Suivi sociale des femmes

2016	A l'inclusion	En sortie
Secteur/PSA	46/476 soit 9.7%	128/476 soit 26.9%
Association, plateforme	58/476 soit 12.2%	92/476 soit 19.3%
Centre hébergement (dont Eglantine)	7/476 soit 1.5%	126/476 soit 26.5%
Autres	1/476 soit 0.2%	2/476 soit 0.4%
Maternités/ service social hospitalier/ HAD	203/476 soit 42.6%	10/476 soit 2.1%
NRS	6/476 soit 1.3%	71/476 soit 14.9%
Sans	155/476 soit 32.6%	47/476 soit 9.9%

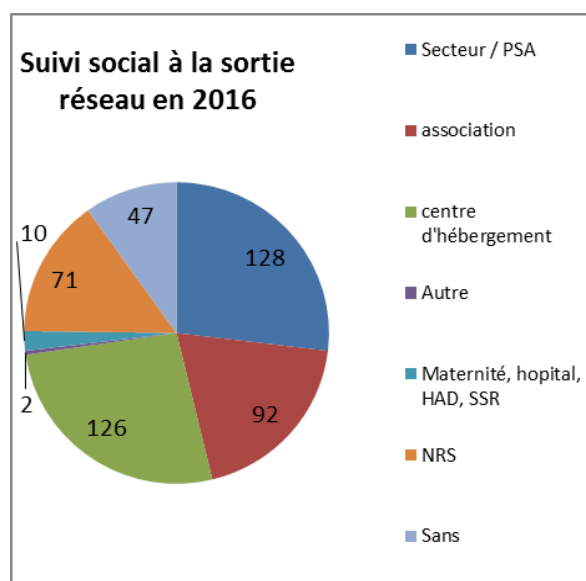
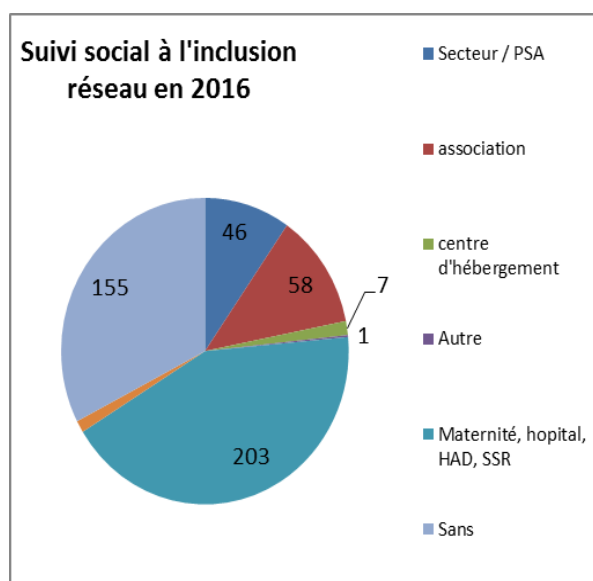


Figure n°36 : Suivi social en sortie de réseau

2016	Femmes à l'entrée du réseau	Femmes à la sortie du réseau	Nourrissons à la sortie du réseau.
Régime général	17/648 soit 2.6%	6/476 soit 1.25%	16/476 soit 3.6%
CMU+/-CMUC	95/648 soit 14.7%	141/476 soit 29.62%	137/476 soit 28.8%
AME	137/648 soit 21.1%	240/476 soit 50.42%	213/476 soit 44.7%
Régime général + mutuelle	5/648 soit 0.7%	4/476 soit 0.8%	3/476 soit 0.6%
Aucune couverture sociale	389/648 soit 60.0%	29/476 soit 6.09 %	23/476 soit 0.5%
NRS	0	51/476 soit 10.7%	47/476 soit 10%
SO	0	0	37/476 soit 7.8%
Couverture sociale européenne	4/648 soit 0.6%	5/476 1%	
Couverture sociale étudiante	1/648 soit 0.2%	5/476 soit 1%	

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 27% en 2016 par rapport à 2015. 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. Le renforcement en 2016 de l'équipe de coordination par un 0,5 ETP sage-femme a permis de tenir la qualité du service rendu aux familles et aux professionnels concernés.

L'année 2017 sera centrée sur la montée en puissance du numéro vert pour permettre aux femmes les plus exclues du système de soins d'être orientées ou incluses dans le réseau le plus précocement possible. La coordination pourra également offrir aux familles momentanément « perdues » des conseils et orientations précises sur les dispositifs de santé et psycho-sociaux de proximité pouvant répondre à leurs besoins. Le délai d'inclusion, qui peut dépasser 10 jours pour 1/4 des demandes en 2016, est un indicateur de vigilance pour la coordination en 2017. Le rôle de plateforme ressources régionale s'avère également un service opérationnel à renforcer, pour répondre aux professionnels de la périnatalité confrontés à ces cas complexes. Les partenariats avec les réseaux périnataux départementaux seront centrés sur la question du dossier obstétrical des femmes incluses dans le réseau et sur la diffusion des outils du réseau dans toutes les maternités. Les partenariats avec la FNARS et les SIAO seront poursuivis en 2017 afin de soutenir les structures d'hébergement dans leur accueil des femmes enceintes et avec nouveau-nés. En outre, le travail avec les responsables des dispositifs sociaux, l'implication du réseau dans la mise en place d'outils de sensibilisation et de formation aux questions de périnatalité des personnes en grande exclusion restent des axes stratégiques en 2017.