



EHESP

**MODULE INTERPROFESSIONNEL
DE SANTÉ PUBLIQUE**

- Promotion 2017 -

**Le réseau SOLIPAM : quelle satisfaction des
professionnels de santé participant au réseau chargé
de la prise en charge des femmes enceintes en
situation de grande précarité en Île-de-France ?**

Groupe n°7

Florie ANDRÉ POYAUD	Ophélie JAFFARD
Alexandra ANDRO MÉLIN	Pauline QUEYROY
Gabrielle BRUNET DE LA CHARIE	Evelyne RISPAL
Camille GIAMBRUNO	Marion VIVIER
Sophie GRIENENBERGER	Lara ZIEGLER
Augustin HÉRAULT	

Animatrice :

Clélia GASQUET-BLANCHARD

R e m e r c i e m e n t s

Avant toute chose, nous tenons à remercier Madame Clélia GASQUET-BLANCHARD pour sa disponibilité et son aide dans la réalisation de ce rapport. Ses conseils et explications nous ont été précieux pour bien appréhender notre sujet, et affuter notre vision professionnelle sur les problématiques de la périnatalité précaire en Île-de-France.

Nous remercions l'EHESP pour avoir mis en place cet exercice de module interprofessionnel qui nous a permis de confronter nos différents points de vue sur un sujet opérationnel, et ainsi, de mettre en pratique nos connaissances et compétences en tant que futurs professionnels de santé. La mise à disposition de moyens logistiques et la réactivité de Madame Guevara et Monsieur Denis ont été appréciées.

Enfin, nous tenons à remercier les professionnels de santé qui ont participé à cette enquête, d'une part pour leur travail au quotidien car ils font face à des situations de plus en plus complexes avec dévouement dans des conditions qui sont des plus contraintes, et d'autre part, pour avoir accepté de donner de leur temps pour répondre à nos questions et nous faire partager leurs expériences, qui ont été pour nous riche d'apprentissages.

Sommaire

Introduction	1
I. SOLIPAM, un réseau de santé pluri partenarial, spécialisé dans la précarité périnatale en Ile-de-France faisant face à plusieurs défis dans un contexte de régionalisation	6
1.1. Un réseau regroupant des compétences transversales en forte croissance d'activité	6
1.1.1. Une organisation pluridisciplinaire pour assurer la mission de coordination médico-psycho-sociale	6
1.1.2. Une activité qui ne cesse d'augmenter depuis 2009 et qui connaît des résultats tangibles sur la prise en charge médicale et sociale des femmes	9
1.2. Un réseau ancré dans son territoire, qui a noué de nombreux partenariats, mais dont l'appropriation mutuelle reste perfectible	11
1.2.1. SOLIPAM offre un accompagnement global et permet de décroiser les acteurs de la périnatalité	11
1.2.2. Un tissu institutionnel et associatif francilien étoffé qui complique l'appropriation du maillage territorial par SOLIPAM	13
1.2.3. Une appropriation mutuelle disparate qui n'est pas toujours adaptée aux contraintes du terrain et des professionnels	14
II. Constats et propositions pour renforcer la coordination et les relations avec les professionnels utilisateurs du réseau	16
2.1. SOLIPAM, un réseau dont les outils et la capacité de coordination restent perfectibles	16
2.1.1. Une coordination entre acteurs multiples à renforcer	16
2.1.2. Des outils à actualiser et à déployer de façon homogène sur le territoire	19
2.2. SOLIPAM : une expertise reconnue mais des axes d'amélioration possibles de son action dans un cadre contraint	22
2.2.1. Un plaidoyer sur la situation des mères précaires efficace, mais une communication et une lisibilité interne au réseau à améliorer	22
2.2.2. Une explicitation du cœur de mission de SOLIPAM auprès des professionnels favoriserait sa sollicitation plus en amont	23
2.2.3. L'intervention de SOLIPAM à trois moments sensibles de la prise en charge périnatale est à privilégier	24
Conclusion	27
Bibliographie	
Liste des annexes	

Liste des sigles utilisés

AME :	Aide Médicale d'État
AP-HP :	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS :	Agence Régionale de Santé.
ASE :	Aide Sociale à l'Enfance
CHRS :	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CMU :	Couverture Maladie universelle
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
EHESP :	École des Hautes Études en Santé Publique
EPN :	Enquête Périnatale Nationale
ETP :	Équivalent Temps Plein
FIR :	Fond d'Investissement Régional
FNARS :	Fédération Nationale des Association d'accueil et Réinsertion Sociale
GCSMS :	Groupement de Coordination Social et Médico-Social
GHT :	Groupement Hospitalier de Territoire
GIP :	Groupement d'Intérêt Public
HAS :	Haute Autorité de Santé
IDF :	Île-de-France
MIP :	Module Interprofessionnel
NEF :	Naître dans l'Est-Francilien
ORS :	Observatoire Régional de Santé
PASS :	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PIB :	Produit Intérieur Brut
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
PRAPS :	Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS :	Projet Régional de Santé
PUMA :	Protection Maladie Universelle
RSA :	Revenu de Solidarité Active
SA :	Semaine d'Aménorrhée
SIAO :	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SOLIPAM :	Solidarité Paris Maman
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation

Introduction

Avec 12 millions d'habitants représentant 18 % de la population nationale, la région Île-de-France (IDF) se caractérise par sa richesse avec un PIB qui représente 31 % de la production nationale et concentre les plus hauts revenus. Cependant, une étude plus fine des territoires met en évidence de fortes inégalités. En effet, si la Seine-Saint-Denis compte en 2014 presque 35 % d'allocataires du RSA, les Hauts-de-Seine n'en comptent que 21%. Ces inégalités se retrouvent également à l'intérieur d'un même département ; tel est le cas de Paris où la part des ménages pauvres dans les arrondissements de l'Est et du Nord varie de 16 % à 25 % alors que cette part n'est que de 7 % à 14 % dans les arrondissements de l'Ouest et du Sud de Paris. Selon le Secours Catholique, « *les territoires les plus pauvres deviennent encore plus pauvres alors que les territoires les plus riches sont de plus en plus riches* »¹.

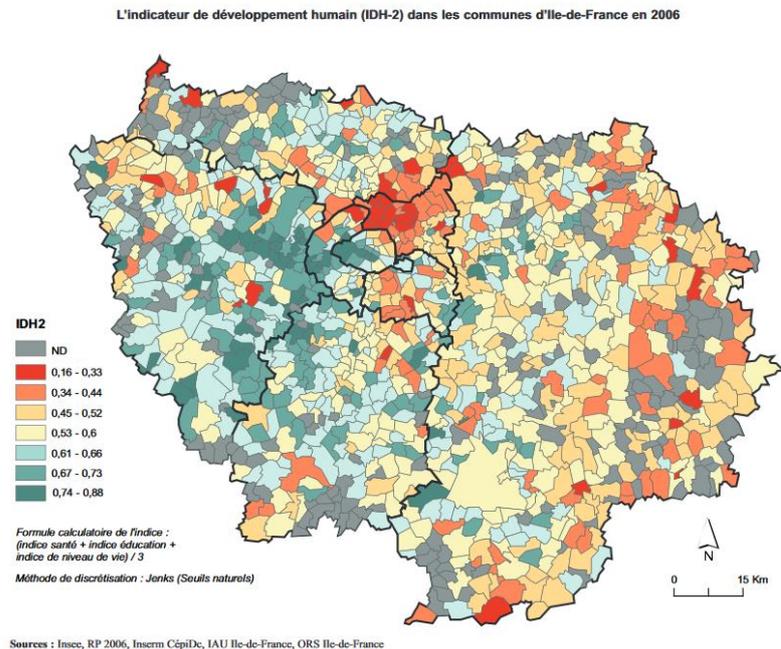
En 1987, le fondateur du mouvement ATD Quart Monde, Joseph Wresinski, définit la précarité de la manière suivante : « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celles de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assurer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux (...) Elle conduit à une réelle pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances d'assumer ses responsabilités et reconquérir des droits par soi-même, dans un avenir prévisible* »². La précarité et les conséquences qu'elle induit telles que le mal-logement, l'isolement, ou l'absence de soins, sont autant de déterminants qui influencent l'état de santé des populations. Les femmes, les enfants et les populations étrangères sont davantage touchées par les effets délétères de la précarité sur la santé. Si l'un des objectifs du Projet Régional de Santé (PRS) d'IDF 2013-2017 était « *de rapprocher les parcours de santé des besoins des populations les plus fragiles, dont les populations précaires* »³ et de réduire les inégalités de santé, les indicateurs de santé révèlent encore de grandes disparités, auxquelles les femmes enceintes n'échappent pas : les taux de mortalité sont défavorables et le taux de prématuré est par exemple supérieur à la moyenne nationale. Concernant la mortalité infantile, la région francilienne affiche un taux de 3,5 % quand le taux national se situe à 3,3 %. A l'intérieur même de la région, en 2014, les

¹ Secours Catholique, <http://www.secours-catholique.org/sites/scinternet/files/publications/fractureterritorialeidf.pdf> consulté le 18/05/2017

² Wresinski, J., « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », Avis et rapport du Conseil Economique et Social, 28 février 1987, page 6.

³ PRS 2013-2017 IDF

Yvelines enregistrent un taux faible à 2,5% tandis que la Seine-Saint-Denis culmine à 4,7 %. S'agissant de la mortalité périnatale, le taux national est de 10,3 % en 2013 alors qu'il grimpe à 13 % dans le département séquanodyonisien.



4

Face à ce constat des dispositifs visant à contrer les effets de la précarité sur la santé ont été déployés (Couverture Maladie Universelle (CMU) remplacée en 2016 par la Protection Universelle Maladie (PUMA), Aide Médicale de l'Etat (AME)). La loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions⁵ a par ailleurs mis en place les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) ainsi que les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Malgré la création de ces dispositifs, la région francilienne continue de creuser ses inégalités sociales et de santé. La crise économique nationale de 2008, l'augmentation du taux de chômage ou encore la crise migratoire sont venues exacerber ces inégalités.

Lorsque la précarité vient s'adosser au moment particulier de la grossesse, la situation devient urgente pour les femmes concernées. En effet, les conséquences de la précarité sur la santé de la mère et du bébé sont nombreuses : des pathologies maternelles non dépistées, des complications de grossesse à risques pour l'enfant. Selon le Dr Paule Herschkorn Barnu,

⁴ Source : ORS IDF

⁵ Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions Version consolidée au 12 mai 2017

gynécologue obstétricienne, et directrice du réseau SOLIPAM (Solidarité Paris Maman) : « *La précarité est un facteur de risque médical chez les femmes enceintes. Le risque pathologique est souvent plus élevé chez elles, et de nombreuses études ont montré que la précarité a des conséquences sur le déroulement et l'issue de la grossesse, mais aussi sur la santé périnatale* ». Les femmes enceintes, et *a fortiori* celles exposées à la précarité, ont donc besoin d'un suivi périnatal renforcé. Les laisser dans la précarité c'est leur refuser, à elle et à leur enfant à naître, l'un des droits les plus fondamentaux : celui d'être en bonne santé.

Cette situation est une véritable problématique de santé publique à laquelle les professionnels sont de plus en plus confrontés dans l'exercice de leur activité. La prise en charge des femmes enceintes précaires et l'amélioration de la qualité des soins et services dispensés, nécessitent un important travail de coordination des acteurs du secteur médical, médico-social et psycho-social. Si une coordination pluridisciplinaire est essentielle, l'intégration est « *une dimension cruciale dans le parcours de santé du patient qui permet de lutter contre la prise en charge fragmentée des patients* »⁶. Elle introduit la notion de continuité dans le parcours de l'usager, définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) « *comme la manière dont le patient bénéficie de la coordination entre les soignants* ». Assurer cette continuité exige de délivrer des soins et des services complémentaires, en s'adaptant aux besoins individuels des personnes et à leur évolution. Cette dimension de parcours est particulièrement prégnante dans une région étendue comme l'IDF où l'offre de soins et le maillage associatif se traduisent par un nombre conséquents de professionnels. Autour de la femme enceinte en situation de précarité, ces acteurs périnataux se multiplient : professionnels de santé libéraux ou des établissements hospitaliers, travailleurs sociaux, réseaux et acteurs de l'hébergement. Suite à l'accouchement, des ruptures de prise en charge peuvent apparaître quand le relais entre les maternités et la Protection Maternelle Infantile (PMI) ou les structures sociales est mal organisé, cette situation étant aggravée par l'errance des mères. Tous ces acteurs doivent pouvoir communiquer et échanger sur les prises en charge de ces patientes. Les réseaux de périnatalité offrent cette possibilité aux professionnels qui les composent. En effet, ils permettent aux usagers de mieux connaître l'offre de soins et de bénéficier d'une égale accessibilité à cette offre. Ils contribuent à la mise en place d'une collaboration de différents acteurs médicaux et psycho-sociaux, ainsi qu'à une mise en commun des connaissances et des compétences, et à une harmonisation des actions. Leur but

⁶ BALY O. (ed.), 2016, *Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis*, Paris : Presses des Mines, p146

est d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge des femmes enceintes et des nouveaux nés. Afin de répondre à des questions plus complexes, des réseaux thématiques sont chargés de répondre à des besoins ou des populations spécifiques. En application de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé⁷, le décret du 17 décembre 2002⁸ est venu préciser l'organisation et le fonctionnement des réseaux de santé, se substituant aux réseaux de soins créés par l'Ordonnance hospitalière du 24 avril 1996⁹.

Le réseau SOLIPAM créé en 2006, a pour but de coordonner les secteurs hospitaliers publics et privés, ainsi que les structures de proximité afin d'assurer et de poursuivre la prise en charge des femmes enceintes en situation de grande précarité et de leurs enfants jusqu'à leurs trois mois. Il garantit une coordination réseau au service des professionnels de santé pour assurer une action territoriale pluridisciplinaire concertée et adaptée à chaque situation. Il offre ainsi une plateforme d'informations et d'échanges aux professionnels de santé pour optimiser l'impact de leurs actions sur les populations considérées.

Dans le cadre de l'évaluation du service rendu, une convention de partenariat a été signée au premier semestre 2015 avec l'EHESP « *afin 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* ». Le sujet du module interprofessionnel (MIP) proposé par l'EHESP a pour objectif de proposer cette expertise en permettant aux élèves de travailler en équipe interfilière. Le présent groupe est constitué de trois élèves directeurs d'hôpital, trois élèves directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social, deux élèves directeurs des soins, deux élèves attachées d'administration et un ingénieur d'études sanitaires.

L'axe d'étude choisi est d'identifier dans quelles mesures le réseau SOLIPAM participe à aider les professionnels de santé dans l'amélioration de la prise en charge des femmes enceintes précaires de la région francilienne.

Le groupe s'est attaché à une analyse documentaire complétée d'une étude de terrain par la réalisation de treize entretiens de professionnels partenaires du réseau menés à travers

⁷ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

⁸ Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique

⁹ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

toute l'IDF dans des établissements ou institutions diverses, notamment les hôpitaux, Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), PMI et réseaux de périnatalité. La méthodologie et la retranscription littérale de ces entretiens sont présentées en annexe. Dans le cadre de ce travail, il a été convenu que ni l'ARS, ni SOLIPAM ne soient rencontrés ; cela a permis de recueillir l'avis des professionnels sur leur satisfaction sans introduire un biais de compréhension.

S'il convient d'appréhender, dans une première partie, le fonctionnement et les missions du réseau SOLIPAM, marqué par une montée en charge de son activité corrélée à une dynamique partenariale forte et étendue sur toute la région (I), un bilan est réalisé dans une seconde partie révélant un réseau périnatal opérationnel mais dont la satisfaction auprès des professionnels reste mitigée, impliquant un certain nombre de préconisations relatives au fonctionnement interne du réseau et de ses relations partenariales qui restent perfectibles (II).

I. SOLIPAM, un réseau de santé pluri partenarial, spécialisé dans la précarité périnatale en Île-de-France faisant face à plusieurs défis dans un contexte de régionalisation

1.1. Un réseau regroupant des compétences transversales en forte croissance d'activité

L'analyse du rapport d'activité 2016 du réseau SOLIPAM nous permet, d'une part, de présenter l'organisation pluridisciplinaire mise en place, et d'autre part de constater un accroissement de l'activité du réseau auprès des femmes enceintes précaires.

1.1.1. Une organisation pluridisciplinaire pour assurer la mission de coordination médico-psycho-sociale

Dans le cadre de la circulaire DHOS¹⁰ fixant un cahier des charges national pour les réseaux de santé en périnatalité, SOLIPAM s'est créé afin d'améliorer la prise en charge et l'accès aux soins des femmes enceintes en situation de grande précarité. Il les accompagne, dans ce cadre, jusqu'aux trois mois de l'enfant et vise à favoriser leur réinsertion durable au sein du système de santé. Porté par l'association Solidarité Paris Maman, ses membres fondateurs sont l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), le Groupement d'Intérêt Public (GIP) *Samusocial* de Paris, la Direction des Familles et de la Petite Enfance de la Ville de Paris, le Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon et le Centre d'Action Sociale Protestant¹¹. Initialement limitée à Paris, l'aire géographique du réseau se régionalise depuis 2012, pour s'étendre à l'ensemble de l'IDF¹².

Dans la continuité des missions identifiées par le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) conclu en 2015 avec l'ARS IDF, le réseau SOLIPAM s'assigne plus précisément à un triple objectif :

- « Assurer une coordination médico-psycho-sociale personnalisée des parcours de soins des familles les plus exclues et mobiles sur l'ensemble du territoire régional ;
- Développer une fonction « Ressources » pour l'ensemble des partenaires ; [...]

¹⁰ Circulaire DHOS-O1-O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité

¹¹ Voir la plaquette de présentation du réseau destinée aux professionnels disponible sur le site <http://SOLIPAM.fr/Documents-sur-l-association.3>

¹² SOLIPAM., Rapport d'activité du réseau SOLIPAM du 01/01/2016 au 31/12/2016 publié en ligne à l'adresse suivante http://www.SOLIPAM.fr/IMG/pdf/rapport_d_activite_2016.pdf, 2016, p. 13

- *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»*¹³

Afin de satisfaire à ces différents axes, SOLIPAM s'est doté d'une organisation qui repose sur un bureau, un comité de pilotage et trois groupes de travail dont la délimitation répond strictement aux objectifs dégagés. Son équipe de coordination comprend : une directrice, une assistante de direction administrative, une coordination médico-sociale composée de trois sages-femmes (2,5 ETP) et de trois assistantes sociales (2,5 ETP)¹⁴.

Les demandes d'inclusion dans le réseau émanent la plupart du temps des professionnels médicaux, sociaux ou de bénévoles¹⁵. Depuis 2015, une nouvelle dynamique s'est, toutefois, développée via la mise en place expérimentale d'un numéro vert¹⁶. Ce dispositif doit permettre aux femmes concernées de joindre directement, sans passer par un professionnel, l'équipe de coordination¹⁷. Les demandes d'inclusion émanant directement de ces dernières ont, ainsi, sensiblement augmenté ; ceci ayant contribué à l'accroissement global du nombre de demandes enregistrées en 2016¹⁸. Ce numéro vert permet, par ailleurs, à la coordination de dispenser des conseils plus ponctuels à des familles momentanément en difficulté¹⁹.

Une fois l'inclusion jugée nécessaire, la femme concernée est reçue en entretien afin que le fonctionnement du réseau lui soit expliqué et qu'elle puisse exprimer ses attentes et

¹³ *Ibid*, p.3.

¹⁴ *Ibid*, p. 22.

¹⁵ *Ibid*, p.23.

¹⁶ *Ibid*, p.3.

¹⁷ *Ibid*, pp.30-31. « 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. 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 ».

¹⁸ *Ibid*, p.9. « 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 ».

¹⁹ *Ibid*, p.22.

besoins²⁰. Chaque femme est, par la suite, suivie par un binôme assistante sociale / sage-femme dont les rôles sont clairement définis. Le travail de coordination de la sage-femme vise avant tout à organiser l'insertion dans les soins et leur continuité au plus proche du lieu d'hébergement des femmes concernées²¹. L'assistante sociale coordonne les démarches sociales entreprises en assurant, par exemple, le lien entre les familles et les dispositifs de mise à l'abri départementaux²². Elle peut, le cas échéant, activer le dispositif d'appui à l'accompagnement social, financé par l'ARS IDF à hauteur de 0,5 ETP d'assistante sociale²³, lequel correspond à « *un temps de travail social effectif en cas de manque structurel de dispositif d'accompagnement* »²⁴.

Le rapport d'activité SOLIPAM pour 2016 souligne que « *depuis janvier 2010, le réseau est dans une phase de développement considérable avec [...] une diversification de ses partenaires* »²⁵. Divers outils destinés à communiquer avec ses interlocuteurs ont été développés tels que la fiche plan de suivi, la fiche SOLIPAM, le dossier obstétrical, les formations et journées SOLIPAM. Il est à noter que plusieurs actions continuent d'être menées en vue de faire connaître le réseau telles que la mise en ligne d'un site internet ou encore la diffusion d'une newsletter.

Conformément à ses objectifs, le réseau SOLIPAM s'implique, par ailleurs, dans la formation des professionnels²⁶. Il propose également des actions d'éducation pour la santé telles que des ateliers de « *sensibilisation à la santé sexuelle et reproductive* »²⁷ à destination des femmes incluses.

²⁰ *Ibid*, p. 24.

²¹ *Ibid*, pp.25-26. La sage-femme va, ainsi, entretenir des contacts réguliers avec les femmes incluses dans le réseau mais, aussi avec les professionnels en charge de leur suivi.

²² *Ibid*, p.26.

²³ *Ibid*, p.31

²⁴ *Ibid*, p.26

²⁵ *Ibid*, p.28

²⁶ *Ibid*, p.41. Une formation intitulée « *Repérage précoce, orientation et suivi des situations de périnatalité-précarité : principes et outils pour les professionnels* », créée en 2011, s'est, ainsi, poursuivie en 2016 et a bénéficié à 79 professionnels.

²⁷ *Ibid*, p.42. 41 femmes ont participé à ateliers de sensibilisation à la santé sexuelle et reproductive en 2016.

1.1.2. Une activité qui ne cesse d'augmenter depuis 2009 et qui connaît des résultats tangibles sur la prise en charge médicale et sociale des femmes

Au regard du rapport établi par SOLIPAM en 2016, l'activité du réseau apparaît clairement en hausse. En effet, le nombre moyen d'inclusions enregistrées par mois a été multiplié par dix entre 2009 et 2016²⁸. Il est à noter que cette inclusion a concerné des femmes vivant hors Paris intra-muros, ce qui atteste de la dynamique de régionalisation en cours.

Une prise en charge plus précoce des femmes enceintes en situation de précarité est, par ailleurs, mise en évidence par le rapport. En effet, les femmes incluses dans le réseau le sont en moyenne à 24,1 semaines d'aménorrhée en 2016 contre 28 en 2015²⁹. Cette amélioration induit un allongement de la durée moyenne de prise en charge³⁰. Le rapport souligne, toutefois, que « *si cette augmentation [...] reflète le travail accompli dans le repérage précoce des situations à risque [...], elle témoigne également du retard pris pour faire sortir les familles en fin de prise en charge* »³¹.

Le travail de coordination mené par SOLIPAM permet aux femmes suivies de retrouver une certaine stabilité et ce, à différents égards :

Au plan social, il est par exemple constant d'observer que plus de la moitié de ces femmes³² n'ont aucune couverture sociale à l'entrée dans le réseau, un chiffre ramené à 6,09% à leur sortie³³. Par ailleurs, à l'inclusion, les modes principaux d'hébergement de ces femmes sont le domicile d'un tiers, l'hébergement d'urgence ou « *l'abri de fortune* »³⁴. Le recours aux abris de fortune a triplé entre 2013 et 2016³⁵. A la sortie du réseau, si le mode d'hébergement principal demeure l'hébergement d'urgence³⁶, il est possible de constater une diminution du nombre de femmes hébergées chez des tiers³⁷. Le nombre moyen

²⁸ *Ibid*, p.10.

²⁹ *Ibid*, p.46. Voir toutefois, *Ibid*, p.51 « [...] 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 ».

³⁰ *Ibid*, p.12. « La durée de prise en charge a augmentée de 18% ».

³¹ *Ibid*, p. 12.

³² *Ibid*, p.70 Selon le rapport, 60% des femmes incluses sont sans couverture sociale à leur entrée dans le réseau.

³³ *Ibid*, p.70.

³⁴ *Ibid*, pp.51-52.

³⁵ *Ibid*, p. 52.

³⁶ *Ibid*, p.60

³⁷ *Ibid*, p.17. « 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

d'hébergement par femme tend, en outre, à décroître durant la prise en charge³⁸. Selon le rapport d'activité, « *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* »³⁹.

La grossesse des mères précaires demeure marquée par les vulnérabilités dont elles sont victimes. Ainsi, le taux de femmes ayant présenté un diabète gestationnel au cours d'une précédente grossesse est 2,4 fois supérieur au taux obtenu par l'Etude Nationale Périnatalité (ENP)⁴⁰. La mortalité enregistrée dans le réseau est supérieure à celle de la région francilienne⁴¹.

L'étude menée en 2014 par Marie-Gabrielle RIETSCH, démontre, néanmoins, « *qu'après l'inclusion, le taux d'échographies réalisées dans les délais recommandés par la HAS et le nombre de consultations anténatales conformes aux recommandations de la HAS* » connaissent une amélioration sensible⁴². Enfin, le rapport énonce qu'« *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*

-
- augmentation du nombre de dispositifs d'hébergement liés au 115 ».

³⁸ *Ibid*, p.16. « 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».

³⁹ *Ibid*, p.16.

⁴⁰ *Ibid*, p.48.

⁴¹ *Ibid*, p. 59. « 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. [...] Ce mauvais résultat nécessite une RMM qui relancera le GT3 en 2017 ».

⁴² RIETSCH M-G., *op.cit.*, p.15. « *A contrario*, il est intéressant de noter qu'après l'inclusion, le taux d'échographies réalisées dans les délais recommandés par la HAS et le nombre de consultations anténatales conformes aux recommandations de la HAS reflètent le travail de coordination réalisée par SOLIPAM et les taux s'inversent par rapport à ceux à l'inclusion (tableau 9)». Voir, toutefois, SOLIPAM., *op.cit.*, pp.54-55. Si, en 2016, « 87 % des femmes enceintes incluses dans le réseau ont eu au moins une consultation de suivi de grossesse par mois » et « 87% des femmes ont eu leurs 3 échographies recommandées », « le taux de suivi conforme HAS est en diminution aussi bien pour le nombre de consultations que pour le nombre d'échographies. [...] 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[...] ».

de ces situations périnatales complexes »⁴³. Il semble donc que l'action de SOLIPAM permette d'améliorer le parcours sanitaire des femmes incluses.

Si des enquêtes de satisfaction ont déjà été réalisées auprès des usagères du réseau, la façon dont les professionnels de santé, utilisateurs ou récepteurs, s'approprient le réseau SOLIPAM reste à appréhender.

1.2. Un réseau ancré dans son territoire, qui a noué de nombreux partenariats, mais dont l'appropriation mutuelle reste perfectible

SOLIPAM est un réseau francilien complémentaire à d'autres réseaux et acteurs préalablement existants dans les secteurs sanitaires et sociaux pour assurer une coordination en faveur d'une prise en charge globale des mères précaires. La richesse du maillage institutionnel et associatif en IDF constitue à la fois un atout et une difficulté qui se reflète dans les relations mises en place avec les partenaires.

1.2.1. SOLIPAM offre un accompagnement global et permet de décloisonner les acteurs de la périnatalité

Afin de permettre une prise en charge globale de la mère et de son bébé à naître, SOLIPAM ne peut agir seul et la nécessité de créer des partenariats avec d'autres acteurs est une évidence. Ainsi, sur le département parisien d'abord, SOLIPAM s'est rapproché d'autres réseaux, de la PMI, d'acteurs institutionnels et de structures, associatives notamment, dans les secteurs du social (mise à l'abri, hébergement, logement), sanitaire (maternités et établissements hospitaliers offrant une offre de soins psychiatriques et de soins de suite et de réadaptation). Ces partenariats se sont, en raison des situations sanitaires ou sociales ancrées sur le territoire francilien et non seulement parisien des femmes, étendus au fur et à mesure à la région. La réponse à la précarité dans ces départements, corrélés à l'engorgement des dispositifs d'hébergement d'urgence parisien, a favorisé l'émergence d'un maillage social et sanitaire important hors Paris que SOLIPAM a dû intégrer. Des établissements franciliens ont rejoint le réseau pour atteindre les Yvelines et la Seine-et-Marne, départements les plus éloignés du noyau historique de SOLIPAM.

S'agissant du rapprochement avec les autres réseaux, tel que Naître dans l'Est Francilien (NEF), la dynamique a été impulsée sous l'égide de l'ARS IDF. Le but est que ces

⁴³ *Ibid*, p.21.

réseaux s'articulent ensemble, pour éviter les doublons et combler les lacunes sur le territoire. En effet, les périmètres d'intervention des réseaux sont divers : infra-départemental ou interdépartemental voire régional. Dans la pratique, les réseaux étant financés par le Fonds d'Intervention Régional (FIR), certains ont le sentiment d'être mis en situation de concurrence plutôt que dans une dynamique coopérative. De plus, certains existaient déjà avant SOLIPAM et avaient leur propre ancrage territorial et leurs partenariats locaux. Dans un département comme la Seine-Saint-Denis aux indicateurs défavorables en termes de périnatalité, les initiatives associatives ont été nombreuses à s'attacher aux particularités séquanodionysiennes. Ainsi, s'imbriquer avec un autre réseau parisien, ayant ses propres particularités (indicateurs, géographie, acteurs organisation) a pu s'avérer délicat. L'articulation entre ces réseaux et SOLIPAM n'est donc pas si évidente bien que l'objectif d'améliorer la prise en charge périnatale en IDF soit louable.

Outre les partenariats historiques passés avec des médecins libéraux, SOLIPAM s'appuie également sur les professionnels de l'ensemble des réseaux ville-hôpital, les centres médico-sociaux de la Ville de Paris et les centres de santé de la région IDF. Concernant les établissements ou les institutions comme la PMI et l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et leurs professionnels, quels que soient leur statut et leurs secteurs d'intervention, il ressort des entretiens que la connaissance du réseau par les professionnels rencontrés s'est souvent faite initialement dans des colloques ou formations organisés par SOLIPAM. Les partenariats se sont renforcés essentiellement via des relations interprofessionnelles initiées de sage-femme à sage-femme ou d'assistante sociale à assistante sociale, mais aussi du fait de relations interpersonnelles : « *on connaît SOLIPAM parce que je connaissais la Directrice* », ou « *je connaissais bien l'assistante sociale de SOLIPAM* ». Si la similitude de corps professionnel ou de relations personnelles est de nature à favoriser des liens forts, elle peut aussi les fragiliser dans une région comme l'IDF marquée par un *turnover* important des professionnels, l'étendue géographique de la région et le nombre conséquent d'acteurs. Le *SamuSocial* de Paris demeure le partenaire privilégié, mais l'adhésion au Groupement de Coordination Social et Médico-Social (GCSMS) Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) insertion 75 a permis de développer plusieurs partenariats avec d'autres établissements sociaux tels que la Fédération Nationale des Association d'accueil et Réinsertion Sociale (FNARS), la Cité Saint-Martin, Emmaüs, inter-logement 93 et les autres SIAO départementaux au fil des situations rencontrées.

Afin de continuer l'intégration de nouveaux partenaires dans le réseau SOLIPAM, il semble important pour lui de poursuivre l'organisation de colloques et de formations afin de se faire connaître. Mais beaucoup de professionnels ont évoqué n'y être allés qu'une fois, et ne pas y être retournés faute de temps notamment. Aussi, il est légitime de s'interroger sur la pérennité des relations quand les liens noués ne donnent lieu qu'à des sollicitations exceptionnelles de part et d'autre. Si la stabilité des liens pose question, c'est également la grande variété d'acteurs sur toute la région qui peut s'avérer complexe à appréhender pour une équipe de petite taille comme celle de SOLIPAM.

1.2.2. Un tissu institutionnel et associatif francilien étoffé qui complique l'appropriation du maillage territorial par SOLIPAM

Si SOLIPAM s'engage dans une prise en charge plurielle, il ne dispose pas toujours d'une connaissance fine de l'offre associative et institutionnelle des nouveaux territoires qu'il couvre. En effet, certaines personnes interrogées expliquent que SOLIPAM connaît finalement de façon assez aléatoire ou incomplète les missions précises des structures se trouvant en banlieue parisienne, de la petite à la grande couronne. Or cette relative méconnaissance peut interférer dans l'efficacité de l'orientation que SOLIPAM proposera à ses bénéficiaires. Elle engendre parfois un parcours de la patiente prise en charge qui ne bénéficie pas de toutes les possibilités offertes par le territoire.

Une fois ce constat réalisé, il est légitime de s'interroger sur les capacités de SOLIPAM à s'approprier complètement un réseau institutionnel et associatif si complexe, et notamment au regard des ressources humaines à sa disposition, face à la charge de travail qui est la leur et à la contrainte budgétaire d'une enveloppe limitée. En effet, en réponse à certaines problématiques sociales exacerbées en IDF (migration, précarité, forte densité de population, etc.), un tissu associatif et institutionnel exceptionnellement dense a été créé. Cette richesse induit une grande complexité qui peut paraître difficile à appréhender par SOLIPAM. Se l'approprier pleinement est donc délicat en l'absence d'un répertoire exhaustif et détaillant précisément le rôle de chaque structure.

À cette complexité s'ajoute le fait que les territoires n'ont pas attendu la création de SOLIPAM pour s'organiser. Certains acteurs territoriaux perçoivent son action comme une intrusion sur un terrain qu'ils maîtrisent et connaissent mieux. Une sage-femme interrogée s'exprime ainsi : « *SOLIPAM n'est pas hyper populaire sur notre territoire mais il faut savoir*

qu'on a un tissu de PMI qui est très développé sur le territoire parce que c'est historique. Parce que ça fait des années que la population qu'ils soignent est dans cette situation là et ils disent, attendez, SOLIPAM ne va pas nous apprendre à faire un métier qu'on fait depuis 20 ans. On existait avant eux (...). Donc des fois c'est aussi des professionnels qui travaillent sur ces problématiques depuis très longtemps et qui, à un moment donné, se disent : voilà, il y a tout un foin médiatique autour de SOLIPAM alors que nous on fait ça depuis des années ».

1.2.3. Une appropriation mutuelle disparate qui n'est pas toujours adaptée aux contraintes du terrain et des professionnels

L'utilisation de SOLIPAM caractérise le signe de l'appropriation du réseau par ses partenaires et réciproquement.

Le mode de saisie est disparate. En majorité, ce sont les structures qui sont saisies par SOLIPAM et non l'inverse. Il existe cependant des différences entre les structures d'aval et les structures d'amont. Les premières sont des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) ou des services de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) orientés sur la prise en charge périnatale. Elles sont davantage sollicitées que les structures d'amont comme les maternités et les consultations qui s'attachent plus au suivi de la grossesse. En revanche, il a été constaté un recours plus grand de SOLIPAM par les structures sociales, dans la mesure où elles sont souvent démunies de compétences professionnelles adaptées. *A contrario*, dans les établissements sanitaires de type maternité, le recours se justifie pour des situations plus complexes.

Le réseau peut parfois être vécu par les partenaires comme une contrainte. En outre, l'utilisation des outils mis en place par SOLIPAM donne l'impression aux structures de devoir rendre compte, « *donner des nouvelles* » sur des situations, sans pour autant avoir de retour de SOLIPAM. Ces échanges sont perçus comme un surcroît de travail sans forcément comprendre l'utilisation de ces données par SOLIPAM : « *ça rajoute du travail, ça rajoute des mails à faire pour les tenir au courant et on n'a pas forcément de retour* ».

Les différents partenaires ont beaucoup d'attentes envers SOLIPAM et parfois l'impression que celui-ci peut réguler toutes les situations, y compris les plus difficiles. Pour autant, le manque de structures, de places et les problématiques des personnes peuvent remettre en cause la pérennité des solutions : « *Et pour eux aussi, c'est quelque-chose de difficile. Les maternités font durer, le secteur public est surchargé, saturé. Ce sont des*

patientes qui ne relèvent pas du privé. Et donc on sollicite le secteur public. Par exemple, lorsqu'il y avait une inscription à faire, je ne pouvais pas aller au-delà du quota de femmes qui devaient accoucher par mois c'était plein, mais je savais que c'était compliqué, du coup, quand on leur disait qu'on ne pouvait pas les inscrire ». Les professionnels savent que des solutions satisfaisantes sont parfois absentes dans l'immédiat, y compris avec l'appui de SOLIPAM. Cette situation est exacerbée en cas de sollicitation tardive du réseau notamment quand les structures ont épuisé leurs propres réseaux, avant l'ultime recours à SOLIPAM. Cela nourrit un sentiment d'échec des structures lorsque ce dernier n'offre pas de réponse.

La question de la réactivité de SOLIPAM est également posée sur la possibilité de saisine hors horaires ouvrables. L'absence de permanence à certains horaires augmente les délais et les coûts pour les structures qui attendent des réponses plus rapides de la part du réseau.

Pour les travailleurs sociaux, dont le cœur de métier n'est pas l'expertise médicale, les compétences de SOLIPAM en matière de suivi de grossesse sont primordiales : *« pour nous la plus-value, c'est le contact direct avec les maternités et l'hôpital [...] l'expertise médicale de SOLIPAM permet d'avoir un regard médical ».* En effet, ils soulignent tous le fait que la prise en charge à la fois médicale et sociale des femmes enceintes précaires constitue une réelle force et un gain de temps. C'est un élément-clé de la qualité et de la sécurité du service rendu aux femmes et aux enfants : *« SOLIPAM a la particularité de faire l'interface entre les problématiques psycho-médico-sociales », « ce travail en commun apporte une réelle plus-value ».*

L'ambitieuse coordination amorcée par SOLIPAM sur un territoire tel que l'IDF n'est pas sans difficulté. Si le travail effectué auprès des femmes en situation de précarité est précieux et permet des bénéfices en termes de santé et de protection sociale, le gain du côté des professionnels n'est pas toujours manifeste. Les entretiens effectués au cours de ce projet ont permis d'une part d'identifier les fragilités ne permettant pas une parfaite coordination entre acteurs et d'autre part de dégager des axes d'amélioration

II. Constats et propositions pour renforcer la coordination et les relations avec les professionnels utilisateurs du réseau

Le bilan réalisé auprès des professionnels a permis de mettre en avant un manque de visibilité sur les missions de SOLIPAM, accentué par une appropriation hétérogène des outils, qui restent perfectibles. Si l'action de plaider sur la situation des mères précaires est appréciée, des améliorations relatives à l'accompagnement peuvent être préconisées.

2.1. SOLIPAM, un réseau dont les outils et la capacité de coordination restent perfectibles

Le principe d'un méta-réseau de coordination entre acteurs est très intéressant pour les professionnels intervenant dans le champ de la précarité. Si ceux-ci ont beaucoup d'attentes cela révèle un réel besoin. Les entretiens menés ont permis de faire le point sur le chemin parcouru par SOLIPAM : sa valeur ajoutée, les freins faisant obstacle à une coordination pleinement effective et des pistes de travail pour les lever.

2.1.1. Une coordination entre acteurs multiples à renforcer

SOLIPAM, un "facilitateur de connexions" entre les différents acteurs et l'usager

SOLIPAM apparaît comme un réseau d'aide pour les femmes mais aussi pour les professionnels. Vis-à-vis de ces derniers, il apporte une précieuse connaissance à la fois des acteurs et de l'usager. Il permet également d'élargir le champ d'action à toute l'Ile de France : *« SOLIPAM c'est l'interface, il permet de coordonner les parcours et connaître les interlocuteurs du suivi des femmes ».*

SOLIPAM a développé une connaissance fine des acteurs médicaux et sociaux intervenant dans le champ de la précarité et dispose d'une vision d'ensemble à la fois géographique et sectoriel. Cette connaissance développée et éprouvée par l'expérience permet d'orienter les femmes vers les acteurs pertinents et d'assurer notamment un meilleur suivi des mères en situation d'errance.

Dans ce cadre, le réseau a développé un annuaire en ligne offrant une réelle plus-value aux acteurs de terrain. Cet annuaire est utilisé par les partenaires mais n'est pas, d'après eux, complètement actualisé ni exhaustif. La mise à jour de l'annuaire en ligne (répertoire) permettrait d'identifier plus facilement les acteurs à cibler dans l'accompagnement de l'usagère. De plus, la mise en œuvre d'une cartographie permettrait de mieux identifier et de clarifier les rôles de chacun, en particulier du réseau SOLIPAM.

Concernant l'hébergement des mères, certains professionnels soulignent que SOLIPAM facilite la connexion avec le 115 et le SIAO. D'autres restent plus réservés sur la plus-value de SOLIPAM sur ce point et l'expliquent par le fait que SOLIPAM n'est pas une solution « *miracle* » qui trouverait des places là où il n'y en a pas.

La connaissance de l'usager apportée par le suivi de SOLIPAM est un réel atout. Le réseau permet ainsi un gain de temps pour les professionnels de terrain qui ont accès à l'antériorité de la patiente (suivi médical) et à sa situation actuelle (hébergement, personne référente). Cela évite un travail fastidieux de recherche d'informations et atténue la problématique de la barrière de la langue ; SOLIPAM faisant intervenir des interprètes lorsque cela est nécessaire.

Enfin, SOLIPAM offre un réseau élargi sur l'ensemble de l'IDF, alors que les professionnels sont généralement limités à leur secteur ou département. Dans le contexte actuel où les professionnels font face à des situations d'errance de plus en plus nombreuses, cet élargissement du périmètre d'action est apprécié. Cela permet de faciliter une prise en charge sur l'établissement de secteur à proximité d'un nouvel hébergement.

Les freins à la coordination entre SOLIPAM et les professionnels de terrain

Si SOLIPAM a bien été identifié par les professionnels comme un réseau de coordination, plusieurs freins à la réelle coordination entre les acteurs ont été soulevés au cours des différents entretiens :

Un manque de visibilité des professionnels sur son périmètre d'intervention

Les entretiens menés mettent en lumière plusieurs interrogations des professionnels sur le périmètre d'intervention de SOLIPAM : Intervient-il sur le terrain auprès des mères ou assure-t-il un suivi à distance ? Son rôle est-il d'accompagner les mères ou d'appuyer les professionnels ? Est-il référent social ? N'y a-t-il pas de doublons avec d'autres acteurs notamment dans la recherche d'hébergement (SIAO) ou encore le réseau déjà constitué par les différentes maternités ?

En plus de ces questions, le manque de visibilité des professionnels sur ses actions tout au long du suivi et le devenir des femmes en post-natal sont des freins dans la décision de faire appel ou non à SOLIPAM et source d'incompréhensions et d'insatisfaction lorsque le réseau n'a pu répondre aux attentes. « *Les moyens, les effectifs, je sais que la responsable m'avait*

dit : n'hésitez pas à me les orienter. Alors c'est vrai aussi que c'est surtout les PMI qui les orientent, aussi parce qu'à SOLIPAM on a une assistance sociale mais aussi une sage-femme. Donc souvent les PMI font appel à SOLIPAM pour dire : voilà on a cette femme enceinte, mais voilà, moi je trouve que leur rôle n'est pas clair, on ne sait pas trop exactement... ».

Des écarts entre les attentes des professionnels et les services réellement proposés

SOLIPAM est souvent sollicité pour les situations les plus complexes, tels que les cas de femmes enceintes en errance. Plus ces situations sont signalées et prises en charge en amont, plus il y a de chance pour qu'elles trouvent des solutions par l'intermédiaire de SOLIPAM. Un signalement tardif est difficile à traiter, les difficultés et limites rencontrées étant les mêmes pour SOLIPAM que pour le professionnel.

En résulte pour certains un sentiment de faible valeur ajoutée du réseau pour traiter les situations et un manque de réelle coordination. Certains évoquent le fait que SOLIPAM est davantage « *un outil de pistage des patientes tout au long de leur parcours* » plutôt qu'un moyen efficace pour trouver des solutions.

Des référents mal identifiés au sein des structures ou de façon informelle

Dans son rapport d'activité de 2016, SOLIPAM indique avoir consolidé les partenariats avec les maternités avec la mise en place d'un référent médical par maternité. Les entretiens montrent une très faible connaissance de l'existence de ce référent SOLIPAM au sein des structures. Seule une personne interrogée affirme connaître le référent SOLIPAM de sa structure. Les réorganisations fréquentes au sein des structures hospitalières sont une difficulté supplémentaire pour maintenir ce rôle de référent et le faire connaître. La plupart du temps, un professionnel de santé va naturellement endosser ce rôle de façon informelle au sein de sa structure.

L'une des missions des partenaires périnataux est de favoriser la désignation d'un référent SOLIPAM dans les maternités. Dans la pratique, cela a du mal à se matérialiser car pouvant être perçu comme une contrainte supplémentaire et faisant doublon avec des initiatives locales bien ancrées.

Une communication difficile entre acteurs par manque de temps et de moyens

Les services saturés, le manque de moyens sont le quotidien des professionnels de la santé et du social. Les différents intervenants dans le champ de la précarité en IDF ne sont pas

EHESP – MIP Groupe 7 – 2017

épargnés par cette tendance et ont bien souvent des difficultés à communiquer non pas par manque de volonté mais par manque de temps.

Certains professionnels regrettent que les sages-femmes et assistantes sociales de SOLIPAM ne se déplacent pas dans les structures pour participer aux staffs de l'hôpital ou *a minima* se présenter. SOLIPAM est alors perçu, notamment en grande couronne parisienne, comme un réseau lointain. Les professionnels de l'hôpital n'ayant pas forcément le temps de rechercher les informations utiles, il est complexe pour SOLIPAM de se faire connaître. Cela accentue la fragilité du caractère interpersonnel des relations sur lesquelles s'appuie en majorité SOLIPAM.

Des rencontres sur place entre l'équipe pluridisciplinaire de SOLIPAM et les partenaires participeraient à une plus grande proximité. Plusieurs professionnels interrogés souhaiteraient des échanges professionnels dans leurs locaux : « *Les réunions d'équipe dans les locaux des partenaires pourraient être des espaces privilégiés pour la présentation des réseaux professionnels comme SOLIPAM. Cela permettrait de cibler large à ce moment-là* ».

2.1.2. Des outils à actualiser et à déployer de façon homogène sur le territoire

L'utilisation des outils est hétérogène. La nécessité de les actualiser et de mieux les diffuser transparait dans la majorité des entretiens menés.

Des outils de communication pour travailler ensemble

Les professionnels rencontrés apprécient les apports de la fiche navette. En effet, cette dernière est un moyen privilégié pour échanger avec l'ensemble des acteurs du réseau SOLIPAM. Les fiches navette sont imprimées et jointes au dossier de la patiente. Ainsi, après l'accouchement, les professionnels insistent sur le fait que « *la sage-femme qui suit la patiente est au courant que c'est SOLIPAM qui s'occupe de la coordination, il y a un vrai transfert d'informations* ». De plus, un rapport social est régulièrement adjoint, ce qui est un élément non négligeable dans la coopération pluridisciplinaire.

Toutefois, plusieurs professionnels ont relevé des limites dans l'utilisation de cette fiche navette : « *compléter la fiche navette papier prend trop de temps* ». Certains travailleurs sociaux ne voient pas l'intérêt de faire une fiche navette car cela nécessite pour l'usagère un déplacement afin de rencontrer l'équipe. Cela nécessite des moyens matériels adéquats pouvant représenter des freins pour les femmes en situations de précarité (titres de transports,

téléphone, crédits de communication). Cette situation est d'autant plus dommageable depuis la suppression des aides aux transports pour les personnes en situation irrégulière par la région depuis 2016. « *Les femmes incluses dans le réseau doivent nécessairement avoir un numéro de téléphone et doivent se déplacer pour une rencontre avec les équipes* ».

Pour autant, des pistes de réflexion autour des outils de partage d'informations ressortent des entretiens. La mise en œuvre d'une fiche navette informatique, avec possibilité de la compléter de manière mobile (via l'espace partenaire), reste souhaitable. Par ailleurs, plusieurs professionnels indiquent communiquer exclusivement par courriels avec SOLIPAM. Une vigilance relative à la communication autour des outils existants apparaît nécessaire. Lors des entretiens, un manque d'appropriation des outils est mis en avant par les partenaires.

Afin de réduire des délais de réponses jugés parfois trop longs, l'outil informatique est à privilégier dans les relations entre le réseau et ses partenaires. Une travailleuse sociale d'un centre hospitalier suggère, par exemple, la mise en place d'un tableau de liaison afin que le partenaire ait une visibilité sur la parcours de l'usagère: « *On a des échanges de mails mais après il ne se passe rien. Le suivi pourrait être mis sous forme de tableau, quelque chose de simple : pris en charge le, vu le, rendez-vous le, association ou service social intervenant dans la situation...sur un dossier informatique* ».

Pour les membres interrogés, l'outil téléphonique ainsi que la ligne directe sont une vraie plus-value pour les femmes précaires et les professionnels. Ces derniers communiquent souvent le numéro à celles qui en ont besoin. Les usagères ont accès aux téléphones portables des travailleuses sociales et des sages-femmes toute la semaine. Certains partenaires notent cependant des difficultés de disponibilités du réseau SOLIPAM: « *La permanence téléphonique fonctionne très bien sauf à partir de 16h et la veille de jour férié.* »

Plus globalement il est demandé de déployer une permanence sur une plage horaire plus importante, ce qui apparaîtrait opportun pour couvrir un nombre plus important de cas complexes. Néanmoins, cet élargissement des horaires du service est tributaire des moyens alloués par les tutelles dont les enveloppes sont elles-mêmes restreintes par le contexte économique.

Enfin, d'autres supports de communication existent, tels un mémento et une fiche de rendez-vous. Le but est d'aider les professionnels à répondre au mieux aux questions des femmes enceintes notamment dans le cas d'usagères non francophones.

Sur le site internet le numéro vert apparaît. Il permet aux femmes en situation de précarité de contacter directement SOLIPAM. Ce numéro reste méconnu pour plus de la moitié des professionnels interviewés et certains ne voient pas l'utilité de se l'approprier ou de le transmettre : *« Non, je ne savais pas qu'il existait, mais je ne vois pas comment les femmes peuvent l'utiliser. »* ; *« A partir du moment où elles sont inscrites à la maternité, qu'elles sont suivies par moi, je trouve que c'est un peu tard en fait pour contacter SOLIPAM »*. Il serait opportun de diffuser plus d'informations sur l'utilité de ce numéro ainsi que de l'afficher dans les lieux publics à proximité ou dans les maternités : *« ça pourrait être affiché dans l'hôpital, parce qu'on ne voit pas toutes les femmes, des fois il y en a qui sont en détresse et qui ne le disent pas, on a une certaine déperdition. »*

Des outils de formation

Une fois par an des journées de formation sont organisées par SOLIPAM, notamment sur le thème du « Repérage précoce, orientation et suivi des situations de périnatalité - précarité : principes et outils pour les professionnels ». Il s'agit d'un cycle de formation de trois jours qui mêle apports théoriques et stages pratiques. Ces journées, très appréciées par les professionnels, leurs permettent non seulement de visiter les locaux de SOLIPAM et de rencontrer les équipes mais également de prendre du recul et de travailler autrement. Une assistante sociale qui y participe de façon régulière précise : *« Il y a vraiment un plus du réseau, du travail en réseau sur la connaissance des partenaires, quand on dit « appelle une telle », ça permet de se sentir moins seule dans les difficultés, de savoir qu'il y a un partenaire qui a connaissance d'autres types de fonctionnement »*.

De même, un colloque se tient annuellement. Son objectif est d'échanger sur les pratiques professionnelles où des intervenants de terrain apportent leurs expériences dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des femmes enceintes, des couples et de leurs enfants en situation de précarité en IDF. Malgré le manque de temps pour y participer, les professionnels sont très satisfaits de ces transmissions d'informations et aimeraient s'investir davantage. A ce titre, il serait intéressant de pouvoir transmettre un compte-rendu à tous les membres afin qu'ils maintiennent cette formation continue au vu d'un contexte mouvant.

L'amélioration des outils et des relations avec les partenaires implique également de renforcer la communication autour des missions et le fonctionnement de SOLIPAM

2.2. SOLIPAM : une expertise reconnue mais des axes d'amélioration possibles de son action dans un cadre contraint

Trois grands axes de travail se dégagent : améliorer les outils de communication envers ses partenaires ; souligner le fait que son cœur de mission se situe sur les situations complexes d'errances, ou de coordination pluri départementale ; et engager davantage de moyens humains pour répondre à des enjeux croissants.

2.2.1. Un plaidoyer sur la situation des mères précaires efficace, mais une communication et une lisibilité interne au réseau à améliorer

Un plaidoyer à poursuivre

L'engagement de SOLIPAM et sa capacité à rendre visible la problématique des mères précaires est unanimement reconnue mais impose une clarification des missions de SOLIPAM et une meilleure communication sur son fonctionnement.

Les professionnels interrogés ont pointé le rôle primordial de plaidoyer porté par SOLIPAM pour alerter des dangers de la précarité sur la périnatalité auprès des pouvoirs publics. Ils souhaitent le voir perdurer et se retrouvent dans les valeurs défendues par SOLIPAM. « *Je tiens vraiment à dire qu'ils participent à la visibilité des problématiques des femmes enceintes en précarité, et je pense que c'est bien* ». De plus, le réseau est connu des professionnels et sa proximité avec le public contribue à limiter les ruptures de prise en charge, notamment en cas de mobilité des usagers, « *de garder le lien* ».

Lisibilité des missions et la communication de SOLIPAM

Pour autant, si le plaidoyer fait consensus, la visibilité qu'ont les partenaires du réseau sur les actions et le fonctionnement de SOLIPAM peut manquer de clarté. En effet, souvent les professionnels ne savent pas si les patientes adressées au réseau sont rencontrées physiquement, ou uniquement par téléphone : « *ce que j'ai compris, c'est que leur mode de fonctionnement a un peu changé. J'ai l'impression, j'ai cette sensation, qu'elle rencontre les patientes [...] le rôle n'est pas trop clair* ». Ce manque de clarté entraîne une mauvaise compréhension des attentes de SOLIPAM par les professionnels. En outre, plusieurs partenaires signalent le manque de retour concernant les prises en charge aussi bien par écrit qu'oralement : « *on a très peu de retours sur les prises en charge. Je pense qu'on gagnerait en confiance si on en avait plus* », « *mais c'est vrai qu'il y a des moments où j'aurais voulu qu'on se rencontre, qu'elles viennent, qu'on puisse travailler ensemble...* ».

Des outils de communication pour se faire connaître

En termes de visibilité, internet est un outil incontournable. Il permet de comprendre qui est SOLIPAM, son périmètre d'actions, d'avoir les coordonnées du réseau, d'accéder à l'annuaire, à la cartographie des partenaires ou encore à des ressources (études, outils,...). La plupart des professionnels en ont une bonne utilisation : *« Ils ont un site internet, et on l'utilise, quand on n'a pas la connaissance du territoire, je vais voir. Et puis je sais qu'il n'est pas forcément complètement à jour... »*. Pour autant, l'actualisation des données plus régulière doit être une priorité afin que son utilisation se pérennise et que les données soient exhaustives. L'utilisation optimale du site, notamment par l'inscription des coordonnées de l'équipe sur l'espace partenaire avec des possibilités d'interactions, serait une plus-value : *« si possibilité d'avoir... le nom et l'adresse mail de l'équipe, ça éviterait de repasser par le secrétariat pour envoyer un mail à destination d'un tel, on gagnerait du temps »*.

Certains membres du réseau connaissent SOLIPAM par le biais de newsletters, toutefois ces dernières, transmises à une fréquence régulière, sont diffusées et relayées au sein des équipes mais ne sont pas forcément lues, souvent par manque de temps. A l'inverse, les brochures/flyers ne sont pas actualisés ou leur mise à jour n'est pas connue des partenaires, ce qui ne permet pas de suivre l'actualité et les évolutions de SOLIPAM : *« Je pense qu'on est dans le flou, je pense qu'on n'est pas au fait, j'avais reçu cette plaquette quand on les avait rencontrés... ça devait être en 2012-2013. »*

2.2.2. Une explicitation du cœur de mission de SOLIPAM auprès des professionnels favoriserait sa sollicitation plus en amont

Les professionnels de santé n'appréhendent pas toujours le rôle principal de SOLIPAM. En effet, les professionnels évoquent un recours ponctuel et de dernier recours au réseau, ce qui les conduit à s'interroger sur la pertinence de son action. Or, il s'agit bien là de la raison d'être de SOLIPAM que d'intervenir sur les cas qui nécessitent une coordination complexe. Afin que son rôle soit bien compris, il lui est nécessaire d'insister sur le fait que son objectif premier est bien de traiter ce type de situation. Cela permettrait donc qu'il soit prévenu davantage en amont.

Pour les professionnels des maternités et des PMI, les motifs de recours au réseau reposent essentiellement sur deux types de situations complexes à gérer : la situation d'errance de la femme enceinte ou de la mère et son nouveau-né, et le parcours de prise en charge qui se

déroule sur plusieurs départements « *SOLIPAM a une grande plus-value pour les situations d'errance des femmes enceintes quand elles n'ont pas d'encrage sur le territoire* ». En effet, la connaissance des structures et des autres acteurs travaillant dans d'autres départements fait souvent défaut. Or, SOLIPAM a toute sa place pour faciliter la coordination entre les différents intervenants : « *le carnet d'adresses de SOLIPAM est précieux pour nous* » ; « *il faut continuer à développer l'annuaire en ligne* ».

De même, les professionnels de santé attendent une aide dans la résolution des problématiques d'hébergement qui sont de plus en plus nombreuses et difficiles à solutionner : « *alors c'est vrai qu'on aimerait peut être plus avoir des propositions d'hébergement* » ; « *et c'est vrai que le principal souci, c'est quand même effectivement l'hébergement* ».

Le dispositif d'appui à l'accompagnement social mériterait d'être renforcé et ce en augmentant les ressources humaines affectées à ce suivi tel que les travailleurs sociaux.

2.2.3. L'intervention de SOLIPAM à trois moments sensibles de la prise en charge périnatale est à privilégier

Dans la mesure où les effets de la précarité sur la santé de la mère et du bébé doivent être appréhendés le plus précocement possible, il convient de repenser l'intervention de SOLIPAM à trois moments sensibles que sont la première échographie, la sortie de la maternité et la fin de la prise en charge aux trois mois du nourrisson.

Tout d'abord, la première échographie de datation marque le début de l'entrée dans le suivi périnatal et permet l'orientation adéquate en fonction des résultats, notamment lors de grossesses à risque. Ce rendez-vous, comme en témoignent une assistante sociale et une sage-femme, est primordial. Or les délais peuvent être longs, les rendez-vous reportés, et il arrive qu'un parcours soit interrompu alors même qu'il venait à peine de commencer « *Ce que l'on a du mal à avoir, c'est le début du suivi, vraiment le début du suivi c'est compliqué, très compliqué* » ; « *l'entretien prénatal précoce au 4ème mois est très insuffisamment proposé [...] c'est un axe de travail possible avec SOLIPAM, on aimerait travailler sur cet entretien* ». Cela peut s'expliquer par une surcharge des plannings et par le fait que tous les centres d'échographie n'acceptent pas les bons PMI, bons permettant d'effectuer l'examen médical gratuitement. Aussi, l'accentuation de la communication autour des bons PMI (lieux

spécifiques) est souhaitée afin que la première échographie soit réalisée à temps pour ces femmes.

La visibilité sur le début de grossesse et le recours à l'entretien prénatal précoce sont un autre axe de travail que les professionnels voudraient voir développés.

Ensuite, la durée moyenne de séjour en suite de couche est de trois jours, or cette durée peut s'allonger pour des femmes enceintes en situation de précarité et cet allongement ne se justifie pas toujours pour des raisons médicales strictes. En effet, faute de solution d'hébergement adaptée, certaines structures n'étant pas agréées pour des mères avec leurs bébés, les parturientes peuvent rester hospitalisées une période supplémentaire. Celle-ci peut durer jusqu'à un mois parfois dans les cas les plus complexes, induisant une charge financière conséquente et une désorganisation pour les services. Dans certains établissements, cette sortie est facilitée lorsqu'elle est anticipée et organisée par l'équipe. A ce titre, il serait intéressant que SOLIPAM favorise cette anticipation.

Enfin, afin de sécuriser la sortie de maternité et les premiers mois de vie du nourrisson, et comme plusieurs professionnels l'ont suggéré, il serait souhaitable d'étendre la prise en charge de SOLIPAM au-delà des trois mois de l'enfant, si besoin *« je pense qu'au-delà, oui, ce serait nécessaire, car on sait bien que les périodes de rupture sont aussi là [...] or, ce suivi est hyper important chez un jeune enfant, et puis quand on vient d'accoucher, dans la première année, c'est hyper compliqué »*. La PMI assure le suivi sanitaire du nourrisson jusqu'aux six ans de l'enfant notamment les vaccinations, mais le passage de relais peut être un moment de rupture. Aussi, si l'extension du suivi par SOLIPAM est souhaitable, il convient qu'elle soit articulée au mieux avec celui proposé par la PMI.

Conclusion

Le réseau de santé SOLIPAM s'appuie sur des principes fondateurs et des partenaires pluriels qui visent à diminuer les risques autour de la périnatalité en IDF en prenant en charge les femmes en situation de précarité. A ce titre, l'étendue de son action sur l'ensemble de l'IDF permet un réel maillage des professionnels médico-psycho-sociaux chez des femmes très mobiles sur le territoire et constitue une véritable plus-value.

Au regard des matériaux recueillis, il est possible d'affirmer que les professionnels sont satisfaits de SOLIPAM, notamment lors de recours pour des situations complexes et d'errance. En effet, même s'ils disposent de leur propre réseau, SOLIPAM reste un acteur central et permet d'inclure de manière inconditionnelle toute femme en situation de précarité. Il serait intéressant qu'il adapte ses actions à certains territoires en fonction des données épidémiologiques qui attestent de leur fragilité et de leur précarité, comme en Seine-Saint-Denis aujourd'hui. De même, si sa capacité à coordonner les acteurs est reconnue, son périmètre d'action n'est pas toujours identifié par ses interlocuteurs.

Alors que le territoire est une notion prégnante des politiques publiques, se posent deux interrogations : la question du contexte d'intervention de SOLIPAM et le problème de l'enchevêtrement des territoires quant à la cohérence de ses actions. En effet, les politiques publiques sanitaires se structurent autour du territoire, or cette notion est changeante selon le domaine d'action. Si la création des ARS en 2009 a fait de la région l'échelon de référence et si la dynamique de régionalisation des réseaux est en marche, à l'image du réseau ROMDES relatif à l'obésité en IDF ou SOLIPAM pour la périnatalité, la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) vient bousculer cet ordre régional. En effet, leur mise en place vient reconfigurer les partenariats existants déjà noués, bouscule l'échelon régional et en brouille la lisibilité. Les quinze GHT arrêtés en IDF en sont un parfait exemple en ce que certains ne couvrent qu'une partie du département quand d'autres s'étalent sur plusieurs départements franciliens. Il est alors complexe pour un réseau tel que SOLIPAM de s'intégrer dans d'autres réseaux ou maillages, qui ont eux-mêmes leur propre découpage, départemental, parfois même interdépartemental, en constante évolution.

De plus, la saturation des places d'hébergement, l'augmentation de l'immigration liée à la condition féminine dans le monde, la hausse de la précarité en IDF ou encore les exigences

des femmes accompagnées, sont autant de facteurs contraignant la réussite de l'action du réseau. La loi de modernisation de notre système de santé⁴⁴ oriente vers une territorialisation des parcours. Le volet périnatalité du PRS IDF 2013-2017 entend renforcer et pérenniser les réseaux pour les professionnaliser et améliorer les actions. Peut-être est-ce une opportunité à saisir pour orienter le rôle de SOLIPAM comme coordonnateur des réseaux plutôt qu'animateur d'un méta-réseau ?



Sources :

<https://www.bebesetmamans.com/femme/psychologie/2489-prendre-soin-de-bebe>

<http://www.dans-ma-tribu.fr/vivre-differemment-son-second-accouchement/>

<http://www.dans-ma-tribu.fr/rencontre-avec-fils-apprendre-a-aimer-devenir-maman/>

⁴⁴ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat

Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle

Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, alinéa 11

Rapports et ouvrages

BALY O. (ed.), 2016, *Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis*, Paris : Presses des Mines, p146

Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, 2014

DHOS, *Cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité*, 2006

Fitaire C., *Grossesse et précarité: une situation préoccupante en France*, site aufeminin.com

Rietsch M.G., *Projet de recherche commun EHESP – SOLIPAM*, Octobre 2014.

Scoazec C., *Grossesse et précarité: étude descriptive du réseau SOLIPAM*, 2011.

SOLIPAM, *Rapport d'activité du réseau SOLIPAM 2016*, 2016, http://www.solipam.fr/IMG/pdf/rapport_d_activite_2016.pdf

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

Lectures complémentaires :

Mémoire, *Grossesse et précarité: étude descriptive du réseau SOLIPAM*, Caroline Scoazec, 2011

Informations du site internet solipam.fr

ARS Île-de-France, Plan stratégique régional de santé 2011-2016, 2011, <http://sante-iledefrance.fr/PRS/2013-2017/psrs-ars-idf.pdf>

COMEDE, Migrants/étrangers en situation précaire- soins et accompagnement, 2013, http://www.solipam.fr/IMG/pdf/guide_comede_2013.pdf

Deneux-Tharoux C., Philibert M., Bouvier-Colle M.H., *Surmortalité maternelle des femmes de nationalité étrangère en France et qualité des soins obstétricaux : étude nationale 1996-2001*, BEH 9/ 3 mars 2009, pp 77-80, http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=1222

Direction des familles et de la petite enfance (de la ville de Paris ?), Schéma directeur départemental de la PMI de Paris 2011-2015, mars 2011 [http://www.solipam.fr/IMG/pdf/Schema_directeur PMI Paris.pdf](http://www.solipam.fr/IMG/pdf/Schema_directeur_PMI_Paris.pdf)

Saurel-Cubizolles M.J., Saucedo M., Drewniak N., Blondel B., Bouvier-Colle M.H., *Santé périnatale des femmes étrangères en France*, BEH 2-3-4 / 17 janvier 2012, pp 30-34, http://www.solipam.fr/IMG/pdf/BEH_2012-01-17.pdf

SOLIPAM, Charte du réseau, 2009, [http://solipam.fr/IMG/pdf/Charte du reseau SOLIDARITE PARIS MAMAN.pdf](http://solipam.fr/IMG/pdf/Charte_du_reseau_SOLIDARITE_PARIS_MAMAN.pdf)

SOLIPAM, Convention constitutive du réseau SOLIPAM, 2006, [http://solipam.fr/IMG/pdf/ convention constitutive signee originale.pdf](http://solipam.fr/IMG/pdf/convention_constitutive_signee_originale.pdf)

SOLIPAM, Plaquette de présentation du réseau, janvier 2014, [http://solipam.fr/IMG/pdf/ plaquette SOLIPAM professionnel-2.pdf](http://solipam.fr/IMG/pdf/plaquette_SOLIPAM_professionnel-2.pdf)

Liste des annexes

Annexe 1 :	La méthodologie de travail adoptée	I
Annexe 2 :	Grille d'entretien	II
Annexe 3 :	Retranscription entretien A	III
Annexe 4 :	Retranscription entretien B	IX
Annexe 5 :	Retranscription entretien C	XIV
Annexe 6 :	SWOT (points forts – points faibles / opportunités – menaces)	XXII
Annexe 7 :	Préconisations	XXIII
Annexe 8 :	Charte du réseau SOLIPAM	XXIV

Annexe 1 :

La méthodologie de travail adoptée

La délimitation du sujet : L'appropriation des ressources documentaires a permis aux membres du groupe de comprendre le contexte et les raisons de création de SOLIPAM. Une première rencontre a été effectuée avant l'ouverture du module permettant aux onze membres du groupe de commencer à organiser le travail en créant différents outils partagés par office 365 tels que la messagerie commune, les documents de suivi et de synthèse, favorisant le travail d'équipe et fluidifiant les échanges. Un « référent » a été désigné afin de centraliser les informations et élaborer le budget. Une deuxième rencontre a permis de définir la méthodologie, de valider le périmètre de la problématique avec l'animatrice en recentrant le sujet sur la satisfaction de SOLIPAM auprès des professionnels de santé et non des usagers, ainsi que la grille d'entretien pour la deuxième phase de notre travail. Elle comporte les indicateurs suivants : l'identité du professionnel et le profil du public accompagné, le processus d'adhésion au réseau, les relations entre les professionnels de santé et SOLIPAM, le recours aux outils proposés, les avantages et les difficultés rencontrées ainsi que les suggestions d'amélioration.

La phase d'investigation : Cette étape constitue le cœur du travail permettant de récupérer les données. Ainsi, douze entretiens semi directifs d'une durée moyenne d'une heure sont réalisés en binôme d'élèves de filières différentes quand cela était possible, permettant ainsi des approches pluri-professionnelles. L'autorisation d'enregistrer les entretiens est demandée au préalable aux personnes interviewées afin de faciliter la retranscription littérale et l'analyse. La plupart des rendez-vous sont fixés par l'animatrice mais d'autres sont pris par les membres des groupes afin d'enrichir l'analyse. Une synthèse est transmise aux différents membres du groupe dans les meilleurs délais afin de partager les informations.

La phase de synthèse et de rédaction : La confrontation des données permet d'avoir un regard critique sur la situation, de sélectionner les informations utiles pour en faire ressortir les forces et les faiblesses du réseau, ainsi que des préconisations. Ainsi, au regard de ces informations, un plan est élaboré et permet le partage de la rédaction des sous-parties entre les différents membres du groupe. Plusieurs relectures communes ont été nécessaires pour éviter la redondance et vérifier l'articulation et l'harmonisation du rapport. De même, la répartition des tâches notamment l'élaboration de la mise en page, la bibliographie, l'uniformisation et l'anonymisation des entretiens, la sélection et la rédaction des annexes, des titres ou encore de la méthodologie étaient un gage d'efficacité et reflète le travail d'équipe.

Annexe 2 : Grille d'entretien

CONNAITRE LE PROFESSIONNEL

Nom, prénom, fonction, combien de temps vous êtes dans l'établissement, statut de l'établissement

CONNAITRE LE PUBLIC PRIS EN CHARGE

Profil des femmes accueillies (âge, origines migratoires, origine sociale, habitat)

CONNAITRE LE PROCESSUS D'ADHESION DANS LE RESEAU SOLIPAM

Depuis combien de temps connaissez-vous le réseau?

Comment avez-vous eu connaissance du réseau SOLIPAM? Pour quelles raisons votre structure a rejoint le réseau?

Est-ce que vous pouvez m'expliquer ce que vous avez compris de ce réseau en tant que travailleur social ?

RELATIONS ETABLISSEMENT-SOLIPAM

Comment se matérialisent les liens?

Quelle communication : Newsletter, flyer, rapport d'activité, staff, réunion annuelle?

Quelle visibilité sur le rôle de chacun?

Quelle plus-value pour le travail au quotidien?

A quel moment vous sollicitez le réseau? (déclat)

Pour les franciliens: vous sentez vous à l'écart ou pleinement intégrés?

LES OUTILS DE SOLIPAM

Avez-vous connaissance des outils utilisés par SOLIPAM ? Si oui lesquels ?

- **Numéro vert:** utilisé ou non?
- **Fiches :** utilisées ou non ?
- Y a-t-il un **réfèrent Solipam** dans votre établissement? Si oui, le connaissez-vous?
- Avez-vous suivi une **formation** Solipam? Si oui sur quel thème, quel apport?

AVANTAGES DE SOLIPAM

Quelle satisfaction du suivi réalisé dans le parcours de la femme accompagnée?

DIFFICULTES RENCONTREES

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez?

PROPOSITIONS

Quelles améliorations voudriez-vous voir apporter à ce réseau?

Les initiatives publiques en matière de prévention de la précarité vous semblent-elles suffisantes? Adaptées?

D'après vous, quelles actions pourraient être entreprises pour faire connaître ce réseau ?

Date : 11/05/2017 à 10h	Intervenants : Gabrielle Brunet de la Charie
Personne Interrogée : Personnel médical	Etablissement: Maternité

EHESP : Que connaissez-vous de SOLIPAM, quelles sont vos représentations et le rôle de SOLIPAM selon vous ?

PM : « Alors, pour moi, il y a deux rôles à SOLIPAM. SOLIPAM... comment dire, pour moi, ce serait un lieu d'expertise autour des problématiques de précarité, et à ce titre ils font, ils ont des axes de recherche et de formation des professionnels. Et ils ont un autre axe qui serait plus terrain avec les assistantes sociales, les sages-femmes qui aurait pour mission – alors c'est peut être seulement une partie de ce que j'ai vu - mais qui aurait pour mission de pister les patientes en errance dans leur parcours et de s'assurer qu'elles ont leur suivi médical pendant la grossesse et... éventuellement de les accompagner pour un changement d'établissement quand elles ont un hébergement à distance de leur lieu d'accouchement, de les accompagner pour qu'elles changent d'établissement et donc coordonner tout ça. Pour qu'elles aillent accoucher dans un établissement qui soit plus proche de leur lieu d'hébergement. Voilà. »

Et vous dans quel cas avez-vous des contacts avec SOLIPAM, comment vous utilisez le réseau ?

« Alors SOLIPAM, ils m'envoient un relevé des patientes que nous suivons à l'hôpital [...], donc un relevé avec le tableau que moi je transmets aux secrétaires qui gèrent au niveau du réseau, du réseau et des staffs médico psycho-sociaux pour que, voilà on ait un suivi et que normalement – bon après c'est la difficulté avec les secrétaires – et que normalement on leur retourne les fiches remplies au moment où la patiente accouche. On leur fait des retours. Voilà. Alors après je les perçois à ce niveau-là alors je sais que les sages-femmes de SOLIPAM sont assez en rapport avec certaines de nos sages-femmes de PMI, c'est-à-dire qu'elles n'hésitent pas à avoir un échange quand elles ont des difficultés elles à joindre les patientes pour savoir. Et elles me contactent aussi directement par mail pour savoir si la patiente est toujours suivie chez nous, si elle a accouché, si on a des nouvelles quand elles n'ont pas de nouvelles de patientes. Donc ça c'est dans le cadre de leur travail de suivi des patientes. Voilà. »

D'accord. Et du coup quelles attentes vous avez vis-à-vis de ce réseau ? Est-ce que cela répond à vos attentes actuellement ? Est-ce-que vous rencontrez des difficultés ?

« Comment vous dire. Je ne peux pas dire que... Alors nous on a des attentes, bien entendu. Mais je crois que... je ne sais pas si elles répondent aux missions de SOLIPAM. Je trouve intéressant d'avoir un méta-réseau qui pourrait un petit peu coordonner ce qu'il se passe avec le ... avec le SIAO, ce qui se passe dans les établissements, les assistantes sociales. Enfin vous voyez, j'aurai vu quelque chose d'un peu plus... qui coordonne un petit peu plus mais aussi... les différents axes, ce n'est pas seulement pister la patiente. Voilà. Si vous voulez c'est vrai qu'aujourd'hui quand on a une patiente qui est à la rue... Je ne sais pas à quel niveau SOLIPAM peut intervenir. Et je pense qu'ils ne peuvent pas intervenir, elle reste à la rue. C'est-à-dire qu'il n'y a pas... enfin... Honnêtement, je ne sais pas, j'ai du mal à appréhender leurs limites. J'ai du mal à appréhender aussi la plus-value. Très sincèrement »

D'accord...

Annexe 3 : Retranscription entretien A

« J'ai du mal. Parce que les sages-femmes n'ont pas la disponibilité pour venir assister aux staffs et nous faire un retour sur elles leur suivi, ce qu'elles savent de la patiente etc. Les pistes d'hébergement qui ont été envisagées... vous voyez ce que je veux dire ? Alors que pour moi, ce serait là où ce serait intéressant. C'est qu'il y ait vraiment cette mission de coordination entre les différentes structures. On sait que les différentes structures ont du mal à communiquer. Pourquoi ? Parce que tout le monde est débordé, que personne ... Voilà. C'est compliqué. Et pour moi, cela pourrait être l'objet de SOLIPAM. C'est de dire : OK, on sait qu'il y a des femmes en errance, on sait que les différents intervenants dans ce champ de la précarité ont du mal à communiquer non pas par manque de bonne volonté mais par manque de temps. Et du coup ce serait ... pour moi, ce serait là où ce serait intéressant. Et cette place je ne la vois pas. J'avais demandé aux sages-femmes si elles voulaient ou pouvaient venir au moins pour se présenter au staff, pour qu'on puisse mettre un visage sur un nom. C'est pas possible parce qu'elles n'ont pas le temps. Enfin, vous voyez ce que je veux dire ? »

Oui. Du coup vous ne voyez pas la plus-value dans...

« Personnellement non je ne la ressens pas... »

... dans le fait de trouver l'hébergement, leur lien avec le 115 ?

« Ça n'a pas été flagrant pour moi. Après, je ne suis pas en suite de couche pour savoir si c'est plus rapide. Ce que je sais c'est que ... bon l'année dernière, je n'ai pas vraiment perçu la plus-value. Quand on a été en difficultés, on a été en difficultés et c'était sur toute la chaîne. Après SOLIPAM n'a pas une baguette magique non plus. Et ça, on en est bien conscient. Mais quand on a été en difficultés avec des patientes, je n'ai pas le sentiment que ce soit SOLIPAM qui nous ait ... aidé. »

Il y a d'un côté le suivi médical et de l'autre le suivi social. Vous trouvez que d'un côté comme de l'autre...

« Alors après je ne sais pas, faut peut-être voir... peut être que les patientes, elles se sentent plus épaulées par ce suivi. Mais nous au niveau de l'hôpital l'année dernière, on a été en difficultés avec notre service social qui avait du mal à absorber etc... je ne sais pas trop où est intervenu SOLIPAM. Mais ce n'était pas l'objet non plus, pour se substituer à des structures qui ont du mal à fonctionner, à s'ajuster. Voilà, avec tous les aléas qu'on peut avoir d'arrêt maternité, de ceci de cela. Mais pour dire, enfin voilà. Maintenant peut être que les patientes elles se sont senties, et s'il y a ne serait-ce que ça, c'est déjà énorme si les patientes se sentent accompagnées et soutenues dans leur... et ont un endroit où elles ont le sentiment d'être entendues et... c'est déjà énorme. »

D'accord...

« C'est déjà énorme parce qu'on le sait, le temps hospitalier est compté, et on essaye d'être présente pour nos patientes mais bon voilà. Ce temps a quand même des limites. Et c'est vrai que quand elles quittent l'hôpital et qu'elles retournent à la rue, voilà, même si on les oriente vers des structures telles que l'amicale d'UNI etc... il n'empêche que je pense que toutes les personnes qui peuvent être un peu « soutenantes » sont les bienvenues. Ça je ne mets pas en question. »

Et comment se matérialisent les liens avec SOLIPAM ? Est-ce que les difficultés sont au niveau de la communication ou derrière c'est parce que le réseau n'est pas assez réactif quand vous arrivez à les joindre ?

Annexe 3 : Retranscription entretien A

« Alors ... Encore une fois, je vous dis que j'ai une sagefemme qui communique beaucoup avec SOLIPAM. Ça aurait peut-être été intéressant que vous... qu'elle vous rappelle. Et je sais aussi que les filles de SOLIPAM communiquent pas mal avec elle... Moi un peu moins cette année, elles m'envoient des récapitulatifs des patientes que l'on suit. Je vous dis, elles m'envoient des mails quand elles ont perdu en route une patiente pour savoir un petit peu où en est le suivi, et bon là je réponds. Moi c'est ça le lien que j'ai avec SOLIPAM. C'est-à-dire voilà, ça va être des mises au point. Elles vont me dire, voilà, « cette patiente est-ce qu'elle est suivie chez vous ? Est-ce que je pourrai avoir des éléments ? ». Donc là je vais prévenir la sage-femme, lui demander de les rappeler... voilà. Mais c'est vrai qu'il y a eu des moments où j'aurais voulu qu'on se rencontre, qu'elles viennent, qu'on puisse travailler ensemble... notamment l'année dernière. Qu'on puisse voir un petit peu, je ne sais pas qu'elles viennent au staff. Qu'on puisse voir aussi avec les sages-femmes de ville comment on pouvait mieux fonctionner, se coordonner. Bon, c'était pas possible. Donc, voilà. »

D'accord. Du coup est-ce que vous avez connaissance des outils qu'elles mettent en place ? Par exemple le numéro vert ?

« Non, ça je n'en ai pas connaissance. »

Le numéro vert, c'est un numéro qui est à disposition des femmes en situation de précarité pour qu'elles puissent appeler SOLIPAM gratuitement. Il y a les fiches de suivi mais ça apparemment elles vous les envoient en fait ?

« Oui, elles nous les envoient. Donc moi je demande à ce qu'elles soient imprimées et jointes à chaque dossier de patiente pour que voilà dans les suites de couche, elles sachent que cette patiente avait un suivi SOLIPAM et qu'elles informent mais bon après... Je n'ai pas la main sur ce qu'il se passe en suite de couche. Donc voilà. »

Vous êtes combien à utiliser le réseau ?

« Si vous voulez moi je suis la cadre du service. Donc il y a des tas de choses que je délègue aux sages-femmes, ce n'est pas moi qui vais remplir les fiches SOLIPAM, sinon je ne m'en sors pas. Donc après ce sont les sages-femmes qui remplissent, je leur avais mis à disposition les fiches navettes, enfin elles savaient que voilà... Quand moi je tombe sur une situation, par exemple, parce qu'on m'appelle au moment d'une inscription où je vois une femme qui est vraiment, mais complètement, enfin voilà si je tombe sur une situation à ce moment-là je vais demander à ce que l'on fasse un signalement SOLIPAM. Mais, c'est les sages-femmes qui voient les patientes en consultation qui font les signalements ou les sages-femmes de PMI de secteur qui font les signalements. Et SOLIPAM met tout ça sur un tableau et m'envoie le tableau. Que je renvoie aux secrétaires qui sont en charge du staff médico-psycho-social pour qu'elles puissent imprimer les différentes fiches, les mettre dans le dossier et puis qu'on sache que telle patiente est suivie SOLIPAM. »

D'accord. Et ça vous aide quand même à connaître l'antériorité de la patiente, sa situation ?

« Ca nous aide à savoir, si vous voulez, qu'elle a un suivi SOLIPAM. Et donc qu'elle est de toute évidence en situation de précarité, voire en rupture d'hébergement, voire au 115, enfin qu'il y a des difficultés. Ça c'est sûr que c'est une alerte. »

D'accord. Est-ce qu'il y a un référent SOLIPAM dans votre établissement ?

« Non. Je dirai qu'il y en a une de façon informelle c'est [...]. Je sais qu'elle communique très bien avec les sages-femmes de SOLIPAM et que... oui, elle communique assez bien avec. »

Informellement ce serait plutôt elle la référente.

« Ça pourrait être elle oui. Mais c'est tout à fait informel. Mais je pense que c'est certainement celle qui a le plus de liens et d'échanges avec SOLIPAM. »

D'accord. Et au niveau des formations que SOLIPAM pourrait proposer vous en avez connaissance ?

« Oui, j'ai fait le DU Précarité l'année dernière donc ... Voilà. Après il y a les journées SOLIPAM pareil avec des ateliers, tout ça, on en a connaissance et c'est très bien. Là je sais qu'il y a des journées qui sont encore organisées, j'ai vu ça un petit peu en diagonale mais c'est pareil c'est bien. Donc ça on transfère aux sages-femmes et puis ... voilà pour celles qui voudraient s'inscrire. »

C'est à l'hôpital ou c'est dans d'autres locaux sur Paris ?

« Les formations SOLIPAM ? Ah non ce n'est pas à l'hôpital. Ce sont les formations qu'ils organisent dans Paris. Alors SOLIPAM, c'est vrai qu'il y a un terrain d'action assez intéressant à [...] mais c'est vrai aussi que nos sages-femmes sont quand même assez... Enfin quand on travaille à [...], on est assez au fait de la précarité. Je veux dire, dans la file, ce n'est pas identifier les précaires des non précaires c'est le contraire, enfin vous voyez ? Nous on sait qu'on a une patientèle où on a beaucoup de femmes précaires, beaucoup de femmes qui débarquent qui n'ont pas, aucun droit, aucune ouverture de droits, qui n'ont rien, et qui sont suivies ici. Et qui ne viennent pas seulement du département mais qui viennent d'autres départements. Déjà parce que si vous voulez avec cette tradition, moi je sais qu'il y a des hôpitaux du [département] qui nous adressent des patientes pour qu'on les prenne en charge parce qu'elles n'ont pas de sécurité sociale, ce qui n'est quand même pas normal non plus. Donc je pense que c'est plutôt les autres qui ont besoin d'être formés. L'année dernière, c'est arrivé à plusieurs reprises, bon là je l'ai pas identifié parce que je n'ai pas été appelée dessus, mais il n'est pas rare qu'on ait des patientes qui viennent d'autres départements limitrophes et qu'on nous amène parce que... il faut les prendre en charge, parce qu'elles n'ont pas de sécurité sociale ou qu'elles n'ont pas de papiers. Enfin, je veux dire, c'est quand même aussi la mission de l'hôpital. Il n'y a pas que [...] qui doit gérer la précarité. Enfin, la misère du monde n'est pas réservée à [...]. Déjà sur le territoire, quand on voit l'hôpital de [...], on est situé dans une zone où il y a 50% de précarité, enfin c'est vraiment extrême, grande précarité et extrême précarité tout autour. Mais les hôpitaux autour ne se gênent pas pour nous renvoyer... donc bon. »

Et justement sur ce profil des mères que vous recevez, est ce que vous avez une idée de leur âge / origine / origine sociale ?

« Leur âge, j'ai envie de dire c'est en âge de procréer. Ça va de mineure jusqu'à des femmes de 40 ans mais qui sont dans des parcours de migration pour de multiples raisons : ça peut être économique, ça peut être des guerres, ça peut être de la maltraitance... Et qui arrivent à [...] où là elles retrouvent des membres de leur communauté. Et où du coup, elles viennent s'inscrire à l'hôpital parce qu'on leur a dit « mais vas à [...] tu vas voir là-bas, même si tu n'as pas de papiers c'est pas grave ». Donc voilà elles viennent. Et ça fait partie de leurs repères. Et puis tout autour vous avez quand même tout un réseau d'associations qui existent et qui prennent en charge la précarité : de distribution de nourriture, ce qui fait que très vite, elles arrivent à se repérer et à savoir où elles vont pouvoir trouver de la nourriture. En plus, il y a beaucoup de communautés donc elles retrouvent parfois peut être des membres de leur

Annexe 3 : Retranscription entretien A

communauté. Moi je suis toujours stupéfaite quand on me dit « J'étais à la poste ou j'étais dans la rue, il y a quelqu'un qui m'a prise en charge, qui m'héberge mais ça ne peut pas durer ». Enfin, c'est assez particulier quand même. Et voilà donc c'est vrai qu'il y a ce tissu associatif qui est quand même très fort autour, dans le [département], qui fait que ça va vraisemblablement aussi attirer un peu. Parce qu'il y a un maillage important et que les gens vont pouvoir assez facilement – assez facilement tout est relatif – savoir où trouver de la nourriture, éventuellement se trouver des hébergeants, vont avoir un réseau plus ou moins solide mais voilà... Donc c'est tout ça qui joue et qui fait que, à mon avis, il y a une concentration oui. Et puis après les origine, c'est Afrique beaucoup. Afrique du nord, Afrique sub-saharienne et puis toutes les zones de conflit. De toute façon à l'hôpital de [...], il y a plus de 100 nationalités qui viennent, qui se croisent. Donc c'est Chinois, Mongols jusqu'à Mali, Sénégal, Algérie, Maroc, enfin voilà quoi... Russe, Moldaves, Lettons, enfin tout l'éclatement des nouvelles républiques. Voilà, c'est tout ça. »

Depuis combien de temps vous connaissez SOLIPAM ? Depuis combien de temps l'hôpital travaille avec le réseau ?

« Alors je ne sais pas depuis combien de temps l'hôpital travaille avec le réseau. Je ne peux pas vous dire, moi ça fait deux ans et demi que je suis là. Et quand je suis arrivée l'hôpital travaillait déjà avec ce réseau. Mais c'est pas non plus je pense hyper vieux que SOLIPAM est sorti de Paris. Je pense que c'est depuis ce moment-là. »

D'accord. En fait vous l'avez connu via l'hôpital en arrivant ?

« Absolument oui. »

Une question qu'on n'a pas beaucoup abordée : A quel moment vous sollicitez le réseau ? C'est-à-dire quel est le déclic qui va faire que vous allez signaler la situation au réseau ?

« Quand on est... je pense quand on sent une difficulté, une fragilité particulière. Moi j'ai sollicité une ou deux fois le réseau, c'était à un moment où il y avait une patiente qui n'avait pas de papiers, qui s'était fait voler ses papiers, qui n'avait pas d'hébergement : qui dormait dans les halls d'hôpitaux, de gares et compagnie. Et elle avait l'air vraiment perdue. Et je me disais que, outre le fait de lui donner le numéro de téléphone du 115, il fallait peut-être un étayage. C'est-à-dire qu'il fallait peut-être qu'elle soit un petit peu aidée, parce que je sentais qu'elle était perdue. Faut savoir qu'on a beaucoup de patientes 115 si vous voulez. Donc voilà, à partir du moment elles sont au 115 elles sont hébergées. J'ai envie de dire vous savez le curseur à [...] n'est certainement pas le même [que dans d'autres secteurs, ça... Je me souviens, en plus c'était un petit peu avant la COP 21. Il n'y avait aucune place dans les hôtels. Enfin c'était complètement catastrophique, la situation au niveau de l'hébergement était catastrophique. Donc j'avais sollicité SOLIPAM en me disant peut-être qu'eux ont des tuyaux, peut-être qu'eux sauront mieux que le simple numéro « Madame, faites le 115 ». Et peut-être qu'eux pourront appuyer sa demande parce que je veux dire elle était à 4 mois, elle avait l'air complètement perdue, elle ne mangeait pas. Donc c'est le genre de patiente, quand on la voit, on lui donne les coordonnées de l'amicale d'UNI, on l'adresse à l'amicale d'UNI parce qu'on sait qu'elle aura un petit quelque chose à manger, qu'elle va pouvoir aussi se créer un réseau, qu'elle va être vue par une assistante sociale aussi qui va venir compléter le travail de nos AS, enfin qu'elle aura un point d'ancrage un petit peu. Et puis, on prévient SOLIPAM en se disant bon peut-être qu'eux pourront faire quelque chose quoi. »

Et ça a fonctionné ?

« Non, c'est ce que je disais. Quand la situation est désespérée, elle l'est pour tout le monde. Quand il n'y a pas de place, il n'y a pas de place. SOLIPAM n'a pas de baguette magique. Après oui cette femme on l'a staffée, on savait qu'elle était suivie par SOLIPAM. Voilà. »

Est-ce que vous avez des pistes d'amélioration concrètes auxquelles vous pensez ?

« Si vous voulez pour moi je pense que ... après le problème il faut le prendre à l'envers. C'est-à-dire que pour moi, quand on discute avec ces femmes : pourquoi elles accouchent à un endroit ? Pourquoi elles ont choisi cet endroit pour accoucher ? Parce que c'est l'endroit où elles se sentent en sécurité, et que pour moi dans le cadre d'une prise en charge c'est fondamental. C'est l'endroit où elles se sentent en sécurité : pourquoi ? Parce que des fois il y a des tas de raisons pour lesquelles elles vont décider d'accoucher à un endroit. Et des raisons qui nous échappent complètement. Ça peut être, j'avais eu l'occasion d'en parler avec une patiente, parce qu'elles ont une amie à proximité dont le mari – parce que ce sont des femmes qui sont souvent isolées – et du coup ces femmes qui sont isolées, elles savent qu'elles ont une amie qui n'est pas loin, qui va pouvoir venir les voir à la maternité, que le mari va pouvoir reproduire les rituels autour de l'enfant. Mais que si elles sont hébergées à Trifouillis-les-Oies et qu'elles accouchent à Trifouillis-les-Oies, les rituels n'auront pas lieu. Et que ça c'est quelque chose de très fort. Et que on ne peut pas se dire « elles seront aussi bien là que là après tout ». Non. Parce que pour elles ce n'est pas comme ça que ça marche. C'est-à-dire que je pense qu'il faut aussi penser avec l'esprit des femmes et voir un petit peu leurs motivations. Qu'est-ce qui fait qu'elles choisissent un endroit ? C'est parce qu'elles ont un embryon d'ancrage, un embryon de réseau, un embryon de quelque chose auquel elles se raccrochent mais qui est important pour elles. Et c'est pour ça que quelque soit l'endroit où on les héberge, elles traverseront l'Ile-de-France mais elles se feront suivre là où elles ont cet ancrage. Elles reviendront là où elles ont cet ancrage. Parce que c'est là qu'elles sont accueillies pour avoir de la nourriture. Alors oui, on peut dire vous pouvez aller ailleurs sauf qu'ailleurs elles se heurtent à d'autres problèmes qu'elles ont réussi à surmonter là. Vous voyez ce que je veux dire ? »

Oui je vois très bien.

« Quand elles sont hébergées à Trifouillis-les-Oies, qu'elles vont arriver au Resto du Cœur de Trifouillis-les-Oies, déjà les règles ne sont pas forcément les mêmes. On va leur dire « Mais Madame, vous êtes inscrites et domiciliées à X... donc vous devez vous rendre à X » parce que les règles ne sont pas les uniformes partout. Donc on va leur faire un courrier, le SIAO va leur faire un courrier disant qu'elles sont domiciliées et hébergées à tel endroit. Mais vous vous rendez compte de la lourdeur que c'est pour elles ? Quand elles sont à un endroit, elles ont de la famille autour, elles ont peut-être une vague connaissance, une copine qui leur donne un petit peu d'argent de temps en temps, une copine qui va venir les voir à la maternité. Quand on leur dit « Allez accoucher là-bas », elles arrivent dans un environnement qu'elles ne connaissent pas, enfin, c'est lourd pour elles. Et penser que elles vont pouvoir, alors qu'elles sont... Il faut les sédentariser près de leur lieu d'accouchement. Et ça c'est de la gestion de flux. Alors, qui a la main là-dessus je n'en sais rien. Mais c'est pas rapprocher le lieu d'accouchement de là où elles vivent, c'est les rapprocher de leur lieu d'accouchement. Voilà moi ce que je pense du truc. Voilà. »

Date: avril 2017	Intervenant: Evelyne Rispal
Personne interrogée: Travailleur social	Etablissement: Maternité

EHESP : Que pouvez-vous me dire concernant le réseau SOLIPAM ?

TS : « Alors SOLIPAM, moi j'ai appris leur existence il y a 3-4 ans. Donc, on nous a expliqué que c'était un réseau, une sorte de coordination qui mettait en lien les différents partenaires autour d'une patiente enceinte et en rupture d'hébergement. Par exemple, on a une patiente qui appelle le 115 ou qui enfin se déclare enceinte et en rupture d'hébergement ; du coup le rôle de SOLIPAM c'est de la stabiliser dans un hôtel près d'un hôpital pour qu'elle puisse faire son suivi de grossesse en toute tranquillité, et suivre les patientes enceintes puis jusqu'au 3 mois de l'enfant. »

D'accord...

« On a plusieurs patientes en commun avec SOLIPAM, avec l'assistante sociale de SOLIPAM. Alors au départ SOLIPAM ne rencontrait pas les patientes, enfin moi, je comprenais que SOLIPAM ne rencontrait pas les femmes enceintes. Elles faisaient uniquement des entretiens par téléphone. Et donc voilà, le but c'était de dire : on nous a signalé une femme enceinte qui vient d'appeler le 115, qu'on a mis dans un hôtel à [...], le but c'est de tous nous coordonner et de faire en sorte qu'elle soit par exemple inscrite à [...]. »

D'accord...

« Après, j'ai déjà travaillé avec la nouvelle assistante, enfin une assistante sociale plus récente, ce que j'ai compris c'est que leur mode de fonctionnement a un peu changé. J'ai l'impression, j'ai cette sensation qu'elle rencontre les patientes. »

Oui...

« Voilà , qu'elle fait des démarches avec elles ; après c'est vrai que voilà, le rôle n'est pas trop clair. On nous dit voilà, enfin, l'assistante sociale m'avait dit clairement si vous avez besoin...Parce que nous, on est assez surchargé ; toutes les patientes en pré natal c'est compliqué de... faire des demandes 115 ; on en a tellement, que généralement on priorise et on priorise surtout celles qui sont hospitalisées. C'est vrai que l'assistante sociale m'avait dit, à l'époque, s'il y a quoi que ce soit, vous me les signalez. Il y a une fiche de liaison spécifique. On ne les envoie pas directement, comme ça. Et puis on a d'autres discours : non SOLIPAM ne rencontre pas les patientes ; ils font uniquement de la coordination. En gros, voilà ils vont nous dire « vous faites ci, vous faites ça ». Donc, moi je trouve que c'est pas vraiment clair leurs missions. »

Vous avez aussi la possibilité de dire "nous ne pouvons pas prendre en charge cette femme parce qu'on a pas de place ou en ce moment "; "on n'a pas les moyens..."

« Les moyens, les effectifs, je sais que la responsable m'avait dit « n'hésitez pas à me les orienter ». Alors, c'est vrai aussi que c'est surtout les PMI qui les orientent. Aussi parce qu'à SOLIPAM, on a une assistante sociale mais aussi une sage-femme. Donc souvent les PMI font appel à SOLIPAM pour dire "voilà, on a cette femme enceinte". Mais voilà, moi je trouve que leur rôle n'est pas clair. On ne sait pas trop exactement.... »

Je suppose que vous avez des femmes qui arrivent spontanément aux urgences, sans suivi particulier...

Annexe 4 : Retranscription entretien B

« Oui, qui ne connaissent même pas le 115 ou d'autres structures. Je n'ai jamais encore orienté des patientes à SOLIPAM ; SOLIPAM m'a orienté des patientes. Voilà, nous avons cette situation en commun : Madame X, qui est actuellement basée dans un hôtel par exemple à Drancy. Et voilà qui est sans couverture sociale, donc est ce que c'est possible de lui donner un rendez-vous. Voilà, on essaie un peu... Après, c'est vrai que c'est compliqué on est tellement surchargé, c'est compliqué de répondre tout le temps à la demande, à leurs sollicitations. C'est vrai, voilà, je n'arrive pas trop à comprendre. Est-ce que c'est vraiment que de la coordination? Et dans ce cas-là, en gros, c'est juste dire « hop, vous travaillez tous autour de la patiente » ou est-ce qu'ils ont un rôle plus direct vis à vis de la patiente ? C'est pas clair en fait. Comme vous pouvez le voir sur la brochure, c'est vraiment, voilà ils ne rencontrent pas...enfin... »

Ils n'ont qu'un rôle de coordination...

« Oui et par contre ils ont les patientes au téléphone. C'est-à-dire qu'il y a des gens qui nous disent "c'est SOLIPAM qui nous a dit de venir vous voir parce qu'il n'y a pas d'hôtel ; on n'a pas trouvé d'hôtel..." Il faut faire le SIAO. Je ne sais pas si vous savez ce que c'est le SIAO : c'est un logiciel, un dispositif, et le but c'est de trouver aux personnes des hébergements sur une longue durée. Cela peut être des CHRS, des hôtels pour une durée indéterminée. C'est un petit logiciel à renseigner et donc généralement, voilà, est-ce que SOLIPAM peut le faire, vu qu'ils rencontrent les patientes ? Il faut un référent social pour faire la demande. Moi, je me pose la question : est-ce que SOLIPAM quand ils rencontrent les patientes peuvent faire cette fameuse demande de SIAO ? Ou est-ce qu'il faut obligatoirement...C'est pas clair... »

Vous avez déjà assisté à une réunion avec l'équipe de SOLIPAM ?

« On avait rencontré, il y a longtemps l'assistante sociale qui n'est plus la même, et qui nous avait dit à l'époque « nous, on est une coordination, on a les patientes au téléphone, notre but c'est juste de rapprocher les femmes des hôpitaux pour le suivi." A nous assistantes sociales de maternité, on nous demande souvent... aussi parce-que le SIAO, il a aussi ce rôle. Par exemple, une patiente a une pathologie, il faut à tout prix, au niveau de sa pathologie, il faut qu'elle soit suivie par exemple ici. Le SIAO doit permettre de rapprocher la patiente de la maternité. Moi, c'est comme cela que je fais. Je ne fais pas forcément appel à SOLIPAM. Alors...voilà. »

Les actions s'entrecroisent...

« On nous dit « faites appel au SIAO » mais moi je me dis pourquoi on ne fait pas appel à SOLIPAM ? »

Oui..

« J'ai l'impression que les professionnels ne sont pas forcément satisfaits de SOLIPAM. Je pense qu'on n'est dans le flou, qu'on est pas au fait...voilà. »

Le réseau pourtant a maintenant une antériorité?

« J'avais reçu cette plaquette quand on avait rencontré...ça devait être en 2012-2013. On avait rencontré SOLIPAM. La nouvelle assistante sociale, j'ai l'impression qu'elle rencontre les patientes parce-que je l'ai eu au téléphone . Elle a l'air de faire plus de choses que ce qui est prévu. »

Elle a un bureau, un lieu d'accueil ?

Annexe 4 : Retranscription entretien B

« Apparemment oui. Donc, je pense que ce qui serait bien, ce serait que SOLIPAM clarifie un peu leurs interventions. Est-ce que c'est purement de la coordination ou est-ce qu'ils sont référent social ? Parce-que c'est pas clair. »

Il y a une sage-femme...

« Oui, enfin moi je travaille surtout avec l'assistante sociale, qui est pas mal. Mais voilà concrètement ...Une fois elle m'avait dit... On avait une situation. Je lui avais dit voilà : « border c'est très compliqué, il faut prioriser, on ne peut pas toujours..." Elle m'avait reproché de ne pas l'avoir informée de l'accouchement de cette dame. On ne l'avait pas fait car on était débordé. C'est ce que je lui avais expliqué. Elle m'avait dit « dans ce genre de cas, n'hésitez pas, contactez-nous. Quand vous êtes débordée comme ça, orientez-nous les patientes. » Avec une fiche de liaison, pas n'importe comment...parce qu'il y a un protocole et qu'il faut le respecter, ce qui est normal. Voilà est-ce que maintenant ils ne commencent pas à déborder de leurs missions ? »

Peut-être à les faire évoluer ?

« A les faire évoluer, j'ai cette sensation-là. »

En fait, toute l'île de France est concernée ?

« Toute l'IDF, il me semble...Paris...Après je ne sais pas...Je pense, enfin je ne sais pas si c'est les mêmes... c'est pas clair. Il y a SOLIPAM Paris, et je ne sais pas exactement, concrètement...C'est eux qui vous expliqueront mieux...Par rapport au fait qu'ils travaillent avec [un autre département]...Ce que je sais, c'est que l'assistante sociale avec qui j'ai des liens m'orientent des patientes pour [mon département]. C'est peut être sectorisé, je ne sais pas.... »

Avez-vous des liens avec les professionnels des autres maternités ?

« Non, pas spécialement. On les a de manière ponctuelle sur certaines situations. Si on a une patiente qui a été suivie ailleurs, par exemple, à Montfermeil et qu'elle a accouché ici. On va se mettre en relation si nécessaire...Voilà... »

Il y a des réunions au niveau du réseau de périnatalité ?

« Il y a des réunions, j'avoue que je n'ai pas trop le temps d'y aller mais je sais que parfois, ils nous envoient des mails en nous disant voilà : « Il y a une rencontre avec SOLIPAM, telle date...", voilà mais j'ai pas le temps de...On n'a pas le temps de s'y rendre mais il faudrait qu'un jour j'y aille, voir un peu, exactement...Il faudrait qu'ils soient beaucoup plus clairs sur leurs interventions parce-que, c'est vrai, on ne sait pas trop si c'est que de la coordination ou siAprès peut-être que cela a été dit aux autres réunions ?... Mais je n'ai pas eu d'écho pour ça. »

Je connaissais l'existence des réseaux de périnatalité mais je ne connaissais pas SOLIPAM...

« Enfin SOLIPAM suit spécifiquement les femmes enceintes précaires. Mais, quand on nous dit "faites appel au SIAO pour rapprocher une patiente sur l'hôpital ", pourquoi on ne peut pas directement faire appel à SOLIPAM ? Et que SOLIPAM passe par le SIAO car c'est le SIAO qui gère tout ce qui est hébergement »

Sans forcément...

« Sans forcément multiplier les partenaires...Parce-que, c'est vrai, on a des patientes suivies à SOLIPAM, vous la voyez pour faire le SIAO...Il y a une assistante sociale à SOLIPAM...Elle, elle peut le faire. Enfin je ne la remets pas en cause... »

Vous ressentez un manque de précisions?

« C'est ça. En quoi... Après je pense qu'elle fait les choses mais bien clarifier... Si j'ai une patiente qui me dit « je suis au 115 et je vis à [...] alors que je suis suivie à [...], est-ce qu'il faut forcément le faire, enfin, la patiente me dit « rapprochez-moi de [...] ». C'est compliqué de rapprocher les patientes des hôpitaux. C'est plus simple de leur trouver un hôpital plus proche de leur hôtel que de leur trouver un hôtel plus proche de l'hôpital »

Je comprends...

« Parfois il y a des patientes, comme la dernière fois, une patiente me dit mon hôtel est à [...], je voudrais accoucher ici, oui mais moi je ne peux pas faire grand-chose... Il y a plein d'hôpitaux entre [...] et [...]... »

Elles motivent leur demande ?

« J'ai fait mon suivi ici, j'aime bien." Et ce que disent aussi les patientes : « comme je n'ai pas de papiers, on m'a dit de venir ici ». Ça, c'est autre chose, mais c'est vrai que entre [...] et [...], il y a plusieurs hôpitaux sur la route... Et cette dame a malgré tout accouché ici. »

D'accord...

« C'est vrai que c'est plus simple de trouver...et je pense que ça peut être le rôle de SOLIPAM de trouver...C'est un peu leur rôle... Enfin voilà, une patiente, au moment où elle est stabilisée, les hôtels, ça peut être pour une semaine, 10 jours, 3 mois. Enfin, en général, une femme enceinte est prioritaire pour une stabilisation sur les hôtels. Par exemple, la patiente est basée à Meaux, c'est SOLIPAM qui doit trouver l'hôpital le plus proche et faire un signalement pour dire cette patiente est à [...] »

D'emblée ce n'est pas avec l'hôpital de [...]... ?

« Non, à moins qu'elle se présente directement à [...]...Mais aussi la patiente ne va pas vouloir forcément accoucher dans la maternité qu'on lui propose... Un petit peu capricieuse parfois. « J'ai commencé mon suivi ici... » Il n'y a pas forcément de raison médicale qui motive l'accouchement dans une maternité comme ici. L'hôpital est spécialisé dans la drépanocytose, du coup, cela peut être un motif. C'est logique. Mais la patiente de [...], c'était une patiente lambda. Il n'y avait pas de complication pour sa grossesse ; elle pouvait être suivie partout. »

La question de l'hébergement est un véritable problème.

« Oui. La patiente de [...] doit prendre plusieurs transports en commun avant d'arriver à [...]...Voilà... Elle a réussi, elle a accouché ici ! Donc... »

Ceci complique les choses....

« Elle me disait voilà, moi je suis sans papiers..., sans couverture sociale, mais à [...], il y a aussi des assistantes sociales... C'est un hôpital public... Elle peut... c'est pour elle... Après moi si ça ne la dérange pas...de subir 3 heures de transport ! Ça peut influencer sur son état de santé aussi. Dans tous les cas, le 115, ils sont tellement débordés, que cette dame retournera à [...], ils ne vont pas lui trouver un hôtel juste à côté de l'hôpital à [...]. Il n'y a pas de place. »

Le manque de places d'hébergement est un vrai problème?

« Oui, moi j'ai une patiente qui est là depuis 1 mois car on n'arrive pas à lui trouver une place avec le 115. Elle est hospitalisée en maternité, en suites de couches. On n'arrive pas à trouver de place. C'est vrai qu'au niveau de la protection de l'enfance, on ne peut pas dire, sortez avec votre bébé, allez dormir dehors ! On ne peut pas faire ça. »

C'est un vrai problème...

Annexe 4 : Retranscription entretien B

« C'est très compliqué, et on en a de plus en plus. Beaucoup de réfugiés. C'est de plus en plus fréquent. On a beaucoup de syriens, des familles d'Afrique subsaharienne...Des personnes d'Asie...du Bangladesh, du Sri Lanka...On en a énormément. C'est de plus en plus fréquent. Cette semaine, j'ai 4 « 115 » hospitalisées en suites de couches. Et on est 3 assistantes sociales en maternité... »

Il s'agit de loger la maman et le bébé mais aussi la famille ?

« En effet, la dame qui est là depuis 1 mois, l'hébergement est pour un couple et 2 enfants. Pourtant, ce n'est pas une grosse composition familiale. Généralement, moi j'en ai déjà eu, on leur trouve facilement un hôtel mais là c'est tellement ..., c'est la fin de la trêve hivernale, c'est une très mauvaise période pour le 115. Ca fait presque 1 mois, et il n'y a que 4 personnes à loger...On a vu pire ! Par exemple, on avait une famille de 6 enfants et 2 adultes à héberger ; ça a pris 1 mois et demi, 2 mois pour leur trouver quelque chose. Mais bon ils étaient 8 ! Là, ils ne sont que 4... »

Pour les enfants, vivre ainsi, ce n'est pas facile. Et la scolarisation ?

« La scolarisation, c'est compliqué. Ils changent d'hôtel plusieurs fois, et il faut une attestation de domiciliation pour être scolarisé. Le [département] a des hôtels un peu partout et hors aussi du [département]. Une personne qui appelle le 115 du [département] peut se retrouver dans [un autre département]... Là, c'est compliqué de scolariser son enfant. »

Oui...

« SOLIPAM n'intervient que sur le suivi de grossesse. Après 3 mois, ils arrêtent le suivi. Avec toutes les patientes que l'on a, tout le monde est débordé. Mais après, c'est le SIAO je pense qui ...Par exemple, une patiente peut être hébergée chez une compatriote, de la famille, et après l'accouchement ce n'est plus possible. Je vois parfois avec le SIAO pour trouver quelque chose pas très loin de l'école s'il y a un enfant scolarisé. Dans l'idéal, près de l'école... Pour que les personnes puissent accéder au 115, il faut que le SIAO soit fait, et trouver le référent social. Déjà, quand à l'hôpital, on a 4 « 115 » à s'occuper, c'est compliqué de s'occuper de ceux qui ne le sont pas ! On travaille aussi avec un accueil de jour qui reçoit uniquement les femmes et les enfants ; ça m'arrive aussi d'orienter des couples. Il y a des travailleurs de jour qui peuvent les aider justement à accéder au 115. Elles peuvent se restaurer, se laver...laver le linge...Mais ils nous ont dit stop ; quand vous nous adressé des personnes, appelez-nous... On a trop de monde. On n'arrive pas à faire face... A [...], on a presque 5000 accouchements par an avec un tiers des femmes en situation précaire. Enfin, on prend les plus précaires ... »

D'où l'intérêt de bien se coordonner et de travailler en réseau?

« Oui, mais il faut clarifier. Dans quels cas les appeler ? Peuvent-ils être référents sociaux ? Est-ce seulement un travail de coordination ? Dans ce cas-là... Enfin, l'assistante sociale fait aussi ce qu'elle peut. »

Cet entretien est terminé. Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à nos questions.

Date : 05/05/2017 à 9h30	Intervenants: Alexandra Andro-Melin Gabrielle Brunet de la Charie
Personne interrogée : Travailleur Social	Etablissement : Maternité

EHESP : Est-ce que vous pouvez nous expliquer ce que vous avez compris vous en tant que travailleur social de ce réseau est ce à quoi il vous sert aujourd'hui ?

TS : « Alors moi je suis assistante sociale en maternité. En région parisienne que vous connaissez, il y a énormément de patientes en précarité. Notamment on a une grande population, une grande majorité ici de patientes sans papiers, sans revenus, SDF. Donc c'est vraiment la précarité globale : des personnes isolées souvent qui ne parlent pas français, qui n'ont aucune démarque, qui arrivent de pays prêtes à accoucher, c'est assez fréquent. Donc SOLIPAM, moi je les connais parce qu'on a une ancienne sage-femme de chez nous à l'hôpital de [...] qui est partie là-bas [...] et puis j'ai eu affaire à SOLIPAM il y a quelques années parce que je suis allée à leur réunion d'information aux colloques donc je connais SOLIPAM depuis plusieurs années, je travaille en maternité depuis 20 ans, donc j'ai des contacts assez fréquents avec tout organisme. C'est dans les deux sens c'est aussi les collègues, enfin les collègues : il y a trois AS, oui trois assistantes sociales et trois sages-femmes coordinatrices. Donc elles me signalent des situations parce que c'est une population en mouvance. Un moment donné les personnes sont sur Paris, elles viennent dans les Yvelines parce qu'elles se font changer d'hôtel, donc elles me signalent ces situations parce que le suivi de grossesse se fait par exemple sur [...]. Moi je leur renvoie aussi des situations quand on est vraiment dans la panade, et qu'on n'a aucune solution, on ne sait pas trop ce que l'on va faire et elles permettent d'avoir un suivi des personnes, elles ont un réseau au niveau des connaissances sur toute l'Île-de-France que je n'ai pas, moi je suis plus limitée à mon département. Donc c'est vraiment un travail d'échanges dans les deux sens. »

Qu'est-ce que vous leur demandez principalement ?

« Alors, par exemple récemment ça a été des confirmations d'hébergement pour le 115 parce que ... concrètement sur Paris, le 115 n'a plus de place et oriente pas mal les personnes dans les hôtels [du département] et pour joindre le 115 de Paris, moi j'ai un numéro partenaire pour le 115 [du département] mais pas pour Paris. Donc en passant par quelques collègues de SOLIPAM, elles, elles arrivent plus facilement à faciliter la connexion, on va dire avec le 115 pour que moi, je sois sûre d'avoir une place à la sortie parce que bien sûr ces patientes, elles ne sortent pas de maternité si elles n'ont pas de place. On ne va pas les laisser sortir pour être sans hébergement. »

D'accord, pas de sortie si...

« Ah non, dans toutes les maternités c'est comme ça. Pour aussi assurer une rotation au niveau des lits parce qu'on a deux services de maternité ici on est à niveau trois donc on a énormément d'accouchements, on en a 4500 à peu près par an et beaucoup de situations comme ça : la semaine dernière on avait quatre patientes au 115 donc pour gérer tout le quotidien, enfin les patientes quand elles sortent il faut aussi voir la nourriture, les relais PMI, le transport : il y a tout à organiser, ce n'est pas qu'une place en hôtel. Donc il y a vraiment beaucoup de relais à prendre au niveau des organismes, des partenaires, donc je les sollicite

quand je n'arrive plus à trouver de solutions ou alors parce qu'elles connaissent déjà la patiente. »

Vous vous avez votre propre réseau ?

« Alors depuis les années où je travaille ici effectivement je travaille énormément avec les acteurs de PMI, les sages-femmes de PMI. SOLIPAM ce n'est pas tous les jours, bien sûr, c'est au cas par cas. La semaine dernière ça a été pas mal parce qu'on avait plusieurs patientes en grande précarité et qui donc n'avaient pas d'hébergement mais je peux être plusieurs semaines sans les solliciter. »

Vous appelez SOLIPAM quand vous n'avez plus de solution en fait ?

« Oui ou pour un conseil quand je suis perdue. On a des mamans par exemple qui ne parlent pas français et qui débarquent de l'avion et qui se retrouvent ici un peu par hasard donc aussi pour savoir un peu si elles connaîtraient... parce qu'il y a pas mal de personnes qui sont inscrites dans le réseau SOLIPAM. Elles arrivent à nous informer ou passer le relais sur l'hôpital de Paris qui a vu la patiente auparavant. En fait c'est un facilitateur de connexion entre les différents réseaux. Parce qu'on a des mamans qui sont parachutées ici parce que le 115 les a envoyées vers un hôtel proche de [...] et pour avoir la personne référente auparavant je passe par SOLIPAM si vraiment la patiente n'a pas de moyen de transmettre les infos. »

Donc c'est vous qui continuez à garder le contact jusqu'aux trois mois de l'enfant?

« Alors moi, non. Une fois qu'elles ont accouché, SOLIPAM, eux, continuent je pense avec la PMI, je n'ai pas de retour. Ou alors quand l'enfant est ré-hospitalisé. Moi mon rôle ici c'est les suivis de grossesse, quelques fois dès le départ, ça dépend quand la situation est signalée: soit par les sages-femmes de PMI, soit par les consultations ici, soit par les médecins, ou les patientes viennent d'elle-même, ou effectivement ça peut être SOLIPAM. C'est tout intervenant dans le suivi de grossesse. Ça peut être aussi une AS de secteur, un médecin de clinique, ou une patiente elle-même ou une famille. Voilà, donc le suivi il se fait surtout pendant le suivi de grossesse. Au niveau social, cela peut être six mois voire plus. Une fois qu'elles ont accouché, le travail a déjà été fait en amont en général sauf quand on n'en découvre si elles ne sont pas suivies chez nous. En théorie, moi je n'ai plus à intervenir quand elles ont quitté la maternité. Ça arrive de revoir les patientes pour les factures, les papiers, les certificats ou autre, il y en a certaines qui ne reviennent pas ici. Mais en théorie une fois que la personne a accouché, qu'il n'y a plus de liens avec la maternité je n'ai plus à intervenir. Je passe le relais aux services sociaux de secteur, surtout aux PMI parce que les services sociaux de secteur n'interviennent pas forcément, surtout quand il n'y a pas de papiers. »

En maternité, elles peuvent revenir jusqu'à dans les huit jours après la sortie ?

« Oui, s'il y a un besoin médical. Par exemple, on a des mamans de temps en temps qui sont à l'hôtel, qui ont eu une césarienne, et j'ai remarqué que les conditions d'hygiène alimentaire ou autre font que de temps en temps il y a des infections. Donc elles reviennent aux urgences, je les revois. Il y a tout un dispositif avec la PASS (permanence d'accès aux soins) pour les plus démunis, que vous devez connaître. Tout hôpital se doit d'avoir une PASS dans ses locaux qui permet d'avoir les médicaments gratuits. Donc par exemple, pour une patiente qui a accouché et qui revient pour une infection aux urgences là on va me solliciter pour que j'intervienne dans le cadre de la PASS pour faire une fiche navette pour qu'elle ait les médicaments gratuits. Ça c'est assez fréquent. Parce qu'il y a aussi un lien quand même entre précarité et grossesse patho. Le fait qu'elle soit en grande précarité et qu'elles ne savent pas où se diriger,

elles attendent souvent pour accéder aux soins, ça majore l'état de santé. Donc ça c'est assez fréquent. »

Quelles sont vos attentes vis-à-vis de SOLIPAM ?

« SOLIPAM pour moi c'est un réseau d'aide pour les femmes mais aussi pour les professionnels. »

Oui mais vous attendez quoi précisément?

« La façon dont ça fonctionne, moi, me satisfait. Alors c'est vrai qu'on aimerait peut-être plus avoir des propositions d'hébergement, parce que c'est l'hébergement qui coince quand même beaucoup. C'est quand même des collègues qui m'aident quand moi je suis en difficulté et ça me satisfait pour le moment. »

Il y a toujours une solution

« Alors non quelques fois on attend un peu en maternité si on n'a pas de solution, puisqu'on ne peut pas les faire sortir. »

Et on attend combien de temps?

« C'est de l'ordre de un ou deux jours, ce n'est pas beaucoup plus. Mais c'est quand même quelques fois gênant quand on a un rush en maternité. On essaie d'anticiper, c'est pour ça que je préfère voir les mamans en amont, en plus au niveau service social c'est beaucoup plus intéressant de voir une patiente pendant des mois pour préparer quelque chose. Moi je vais tous les jours en maternité, donc dès qu'on a une situation de précarité, d'absence d'hébergement ou autre, ça peut être une femme battue ou des cas en grande difficulté sur tous les niveaux, ça peut être financier ou autre, psychologique, psychiatrique, moi je suis avertie assez rapidement et pas à la fin du séjour. Il est important de nous avertir dès le début, le 115 moi je les sollicite avant, je n'attends pas le jour de la sortie ou la veille même si le 115 ne réserve pas, les situations prioritaires pour le 115 en tout cas dans les Yvelines, c'est les femmes seules avec enfants (nouveau-nés, dans une maternité) et les femmes victimes de violences. »

C'est une priorité nationale?

« Donc systématiquement une femme qui sort de maternité, elle est prioritaire, voilà. Quelques fois il n'y a quand même pas de place, parce qu'il n'y a pas de sortie, parce qu'il y a des périodes de l'année où il y a moins de places que d'autres hein, quand c'est l'hiver, quand il fait très froid là il y a des lits en plus. Il y a des périodes de l'année, l'été, où c'est catastrophique. Donc on anticipe au maximum. Et puis quelques fois on n'a rien. Je vois, c'est SOLIPAM un jour qui m'avais orientée vers une association de... je ne sais plus comment ça s'appelait ... un local tenu par des sœurs sur Paris où on a envoyé une maman parce qu'on avait aucune solution. Voilà, c'est un peu des fois du bricolage, parce qu'on a rien mais il faut trouver une solution, parce qu'il y a les accouchées et la personne ne peut pas rester à l'hôpital, on est à 1110 € par jour donc voilà il faut faire au mieux. »

Cela fait longtemps que vous travaillez avec SOLIPAM ?

« Alors SOLIPAM, je l'ai connu par le biais d'une collègue je pense sur Paris, cela fait peut-être... je ne sais pas... sept, huit ans, peut-être plus. Je ne sais pas depuis combien de temps ça existe mais... »

Vous avez une bonne visibilité de leur rôle, des outils qu'ils proposent et ça tourne bien ?

« En fait, moi je les appelle dès que je suis coincée et que je vois que, voilà, j'ai du mal quoi. Mais eux m'envoient aussi du monde. On a à faire à une population qui est en mouvance, qui

Annexe 5 : Retranscription entretien C

bouge pas mal, donc on est des mamans qui commencent leur suivie de grossesse dans [un autre département], qui vont continuer à Paris et qui vont terminer [...]ou le contraire. Parce que le 115 fait que les chambres, ça tourne et elles ne sont pas toujours au même endroit. Elles sont en plus assez déstabilisées de se retrouver dans un endroit qu'elles ne connaissent pas, donc il faut tout reprendre... donc il y a pas mal de liens avec mes collègues ou de Necker, ou de Bichât ou de ... »

Vous avez développé déjà entre vous un grand réseau...

« Au fur et à mesure des années, au fur et à mesure des situations, dans [le département] oui, et puis maintenant je trouve que sur Paris c'est quand même plus fréquent d'avoir des liens avec les collègues, parce qu'on a justement des personnes en instabilité au niveau du logement. »

Qu'est-ce qui vous empêcherait de fonctionner sans SOLIPAM ?

« Qu'est-ce qui m'empêcherait ? C'est-à-dire qu'est-ce qui ferait obstacle pour que je ne les appelle pas ? »

Si jamais ce réseau n'existait pas, comment feriez-vous ?

« En fait, j'appellerai je pense directement les collègues dans les hôpitaux sur Paris. Auparavant, cela n'existait pas, on n'avait beaucoup moins de patientes sur Paris même. En fait, je pense que je prendrai beaucoup de temps à joindre les différents collègues, parce que des fois on va un peu à tâtons quand on a une situation d'une patiente qui arrive, qui a été retrouvée, je ne sais pas... on a par exemple des situations vraiment catastrophiques, des mamans que l'on a retrouvées dans une gare, récupérées par quelqu'un qui passait, on nous l'amène aux urgences, on ne sait pas d'où elle vient, elle a été suivie dans un hôpital mais elle ne sait pas lequel parce qu'elle a débarqué avant de l'avion... Donc dans ces cas-là, on téléphone un peu aux alentours au niveau des hôpitaux. Donc au niveau temps, je pense que cela serait plus compliqué, je galèrerais c'est sûr pour trouver les personnes référentes. Mais cela arrive de temps en temps que SOLIPAM ne la connaisse pas et dans ces cas-là on va à tâtons. Parce qu'on a des patientes qui arrivent et qui n'ont pas d'infos précises à nous donner, on voit qu'elles ont été en différentes structures, mais on ne sait pas lesquelles, elles ne savent pas dans quelle ville elles étaient. Voilà, c'est très compliqué parfois. Ça n'arrive pas tous les jours mais ça peut prendre beaucoup de temps. »

SOLIPAM a un référent, il me semble dans les hôpitaux?

« Alors chez nous, non. »

Chez vous, non ?

« Je ne crois pas, je ne sais pas ça. Je ne peux pas vous répondre. »

Vous êtes la seule à utiliser le réseau ?

« Alors les cadres sages-femmes appellent aussi, parce qu'il y a trois sages-femmes coordinatrices auxquelles moi j'ai moins à faire, j'ai plus à faire aux trois A.S. Il y a [...]que je connais parce qu'elle faisait des consultations ici, que j'appelle de temps en temps aussi, mais les cadres de maternité, que ce soit les consultes ou les cadres d'hospi elles appellent aussi. Voilà, il y a peut-être un référent SOLIPAM dans l'hôpital mais bon ça je l'ignore, je n'en ai pas entendu parler, je ne suis pas sûre. »

Qu'est que SOLIPAM pourrait faire de plus ?

Annexe 5 : Retranscription entretien C

« Alors, quelques fois elles ne sont pas très facilement joignables. Moi je fais des horaires assez... longs, on va dire. On a eu un souci il n'y a pas très longtemps, il était 16 heures et c'est vrai que j'ai eu du mal à joindre les collègues, au niveau des horaires. »

Il n'y a pas de garde...

« Alors, c'était la veille d'un pont ou je ne sais plus quoi et c'était compliqué. Parce qu'on a aussi des familles qui sont relativement exigeantes. Les gens ont du mal à supporter d'être changés d'hôtel. On a eu une famille qui était [d'un autre département], connue par SOLIPAM. Elle a été changée d'hôtel deux - trois mois avant l'accouchement. Il y avait une enfant ado qui continuait à aller sur [ville N] au collège, et la famille en fait s'est beaucoup plu à [...]. Elle a constitué son réseau avec les associations existantes. Et au moment de la naissance, moi je rappelle SOLIPAM en disant voilà, c'est bon, est-ce qu'elle retourne à l'hôtel ? Et pour arranger tout le monde, SOLIPAM avait dit : "ben non, en fait, comme la famille demandait à être rapprochée du collège de la grande, la famille maintenant a un hôtel à côté du collège. Sauf que la maman en question, elle s'était très bien plu à [...], elle a refusé de quitter la maternité parce qu'elle voulait garder le même hôtel. Voilà. Et il était 15 heures ou 16 heures et c'était la veille de ... je ne sais pas quoi, un jour férié. Impossible de les rappeler. Elle m'avait envoyé un mail en disant c'est bon il y a une place dans tel hôtel. Moi je transmets cela à la patiente qui se met à crier en disant "non ! je reste ici". Et puis le temps passait, 17 heures. Voilà, on essaye de négocier. Moi je dis "bon, vous avez une place, moi je ne peux pas faire plus". Donc c'est la famille qui elle-même a négocié avec le 115, sauf que, je ne sais pas si vous avez déjà eu l'occasion d'appeler le 115 de Paris, vous pouvez rester 1h -2 heures à attendre. Et même moi, j'ai un numéro partenaire, mais un moment donné on a en boucle la musique.

Donc ce jour-là, j'ai été en difficulté parce que je ne pouvais plus joindre personne. Le 115 ce n'était pas possible. Et puis aussi dans le service la famille elle a une solution, elle n'est pas à la rue, l'heure passait, et puis finalement ils ont réussi à négocier avec le 115 pour rester un peu plus sur [...] Mais là après moi ça me dépasse. Et puis on a d'autres situations, parce que cela prend beaucoup de temps une situation comme ça alors qu'il y en a d'autres, il y a deux services de maternité, moi je travaille aussi aux urgences mater, je travaille en GHR grossesse patho et aussi l'unité kangourou. Donc j'ai six services. Je ne peux pas mobiliser une journée entière pour une situation alors qu'il y a aussi d'autres patientes »

Bien sûr.

« Donc ce jour-là, j'étais un peu coincée parce que, voilà, la collègue en question était partie.

Oui, il n'y a pas de permanence en fait.

« Alors, oui, après une certaine heure le vendredi - c'est souvent le vendredi qu'on a des urgences, le vendredi à 16h. On a le réseau MIPA que vous connaissez peut être, une collègue sage-femme du réseau MIPA m'a dit "écoute, j'ai travaillé avec SOLIPAM, à cette heure-là tu n'auras personne. Et c'est vrai que quand j'ai appelé vers 15h30-16h, voilà. Donc on a fait comme on a pu. »

S'il y avait des choses à améliorer, ce serait effectivement de pouvoir les joindre...

« Peut-être oui, une permanence téléphonique pour avoir une orientation à des moments donnés. Parce que l'hôpital, c'est ça, il n'y a pas forcément d'horaires. Moi je sais quand je commence, mais le soir... j'ai du mal à respecter mes horaires parce qu'il y a souvent des soucis comme ça. Pas toujours, mais ça peut arriver, et souvent le vendredi, souvent la veille

d'un pont ou voilà. Il y a aussi l'angoisse qui monte hein. On voit ça à Noël où les gens arrivent en catastrophe, ils n'ont rien à manger. C'est tout le concret si vous voulez d'organiser une sortie. »

Le principal obstacle pour vous aujourd'hui pour régler les situations en général c'est essentiellement la problématique de logement ?

« Oui, d'hébergement. Parce que c'est des personnes qui n'ont pas accès à des logements classiques parce qu'elles n'ont pas de travail ou pas de situation. On a aussi le souci des patientes qui sont victimes de violences parce que là il faut trouver une solution en urgence, souvent le 115 y répond mais bon on les héberge quand même sous protection ici. Et c'est vrai que le principal souci, c'est quand même effectivement l'hébergement et puis les patientes alors qui sont dans un autre profil, qui ne sont pas forcément sans papier mais les personnes qui sont... limitées au niveau de la prise en charge maternelle. Les mamans qui ne sont pas ... comment dire ... candidates pour un placement de l'enfant mais qui sont vraiment à étayer au maximum, vous voyez. Des mamans qui ne prennent pas forcément d'initiative, qui s'occupent de l'enfant si on leur dit. Enfin, peut-être un peu limitées ou qui ont un parcours difficile ou un précédent lourd qui font que c'est limite. Donc les structures .. je ne sais pas si vous connaissez les unités mère-enfant. Je travaille beaucoup avec le [...], j'y suis allée encore la semaine dernière. Donc heureusement qu'il existe le [...]. Donc voilà on est quelques fois en difficultés par rapport à des mamans qui ont ce profil parce qu'il y a besoin d'un étayage. Je travaille beaucoup avec la PMI, la PMI ne peut pas être constamment au domicile, à surveiller pour donner des conseils. Donc une partie des patientes que moi je suis au [...] soit en pré soit en post-natal ou les deux. Et puis il y a aussi des mamans qui présentent un profil un peu psychiatrique. Là c'est encore plus difficile de trouver des structures. Elles sont limitées, elles ne sont pas trop mal mais elles sont limitées pour aller en structures classiques. Donc il y a l'unité mère-enfant à [maternité M], il y a [hôpital] aussi, mais c'est difficile d'avoir des places et là cela pose problème. »

EHESP : Donc c'est dès qu'on est un peu dans la pathologie quoi.

« Oui, oui, si vous voulez un peu limitées je dirai. Donc c'est des situations qui nous prennent beaucoup de temps en réunion de synthèse. Là je suis allée deux fois au [...] pour ce genre de patiente parce que quelques fois, elles ne retournent pas en postnatal parce que des fois c'est quand même lourd à gérer. Et puis, on a beaucoup de naissances multiples, de jumeaux et de triplets là récemment. Donc au [...] je ne sais pas si vous vous souvenez, ils ont droit à 23 berceaux. Quelques fois on dépasse un peu parce qu'avec les naissances multiples... Donc voilà, c'est la suite qui est difficile à organiser donc plus on s'y prend tôt et mieux c'est. Mais on a aussi des mamans qui passent au travers des filets : qui n'étaient pas du tout suivies ici et qui se retrouvent à accoucher là parce qu'elles se trouvaient à ce moment-là par ici où il faut organiser. On prend la situation au moment où on la découvre, en maternité. Bon c'est plus rare. »

Vous avez des liens directs avec le 115 ?

« Oui, moi j'ai la ligne partenaire sur l'Île-de-France. »

Le 115 [dans le département], c'est [ville A] ?

« Non ils sont sur [ville B] je pense. Oui. Il y a trois assistantes sociales au 115. Donc en fait dans la problématique de sortie, il y a cette recherche d'hébergement mais il y a aussi : comment la personne va se déplacer, comment elle va s'alimenter, comment l'enfant va être

Annexe 5 : Retranscription entretien C

suivi donc il faut coordonner tout vous voyez. Donc la place à l'hôtel à la limite bon, c'est un peu difficile mais ça se fait. Après il faut voir comment elle se déplace. On a eu hier une maman qui est sortie de chez nous qui ne parle pas un mot de français, qui est en France depuis le 26 avril, c'était tout récent et elle allait dans un hôtel à M... donc à une dizaine ou une quinzaine de kilomètres d'ici sans aucune possibilité de s'y rendre en transport. Donc heureusement on a négocié avec le service social de secteur pour qu'ils viennent la chercher. Quelques fois je fais appel à des bénévoles, enfin, c'est au cas par cas. »

Oui en fait c'est quand même vous qui vous occupez de mettre en lien les différentes personnes. C'est-à-dire que vous avez une femme qui accouche, qui va sortir, vous contactez le secteur et derrière vous lancez le suivi ?

« Oui. Voilà »

Ce n'est pas SOLIPAM qui le fait ?

« Alors SOLIPAM eux ils restent les référents pour après. Quand la patiente est connue, moi je n'interviens plus une fois qu'elle est sortie. Eux ils sont les collègues qui connaissent la situation et qui vont mettre en lien les différents acteurs. Moi je n'interviendrai plus. Ils savent que moi j'interviens dans le suivi de grossesse et pendant l'hospi, après c'est terminé. »

D'accord.

« Au niveau santé par contre, je ne fais pas le lien. Ce sont les coordinatrices de maternité qui font le relai PMI. Parce qu'il y a des informations médicales à transmettre donc moi je ne peux pas donner des infos là-dessus. Mais par contre je peux faire un écrit pour les restos du cœur bébé, pour les colis alimentaires voilà, tout ce qui est du quotidien. Quand elle sort, il faut aussi qu'elle ne manque de rien. Quand ce sont des mamans qui allaitent, il faut qu'elles puissent s'alimenter, on essaye en sortie de les inciter à allaiter. Il y a tout à organiser. Moi j'ai une réserve ici de vêtements, on donne des couches, voilà. C'est du concret, c'est du matériel. »

Au niveau des améliorations qu'on pourrait apporter à SOLIPAM, vous avez parlé des horaires. Mais à partir du moment où vous avez réussi à les joindre cela tourne bien ?

« Alors, on communique pas mal par mail, elles sont assez réactives pour leur réponse donc oui. Le nombre de patientes qu'elles ont à gérer fait que c'est quand même assez compliqué d'avoir le 115 en ligne ou la section famille parce que sur Paris c'est la section famille qu'on peut joindre. Donc en passant par les collègues de SOLIPAM on a une réponse quand même rapide. D'où l'intérêt aussi de travailler en amont et de ne pas attendre la date de sortie. »

D'accord. Est-ce que vous avez une bibliographie quelconque autour de SOLIPAM, des documents en interne ? Des procédures, des choses comme ça qui existent ?

« Non j'avais leur fascicule qui date maintenant. Elles avaient fait un petit flyer il y a quelques années. Je suis allée à plusieurs colloques mais je n'ai pas de documents. Vous avez sûrement le petit dépliant ? »

Non.

« Bon les noms ne sont plus valables, ça a changé. Mais ça c'est le premier que j'ai eu. Quand je les ai connus, il y avait beaucoup moins de monde. »

Est-ce qu'il y a des formations SOLIPAM qui sont organisées sur l'hôpital ?

« A l'hôpital ? Non. Elles organisent tous les ans un colloque avec un thème précis sur Paris. Non elles ne viennent pas ici, non, non. Après c'est ouvert à toutes les personnes qui peuvent participer en mater : des sages-femmes, des assistantes sociales. »

D'accord. Et au niveau des fiches de suivi qu'elles utilisent ?

« Il y a des fiches de liaison, oui. »

Vous les utilisez ?

« Finalement quand je suis dans la précipitation je fais un mail. C'est plus rapide si vous voulez je les fais de temps en temps mais concrètement je leur fais un mail ou je les appelle directement. »

Donc c'est elles qui les remplissent.

« Je suppose »

Est-ce que le numéro vert c'est un numéro qui est affiché en PMI ? Est-ce qu'on le porte à la connaissance ...

« Quel numéro vert ? »

Il y a un numéro vert pour SOLIPAM.

« Alors moi je ne l'utilise pas. Vous me l'apprenez. »

Depuis deux ans, en fait, ils ont mis en place un numéro vert pour les femmes.

« Pour les patientes ? Mais pas pour les professionnels ? »

Non, pour les patientes. Et donc elles ont la possibilité soit de téléphoner pour être accompagnées soit de se rendre directement chez SOLIPAM pour être prises en charge.

« D'accord, donc ça je ne suis pas au courant. »

Elles ont fait la communication autour du numéro vert au plus près des femmes parce que forcément c'est la cible. Tous les éléments qui sont à disposition des travailleurs sociaux on peut le retrouver quelque part ? Ou c'est uniquement votre expérience qui vous a permis de créer votre réseau ?

« C'est-à-dire au fur et à mesure des situations, on sait ce qui existe. Quand je ne sais pas parce que je ne connais pas la ville j'appelle la mairie ou le service social. Après il n'y a pas un listing non plus qui existe parce que cela change aussi beaucoup, il faudrait le mettre à jour régulièrement. Si vous vous avez besoin de savoir ce qui existe comme association caritative sur tel secteur, il faut joindre ou la mairie ou le service social de secteur. Il y a des mairies qui sont plus pourvues que d'autres, par exemple sur [...], il y a beaucoup plus d'hôtels sociaux qu'à [...]. Chaque ville a un peu son fonctionnement en fonction de son budget, en fonction de sa volonté politique aussi de faire ou pas... »

Ces hébergements j'imagine qu'ils fonctionnent avec le SIAO aussi ?

« Le SIAO, ce n'est pas des hébergements à l'hôtel, c'est plus en CHRS ou en foyer. Moi je n'y ai pas accès parce que, comme je ne fais pas de suivi à long terme, j'oriente vers les collègues de secteur. »

Cet entretien est terminé. Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à nos questions.

Annexe 6 : SWOT

Forces

- Équipe pluridisciplinaire : binôme Assistante sociale / Sage Femme
- Prise en charge globale de la mère et de son enfant (médicale et sociale)
- Visibilité : formations, colloques, annuaire en ligne, outils de coordination

Faiblesses

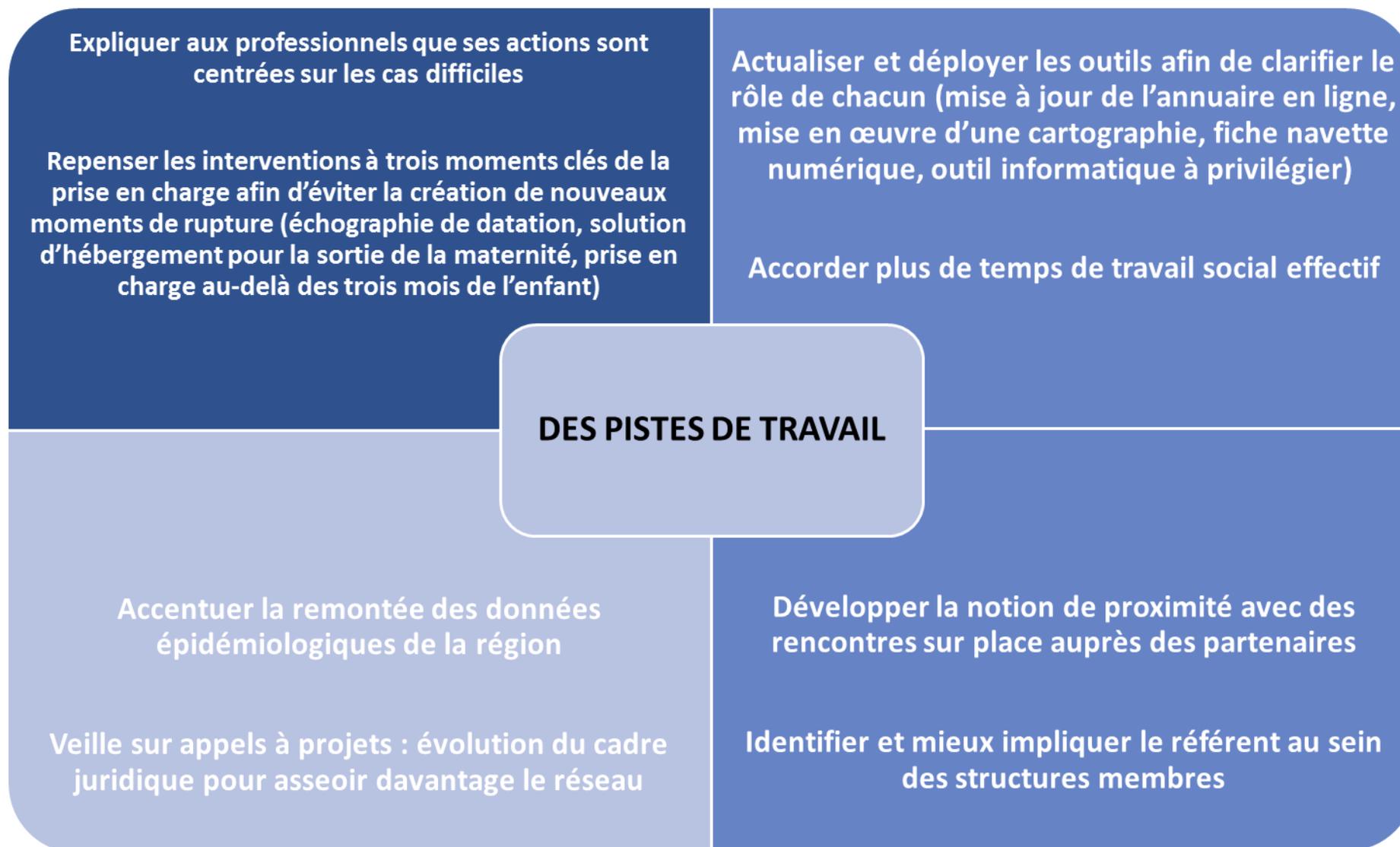
- Fragilité des liens : sollicitation du réseau du fait de relations interpersonnelles ; référent informel au sein des structures; possibilité de cloisonnement du fait de relations interprofessionnelles
- Défaut d'appropriation du réseau du fait d'une relative méconnaissance de l'offre associative
- Amplitude horaire peu satisfaisante de la permanence téléphonique

Opportunités

- Problématique des mères précaires visible auprès des pouvoirs publics
- Dynamique de régionalisation du réseau : offre un réseau élargi sur l'ensemble de la région pour les professionnels
- Rapprochement avec d'autres réseaux (certains initiés par l'autorité de tutelle)
- Diversification de ses partenaires car territoire étendu et maillage riche
- Partenaires avec de nombreuses attentes et besoins
- Facilitateur de connexions entre acteurs et usagers

Menaces

- Indicateurs socio-économiques et sanitaires inégalitaires en IDF
- Manque de places d'accompagnement sur la région
- Sentiment de concurrence entre réseaux
- Fragilité du maillage partenarial
- Manque de temps des partenaires pour s'engager davantage dans le réseau
- Mode de saisie de SOLIPAM disparate
- Ecart entre les attentes des professionnels et les services proposés





Réseau Solidarité Paris Maman

Charte du réseau

Les membres du Réseau SOLIPAM s'engagent solennellement à respecter aussi bien dans leurs relations interprofessionnelles que vis à vis des patientes, de leurs familles et de leurs proches l'ensemble des règles professionnelles et déontologiques. Ils s'engagent à respecter la dignité, l'intimité, le secret professionnel et le secret médical de façon absolue.

L'ensemble des membres du réseau s'engage à utiliser leur compétence professionnelle dans le but recherché par le réseau, à savoir permettre à la femme enceinte en situation précaire ou en risque de l'être, comme à la jeune mère et à son nourrisson de pouvoir bénéficier de soins curatifs et préventifs de même niveau que l'ensemble de la population générale.

Conformément à l'article D 766-1-4 du Code de la Santé Publique, la Charte du réseau précise les engagements des personnes physiques ou des personnes morales, notamment des associations intervenant à titre professionnel ou bénévole. Cette charte rappelle les principes éthiques du réseau.

En outre, elle précise :

1. **L'objectif du réseau** est d'améliorer la prise en charge sanitaire, obstétricale de ces femmes en aménageant la prise en charge sociale, en particulier en termes d'hébergement, en recherchant les éléments de facilitation à l'intérieur du système sanitaire pour l'accès aux soins. Cet élément est l'objet d'une évaluation régulière. Chaque membre s'engage à chercher la meilleure adaptation de sa pratique professionnelle pour atteindre les objectifs du réseau.

L'objectif du réseau est de permettre à ces femmes enceintes et à leur famille d'utiliser normalement le système de soins et le système d'aide sociale dans des conditions plus favorables d'accès et d'information. A ce titre les référentiels utilisés par chacun des professionnels sont les mêmes que ceux utilisés par la population générale. Le but de la coordination est de permettre la mise en œuvre de ces bonnes pratiques. Par exemple les règles de suivi de prévention et de soins en matière obstétricale sont celles utilisées par les équipes professionnelles dans leur cadre quotidien.

Le document d'information prévu au deuxième alinéa de l'article D 766-1-3 est également annexé à la charte du réseau.

2. **Les modalités d'accès et de sortie du réseau**

- pour les patientes: les patientes bénéficiaires du réseau sont informées à titre individuel. L'intégration se fait après évaluation par l'équipe de la coordination sur des critères formalisés et acceptation de la patiente. L'adressage initial à la coordination se fait à partir des structures sociales ou sanitaires membres et partenaires du réseau. Lorsque les critères de sortie du réseau sont réalisés, les coordinatrices réalisent un entretien de sortie de la patiente.
- pour les professionnels : les professionnels ou établissements présentent une demande d'adhésion écrite ou électronique à la cellule de coordination du réseau qui leur adressera un dossier d'adhésion comportant la plaquette de présentation du réseau, la charte du réseau, la fiche d'identité et de qualification de l'adhérent à compléter, le bulletin d'adhésion au réseau à signer. Toute demande émanant d'un établissement de santé doit être cosignée par le directeur de l'établissement et le chef du service gynécologie obstétrique. L'adhésion est confirmée par écrit par le Bureau après réception du dossier d'adhésion complet. Chaque adhérent peut demander à ne plus faire partie du réseau en adressant une lettre de démission au Bureau du réseau.

Association Solidarité Paris Maman

Siège social : 20 rue Santerre 75012 Paris. Bureaux et correspondance : 3/5 rue de Metz 75010 Paris

Contact : ☎ 01 48 24 16 28 📠 01 48 24 19 29 ✉ secretariat.solipam@laposte.net

Siret : 490 909 496 000 13 NACE : 9499 Z

1/2

Mise à jour le 30/01/09



Réseau Solidarité Paris Maman

Charte du réseau

3. **L'équipe de coordination médicale et sociale** est chargée de l'évaluation initiale d'entrée dans le réseau, de l'information liée à l'intégration de la patiente dans le réseau et du suivi des protocoles déterminés par les partenaires sanitaires, obstétricaux et sociaux en rapport avec l'objectif du réseau.
4. **Chacun des membres et des partenaires exerce ses fonctions habituelles** et fait retour à la coordination des informations concernant le bon déroulement des protocoles de suivi. Les membres et partenaires s'engagent à participer aux actions de formation, d'information et d'évaluation définies par le Comité de Pilotage.
5. **Le Bureau et le Comité de Pilotage** sont chargés de valider les orientations annuelles, en rapport avec l'objectif du réseau, d'en assurer la cohérence et l'efficacité. La mise en œuvre de ses recommandations relève d'une part de l'équipe de coordination et d'évaluation d'autre part de chacun des membres du réseau dans le cadre de leur activité professionnelle habituelle et normale.
6. **Les modalités de partage de l'information** se feront dans le respect du secret professionnel, des règles déontologiques propres à chacun des acteurs au travers du règlement intérieur.
7. **Les signataires de la Charte** s'engagent à participer à des actions de prévention, d'éducation, de soins et de suivi sanitaire et social mises en œuvre dans le cadre du réseau, en fonction de son objet, et à la démarche d'évaluation. Ils s'engagent à ne pas utiliser leur participation directe ou indirecte à l'activité du réseau à des fins de promotion et de publicité.

Le bénéfice des financements prévus à l'article D.766-1-1 est subordonné au respect de cette règle. Cette interdiction ne s'applique pas aux opérations destinées à le faire connaître des professionnels ou des patients concernés, dans le respect des règles déontologiques relatives à la publicité et à la concurrence entre confrères. Le réseau SOLIPAM remet la Charte à l'ensemble des professionnels de santé de son aire géographique qui lui en feront la demande.

R é s u m é

L'analyse de la satisfaction des professionnels parties au réseau SOLIPAM implique de mieux en comprendre les missions et le fonctionnement.

Ce réseau périnatal, crée en 2006 et d'initiative parisienne, a pour objectif d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité en favorisant la dynamique partenariale entre les autres acteurs de la périnatalité. Sa régionalisation, impulsée par l'ARS, a permis d'inclure un nombre croissant d'acteurs des secteurs médico-psycho-social, qu'ils soient institutionnels ou associatifs. Cette intégration se révèle d'autant plus complexe que le maillage territorial francilien est riche et les problématiques rencontrées par les femmes toujours plus sensibles.

Les entretiens menés auprès de ces professionnels ont permis de dresser un bilan de cette satisfaction. Si le plaidoyer sur la situation des mères précaires auprès des pouvoirs publics est apprécié de tous, un manque de lisibilité sur les missions de SOLIPAM est regretté et exige une clarification de celles-ci afin de ne privilégier un recours au réseau périnatal pour les cas les plus complexes, notamment l'errance sur plusieurs départements. L'étude des outils mis en place met en exergue une utilisation disparate et pas toujours appropriée par les professionnels pouvant susciter un sentiment de contrainte. Ces dispositifs tels que la fiche navette méritent d'être déployés numériquement pour accélérer les échanges et solutionner plus rapidement les situations. Enfin, un renforcement du rôle de SOLIPAM sur trois moments clés du parcours périnatal devrait être envisagé : la première échographie de datation, la sortie de maternité et la sortie du réseau. Cela permettrait d'éviter toute rupture de prise en charge et de limiter les dangers de la précarité sur la femme enceinte et le bébé.

Mots clés :

Réseau – Périnatalité – Précarité – Parcours – Territoire – Régionalisation – Communication
– Coordination – Partenariat – Rupture