

**PILOTER UN DISPOSITIF EXPERIMENTAL
D'HEBERGEMENT ET SOINS RESIDENTIELS EN
PERINATALITE POUR LES FEMMES ENCEINTES ET/OU
SORTANT DE MATERNITE SANS DOMICILE**

Marie Islande ROCQUES

2021

Remerciements

Le CAFDES est une aventure singulière, au long de laquelle je me suis régulièrement demandée les raisons qui m'avaient poussée à prendre pareil engagement, d'autant plus dans ce contexte sanitaire particulier, où l'urgence me semblait se situer ailleurs.

Je veux ici rendre hommage à mes camarades étudiants avec lesquels j'ai traversé ces longs mois de « *pandémie pédagogique* », même à distance, nous sommes toujours parvenus à nous soutenir les uns les autres.

Un clin d'œil tout particulier à Céline pour les fous rires et les échanges à bâtons rompus qui nous ont malgré tout permis de rester sérieuses, sans jamais nous prendre trop au sérieux.

Je veux bien sûr remercier ici mes collègues professionnels et les résidents qui ont fait preuve de patience durant mes longues absences du service.

Vos petites attentions à mon égard, votre soutien et vos mots d'encouragement ont contribué à me porter.

Un grand merci également aux collaborateurs et aux résidents du HSR-Périnat qui se sont montrés bienveillants, attentifs et impliqués afin de me permettre de récolter les données nécessaires pour penser le pilotage du dispositif.

J'espère de tout cœur que ce projet, tel que je l'ai pensé, répondra, en partie à vos attentes.

Merci à Geneviève qui a bien voulu consacrer de son temps afin de me permettre d'élaborer ma stratégie pour la mise en œuvre des ACT « Hors les murs ».

Le dispositif « Mijaos Action Santé Migrants » m'a beaucoup inspiré. Bonne route à toi, dans cette deuxième vie (au moins) qui te tend la main pour une retraite aussi riche que ta vie professionnelle.

Un grand merci à tous les collègues de l'association Aurore et aussi à ceux d'autres associations avec lesquels j'ai pu discuter pour étayer ma réflexion tout au long de mon parcours de formation.

A Marité, que je remercie pour son accompagnement sur un versant plus logistique et cela dès mon inscription à l'IRTS. Sur ce marathon, elle a toujours été au rendez-vous.

A Nicole, j'adresse un grand merci pour son soutien et ses encouragements dans l'élaboration de ce mémoire. Merci d'avoir respecté ma temporalité et mon cheminement tout le long.

Je remercie l'équipe de l'IRTS Parmentier de la filière CAFDES pour sa mobilisation et sa capacité d'adaptation dans cette période singulière ayant permis de nous mener au bout de cette sacrée aventure.

Et pour finir, merci à toi, qui a suivi le CAFDES avec moi pas à pas, qui a relu à des heures impossibles mes écrits, qui m'a toujours soutenue et encouragée même quand j'étais insupportable... Merci de ne t'être jamais plaint de mon manque de disponibilité.

Merci d'avoir accepté d'être tout simplement à mes côtés. En effet, je n'y serais jamais arrivée sans toi.

Et merci pour ce merveilleux cadeau qui prend déjà la relève du CAFDES en nous accaparant, tout en douceur.

Sommaire

Introduction	1
1 PREMIER CHAPITRE – La nécessité de piloter un dispositif expérimental d’Hébergement et Soins Résidentiels en périnatalité (HSR-Périnat) pour les femmes enceintes et/ou sortant de maternité sans domicile	5
1.1 Constat d’un nombre important de femmes enceintes et/ou sortant de maternité sans domicile.....	6
1.1.1 Les femmes enceintes et/ou sortantes de maternité dans la période périnatale sans domicile : un accroissement alarmant en région parisienne	7
1.1.2 La réalité de ce public au sein du dispositif : un nombre important de demandes dès l’ouverture	8
1.2 Des vulnérabilités cumulées des femmes sans domicile et enceintes et/ou sortant de maternité qu’il n’est pas possible d’ignorer : la périnatalité à l’épreuve de la précarité	9
1.2.1 La vie sans domicile précarise, majore les vulnérabilités et impacte la santé : éléments de définition	9
1.2.2 La grossesse n’est pas une maladie mais une période de vulnérabilité renforcée pour les futures mères	13
1.2.3 L’absence de domicile stable pendant la grossesse accroît les vulnérabilités, génère des pathologies graves, pour la future mère comme pour le nouveau-né fragilisant la parentalité	14
1.2.4 Le constat au sein du HSR-Périnat des trajectoires se caractérisant par de nombreux traumatismes avec des femmes majoritairement inscrites dans les parcours de soins.....	18
1.3 Les réajustements s’imposant à la direction au regard des profils des personnes accueillies et des besoins exprimés	20
1.3.1 L’accueil des familles et des couples : la nécessité de proposer un accompagnement global	20
1.3.2 L’absence de candidature d’un public non inscrit dans le soin.....	24
1.3.3 Le dispositif régional au regard des logiques de parcours	25
1.3.4 Le besoin exprimé par toutes les personnes interviewées autour de la nourriture	25

1.4	Conclusion de la première partie : la grossesse en situation de précarité, une réalité connue aux conséquences graves	27
2	DEUXIEME CHAPITRE – Des politiques publiques plurielles et non spécifiques au regard de la périnatalité dans un contexte de précarité liée à l’absence de chez soi.....	29
2.1	La périnatalité à l’international, en Europe et en France : tour d’horizon	29
2.1.1	Les recommandations de l’Organisation Mondiale de la santé (OMS) au regard de la santé périnatale	29
2.1.2	La périnatalité en Europe : la mise en place d’un système d’informations mesurant et analysant les indicateurs de santé périnatale	30
2.1.3	La périnatalité en France : de la Protection Maternelle Infantile (PMI) aux plans périnatalité.....	31
2.2	L’accueil des femmes enceintes et/ou sortant de maternité sans domicile : disparate et cloisonné	36
2.3	Les enjeux du pilotage du dispositif expérimental HSR-Périnat	37
2.3.1	L’enjeu pour les personnes accueillies : la qualité de l’accompagnement	38
2.3.2	L’enjeu partenarial : un partenariat élargi couvrant les besoins des personnes accueillies	38
2.3.3	L’enjeu associatif : politique et stratégique	39
2.3.4	Enjeu de management : réussite de la mise en œuvre de ce projet médico-psycho-social innovant	39
2.3.5	Enjeux financiers	40
2.4	Conclusion de la deuxième partie	41
3	TROISIEME CHAPITRE – Le dispositif expérimental HSR-Périnat : une offre plurielle et innovante pour favoriser les parcours des femmes enceintes et/ou sortant de maternité sans domicile	42
3.1	Les objectifs du dispositif HSR-Périnat	42
3.2	Le projet au regard des ressources de l’association Aurore.....	43
3.2.1	L’association Aurore : Une nouvelle organisation promouvant la transversalité et la mutualisation des compétences et des ressources	43
3.2.2	L’association Aurore : une réelle implication pour la prise en compte de la santé dans l’accompagnement des populations vulnérables dont font partie les femmes enceintes	45
3.2.3	Une expérience « Hors les murs » de l’association : « Mijaos Action Santé Migrants » en direction des centres Aurore accueillant des exilés en Ile-de-France	45

3.3	Le projet expérimental HSR-Périnat au regard des personnes accueillies	46
3.4	Le projet expérimental au regard des ressources du dispositif HSR-Périnat	48
3.5	Le projet HSR-Périnat vu sous l'angle de l'organisation et de celui de l'équipe pluridisciplinaire	49
3.5.1	Une organisation centrée sur une approche médicale en référence aux missions des LHSS.....	49
3.5.2	Une partie de l'équipe pluridisciplinaire déjà à l'œuvre malgré des difficultés de recrutement et des outils insuffisamment maîtrisés	50
3.5.3	Une problématique autour du cloisonnement du médical et du social.....	52
3.5.4	L'articulation du sanitaire et du social ou comment conjuguer le cure et le care dans un dispositif d'internat médico-social	53
3.5.5	La co-construction comme réponse managériale	56
3.6	Conclusion de la troisième partie : diagnostic stratégique.....	58
4	QUATRIEME CHAPITRE – La conduite du projet expérimental HSR-Périnat : de l'adaptation permanente pour répondre à la complexité à l'évaluation pas-à-pas.....	60
4.1	Les étapes préalables au projet	62
4.1.1	La validation de la gouvernance	62
4.1.2	La constitution d'une équipe managériale soudée avec une ligne hiérarchique claire : un comité de direction comme appui.....	63
4.1.3	La stratégie de communication.....	64
4.2	Le plan d'action et évaluation	66
4.2.1	Axe 1 : Mobiliser l'ensemble des collaborateurs ainsi que les personnes accueillies autour de ce projet innovant.....	66
4.2.2	Axe 2 : Adapter l'offre d'accompagnement au regard du public accueilli	72
4.2.3	Axe 3 : Poursuivre le développement de partenariats permettant d'inscrire l'accompagnement dans une logique de parcours.....	74
4.2.4	Axe 4 : Ouvrir les places des ACT et développer l'offre « aller vers » avec les ACT hors les murs	76
4.3	L'évaluation globale du HSR-Périnat	78
	Conclusion.....	80
	Bibliographie	83
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ACT	Appartements de Coordination Thérapeutique
AHI	Accueil Hébergement Insertion
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
APP	Analyse des Pratiques Professionnelles
APRAE	Association pour la Recherche d'Alternatives à l'Exclusion
ARS	Agence Régionale de Santé
ASV	Ateliers Santé Ville
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
CANA-PMI	Comité d'Animation Nationale des actions de PMI
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDS	Chef De Service
CHU	Centre d'Hébergement d'Urgence
CHUM	Centre d'Hébergement d'Urgence Migrants
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNNSE	Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant
CNSA	Caisse Nationale de la solidarité pour l'Autonomie
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPH	Centre Provisoire d'Hébergement
Codir	Comité de Direction
Copil	Comité de Pilotage
CRHH	Comité Régional de l'Habitat et de l'Hébergement
CSAPA	Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSE	Comité Social et Economique
CUCS	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
CVS	Conseil de Vie Sociale
DALO	Droit Au Logement Opposable
DAPSA	Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires
DGS	Direction Générale de Santé
DIHAL	Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement
DNP	Demandes Non Pourvues
DRIHL	Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement

DUD	Document Unique de Délégation
EHPAD	Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes
EJE	Educateur de Jeunes Enfants
EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
ENFAMS	Enfants et Familles Sans logement personnel
ESAT	Etablissement ou Service d'Aide par le Travail
ETP	Equivalent Temps Plein
FSH	Fédération Santé & Habitat
GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
HAS	Haute Autorité de Santé
HSR-Périnat	Hébergement et Soins Résidentiel en Périnatalité
HUDA	Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile
INED	Institut National d'Etudes Démographiques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
LAM	Lits d'Accueil Médicalisés
LHSS	Lits Haltes Soins Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PDALHPD	Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PRAPS	Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS	Projet Régional de Santé
PUMA	Protection Universelle Maladie
QVT	Qualité de Vie au Travail
RPS	Risques Psycho-Sociaux
RSP	Réseaux de Santé Périnatale
RBPP	Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles
SDF	Sans Domicile Fixe
SIAO	Services Intégrés de l'Accueil et de l'Orientation
SOLIPAM	Solidarité Paris Maman
SRHH	Schéma Régional de l'Habitat et de l'Hébergement
SWOT	Strengths - Weaknesses - Opportunities – Threats et en français MOFF pour Menaces - Opportunités - Forces - Faiblesses
UNIOPSS	Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux
URIOPSS	Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

Il y a 16 ans, l'APRAE (Association pour la Recherche d'Alternatives à l'Exclusion) qui sera absorbée en 2012 par l'association Aurore, était sollicitée par les pouvoirs publics à la suite d'un fait divers qui avait alors profondément heurté l'opinion. En février 2005 une jeune femme quitte une maternité en Seine-Saint-Denis avec son nouveau-né pour retourner vivre à la rue. Le lendemain, le nourrisson sera retrouvé mort dans les bras de sa mère. Ce fait divers est venu faire effraction dans l'espace public en mettant en lumière une réalité crue, insupportable. En France, donc, grande puissance économique mondiale qui connaît depuis de nombreuses années une importante amélioration de l'état de santé de sa population, attestée par les indicateurs de santé publique (allongement de l'espérance de vie¹, net recul de la mortalité infantile², ...) voyait un petit être, à peine né, perdant la vie, faute d'un lieu pouvant l'accueillir, lui et sa mère. « La Maison bleue », un Centre d'Hébergement d'Urgence (CHU), sous l'impulsion d'une cheffe de service impliquée et engagée, ouvre alors en novembre 2005 en Seine-Saint-Denis.

En mars 2021, soit plus de 15 années après ce tragique évènement, l'association Aurore, compte tenu de son expertise, est de nouveau sollicitée pour l'élaboration et la conduite d'un dispositif expérimental en direction d'un public similaire. En effet, si les dispositifs accueillant et accompagnant des femmes enceintes ou sortant de maternité existent, le nombre de places reste insuffisant tant la demande est forte. En 2020, l'État a financé 893 places d'hébergement en Ile de France exclusivement dédiées à ce public (dont 180 places dans le cadre du plan hivernal). Toutefois, la Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (DRIHL) estime que le taux moyen de Demandes Non Pourvues (DNP) s'élève à 63 %. Par ailleurs, les enquêtes de périnatalité attestent que les femmes sans domicile, en situation de précarité et de pauvreté, ont des suivis médiocres voire inexistantes de leur grossesse. Cette absence de suivis et/ou un suivi tardif peuvent avoir des conséquences graves sur la grossesse. A la lumière de ces données, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France ainsi que la Préfecture d'Ile-de-France et la Préfecture de Paris se sont associées afin de proposer un projet couvrant des besoins insatisfaits en termes de mise à l'abri mais aussi en termes de parcours de soins. A partir d'un cahier des charges précisant les grandes lignes d'un

¹ Selon les chiffres de l'INSEE, du « Tableau de bord de l'économie française » publiés en 2020, « En France, en 2019, l'espérance de vie à la naissance est de 85,6 ans pour les femmes et de 79,7 ans pour les hommes. Ces cinq dernières années, ils ont gagné 0,5 an d'espérance de vie et les femmes 0,2 an. L'espérance de vie continue de progresser mais les gains ralentissent » [Consulté le 14.03.2021], disponible sur Internet :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277640?sommaire=4318291>

² Selon l'INSEE le taux de mortalité infantile n'a cessé de diminuer au cours du vingtième siècle et est stable depuis 2005. [Consulté le 14.03.2021] disponible sur Internet :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3560308>

« dispositif hybride alliant Hébergement et Soins Résidentiels en périnatalité pour les femmes enceintes et/ou sortant de maternité sans hébergement »³ nommé HSR-Périnat, l'association Aurore va le penser puis le créer. Concrètement, le HSR-Périnat est un dispositif expérimental sur une durée de trois années alliant le social et le médico-psycho-social au travers de 4 services :

- Lits Haltes Soins Santé (LHSS),
- Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT),
- Centre d'Hébergement d'Urgence (CHU),
- ACT « hors les murs ».

Sa mission consiste en l'accueil inconditionnel des femmes enceintes et/ou sortant de maternité sans domicile. Elles doivent avoir un ancrage en région parisienne et nécessiter pour elle-même ou pour leur nourrisson d'un traitement ou d'une prise en charge spécifique ne relevant pas de l'hospitalisation et incompatible avec la vie à la rue ou bien un hébergement dit instable.

J'interviens dans l'association Aurore depuis seize ans, aussi bien dans les champs du social que du médico-social. J'ai toujours été convaincue, compte tenu des parcours traumatiques des personnes sans domicile, à fortiori des femmes enceintes ou sortant de maternité sans domicile, en la nécessité de réponses multisectorielles pour mieux s'ajuster à leurs besoins pluriels et singuliers. La création du dispositif HSR-Périnat vise à relever ce défi par son caractère innovant. L'innovation étant définie comme un processus apportant *« une réponse à un besoin ou à un désir formulé par des citoyens. (...) L'innovation sociale se confronte à des codes de conduite, à des modalités d'action instituées qu'elle doit transgresser pour vaincre les obstacles. Mais en même temps elle est induite par des transformations institutionnelles. L'innovation sociale englobe donc un processus jalonné par l'invention, la diffusion, l'appropriation et l'institutionnalisation »*⁴.

Mon intervention, en tant que directrice, au sein du HSR-Périnat se situe moins de deux mois après son ouverture, à la fin du mois d'avril 2021. Je me réfèrerais donc à la conduite de projet comme processus. Le projet formule une intention et s'inscrit dans un double mouvement en s'adossant aux ressources existantes. Avec le HSR-Périnat, je veux parcourir avec l'ensemble des parties prenantes un chemin se caractérisant par : *« (...) aller en avant vers l'utopie, revenir à la réalité pour la réordonner et la modifier »*⁵. Ce projet, je le considère comme une réelle opportunité de prendre soin d'un bien précieux, à savoir les enfants. A cet égard, l'Ordonnance du 2 février 1945 énonce l'obligation qui est la nôtre

³ Cahier des charges : « Pour la création d'un dispositif expérimental « HSR-Périnat » Dispositif hybride alliant Hébergement et Soins Résidentiels pour les femmes enceintes ou sortant de maternité sans hébergement » (Mars 2020)

⁴ KLEIN J-L, LAVILLE J-L & MOULAERT F., 20 4, L'innovation sociale, Toulouse : Erès, p.35

⁵ GACOIN D., 2010, Conduire des projets en action sociale, 2e édition, Paris : Dunod, p.57

et que je fais mienne : « (...) *La France n'est pas assez riche d'enfants pour qu'elle ait le droit de négliger tout ce qui peut en faire des êtres sains (...)* »⁶.

Dans le projet déjà mis en œuvre, à mon arrivée, j'ai observé des écarts entre ce qui a été imaginé et le réel du public et des besoins. En effet, comme tout projet nouveau ouvrant des horizons et des possibles, le dispositif HSR-Périnat s'inscrit dans une temporalité définie. Il répond à un cahier des charges l'obligeant à suivre des chemins déjà empruntés et à écarter des modalités d'accompagnement. Or, la confrontation à la réalité renvoie inévitablement à la complexité et à la singularité. Par ailleurs le HSR-Périnat promeut la transversalité entre les quatre services qui le constituent et vise à favoriser une ouverture sur l'ensemble du territoire de l'Ile de France. Mon attention portera sur la manière dont les différents professionnels travaillent ensemble et sur l'ouverture du dispositif à, et sur, son environnement. De nombreuses questions se posent en effet dans le pilotage du dispositif :

- A partir des écarts observés, comment adapter les réponses et l'offre d'accompagnement pour être au plus près des besoins réels ?
- Est-ce que la coopération du social et du médical est réellement opérante ? Existe-t-il une culture commune associant le médical et le social pour parvenir à créer un vrai dispositif médico-psycho-social ?
- Comment mettre en œuvre un partenariat pertinent en vue de favoriser le parcours des femmes enceintes et sortant de maternité sans domicile ?
- Comment rendre les collaborations internes et externes efficaces ?
- Plus généralement, comment faire en sorte que le dispositif HSR-Périnat soit véritablement innovant en étant à la hauteur des enjeux qui l'entourent, tant pour les personnes accueillies, que pour l'association et plus largement pour l'ensemble des parties prenantes ?

J'ai étayé mon diagnostic à partir de la documentation institutionnelle élaborée en amont de l'ouverture du dispositif. Je me suis montrée attentive aux documents relatifs à la procédure d'admission et au projet d'accompagnement personnalisé pour saisir, d'emblée, comment la réponse aux besoins et aux attentes des personnes pouvait s'inscrire dans un accompagnement global, transdisciplinaire avec une logique de parcours.

Je me suis également appuyée sur le fonctionnement associatif ainsi que sur les projets d'établissements de dispositifs internes à l'association comme sur les externes. En effet, je

⁶ Exposé des motifs de l'Ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante [Consulté le 16.05.2021] Disponible sur Internet
http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/exposemotifsordonnance.pdf

suis persuadée de la nécessité de s'adosser aux bonnes pratiques aussi bien internes qu'externes qui ont fait leur preuve pour contribuer à construire une voie propre.

J'ai donc pris connaissance des partenariats déjà mis en œuvre pour poursuivre le travail.

De manière à nous ajuster au plus près des besoins des femmes déjà accueillies, j'ai procédé à des entretiens individuels pour recueillir leur parole car ce projet doit être construit au fil de l'eau avec elles, car il leur est destiné *in fine*. J'ai rencontré des salariés pour évoquer avec eux ce projet, saisir son appropriation ainsi que pour entendre leurs idées et leurs besoins en vue de co-construire ensemble autour de cette aventure inédite.

La première partie de ce mémoire portera sur le diagnostic des personnes accueillies à l'ouverture du dispositif HSR-Périnat. Dans cette partie, je montrerai la nécessité de piloter le dispositif en étant attentive à prendre en compte les écarts observés entre le projet écrit et la réalité. Ces écarts m'amèneront à me poser la question des réajustements indispensables pour la mise en œuvre de réponses adaptées.

Je présenterai dans une deuxième partie les éléments qui me poussent à agir, aussi bien que les limites des réponses actuelles, puis les politiques publiques en direction des femmes enceintes et/ou sortant de maternité, et enfin les enjeux pour les parties prenantes.

Dans une troisième partie, le mémoire confrontera le projet qui sera présenté, au regard des orientations et des ressources associatives. La matrice SWOT⁷ me permettra de mettre en évidence mon diagnostic stratégique en repérant les forces et les faiblesses mais aussi les opportunités et menaces dans la mise en place de mon action. Parmi les difficultés qui pourraient impacter la réussite de l'expérimentation, la conduite de projet par la co-construction et la différence de cultures entre le social et le sanitaire feront l'objet d'une analyse plus fine. Cela pour mieux élaborer ensuite des hypothèses explicatives et les actions d'ajustement.

Dans la quatrième et dernière partie, je déclinerai le projet présenté au Directeur d'activités ainsi qu'au Directeur de territoire, projet qui s'inscrira dans une dynamique de la qualité continue afin de répondre, au mieux aux besoins du public accueilli. Cette dernière partie comportera des outils d'évaluation indispensables pour mesurer la pertinence et l'efficacité des réponses, tant par rapport aux besoins et aux attentes repérés que par rapport aux missions du dispositif.

⁷ SWOT : Strengths - Weaknesses - Opportunities – Threats et en français MOFF pour Menaces - Opportunités - Forces - Faiblesses

1 PREMIER CHAPITRE – La nécessité de piloter un dispositif expérimental d'Hébergement et Soins Résidentiels en périnatalité (HSR-Périnat) pour les femmes enceintes et/ou sortant de maternité sans domicile

Tout au long de ce mémoire, je me référerai à deux définitions pour décrire la (ou les) personne(s) sans domicile. La première définition est celle de l'INSEE : « *Une personne est dite « sans-domicile » si elle a passé la nuit précédant l'enquête dans un service d'hébergement (hôtel ou logement payé par une association, chambre ou dortoir dans un hébergement collectif, lieu ouvert exceptionnellement en cas de grand froid), ou si elle a passé la nuit précédant l'enquête dans un lieu non prévu pour l'habitation (on parle alors de « sans-abri »), y compris les haltes de nuit qui leur offrent un abri (chaleur, café, etc.) mais qui ne sont pas équipées pour y dormir* »⁸. Ainsi les personnes sans-domicile sont répertoriées selon deux catégories, à savoir d'une part celles qui bénéficient d'un hébergement par une structure et d'autre part celles qui sont dites « sans-abri » et qui vivent à la rue.

La deuxième définition est celle de la Conférence de consensus « (...) être privée d'un chez-soi ou d'un logis ne permet pas d'exercer pleinement tous ses droits de citoyen et de garantir ce qu'on a pu appeler le « droit à la ville », qui se traduit en termes de protection et d'épanouissement personnels, de possibilité d'exercer ses droits (domiciliation), de sécurité (protection des biens), de santé (suivre un traitement), de mobilité (un lieu ou entreposer ses biens), d'emploi, de culture (les biens culturels sont largement accessibles depuis le domicile : lecture, image, musique, arts, ...), de vie relationnelle (recevoir les personnes choisies). Par conséquent être privé d'un logement, c'est aussi ne pas disposer d'espace privé, de « chez soi » différent de l'espace public, c'est ainsi livrer son intimité au regard des autres, perdre la maîtrise de son rythme de vie (sommeil, repas, ...), de sa vie relationnelle, dépendre d'autrui pour soigner son corps et sauvegarder ses biens »⁹. Cette définition est à mon sens intéressante, car elle complète celle de l'INSEE en soulignant les conséquences pour les personnes de l'absence de « chez soi ».

Le projet expérimental HSR-Périnat fait référence à la santé périnatale. Selon le site du Ministère des solidarités et de la Santé : « *La périnatalité se définit comme l'ensemble*

⁸ Yaouancq F., Duée M., 2014 « Les sans-domicile en 2012 : une grande diversité de situations », dans France : portait social, Collection Insee Références, p.125 [Consulté le 14.03.2021], Disponible sur Internet, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288519?sommaire=1288529>

⁹ Conférence de consensus, 2007, « Sortir de la rue » Rapport du jury d'audition, p.11 [Consulté le 14.03.2021] Disponible sur internet : https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_conf_de_consensus.pdf

*des processus liés à la naissance, depuis la contraception jusqu'aux premiers mois de la vie du nourrisson, en passant par le désir d'enfant, le diagnostic anténatal, la grossesse, l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. L'enjeu : faire en sorte que la grossesse et l'accouchement se déroulent dans les meilleures conditions possibles, mais aussi prévenir les problèmes de santé chez l'enfant et la mère après la naissance »*¹⁰. La période circonscrite dans le projet prend en compte les femmes enceintes à partir de la déclaration de grossesse jusqu'aux 12 mois de l'enfant. En effet, même si le taux de mortalité infantile n'a cessé de diminuer, la mortalité prématurée survenant de la naissance aux douze mois de l'enfant reste élevée¹¹, surtout chez les femmes en situation de précarité. Il s'agit donc, avec ce projet de répondre aux enjeux relevant de la santé périnatale comprenant les périodes prénatales et postnatales.

1.1 Constat d'un nombre important de femmes enceintes et/ou sortant de maternité sans domicile

Les femmes sans domicile font partie de la population hétérogène des personnes sans domicile. Dans l'enquête de l'INSEE et de l'INED de 2012¹², parmi les personnes sans-domicile elles représentent près de deux personnes sur cinq. L'enquête sociodémographique et épidémiologique ENFAMS, menée par l'observatoire du Samu Social en 2013¹³, démontre que les familles constituaient en Ile de France entre 35 et 40% des personnes sans domicile. Elle montre aussi que 94% des familles adultes déclaraient être nés à l'étranger et 9 personnes sur 10 déclaraient ne pas être de nationalité française. Selon la Fondation Abbé Pierre, la part des femmes et des familles tend à augmenter même s'il apparaît difficile de le quantifier. En effet, dans un rapport sur les « Femmes à la rue », Elina DUMONT, souligne une féminisation importante des personnes sans domiciles : « *Dans la rue, on trouve de plus en plus de familles, de femmes célibataires avec enfants, de femmes victimes de violences conjugales, de jeunes femmes rejetées par leur famille à*

¹⁰ Le site du Ministère des solidarités et de la santé [Consulté le 14/03/2020] Disponible sur Internet : [https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/article/perinatalite,](https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/article/perinatalite)

¹¹ Ainsi, les chiffres publiés en 2018, indiquent qu'en « 2016, 2 900 enfants sont décédés en France avant leur premier anniversaire, dont 2 600 en France métropolitaine. Cette même année, 784 000 bébés sont nés. On compte ainsi 3,7 enfants de moins d'un an, décédés pour 1 000 enfants nés vivants en 2016. » [Consulté le 14.03.2021] Disponible sur Internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3560308>

¹² Yaouancq F., Lebrère A., Marpsat M., Régner V. (Insee), Legleye S., Quaglia M. (Ined), 2013, *L'hébergement des sans-domicile en 2012 - Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales*, Insee Première n° 1455 [Consulté 13.02.2021] Disponible sur Internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281324>

¹³ Rapport d'enquête ENFAMS Enfants et Familles Sans logement personnel en Ile de France (2014), Observatoire du Samu Social de Paris [Consulté 13.02.2021] Disponible sur Internet : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/enfams-enfants-et-familles-sans-logement-personnel-en-ile-de-france-premiers-resultats-de-l-enquete-quantitative>

cause de leur orientation sexuelle, des femmes demandeuses d'asile en danger dans leur pays (menace d'excision, répression de l'homosexualité ... »¹⁴.

S'il est difficile de dénombrer les personnes sans domicile, selon notamment le genre, du fait même de leur situation, il existe des éléments statistiques et des enquêtes permettant d'avoir des éléments autour de leur nombre et de leur profil hétérogène¹⁵.

1.1.1 Les femmes enceintes et/ou sortantes de maternité dans la période périnatale sans domicile : un accroissement alarmant en région parisienne

Dans une tribune du 27 janvier 2020, intitulée « *Santé publique : De plus en plus de femmes enceintes ou de mères SDF dorment dehors* », le planning familial alertait les pouvoirs publics sur un constat dramatique¹⁶ : les femmes enceintes et/ou sortant de maternité sans solution d'hébergement et de logement représentent une réalité croissante. Selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2016, « *Une maternité sur six déclare accueillir au moins une fois par mois des femmes sans hébergement à la sortie de la maternité : 21 % des établissements publics sont concernés, dont 74% des CHU, contre 4 % des établissements à but lucratif. Les 12 établissements qui rapportent être confrontés à cette situation au moins une fois par semaine sont publics, ont tous une activité supérieure à 2000 accouchements par an et sont en quasi-totalité (11 sur 12) situés en Ile-de-France* »¹⁷.

Le phénomène est ainsi très marqué en région parisienne ce que reflète les demandes en direction des Services Intégrés de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO). Entre fin 2019 et mars 2020, selon un recueil, réalisé « *Un jour donné* » de chaque semaine :

- Entre 30 et 44 femmes restaient hospitalisées sans motif médical dans les services de Grossesses à Haut Risque,
- Et 29 à 35 femmes restaient quant à elles en suites de couches au seul motif de leur absence d'hébergement ou de logement.

En moyenne, sur les 5 semaines du mois de janvier 2020, 799 demandes d'hébergements distinctes de femmes enceintes ou sortant de maternité étaient exprimées :

- 40% l'étaient auprès du SIAO 75,
- 36 % auprès du SIAO 93,

¹⁴ DUMONT E., 2020, Rapport de mission : Femmes à la rue, p.8 [Consulté 13.02.2021] Disponible sur Internet : https://www.iledefrance.fr/sites/default/files/2020-10/rapport_femmes_a_la_rue.pdf

¹⁵ Annexe I – Les personnes sans domicile : profils et éléments statistiques

¹⁶ Site du Planning familial, [Consulté le 14/03/2020] Disponible sur Internet : <https://www.planning-familial.org/fr/acces-la-sante-et-aux-droits/sante-publique-de-plus-en-plus-de-femmes-enceintes-ou-de-meres-sdf>,

¹⁷ Enquête nationale périnatale, 2017, Rapport 2016 : Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. INSERM et la DREES, p.175 [Consulté le 14/03/2020], Disponible sur Internet http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

- Et 12 % auprès du SIAO 94.

Le taux régional des demandes non pourvues se situait en moyenne à 71 % chaque semaine.

En Seine Saint Denis, le SIAO 93 a créé un dispositif périnatalité pour repérer ces demandes et mettre en œuvre une action rapide en vue d'une mise à l'abri. En 2019, le dispositif périnatalité a reçu et traité 1135 demandes soit 25% de sollicitations supplémentaires par rapport à 2018. Toutes les personnes n'ont malheureusement pas pu bénéficier d'une mise à l'abri faute de places. Ce repérage des femmes enceintes n'étant pas effectué par tous les SIAO de la région parisienne ce qui ne permet pas de repérer l'ensemble des besoins et ainsi de compiler les statistiques sur le territoire.

1.1.2 La réalité de ce public au sein du dispositif : un nombre important de demandes dès l'ouverture

Le dispositif HSR-Périnat a ouvert ses portes en mars 2021. Un travail de communication pour le repérage du dispositif a été mis en œuvre en direction des hôpitaux notamment et rapidement des demandes ont afflué. C'est ainsi qu'à un mois et demi de l'ouverture, il y a sur les 130 places (dont 10 places ACT hors les murs) déjà 38 personnes accueillies.

Les compositions familiales sont diverses et se répartissent de la manière suivante :

- 9 femmes enceintes : 1 femme est accompagnée de son compagnon, 1 femme est accompagnée d'un enfant de 4 ans, 5 femmes sont seules. Les 2 autres sont avec un conjoint dont 2 enfants pour l'une et 1 enfant pour l'autre
- 8 femmes ayant accouché avant de rentrer dans le dispositif : 2 femmes sont avec leur compagnon, 4 femmes sont seules avec leur nouveau-né et 2 femmes sont accompagnées de leur conjoint avec respectivement un enfant de 18 mois et un autre de 9 ans.

Ces premiers accueils reflètent l'hétérogénéité des profils et permettent un constat : 50% des femmes sont isolées. Si le projet avait intégré la présence d'accompagnants, il ne l'avait pas projeté dans des proportions aussi importantes.

La situation des femmes et familles avant orientation en termes d'hébergement est la suivante :

- 40% sont orientées par les dispositifs médicaux du département 91
- 75% de ces femmes et familles sans domicile proviennent de 3 départements d'Ile-de-France principalement : 91, 93, 75,
- 30% du public vivaient dans des hôtels 115
- 1 femme sortant de maternité s'est directement retrouvée à la rue avec son nouveau-né et un autre enfant : l'état de santé de la famille s'est extrêmement dégradé.

La situation administrative, les couvertures sociales et ressources observées sont les suivantes :

- Origine des femmes : 78% des femmes accueillies sont d'origine hors Union Européenne, sont d'Afrique subsaharienne et 67% d'entre-elles sont en situation administrative irrégulière,
- 39% n'ont pas de couverture maladie (soit en cours de renouvellement, soit à faire),
- 50% se déclarent sans ressources,
- 28% déclarent avoir des ressources irrégulières, le conjoint effectuant des activités non déclarées.

1.2 Des vulnérabilités cumulées des femmes sans domicile et enceintes et/ou sortant de maternité qu'il n'est pas possible d'ignorer : la périnatalité à l'épreuve de la précarité

1.2.1 La vie sans domicile précarise, majore les vulnérabilités et impacte la santé : éléments de définition

A) Qu'est-ce que la précarité ?

La précarité est une notion qui est difficile à circonscrire car elle relève d'une certaine forme de subjectivité et se confond avec d'autres termes (pauvreté, exclusion notamment), néanmoins la définition du Père Wrezinski fait référence : « *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible* »¹⁸.

La pauvreté se définit selon l'INSEE comme « *un état de manque en termes de biens (économiques et de ressources de santé) ou de position sociale, telle que la personne est incapable de vivre de la même façon que la moyenne des autres personnes de la société* »¹⁹.

¹⁸ WRESINSKI J., 1987, Rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », Présenté au Conseil Economique et Social, Journal Officiel, p.14 [Consulté le 12.02.2021] Disponible sur Internet :

<https://www.joseph-wresinski.org/fr/wp-content/uploads/sites/2/2016/07/Rapport-WRESINSKI.pdf>

¹⁹ ADAM C., FAUCHERRE V, MICHELETTI P. & PASCAL G. (sous la direction de), 2017, La santé des populations vulnérables, Paris, Editions Ellipses, p.35

La précarité renvoie ainsi à un état qui est incertain, provisoire, fragile et donc à de l'instabilité. Cette instabilité fait référence à une certaine insécurité, non seulement au niveau économique, mais aussi au niveau social car les liens avec l'environnement sont aussi perturbés.

Le Haut Comité de Santé Publique va conforter cette définition en y intégrant une dynamique au sens de l'existence de processus de précarisation « (...) *c'est-à-dire l'enchaînement des événements et des expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale* »²⁰.

Ces deux apports peuvent être complétés par la notion de *désaffiliation*, du sociologue, Robert CASTEL qui met en lien la situation d'instabilité générée par la précarité et l'environnement dans lequel les personnes évoluent. Il interroge la capacité et les moyens que se donne une société de réduire cette instabilité. Selon lui : « *Il y a risque de désaffiliation lorsque l'ensemble des relations de proximité qu'entretient un individu sur la base de son inscription territoriale, qui est aussi son inscription familiale et sociale, se trouve en défaut pour reproduire son existence et pour assurer sa protection* »²¹.

Le psychiatre Jean FURTOS va, quant à lui, proposer une définition d'une société précaire : « *Nous définissons une société précaire par la pensée omniprésente de la perte possible ou avérée des objets sociaux : la peur de perdre, une fois installée, draine la peur de confiance en l'avenir et dans la société* »²². Il s'appuie sur la signification latine de ce mot (« *præcarî* » signifiant « supplier, prier ») pour souligner l'existence d'une précarité normale qui renverrait à l'insuffisance de chaque individu à se développer seul. La précarité n'est ainsi pas statique et rend compte de la capacité d'un sujet à faire face aux événements qui lui arrivent, aussi bien objectivement que subjectivement, pour peu qu'il en ait les moyens selon les apports de son environnement.

Cette conception va dans le sens d'Alain LAZARUS, Professeur de Santé Publique, pour lequel la précarité rend compte d'un état d'instabilité qui n'est pas uniquement l'apanage des personnes pauvres ou encore des personnes marginales. En effet : « *On peut de l'extérieur avoir l'air tout à fait précaire et être une personne solide, capable même en étant ouvrier chômeur d'avoir des enfants qui réussissent des études supérieures. D'un autre côté, on peut avoir l'air d'aller très bien socialement et se sentir très mal, incertain des choses, pas sûr de l'avenir* »²³.

²⁰ RAINHORN J.-D., GREMY F., 1998, La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Haut Comité de Santé Publique, p. 35 [Consulté le 14.03.2021] Disponible sur Internet : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/ouvrage?clef=15>

²¹ CASTEL R., 1995, Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat, Paris, Librairie Arthème Fayard, p.52

²² FURTOS J., 2000, *Epistémologie de la clinique psychosociale (la scène sociale et la place des psy*, dans Pratiques en santé mentale 1, p.24

²³ Lazarus, A., 2000, *Les conséquences de la précarité du point de vue sociologique*, dans Pratiques en santé mentale, 1, p.6

Ainsi, la précarité renvoie-t-elle à la souffrance ressentie par tout être humain malgré des difficultés objectives liées aux conditions de vie. La précarité serait donc universelle faisant référence à la capacité d'une société, d'un environnement à générer les conditions de sécurité suffisamment contenantes.

B) Qu'est-ce que la vulnérabilité ?

La vulnérabilité est une notion polysémique et imprécise qui s'est imposée depuis quelques années dans les sciences sociales. Selon Danilo MARTUCELLI, son utilisation « (...) exprime un sentiment partagé de la nécessité d'un nouveau vocable pour mieux rendre compte de certaines situations et expériences dont la fragilité est un élément important »²⁴. Elle désigne un processus dynamique tout en renvoyant à une dimension structurelle de tout être humain. La vulnérabilité renvoie à une expérience universelle et est contextuelle et relationnelle. C'est ce que décrira Robert CASTEL, pour lequel : « *La vulnérabilité sociale est une zone intermédiaire, instable, qui conjugue la précarité du travail et la fragilité des supports de proximité* »²⁵. Selon lui toujours, il y a une zone de vulnérabilité correspondant à une double fragilisation : au regard de l'emploi (avec le développement des emplois partiels, à durée déterminée, le chômage de masse) et du fait des liens sociaux primaires qui se délitent à cause de l'instabilité familiale. Ces fragilités renforcent les incertitudes. La vulnérabilité n'est pas liée uniquement à la situation économique d'une personne : « (...) les risques de déstabilisation pèsent plus lourdement sur ceux qui sont dépourvus de réserves économiques. Si ce ne sont donc pas les plus richement dotés qui sont au premier chef, concernés, ce ne sont pas nécessairement non plus les plus « pauvres » ou les « plus démunis » en tant que tel. Ce sont plutôt les relations existant entre précarité économique et l'instabilité sociale qu'il faudra dégager »²⁶.

La vulnérabilité fait donc référence aux fragilités, aux menaces, aux risques et à l'affaiblissement des protections d'une société. Elle fait partie intégrante du système social, en interaction avec les propriétés du système et celles des personnes qui en font partie. Comme le précise, MARTUCELLI D. « (...) la vulnérabilité vise à souligner à quel point les positions sociales sont devenues une épreuve indissociablement existentielle et sociale. Derrière le différentiel de places sociales se trouvent donc, certes, des inquiétudes statutaires (le fameux déclassé des classes moyennes), mais aussi des inquiétudes proprement existentielles lorsque l'inconsistance positionnelle ouvre à des expériences

²⁴ MARTUCELLI D., 2014, *La vulnérabilité, un nouveau paradigme*, dans *Vulnérabilités sanitaires et sociales, de l'histoire à la sociologie*, Ed. Presses Universitaires de Rennes, p.27

²⁵ CASTEL R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*, Paris, Librairie Arthème Fayard, p.17

²⁶ *Ibid.*, p.18

particulières d'ex-position vitale (accidents, vulnérabilités, maladies ...) ou a de douloureuses expériences d'évaluation de sa propre existence »²⁷.

C) Définition de la santé

La santé tout comme la précarité et la vulnérabilité est un concept polysémique dont il est compliqué de donner une définition définitive englobant tous les aspects. Je me réfère ici, à la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »²⁸. Ainsi, la santé ne se réduit pas aux soins médicaux, elle englobe la satisfaction des besoins mais aussi l'accomplissement des capacités physiques, intellectuelles et spirituelles. La santé est ainsi pensée dans une globalité.

En 1986, l'OMS avec la Charte d'Ottawa renforce cette conception en faisant de la santé « (...) *une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie. Divers facteurs – politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques – peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte* »²⁹.

Selon cette même charte il y a des conditions et des ressources préalables pour que la bonne santé soit possible : « (...) *l'individu devant pouvoir notamment : – Se loger – Accéder à l'éducation – Se nourrir convenablement – Disposer d'un certain revenu – Bénéficier d'un éco-système stable – Compter sur un apport durable de ressources – Avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable* »³⁰.

Si la première définition fait plutôt référence à un but à atteindre et à la subjectivité, la Charte, quant à elle, renvoie aux conditions objectives et concrètes pour parvenir au bien-être.

Pour aller plus loin dans la promotion de la santé et montrer combien les soins médicaux seuls ne sauraient suffire, le Bureau Régional de l'OMS pour l'Europe a élaboré des déterminants sociaux de la santé. Selon ses auteurs, « (...) *la question des déterminants de santé est sans doute la plus complexe de toutes, puisqu'elle concerne les conditions de vie et de travail fondamentales des populations, ainsi que leur mode de vie.*

²⁷ MARTUCELLI D., 2014, La vulnérabilité, un nouveau paradigme, dans Vulnérabilités sanitaires et sociales, de l'histoire à la sociologie, Ed. Presses Universitaire de Rennes, p.38

²⁸ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 1) et entré en vigueur le 7 avril 1948 [Consulté le 12.02.2021] Disponible sur Internet : <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>

²⁹ OMS. Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986 [Consulté 12.02.2021] Disponible sur Internet : https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

³⁰ *Ibid.*

Elle englobe l'impact des politiques économiques et sociales sur la santé, ainsi que les avantages découlant d'investissements dans des politiques favorables à la santé »³¹.

Dans ce rapport, les auteurs définissent dix déterminants de santé qui ont des incidences majeures sur la vie des personnes, plus encore que des causes génétiques : les inégalités de santé d'origine sociale, le stress, la petite enfance, l'exclusion sociale, le travail, le soutien social, les dépendances, l'alimentation et les transports. Ainsi l'environnement et la manière de se sentir appartenir à cet environnement ont un impact majeur sur la santé : *« Les privations matérielles nuisent à la santé, mais cela va plus loin : les incidences sociales de la pauvreté, du chômage, de l'exclusion ou d'autres problèmes dévalorisants doivent également être pris en compte. En tant qu'êtres sociaux, il ne nous suffit pas de jouir de bonnes conditions matérielles, mais nous éprouvons aussi le besoin d'être appréciés et estimés, et ce depuis notre petite enfance. Nous avons besoin de nous faire des amis, de vivre dans une société plus sociable, de nous sentir utiles et de pouvoir exercer une activité professionnelle intéressante nous conférant un certain degré d'autonomie. Sans cela, nous sommes plus sujets à la dépression, à la toxicomanie, à l'anxiété, à l'agressivité et à un sentiment d'impuissance, autant de facteurs qui sont nuisibles à la santé physique »³².*

La précarité, la vulnérabilité, la santé, ces trois définitions que nous venons de voir sont bel et bien imbriquées. On peut ainsi mesurer combien les inégalités sociales générées par les situations de précarité renforcent les vulnérabilités qui impactent la santé et inversement. La santé est nécessaire à l'épanouissement des personnes et est un facteur de lutte contre la précarité. Pour favoriser la santé il faut atténuer la précarité, qui elle-même renforce la vulnérabilité, et cela en intervenant à la fois sur l'environnement et à la fois sur les individus. C'est tout le sens d'un dispositif qui vise à donner un lieu aux personnes et à les accompagner dans le déploiement de leurs capacités avec une visée inclusive.

1.2.2 La grossesse n'est pas une maladie mais une période de vulnérabilité renforcée pour les futures mères³³

Si la grossesse jouit d'une représentation généralement joyeuse, elle n'en demeure pas moins une période d'anxiétés, de peurs, de découvertes et d'apprentissage du système administratif et médical pour les parents en devenir. Le parcours de soins durant la

³¹ WILKINSON R. & MARMO M., 2004, Les déterminants de santé : les faits, 2ième édition, Bibliothèque OMS, p.5 [Consulté le 12.02.2021] Disponible sur Internet https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98439/E82519.pdf

³² *Ibid.* p.9

³³ Les recherches sur la vulnérabilité pendant la grossesse portent quasi exclusivement sur les femmes enceintes. Or, la grossesse entraîne aussi des remaniements psychiques et identitaires chez le futur père. Et a une incidence sur la configuration familiale existante quant aux places de chacun.

grossesse implique un enchaînement de rendez-vous dont il s'agit de respecter la temporalité. Sept examens prénataux comprenant des visites médicales, des échographies et des entretiens de préparation à l'accouchement sont obligatoirement proposés par les professionnels de santé³⁴. Tous ces rendez-vous et examens obligatoires réactivent l'idée de danger car ils font planer la possibilité du risque de la mort par l'arrêt de la grossesse, de l'anomalie et du handicap. Dans cette période, l'entourage joue un rôle déterminant dès l'entrée dans ce parcours, pour conseiller, rassurer, orienter et soutenir.

Par ailleurs, l'annonce de la grossesse engendre ainsi chez la femme des changements hormonaux et physiques³⁵ mais aussi des remaniements psychiques ou identitaires. La grossesse est ainsi un moment particulier qui réactive les conflits infantiles et les peurs qui y sont liés. Selon la psychologue BYDLOWSKI M. « (...) la période de grossesse est, de façon essentielle, une période de conflictualité exagérée, une période de crise maturative. (...) la crise maturative de la grossesse est à comprendre comme une crise qui se traverse en mobilisant de l'énergie, en réveillant de l'anxiété et des conflits latents, mais qui se présente aussi comme un engagement dans de nouvelles virtualités »³⁶.

Selon WINNICOTT D. W.³⁷, ces remaniements peuvent s'observer avant même l'arrivée du nourrisson dans une disponibilité accrue que développe la future mère en se centrant sur elle-même et moins sur le monde extérieur, visant ainsi à répondre de façon adéquate aux besoins de son nourrisson. Elle développe ce qu'il appelle un état particulier : la *préoccupation maternelle primaire*. Pour développer cet état, la mère doit être en bonne santé, au sens où elle doit être dans des conditions environnementales satisfaisantes.

1.2.3 L'absence de domicile stable pendant la grossesse accroît les vulnérabilités, génère des pathologies graves, pour la future mère comme pour le nouveau-né fragilisant la parentalité

A) Des pathologies graves de femmes enceintes sans domicile

Les femmes enceintes dépourvues de « chez soi » cumulent des vulnérabilités qui peuvent générer un stress supplémentaire, du découragement voire du renoncement aux soins ce qui peut avoir des conséquences dramatiques. En effet, l'errance de lieu en lieu d'hébergement ne favorise pas un suivi de grossesse linéaire, de la même façon que

³⁴ Carnet de santé maternité [Consulté 22.05.2021] Disponible sur Internet : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17365>

³⁵ Le syndrome de la couvade observé chez certains hommes laisse entrevoir qu'il y a aussi chez ces derniers des bouleversements psychiques et physiques : « Des pères ressentent aussi des symptômes de grossesse », [Consulté le 3.04.2021] Disponible sur Internet : <https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/trimestre1/grossesse-pere-symptomes-syndrome-couvade/>

³⁶ BYDLOWSKI M., 2008, La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité, Paris, PUF, p.93

³⁷ WINNICOTT D. W., *La préoccupation maternelle infantile* dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Editions Payot, 1969, pp.285-291

l'absence de couverture sociale ou une perte de revenus. Dans l'enquête ENFAMS, les résultats sont très parlants pour les 8% des femmes enceintes rencontrées³⁸ :

- Déclaration de grossesse tardive pour 14% voire pas de déclaration du tout pour 11% d'entre elles,
- Parmi celles qui ont eu un suivi 12% avaient consulté avant la fin du premier trimestre mais seulement 20% avaient assisté aux trois consultations recommandées,
- 68% d'entre elles ont bénéficié d'une consultation prénatale programmée tous les mois et demi,
- La majorité de ces femmes avait une couverture médicale mais seules 36% déclaraient être prises en charge à 100%,
- Bien qu'enceintes, 20% déclaraient ne pas avoir consulté de médecin au cours des douze derniers mois et 27% déclaraient avoir renoncé à voir un médecin ou à des soins médicaux sur cette même période,
- La mobilité résidentielle pendant la grossesse est conséquente. Les femmes avaient déménagé 4,6 fois en moyenne (et jusqu'à 11 fois) au cours de leur grossesse,
- 90% d'entre elles déclaraient vivre la grossesse sans aucun soutien familial, 84% sans soutien amical. Seulement 5% disaient avoir été accompagnées par une association et 8% par des professionnels du soin,
- 71% étaient hébergées dans une chambre d'hôtel.

Dans le volet anthropologique du projet RÉMI (Réduction de la mortalité infantile, périnatale et néonatale en Seine-Saint-Denis), les auteurs de ce dispositif décrivent combien l'absence d'un « chez soi » mais aussi l'absence d'entourage participent à transformer le suivi de santé des futures mères en un parcours du combattant. En effet, les personnes non familières avec le système de santé, dépourvues de toutes ressources pouvant les guider, peuvent se trouver perdues face à des professionnels de santé qui parfois, n'ont pas bien conscience de leurs difficultés. L'entourage serait pour ces personnes d'autant plus important pour orienter, réajuster et limiter l'errance médicale. Dans leurs conclusions, les auteurs précisent : « *L'observation au long cours des femmes enceintes confirme bien que le suivi médical de la grossesse n'est pas une promenade de santé. Les difficultés médicales d'orientation dans le système de soins peuvent se faire jour dès l'inscription en maternité, parfois dès la déclaration de grossesse. La désynchronisation entre les questions des patientes et les réponses institutionnelles est alors manifeste. Dans ces conditions, disposer d'un entourage de parents ou de proches expérimentés, ou au moins être inscrite en milieu de sociabilité féminine où l'on s'enquiert de la progression de*

³⁸ Rapport d'enquête ENFAMS Enfants et Familles Sans logement personnel en Ile de France, 2014, Observatoire du Samu Social de Paris, op. cit.

grossesse, au travail notamment, constituent des ressources précieuses pour les futures mères »³⁹.

L'absence de « chez soi » provoque une situation de très grande précarité et participe d'un facteur de risque médical⁴⁰. Les pathologies liées à la grossesse sont en effet décuplées pour les futures mères en situation de grande précarité. Ces dernières peuvent en effet présenter de nombreuses pathologies que la situation de précarité ne peut qu'aggraver, telles que :

- Pathologies de la grossesse (diabète gestationnel nécessitant un régime alimentaire et un suivi glycémique strict, voire une insulinothérapie, ...),
- Pathologies chroniques pouvant impacter le déroulement de la grossesse (infection chronique révélée au début de la grossesse nécessitant le suivi d'un traitement médical et une surveillance pendant toute la durée de la grossesse, diabète, hypertension artérielle, obésité, maladie auto-immune...),
- Pathologies psychiques : un tiers des femmes enceintes présente un trouble dépressif repéré. Par ailleurs l'errance engendrée par leur situation les confronte à des parcours de violences dont la grossesse peut être le fruit ce qui est source de traumatismes cumulés,
- L'insécurité alimentaire : la grande majorité des femmes enceintes est en insécurité alimentaire et la moitié anémiée,
- Pathologies révélées en post-partum (des difficultés précoces de la relation mère-bébé, des signes de dépression du post-partum, ...).

B) La précarité dans laquelle se trouve la future mère impacte le nourrisson

Aujourd'hui, nous savons que le contexte dans lequel évolue la mère du futur nourrisson a un impact sur son devenir. En effet, dès la période anténatale, le bébé en devenir a des capacités sensorielles lui permettant de communiquer avec son environnement. Il se nourrit de l'environnement affectif et social dans lequel évolue sa mère. Ce dernier, quand il est défavorable, à savoir insuffisamment contenant renforce la vulnérabilité du bébé en devenir. En effet, selon Chantal ZAUCHE GAUDRON, « *In utero et dès la naissance, le nouveau-né puis le nourrisson sont des êtres sensibles mais aussi sont les plus vulnérables aux conditions de vie dans lesquelles ils évoluent, surtout si celles-ci ne sont pas favorables à leur développement. En somme, les vulnérabilités atteignent sans doute plus gravement les bébés, vulnérables par nature (cf. la plasticité neuronale des*

³⁹ RICO BERROCAL R. & LE MENER E., La grossesse et ses malentendus, Rapport du volet anthropologique du projet RéMI (Réduction de la mortalité infantile, périnatale et néonatale en Seine-Saint-Denis), 2015, Observatoire du Samusocial de Paris, p.50 [Consulté le 14.03.2021] Disponible sur Internet : https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2018-10/rapport_remi.pdf

⁴⁰ CAMBIER M.-C., 2018, Repérage de la précarité en cours de la grossesse. « Grossesse + précarité = urgence médicale », CNRS, 66 p. [Consulté le 14.03.2021] Disponible sur Internet : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02170008/document>

18 premiers mois). Mais a contrario, un environnement et des soins très ajustés peuvent permettre à un bébé vulnérable à la naissance de se développer finalement harmonieusement »⁴¹.

Le bébé n'existe pas seul, car toutes ses expériences sont en relation avec celles de sa mère. Il est aisé de mesurer que quand une femme est dans une situation de survie liée à l'absence de domicile, ses préoccupations portent essentiellement sur la recherche de satisfaction de ses besoins primaires. Toute son énergie et ses capacités ne peuvent se concentrer sur son état et sur l'arrivée de son futur enfant. La précarité risque fortement d'avoir un impact sur la santé du nourrisson et affecter la relation entre la mère et son enfant. C'est le cas de Mme D, dans une vignette clinique⁴², qui quand elle relate son parcours, peut donner le sentiment d'être indifférente à son état.

Vignette clinique de Mme D. : Originaire du Sénégal, Mme D est âgée de 36 ans et a été mariée à l'âge de 14 ans, par sa famille, à un homme polygame. De cette union naît deux garçons dont l'aîné meurt à l'âge de 9 ans d'une leucémie en 2018. Mme D parle de sa vie familiale comme le lieu de violences quotidiennes extrêmes. En 2019, elle demande le divorce qu'elle n'obtiendra pas et fuit le foyer conjugal mais ne peut le faire avec son fils qu'elle doit se résoudre à provisoirement abandonner. Mme D arrive en France fin 2019. Elle rencontre un compatriote avec lequel elle vit rapidement en couple. Ni Mme, ni Monsieur ne veulent alors d'enfant, néanmoins, Mme D dit être « tombée enceinte ». Ils prennent ensemble une décision pour mettre un terme rapidement à la grossesse. Mme D vit mal l'avortement qui ravive la perte de son aîné et la plonge dans une grande dépression avec des idées suicidaires. Son état va nécessiter une prise en charge médicamenteuse par la psychiatrie. Mme D est de nouveau enceinte quelques mois plus tard mais cette fois-ci elle l'apprend tardivement ce qui, dit-elle, ne lui laissera pas le temps de reprogrammer un nouvel avortement. Dans le même temps, elle dit qu'elle a eu peur d'avoir de nouvelles idées suicidaires. Le conjoint quant à lui, maintient ses positions de refus de paternité et met Mme D à la porte en apprenant la nouvelle grossesse. Mme D se met alors à errer de nuits passées chez des compatriotes à d'autres sur un quai de gare, jusqu'à son accueil au HSR-Périnat à 6 mois de grossesse. Mme D parle peu de son enfant qui grandit, son énergie étant mise au service de la reconquête de son ex-conjoint.

La situation des nouveau-nés et des nourrissons ayant présentés, en période périnatale, une pathologie nécessitant leur hospitalisation en réanimation néonatale ou en néonatalogie (prématurité, retard de croissance, infection sévère, pathologie malformative,

⁴¹ ZAOUCHE GAUDRON C. & Col., *Bébés vulnérables, vulnérabilités des bébés : une responsabilité qui nous incombe* dans *Empan*, 2018/3 n° 111, p.10

⁴² Les vignettes cliniques présentées sont co-écrites avec l'une des psychologues du dispositif

complication sévère en période périnatale ...), est questionnante quand les parents sont sans domicile. En effet, ces nourrissons ont besoin de soins ambulatoires et/ou d'une surveillance rapprochée (notamment kinésithérapie respiratoire, psychomotricité, nutrition entérale continue...) que la situation rend incompatible.

C) La parentalité à l'épreuve de l'absence de chez soi : une fragilité renforcée

La définition de la parentalité selon le Comité national de soutien à la parentalité en 2011 : « *La parentalité désigne l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant. Cette relation adulte/enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercés dans l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu d'un lien prévu par le droit (autorité parentale). Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant* »⁴³.

Cette définition illustre les obligations faites aux parents de prendre en compte les besoins de leurs enfants tout en faisant référence à l'environnement de la famille. Il est légitime de considérer que les parents en situation de précarité ne sont pas moins compétents que les autres mais que le manque de moyens lié à leur situation peut les empêcher d'exercer pleinement leur rôle.

1.2.4 Le constat au sein du HSR-Périnat des trajectoires se caractérisant par de nombreux traumatismes avec des femmes majoritairement inscrites dans les parcours de soins

A) Les profils des personnes accueillies au regard de la santé : des parcours générateurs de nombreux traumatismes

Toutes les femmes accueillies racontent un quotidien antérieur marqué par de nombreuses ruptures. Des ruptures géographiques donc en lien avec les lieux d'hébergement, ceux des soins ou les accueils de jours. Elles évoquent des conditions de vie délétères avec pour exemple des lieux de vie extrêmement réduits entraînant une grande promiscuité dans le cas de présences conjointes de famille. Elles dénoncent l'impossibilité à se nourrir correctement ou l'insécurité régnant dans ces lieux d'hébergement notamment dans les hôtels. Ces situations d'instabilité répétées renforcent

⁴³ Haut Conseil de la Famille : « Les politiques de soutien à la parentalité. Avis et rapport par consensus adopté le 22 septembre 2016., p. 33 [Consulté le 14.03.2021] Disponible sur Internet : file:///C:/Users/33622/AppData/Local/Temp/2016_10_03_Notes_parentalite.pdf

pour certaines d'entre elles des traumatismes antérieurs liés à leurs parcours d'exilées avec :

- 50% des femmes qui ont été victimes de violences sexuelles que ce soit dans leur pays d'origine ou sur le territoire français voire sur les deux,
- 30% présentent des problèmes de santé mentale diagnostiqués,
- 40% présentent des pathologies de la grossesse (diabète majoritairement)
- Une femme a fait une fausse couche tardive à son arrivée dans l'établissement,
- 20% d'entre elles ont une pathologie infectieuse découverte en début de grossesse et nécessitant un suivi.

Si les chiffres sont à bien des égards éloquentes, ils ne reflètent pas la singularité des personnes accueillies.

En tant que directrice, il m'apparaît en effet indispensable de ne pas prendre en compte uniquement des statistiques mais également la mesure des profils accueillis et la complexité des schémas au travers desquels interviennent l'équipe. Une deuxième vignette clinique permet ici d'entrevoir les parcours, les problématiques et aussi les capacités.

Vignette clinique de Mme V : Originaire du Mali, Mme V est âgée de 34 ans. Après un long périple l'ayant emmenée dans différents pays du Maghreb, elle arrive en France, en 2018, avec son conjoint âgé de 35 ans. Ce voyage est une décision du couple dit-elle, pour aller chercher une vie meilleure pour eux ainsi que pour leur fille restée au pays avec la grand-mère maternelle. Mme V indique que, seule, elle n'aurait pas entrepris ce voyage si périlleux. Ils ont souvent été hébergés séparément par des connaissances diverses et ont dormi ensemble à la rue quand ces accueils n'étaient pas possibles. Mme V a déjà fait 2 fausses couches tardives depuis son arrivée. Elle sera accueillie au sein du dispositif alors enceinte de 6 mois. Malheureusement, une nuit réveillée par de fortes douleurs, elle se rendra à l'hôpital où elle était déjà suivie, et à nouveau il sera constaté que son enfant intra-utérin ne vit plus. Elle devra l'expulser par voie basse. Mme V rencontrée dans l'après-coup de cette nouvelle perte, est extrêmement triste mais soulagée à la fois : « *Malgré le chaos il y a du positif car je suis ici.* » Elle explique que sa plus grande peur après avoir perdu son enfant fut de ne pas pouvoir réintégrer le dispositif. Elle avait imaginé que n'étant plus enceinte il lui serait signifié la fin de son accueil.

En tant que directrice du HSR-Périnat, à la lumière de cette situation, je dois élaborer avec l'équipe quelque chose pour rassurer quant au maintien de l'accueil, si la famille est en capacité de revenir pour ne pas ajouter de la souffrance à une autre forme de souffrance. En effet, être confrontée au quotidien à des femmes enceintes ou encore à la présence de nourrissons peut s'avérer être une épreuve douloureuse pour celle qui vient de faire une fausse couche.

B) Le constat au regard du parcours de soin

Concernant les suivis hormis une femme à la rue avec ses deux enfants et son nouveau-né, toutes les femmes accueillies sont inscrites dans un parcours de soin, malgré leurs expériences non linéaires. Elles sont sinon 30% à ne pas avoir de couverture santé à jour. Nous ne captions donc pas les femmes éloignées des soins.

1.3 Les réajustements s'imposant à la direction au regard des profils des personnes accueillies et des besoins exprimés

Comme tout projet élaboré à partir d'un cahier des charges, je constate des écarts entre ce qui avait été imaginé et la réalité de la mise en œuvre et je les envisage comme des opportunités d'amélioration afin de co-construire des réponses au plus près des besoins des personnes. C'est d'autant plus important de repérer, d'évaluer, de s'inscrire dans un processus d'amélioration continue de la qualité que le dispositif est expérimental avec une visée non seulement de pérennisation mais aussi de transférabilité sur l'ensemble du territoire.

1.3.1 L'accueil des familles et des couples : la nécessité de proposer un accompagnement global

Le projet d'HSR-Périnat' est centré sur « *les femmes pendant leur grossesse ou après l'accouchement, mais aussi les nouveau-nés, dès lors qu'il existe une pathologie de la mère et/ou de l'enfant* »⁴⁴. Or, nous accueillons aussi bien des familles avec conjoint et/ou enfants que des familles monoparentales.

A) La santé des familles sans domicile

Malgré une politique familiale active les enfants sont exposés à la précarité du fait de la situation de leurs parents. Les familles monoparentales ainsi que les personnes vivant seules constituent la moitié des personnes touchées par la précarité et pauvreté. Les résultats de l'étude ENFAMS montrent avec acuité combien la situation de précarité dans laquelle se trouvent les enfants et leurs familles a des conséquences graves sur la santé :

- Deux tiers des mères et un tiers des enfants souffrent d'anémie
- L'insécurité alimentaire est subie par 8 familles sur 10 et deux enfants sur trois souffrent de la faim. Cette insécurité est à l'origine de problème de surpoids pour un quart des enfants voire d'obésité,

⁴⁴ Cahier des charges projet HSR-Périnat, ARS IDF/DSP, mars 2020 maj aout 2020, p.10

- L'insécurité environnementale engendre des troubles dépressifs chez 29% des mères soit 4 fois plus qu'au sein de la population générale ; Les enfants quant eux manifestent pour 27% d'entre eux des troubles émotionnels, 24% ont des troubles du comportement, 18% des troubles d'inattention/hyperactivité et 10% souffrent de troubles relationnels.

Même si rien n'est dit explicitement sur les pères, les éléments de l'Annexe I, sur la santé des personnes sans domicile, me permettent d'affirmer que ces pères ou ces conjoints ne sortent pas indemnes de ces parcours. D'autant que les dispositifs pouvant accueillir les hommes isolés sont tous saturés. Qu'il s'agisse donc des femmes, des enfants ou des conjoints même si la porte d'entrée est liée au projet de santé de la mère et/ou du nouveau-né, il est de la responsabilité du dispositif de proposer un accompagnement global de la famille, tant du point de vue de la santé que de celui de l'accompagnement social. En effet, pour un bien-être de la famille il importe de prendre soin de tous les membres y compris de celui du père ou du conjoint.

- B) Le couple sans domicile une réalité insuffisamment prise en considération dans les procédures des dispositifs d'hébergement : la place déniée du conjoint ou du père

Intervenant dans l'univers du social et du médico-social depuis de nombreuses années (CHU, CHRS, ACT, LHSS notamment), je sais généralement combien pour un couple sans domicile, il est difficile de trouver un lieu d'hébergement sans être séparé. En effet faute de places, il est proposé au couple de faire des demandes séparées pour trouver un abri pour la femme, la mère ou future mère. Cette conception de la protection de la mère est le fruit d'une histoire⁴⁵ qu'il apparaît difficile de détricoter alors même que les lois ont évolué pour favoriser la prise en compte du père⁴⁶. De plus, les relations positives, le soutien mutuel entre deux parents ont des effets bénéfiques, non seulement pour l'enfant en devenir mais aussi pour la bonne poursuite de la grossesse. Dans son article Paule HERSCHKORN-BARNU, en reprenant les éléments d'une enquête de Solidarité Paris

⁴⁵Dans son article NOZAY C., « La place du père dans l'action sociale : l'exemple des centres maternels, in « Enfances & Psy », 2008/4 n° 41, pp.140-147, explique que cette question est récente et s'inscrit dans une protection de la mère et de son enfant : « *Dans les années 1950, les maisons maternelles créées en 1939 prenaient en charge la mère et l'enfant. La question du père se posait par son absence, il fallait organiser l'accueil de la mère seule et de son enfant dont personne n'assurait la subsistance, ce qui n'allait pas sans stigmatisation des « filles-mères ». La mission des maisons maternelles était de les protéger du danger que représentaient les hommes, en premier lieu le géniteur. La mère était réellement isolée, la prise en charge était substitutive à la prise en charge maritale en règle à cette époque.* » p.140

⁴⁶La Convention Internationale des Droits de l'Enfant, la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions et la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant toutes promeuvent la nécessité pour un enfant de vivre avec ses deux parents quand cela est possible.

Maman (SOLIPAM)⁴⁷ nous dit que : « (...) la présence du compagnon représente un facteur protecteur important de conformité du suivi de grossesse. (...). De même, les femmes qui ont un compagnon présent voient leur risque de césarienne en urgence divisé par deux. Il s'avère donc absolument indispensable pour les professionnels de la périnatalité de considérer le projet parental comme un élément essentiel à prendre en compte dans l'accompagnement social de ces familles. Trop souvent, le couple lui-même mais aussi les soignants se résignent à la séparation, faute d'hébergement disponible pour loger toute la famille. Là encore, la précarité sociale vient faire écran à la préoccupation principale du projet périnatal : la réduction de la morbidité évitable et l'instauration d'un lien parental de qualité. (...) la présence du conjoint/père protège et réduit les risques périnataux : c'est sans aucun doute un argument médical à partager avec les parents et les dispositifs sociaux »⁴⁸.

De mon expérience, j'ai constaté que nombreux sont les couples qui se forment dans un contexte de très grande précarité. Ils traversent de longues périodes parfois des années sans jamais pouvoir réussir à vivre ensemble dans des conditions dignes, dans un « chez soi ». Pour ces personnes, leur permettre d'accéder à un lieu pour véritablement faire couple participerait à la prévention, notamment des violences conjugales.

Pour illustrer mon propos, la vignette clinique ci-dessous d'un couple qui dit combien, il est indispensable de penser le dispositif, non pas uniquement comme un lieu qui protège les mères et les nourrissons en faisant parfois une petite place pour le père, mais aussi comme un lieu de protection de la famille afin d'accompagner la parentalité fortement fragilisée dans le contexte de la précarité.

Vignette clinique du couple composé de Mr T. et Mme B : Mme B et Mr T sont originaires de Guinée et respectivement âgés de 32 et 34 ans. Ils se sont rencontrés dans une gare d'Ile-de-France alors que Mme B ne savait pas où elle dormirait. Mme B est arrivée sur le territoire français en 2019. Mr T, quant à lui, y est présent depuis 2016. Mme B va rapidement tomber enceinte et cette grossesse non désirée sera cependant acceptée par le couple. Comme de nombreux autres couples en situation administrative irrégulière, celui-ci ira de nuits passées à la rue, à d'autres chez des compatriotes, séparé, à des accueils en hôtels sociaux séparé aussi. Mme B fait, en 2020, une forme grave de covid19. Elle

⁴⁷ SOLIPAM un réseau périnatalité créé en 2006 en Ile de France dont le but est la coordination des secteurs hospitaliers publics et privés, des structures de proximité pour assurer et poursuivre la prise en charge des femmes enceintes en situation de grande précarité et de leurs enfants jusqu'à leurs trois mois. Il propose une plateforme avec des professionnels pluridisciplinaires, des informations et d'échanges aux professionnels de santé pour optimiser l'impact de leurs actions sur les populations considérées

⁴⁸ HERSCHKORN-BARNU P., *Bébé sapiens SDF avant même de naître : un impensable périnatalité*, dans Drina Candilis-Huisman et al., 2017, Bébé sapiens : Du développement épigénétique aux mutations dans la fabrique des bébés, éd. Eres, Paris, p.262

accouche d'un bébé à terme, et est immédiatement plongée dans le coma qui va durer un mois et demi. L'enfant est placé en pouponnière car le père n'a pas de lieu pour l'accueillir, et aujourd'hui les dispositifs père-enfant n'étant pas réparables. Mr T, très inquiet pour sa conjointe, dit avoir eu peur qu'elle ne se réveille pas. Malgré ses emplois précaires pour subvenir aux besoins de la famille, il était présent à la maternité tous les jours et dit combien cette période a été difficile pour lui. Le couple est orienté vers le HSR-Périnat à la sortie d'hospitalisation de Mme B et prend doucement ses marques. Mme B fait connaissance avec son enfant, soutenu par son conjoint, toujours très présent. Mr T espère pouvoir s'investir davantage dans sa recherche d'emploi pour nourrir sa famille quand Mme B sera suffisamment rassurée et en confiance avec leur nouveau-né.

L'association « Aire de famille »⁴⁹ a pris, quant à elle, la mesure de la nécessité de prendre en compte le père. Dès 2004 elle ouvre un premier centre parental, proposant alors un espace sécurisant à la famille, dans sa globalité, et donc en incluant le père comme un partenaire à part entière.

C) L'accueil des familles pose la question de la scolarisation des enfants et/ou du mode de garde

Les enjeux politiques du territoire ne sont pas à négliger dans ce type de projet même si au départ, chacun saisit la pertinence d'un tel projet. Mais, il est apparu que dans la mise en œuvre cela soit bien plus complexe. Je n'avais en effet pas mesuré qu'il faudrait aussi déployer de l'énergie pour tenter de convaincre un élu de l'obligation qui est la sienne de respecter la loi, à savoir scolariser tous les enfants. Dès l'ouverture nous avons été confrontés à une difficulté concernant la scolarisation. Il a donc fallu rassurer afin d'atténuer le sentiment « d'envahissement de toute la misère du monde » qui viendrait emboliser les infrastructures du territoire. Il m'a fallu mettre mon égo de côté, ravalier mon agacement et mon impatience afin de faire preuve de souplesse, de patience, de stratégie pour atteindre le but. Ce qui a fait sens et qui m'a permis en un mot d'avoir un sens politique c'est fondamentalement le projet.

La question du mode de garde pour les enfants qui ne sont pas en âge d'être scolarisés est l'objet de réelles difficultés qui n'ont pas permis d'accueillir dans un premier temps une femme avec deux enfants, enceinte et nécessitant des soins réguliers. Confrontés à l'absence de modes de garde dans le public, nous sommes allés chercher des solutions dans le privé pour deux autres femmes devant bénéficier de soins après leur accouchement mais qui se trouvaient dans l'impossibilité d'amener leur nourrisson avec elles lors de ces soins. Ces modes de garde si elles peuvent répondre ponctuellement à une urgence, sont cependant trop coûteuses. Nous devons donc rapidement élaborer d'autres modalités de réponses. Quels modes de garde adaptés faut-il envisager pour

⁴⁹ Le site de l'association Aire de famille [Consulté le 14.04.2021] : <https://airedefamille.org/>

l'accueil des enfants pendant les soins de leurs mères ? Comment développer une relation de confiance avec la ville pour une meilleure prise en compte des besoins de ce public ? Je devrais avec mon équipe trouver élaborer des réponses à ces questions.

1.3.2 L'absence de candidature d'un public non inscrit dans le soin

Le HSR-Périnat, qui était très attendu, répond pour partie aux besoins des femmes enceintes et/ou sortant de maternité et repérées par les soignants. En effet, la porte d'entrée du dispositif est le projet de soins des résidents, évalué en amont par un professionnel santé. De fait, cette porte d'entrée ne permet pas l'accueil des femmes qui ne sont pas engagées dans un parcours de suivi de grossesse.

Il m'apparaît légitime de me poser la question de notre absence de réponse en direction de ces femmes. Une rencontre avec le SIAO 91 a mis en lumière l'absence de repérage des femmes enceintes dans les demandes en direction des dispositifs d'hébergements (hôtels sociaux, CHU ou encore CHRS). Or, ce repérage est essentiel dans le cadre d'une évaluation des besoins de ce public en particulier dans la perspective de la mise en œuvre d'un accompagnement pour les inscrire dans un parcours de soins. Comme j'ai pu le démontrer précédemment, certaines femmes qui sont en situation de précarité ont recours au système de santé tardivement ce qui peut présenter des conséquences graves dans le suivi de leur grossesse ou de celui de leur nourrisson. De manière à élargir les réponses en direction de ce public vulnérable il s'agira de réfléchir à la manière dont il serait bénéfique de déployer les ACT « Hors les murs ». A la suite des conclusions du Ségur de la Santé en juillet 2020, le Décret numéro 2020-1745 du 29 décembre 2020 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « Lits Halte Soins Santé », « Lits d'Accueil Médicalisés » et « Appartements de Coordination Thérapeutique » entérine la possibilité pour les ACT de développer un accompagnement de l' « aller vers ».

Dix-huit expérimentations ont été menées par différentes associations gestionnaires d'ACT et les résultats sont probants en termes d'efficience⁵⁰. Impulsée par la Fédération Santé Habitat (FSH) pour développer une pratique de l' « aller vers », l'objectif était de répondre aux besoins des personnes ayant déjà un domicile (hébergement ou logement). Avec accord de l'ARS, des places ACT stables ont été transformées en ACT « Hors les murs » : 1 pour 3. Le bilan de l'expérimentation porte sur les réponses de 14 associations :

- 109 personnes ont été accompagnées dont 99% vivant dans le département de l'ACT,
- 50% ont bénéficié de soins infirmiers,
- Diversité des professionnels constituant les équipes : infirmières uniquement, binôme psychologue-infirmière, ...

⁵⁰ Fédération Santé Habitat (FSH) : Bilan national 2019 des ACT hors les murs

- Types d'interventions variés : 70% dédiées aux personnes vivant dans un domicile durable, 18% dans le champ de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion (AHI), 11% lieu de vie précaire (caravane, camping, chez un proche).

Cette expérimentation a été concluante car elle a permis d'inscrire dans un parcours de soins des personnes qui en étaient éloignées.

1.3.3 Le dispositif régional au regard des logiques de parcours

Le public accueilli, s'il est orienté majoritairement par le département du 91, vient pour 60% d'autres départements. La moitié des personnes accueillies n'ont donc pas d'ancrage dans le 91. Il y a donc nécessité à maintenir leur lien avec leur département d'origine pour ne pas ajouter une nouvelle rupture aux nombreuses autres ruptures antérieures. De plus cette nécessité est aussi liée au fait que comme tous les départements d'Ile de France, le 91 est saturé et ne peut accueillir dans ses dispositifs d'hébergement toutes les personnes hébergées au HSR-Périnat. En effet, selon le Cahier des charges : *« La structure n'a pas pour objectif de prendre en charge les personnes sur le long terme : une fois la situation de santé stabilisée (pathologies de la grossesse ou pathologies chroniques, prématurité...) sur la place de soins résidentiels, l'accueil sur une place d'hébergement au sein de la structure « HSR-Périnat » a vocation à être un « sas », avant une sortie vers un hébergement de droit commun »*⁵¹.

Néanmoins, se pose la question de la distance pour ces femmes, entre leurs lieux de soins dans leur département d'origine mais aussi leurs lieux de sociabilité et celui d'hébergement dans le 91. Pour le soin, il m'apparaît indispensable de mettre en œuvre les financements nécessaires afin de favoriser les déplacements sécurisés et sécurisant pour ces femmes. Cependant, la vie ne se réduit pas aux soins médicaux, l'entourage, quand il y en a, est également une ressource pour les personnes, et la distance imposée par un lieu d'hébergement éloigné impacte à fortiori les relations. Se rajoute aussi, la question de la domiciliation maintenue dans le département d'origine qui oblige là encore à de longs déplacements afin d'avoir accès aux courriers. Il y a également la scolarité des enfants, le changement d'école durant le séjour, puis encore après le séjour... La régionalisation peut s'apparenter comme une limite du dispositif au regard des déplacements et des ruptures qu'elle produit inmanquablement.

1.3.4 Le besoin exprimé par toutes les personnes interviewées autour de la nourriture

L'alimentation dans les maisons de retraite est une problématique qui est largement traitée, tant on considère dans ces dispositifs, à juste titre, que manger participe au bien-être donc à la santé. Ainsi manger n'est pas uniquement la satisfaction d'un besoin

⁵¹ Cahier des charges projet HSR-Périnat, ARS IDF/DSP, mars 2020 maj aout 2020, p.10

physiologique mais renvoie à la notion de plaisir qu'il s'agit de préserver, voire de réactiver par différents moyens.

Dans le secteur du médico-social, cette question fondamentale, à bien des égards, est souvent reléguée au second plan. L'urgence est ailleurs et la mise à l'abri prend toute la place. Certes, nombreux sont les ateliers de nutrition qui sont pensés pour permettre aux uns et aux autres d'intégrer les rudiments de l'équilibre alimentaire et donc d'apprendre à bien s'alimenter. Ces ateliers sont indispensables au regard des statistiques sur l'insécurité alimentaire des familles sans domicile. Dans l'enquête ENFAMS, déjà citée, l'insécurité alimentaire touche 8 familles sur 10 sans domicile et deux enfants sur trois souffrent de la faim. Cette insécurité alimentaire peut engendrer des problèmes de surpoids voire d'obésité.

Les personnes accueillies mentionnent auprès de l'équipe, de façon unanime, la nourriture qui leur est fournie comme étant un point négatif. Au-delà de cette problématique qu'est l'insécurité alimentaire, manger fait référence à autre chose. La nourriture, les odeurs remplissent souvent une fonction de réassurance, de lien avec sa famille et plus largement avec son pays d'origine : « *Autour de la nourriture, il existe une atmosphère, des échanges, des émotions qui circulent dans le groupe familial ; la nourriture est porteuse des goûts, des rapports au plaisir et au déplaisir, des interdits, des valeurs et de la culture familiale. La nourriture est une partie intégrante du mythe familial, c'est-à-dire de l'ensemble des croyances implicites partagées par tous les membres d'une famille, qui l'identifie comme unique et singulière, qui donne forme aux liens et tisse la trame intersubjective entre chaque sujet se reconnaissant comme appartenant à cette famille* »⁵².

Le souvenir en rapport avec la nourriture est un bagage que chacun transporte avec lui quand il voyage. Pour ceux et celles qui s'exilent, il arrive que le mal du pays se fasse sentir, préparer un plat de son pays peut agir comme un médicament pour calmer le manque et combler l'absence.

Par ailleurs certaines femmes évoquent la dépendance totale dans laquelle elles sont dans le dispositif : « *Nous sommes, logés, blanchis et nourris. Nous ne faisons rien nous-même alors qu'on sait se faire à manger* ». En effet, à défaut de se faire à manger tout le temps, il est légitime de s'interroger sur la place qu'on laisse aux personnes que nous accueillons. Comment mettre en œuvre les capacités de celles-ci quand pour un besoin primaire, comme celui de se nourrir, l'institution l'organise en choisissant ce qu'elles doivent manger dans une liste de plats ?

Ayant travaillé dans de nombreux services où les personnes cuisinaient, j'ai pu mesurer que la nourriture, en particulier le partage de cette dernière répondait au besoin de rendre quelque chose de ce qui était offert par les salariés. Il y a ici la notion de don et de contre

⁵² KAGANSKI I., « La place de la nourriture dans les relations familiales », in *Enfances & Psy*, 2005/2 no 27, p.49

don. La nourriture pour dire, « *Tu me donnes quelque chose de toi, même si je sais que c'est ton travail, mais moi aussi je veux te donner quelque chose de moi en t'offrant un plat de chez moi* ». La nourriture est là pour atténuer la dette, pour créer quelque chose de l'ordre d'un équilibre dans la relation asymétrique inhérente à la place que chacun occupe dans la relation d'aide.

1.4 Conclusion de la première partie : la grossesse en situation de précarité, une réalité connue aux conséquences graves

Même s'il est difficile de dénombrer précisément les personnes sans domicile et de les caractériser, tous les chiffres montrent une aggravation de la situation. Le nombre de personnes sans domicile depuis la dernière enquête de 2012 de l'INSEE a été multiplié au moins par deux selon le rapport de la Fondation Abbé Pierre pour passer aujourd'hui à 300 000.

La situation de précarité, du fait notamment de l'absence de « chez soi », renforce les vulnérabilités de tous ceux qui vivent dans ces conditions et altère leur état de santé. Ainsi les personnes sans domicile sont en moins bonne santé que le reste de la population générale. Elles ont moins recours au soin et quand elles le font, c'est tardivement, en passant par le service des urgences. Il est donc indéniable que le mal-logement et le sans-abrisme sont des marqueurs de précarité.

Les femmes enceintes et/ou sortant de maternité sans domicile n'échappent malheureusement pas à ces constats. En effet, elles ont aussi un recours au système de santé plus tardif, ce qui a des conséquences graves dans le suivi de leur grossesse, le suivi de leur nourrisson et leur propre suivi pré et postnatal. Leur hébergement provisoire dans des dispositifs d'urgence ou l'absence d'hébergement les met dans des situations d'insécurité. Les dispositifs d'urgence, tels les hôtels ou les Centres d'Hébergement d'Urgence de mise à l'abri, ne sauraient répondre aux besoins de stabilité et de sécurité environnementale d'une femme enceinte, ou d'une femme avec un nourrisson ou encore d'une famille dans laquelle vit un nourrisson.

Il y a nécessité à mettre en œuvre un dispositif efficient, tant en termes de stabilité de l'hébergement qu'en termes d'inscription et de continuité des soins. Le taux de fécondité en France décroît d'année en année, et il y a dans la situation de ces mères ou futures mères un paradoxe à rester aveugle à une problématique qui a une incidence forte sur la population entière. Il y a urgence à agir tant pour des raisons de santé publique que pour celles en rapport avec le renouvellement des générations.

Le dispositif HSR-Périnat est une innovation en ce sens qu'il promeut et la santé et l'hébergement. Mais pour réellement être innovant, il me faudra œuvrer pour rompre avec

une histoire qui dénie la place des pères, mettre en œuvre des réponses d' « aller-vers » et créer véritablement les conditions favorables pour la continuité des soins des personnes dans le dispositif et celles en dehors, non inscrites dans le soin. Les enjeux sont tels qu'avec l'équipe il s'agira d'envisager les solutions en adéquation avec les besoins du public accueilli tout en prenant en compte les attentes exprimées.

2 DEUXIEME CHAPITRE – Des politiques publiques plurielles et non spécifiques au regard de la périnatalité dans un contexte de précarité liée à l’absence de chez soi

La situation de ces femmes enceintes sans domicile et accompagnées d’un nourrisson à la sortie de maternité renvoie à une problématique triple. Elle touche en effet aux questions relatives à l’hébergement-logement⁵³ puis à celles concernant le sanitaire, notamment les politiques de santé publique et de cohésion sociale. Elle concerne également les politiques relevant de l’accès aux soins des personnes précaires⁵⁴, aux questions relatives à la protection de l’enfance, notamment à celles qui renvoient à la protection maternelle et infantile (PMI) et l’Aide Sociale à l’Enfance (ASE). La situation relève ainsi de différents acteurs : la DRIHL, l’ARS et les conseils départementaux. Pour ces multiples raisons, de nombreuses politiques publiques à différents niveaux légitiment un dispositif tel le HSR-Périnat⁵⁵.

Il est à noter malgré de nombreuses recherches que, je ne suis pas parvenue à trouver des politiques publiques périnatales spécifiques en direction de ce public de femmes enceintes ou avec un nourrisson sans domicile dans un pays européen comme à l’International. Pourtant cette question de la périnatalité est un enjeu important à travers le monde et l’Europe. C’est ainsi, qu’une attention particulière est portée aux femmes et familles en situation de précarité car elle est reconnue comme un facteur de vulnérabilité important pour la mère et pour le nourrisson.

2.1 La périnatalité à l’international, en Europe et en France : tour d’horizon

2.1.1 Les recommandations de l’Organisation Mondiale de la santé (OMS) au regard de la santé périnatale

L’OMS a publié, en 2016, des recommandations pour lutter contre la mortalité infantile et les décès maternels intitulées « Recommandations de l’OMS concernant les

⁵³Aujourd’hui pour lutter contre le sans-abrisme et tenter de répondre aux besoins en termes d’hébergement les pouvoirs publics s’inscrivent dans une politique du « Logement d’abord » (Plan Quinquennal 2018-2022 pour le logement d’abord et la lutte contre le sans-abrisme). Si cette politique est audacieuse et bienvenue, elle ne mettra pas fin aux besoins d’hébergement d’urgence tant ils sont considérables (« Hébergement d’urgence : renforcer le pilotage pour mieux maîtriser les financements » : Rapport d’information du Sénat n°614 au nom de la Commission des affaires sociales).

⁵⁴ Annexe II – Les politiques publiques relatives à l’accès aux soins des personnes en situation de précarité avec ou sans domicile

⁵⁵ Annexe III – Une légitimité du HSR-Périnat répondant aux politiques de santé publique et de cohésion sociale, à différents niveaux

soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive ». Elles interviennent dans un contexte où des chiffres de décès alarmants interpellent l'organisation malgré des préconisations antérieures⁵⁶ : « *Près de 303 000 femmes et adolescentes sont décédées en 2015 à la suite de complications liées à la grossesse et à l'accouchement.1 Environ 2,6 millions d'enfants sont mort-nés la même année. La quasi-totalité des décès maternels (99 %) et infantiles (98 %) sont survenus dans des pays à revenu faible et intermédiaire. Ces décès maternels auraient pu être évités si les femmes ou adolescentes enceintes avaient eu accès à des soins prénatals de qualité.2 60 % des mortinaissances (1,46 millions) sont survenues pendant la période prénatale et étaient principalement dues à une infection ou une hypertension maternelle non traitées et à un retard de croissance intra-utérin* »⁵⁷. Selon l'OMS les soins prénatals mis en œuvre au travers de huit rencontres, doivent permettre aux professionnels de santé de prendre en compte les besoins singuliers de chaque femme pour un accompagnement individualisé visant à identifier les risques, prévenir et prendre en charge les maladies liées à la grossesse, mettre en œuvre l'éducation à la santé et promouvoir le bien être. Ces soins relèvent de 5 catégories afin de faire de la grossesse une expérience positive :

- Interventions nutritionnelles,
- Evaluation de l'état de la mère et du fœtus,
- Mesures préventives,
- Interventions face à des signes cliniques courants,
- Interventions des systèmes de santé pour améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénatals.

Toutes ces recommandations visent à donner des outils aux différents pays leur permettant d'appréhender la grossesse comme une période de vulnérabilité qu'il s'agit de soutenir et d'accompagner.

2.1.2 La périnatalité en Europe : la mise en place d'un système d'informations mesurant et analysant les indicateurs de santé périnatale

Il n'existe pas une politique européenne de la santé périnatale, chaque Etat mettant en œuvre sa propre politique publique dans ce domaine et plus largement autour du champ de la santé. Cependant, il y a une réelle prise en compte de la nécessité de mettre en œuvre

⁵⁶ « (...) *Le dépistage systématique des troubles de l'hypertension au cours de la grossesse grâce à la mesure régulière de la tension artérielle, le contrôle des bruits du cœur du fœtus, et les conseils de préparation à l'accouchement et de planification familiale après l'accouchement.* », [Consulté le 14.04.2021] Disponible sur Internet :

<https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2018/06/ANC-OverviewBriefer-A4-FR.pdf>

⁵⁷ Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive [Consulté le 14.04.2021] Disponible sur Internet :

https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/fr/

les recommandations de l'OMS, de manière à renforcer la santé maternelle et néonatale, un indicateur déterminant de la santé et du bien-être d'une population.

En effet, même si les progrès médicaux, l'amélioration de l'accès aux soins pour tous ont participé à diminuer la mortalité néonatale et maternelle, « *Le nombre de familles touchées par la perte d'un enfant, qu'il s'agisse d'une mortinaissance ou d'un décès infantile, reste important et touche plus de 40 000 familles en Europe chaque année* »⁵⁸.

Depuis 1999, les états européens se sont dotés d'un système d'informations innovant pour mesurer la santé périnatale de 31 états nommé Euro-Péristat⁵⁹. L'existence de ce système a pour objectif la production de données et d'analyses à destination des différents acteurs du champ de la santé de manière à ce qu'ils puissent mettre en œuvre des politiques plus efficaces concernant la santé et les soins de santé des femmes enceintes et des nouveaux nés. Euro-Péristat, financé par la Direction de la santé et de la sécurité alimentaire de la Commission européenne, a déjà produit trois rapports (2008, 2013 et 2018) coordonnés par l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (Inserm), à Paris.

Dans son rapport de 2018 qui fait une photographie de la santé périnatale en Europe et en France, un élément important est à noter et concerne notre dispositif : « *La mortalité autour de la naissance est globalement basse en France comme dans les autres pays européens. Cependant la mortinatalité (enfants mort-nés) atteint un niveau plutôt élevé en France (3 décès pour 1000 naissances, après exclusion des interruptions médicales de grossesse, 21ème rang), ainsi que la mortalité néonatale (décès dans le 1er mois) qui représente 2,4 pour 1000 naissances vivantes (23ème rang). La mortalité néonatale est stable depuis 2005 alors qu'une tendance à la baisse est constatée sur l'ensemble des pays européens.* »⁶⁰ L'accueil des familles jusqu'aux 12 mois du nourrisson au regard de ces indications trouvent ainsi tout leur sens.

2.1.3 La périnatalité en France : de la Protection Maternelle Infantile (PMI) aux plans périnatalité

A) La PMI : une forme ancienne de prévention sanitaire

A la sortie de la Seconde Guerre Mondiale, l'enjeu démographique lié au repeuplement de la France est très fort. Au regard de la mortalité infantile alors très importante la PMI naît de l'Ordonnance du 2 novembre 1945 en même temps que la santé scolaire et la protection judiciaire de la jeunesse. Elle lie d'emblée les pôles sanitaires et

⁵⁸ European Perinatal Health Report : Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015, p.10 [Consulté le 14.04.2021] Disponible sur Internet : <http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2018/11/Peristat-web-2018.pdf>

⁵⁹ Le site Euro Peristat : Better statistics for better health for pregnant women and their babies [Consulté le 14.05.2021] Disponible sur Internet : <https://www.euoperistat.com/>

⁶⁰ Information presse spécifique à la France [Consulté le 14.04.2021] Disponible sur Internet : <https://www.euoperistat.com/index.php/reports/european-perinatal-health-report-2015.html>

sociaux au travers de la présence simultanée de médecins, de personnels paramédicaux et sociaux (les sage-femmes l'intègrent en 1974 avec la loi relative à l'interruption médicale de grossesse) pour un accueil inconditionnel (accessible aux plus démunis du fait de l'absence de frais à avancer, de l'absence de nécessité d'avoir des droits sociaux ouverts ou encore une situation administrative régularisée). Elle a pour mission la lutte contre la mortalité infantile en proposant des visites prénatales, la surveillance médicale du nourrisson et l'éducation sanitaire des mères. Ces différentes missions sont intégrées dans le Code de la Santé publique et celui de l'Action Sociale et des Familles (CASF) leur conférant des objectifs médico-psycho-sociaux. La PMI est confiée à la suite de la loi de décentralisation de 1982 et de la répartition des compétences, en 1983 aux conseils départementaux.

La Loi du 5 Mars 2007, réformant la protection de l'enfance, intègre la PMI dans le champ de la protection de l'enfance en lui donnant toute sa place dans la prise en compte des populations vulnérables. La Loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance instaure un entretien prénatal précoce, menée au sein de la PMI, systématiquement au 4^{ème} mois de grossesse. Cela pour évaluer, détecter et prévenir les difficultés psychologiques ou sociales pouvant avoir des incidences sur la grossesse et sur les relations à venir entre les parents et le nouveau-né.

Au fil des années, les missions de la PMI se sont élargies et renforcées par :

- Les consultations et les actions de prévention en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans,
- La mise en œuvre de programmes d'actions en faveur des populations défavorisées,
- La réalisation de bilans de santé pour tous les enfants de 3 à 4 ans afin de détecter d'éventuels troubles du développement pouvant avoir des conséquences sur les acquisitions scolaires et la socialisation,
- La gestion et le conventionnement de centres de planification et d'éducation familiale,
- Le contrôle et le développement de la qualité des modes de garde grâce à des agréments et des cursus de la formation destinés à des assistantes maternelles.

La mise en place du Comité d'Animation Nationale des actions de PMI (CANA-PMI) en janvier 2017 intègre les actions des PMI dans la politique nationale de santé.

Les PMI participent aux réseaux de santé en périnatalité, travaillent en lien avec les établissements de santé et sont présentes aux réunions de staffs. Malgré leur importance, leurs ressources pour accomplir leurs missions sont variables d'un département à l'autre.

Les services de PMI sont bien identifiés par les femmes accueillies au sein du dispositif, qui s'y sont majoritairement inscrites. Et quand elles ne le sont pas elles savent

que c'est un lieu où elles peuvent consulter, en étant enceinte. A proximité du HSR-Périnat, il y a deux PMI situés à Athis-Mons même et à Juvisy.

B) La périnatalité au travers des plans périnatalité et la création des réseaux de santé en périnatalité

a) *Les plans périnatalité pour une meilleure prise en compte des besoins*

Les trois plans périnatalités sont élaborés à partir des années 1970 avec la Loi Hospitalière du 31 décembre 1970 visant à la structuration du système de soins par notamment la création d'une carte sanitaire. Dans son article, Francis PUECH explique que l'avènement de ce concept, alors peu connu en France, repose sur : « (...) *la priorité donnée aux problèmes de la naissance, en raison de résultats médiocres en termes de mortalité périnatale, proche de 26 pour 1000 naissances, alors qu'il était en Suède de 14 pour 1000 naissances* »⁶¹.

Les plans ont 3 objectifs :

- Le renforcement de la sécurité de l'accouchement et de la naissance,
- L'amélioration de la prévention,
- Le développement d'une prise en charge périnatale plus centrée sur les futurs parents notamment autour de la mère.

Le premier plan (1970-1975) s'est focalisé sur les naissances en renforçant les moyens techniques adéquats dans les maternités, en particulier autour de la formation des professionnels afin de réduire la mortalité périnatale.

Le deuxième plan (1995-2000) visait la baisse de la mortalité infantile et de la mortalité maternelle. Des réseaux périnatalité commenceront alors à se développer pour mettre en relation les professionnels de la périnatalité du domaine hospitalier et ceux de la santé en ville.

Le troisième plan (2005-2007) tout en s'inscrivant dans la même logique que les deux précédents, s'organise autour des axes : sécurité – qualité et humanité – proximité. Il vise à : « (...) *améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Il vise également à améliorer la connaissance du secteur et à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent* »⁶². Il reconnaît la nécessité de

⁶¹ PUECH F., décembre 2007 – mars 2008, « L'organisation autour de la grossesse et de la naissance : Le plan périnatalité 2005-2007 », in ADSP n° 61/62, p. 35

⁶² PLAN « périnatalité » 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité, p.1, [Consulté le 14/03/2020] Disponible sur Internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf

prendre en compte les situations de vulnérabilités dans lesquelles se trouvent les parents car elles ont des incidences sur les relations à venir entre parents-enfants et peuvent générer des troubles chez l'enfant.

Ce troisième plan promeut un soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité. L'objectif est ainsi d'améliorer l'accès aux droits et aux soins ainsi que l'accompagnement médico-psycho-social pour permettre aux parents de mieux faire face à leurs responsabilités.

Il va renforcer le rôle des PMI en instaurant notamment l'entretien du 4^{ième} mois de grossesse pour le couple et le carnet de maternité. Par l'instauration de cet entretien précoce, ce troisième plan renforce la nécessité de mettre en œuvre un accompagnement médico-psycho-social pour une prise en compte de la situation globale des futurs parents. Le dispositif expérimental HSR-Périnat s'inscrit donc dans cette recommandation.

L'évaluation de ce troisième plan a permis :

- D'améliorer la sécurité et la qualité des prises en charge.
- De renforcer la mise en œuvre des réseaux en périnatalité, notamment par la création d'une commission nationale (aujourd'hui appelée Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, CNNSE).

Toutefois, il n'a pas donné entièrement satisfaction dans la prise en compte des situations de précarité : « *le plan a joué un rôle limité dans le renforcement de la prise en charge des femmes et des couples les plus en difficultés, au regard de leur accès aux droits et aux soins* »⁶³.

b) Les réseaux de santé en périnatalité

Les besoins des futurs parents sont nombreux, tant en termes de repérage des professionnels qu'en termes d'informations concrètes sur la maternité et la parentalité. C'est ainsi que sur l'ensemble du territoire, « (...) *les réseaux de santé périnatale (RSP) se sont mis en place progressivement, tout d'abord de façon expérimentale, puis sous l'impulsion des décrets de 1998, s'inspirant, à partir des années 2000, des réseaux interdisciplinaires existants (réseaux cancérologie, diabète, soins palliatifs...), en faisant évoluer le modèle de réseaux ville-hôpital vers des réseaux inter-structures d'un même territoire* »⁶⁴.

Les réseaux regroupent les professionnels concernés par la prise en charge de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance, qu'ils soient hospitaliers, libéraux ou

⁶³ Ministère de la Santé et des sports, Direction Générale de la Santé - Evaluation du plan périnatalité 2005-2007 – Rapport final, Mai 2010, p.131, [Consulté le 14/03/2020] Disponible sur Internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf

⁶⁴ *Ibid.*, p.48

issus du champ sanitaire et médico-social. Afin d'harmoniser leur fonctionnement et leur permettre de renforcer leurs compétences, une circulaire définira leurs missions⁶⁵.

Celles-ci sont multiples et visent notamment à :

- Améliorer la qualité des prises en charge en proposant aux futurs parents un accompagnement pluriprofessionnel pour répondre à leurs besoins,
- Favoriser un accompagnement global de la mère, du père et de l'enfant dès le début de la grossesse : information des parents, organisation de l'accompagnement médico-psychosocial de la grossesse, repérage et prise en charge des vulnérabilités psychosociales en amont et suivi à long terme du nouveau-né présentant notamment une vulnérabilité d'origine périnatale susceptible de développer un handicap,
- Favoriser les collaborations professionnelles par :
 - o La coordination des interventions des différents professionnels
 - o La mise en place de formations interdisciplinaires
 - o L'évaluation des pratiques.

Ces réseaux constituent pour notre dispositif une ressource essentielle que chaque professionnel devra apprendre à connaître. En Ile-de-France, on dénombre 7 réseaux de santé en périnatalité⁶⁶ dont deux qui couvrent le département de l'Essonne, à savoir :

- Le réseau périnatalité du Sud de l'Ile-de-France (Périnat IDF Sud)⁶⁷ et le Réseau Pédiatrique Sud et Ouest Francilien,
- L'Association pour le Suivi des Nouveau-nés à Risque (RPSOF-ASNR)⁶⁸.

Toujours dans la région, existent aussi des réseaux thématiques en lien avec la périnatalité dont fait partie SOLIPAM⁶⁹. Les actions de SOLIPAM visent à faire face aux risques sanitaires encourus par la mère et l'enfant en situation de grande précarité.

Un autre réseau, le Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires⁷⁰ (DAPSA), est aussi une ressource importante, en particulier dans l'accompagnement des mères qui souhaitent réfléchir à faire adopter leur enfant à la naissance.

⁶⁵ Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité [Consulté le 14.05.2021] Disponible sur Internet : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso1o3cnamts-n-2006-151-du-30-mars-2006-relative-au-cahier-des-charges-national-des-reseaux-de-sante-en-perinatalite/>

⁶⁶ Annexe IV : Les 7 réseaux de périnatalité en Ile de France

⁶⁷ <http://www.perinatifsud.org/>

⁶⁸ <https://www.reseau-psof.fr/>

⁶⁹ <https://solipam.fr/>

⁷⁰ <http://www.dapsa.asso.fr/>

2.2 L'accueil des femmes enceintes et/ou sortant de maternité sans domicile : disparate et cloisonné

Même si tout démontre que la précarité est un risque majeur pour la grossesse, l'accueil des femmes enceintes sans « chez soi », reste parcellaire et cloisonné faute de places disponibles. Les dispositifs accueillant spécifiquement cette population sont soit dans le champ du sanitaire, soit dans celui du social et n'ont pas une capacité d'accueil suffisante permettant à tous ceux qui en ont besoin d'y accéder.

On retrouve des unités d'hospitalisation mère-bébé qui sont des structures visant à accompagner les troubles psychiatriques développés par la mère, durant ou après sa grossesse. Ces unités travaillent dans le but de soutenir la mère dans sa fonction maternelle et ainsi prévenir une possible séparation d'avec son nourrisson. En région parisienne deux dispositifs hospitaliers sont repérables dans leur mission d'accueil et de soins en direction des mères et de leurs nourrissons, à savoir :

- L'hôpital mère-enfant de l'est parisien⁷¹ à Paris,
- Le service de soins en périnatalité de l'hôpital du Vésinet⁷².

Les centres maternels gérés par les départements, sont quant à eux des dispositifs d'accueil et d'hébergement des femmes enceintes et des mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans, ayant besoin d'un soutien social et psychologique. Ces centres visent au travail d'accompagnement autour de la parentalité et de la réinsertion des mères par l'inscription dans une formation ou via l'insertion professionnelle. Dans un souci de prendre en compte les liens avec le père, ils sont habilités à accueillir les deux parents.

Ainsi la Loi du 14 mars 2016, relative à la protection de l'enfant, se consacre à la création des centres parentaux et prévoit dans son article 20, que « *peuvent être pris en charge dans un centre parental, au titre de la protection de l'enfance, les enfants de moins de trois ans accompagnés de leurs deux parents quand ceux-ci ont besoin d'un soutien éducatif dans l'exercice de leur fonction parentale. Peuvent également être accueillis, dans les mêmes conditions, les deux futurs parents pour préparer la naissance de l'enfant.* »

Dans le Département de l'Essonne deux centres maternels œuvrent en ce sens :

- Le centre maternel Villa Jeanne⁷³ à Lozère qui dispose de 27 logements
- Les Etablissements Enfance Famille de l'Essonne (EEFE) qui gèrent le Centre Maternel Le Moulin Vert à Corbeil-Essonnes (91)⁷⁴.

⁷¹ <https://estrelia.org/hopital-mere-enfant-de-lest-parisien/>

⁷² <http://www.hopital-levesinet.fr/Soins-en-Perinatalite/2/22>

⁷³ <https://www.droitdenfance.org/la-villa-jeanne/>

⁷⁴ <https://lemoulinvert.asso.fr/etablissement/centre-maternel-le-moulin-vert-saintry-sur-seine/>

Pour les parents ne pouvant bénéficier de l'un ou l'autre de ces deux dispositifs ce sont, alors ceux issus du champ de l'hébergement qui prennent le relais pour les accueillir. Il s'agit aussi bien de CHU que d'hôtels sociaux dévolus à la mise à l'abri mais aussi le CHRS pour l'insertion⁷⁵. Dans l'Essonne, selon les données recueillies dans le rapport d'activités de 2019 du SIAO 91 porté par la Croix Rouge, il existe différents dispositifs susceptibles d'accueillir et d'accompagner des femmes enceintes et/ou avec enfants de moins de deux ans⁷⁶ :

- Deux abris de nuit dont un situé à Etampes piloté par la Croix Rouge (19 places) et l'autre qui se trouve à Massy porté par le Secours Islamique (24 places),
- Le Service d'Accompagnement des Ménages à l'Hôtel : 1500 ménages sont accompagnés (34% de ces familles ont des enfants, 47% sont monoparentales, 27% des enfants ont moins de 2 ans),
- Le Pôle Veille Sociale du 115 repère que 43% du public sont des enfants dont 30% d'entre eux ont moins de 2 ans,
- Le Pôle Hébergement comprenant les accueils en CHU, le Centre de Stabilisation, le CHRS, Solibail, Pension de famille et une résidence sociale : 26% d'enfants de moins de 2 ans y sont dénombrés.

Les besoins en termes d'hébergements et de logements sont tels que les pouvoirs publics au travers de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL) ont annoncé l'ouverture en 2021⁷⁷ de 1500 places pour le public accueilli au sein du dispositif HSR-Périnat dont 1000 en Ile-de-France tant les besoins sont importants. Il y a là une opportunité à saisir avec ces nouvelles places pour parvenir à inscrire l'accompagnement du public dans une logique de parcours sans rupture d'hébergement et ainsi à fluidifier les accueils.

2.3 Les enjeux du pilotage du dispositif expérimental HSR-Périnat

Cette expérimentation innovante et ambitieuse vise à apporter une réponse adaptée aux problématiques plurielles que peuvent rencontrer les femmes enceintes et celles sortant de maternité avec un nourrisson sans solution d'hébergement.

Elle vise aussi à la pérennisation du dispositif et à sa reproduction sur l'ensemble du territoire.

⁷⁵ Certains CHU sont exclusivement destinés à accueillir les femmes enceintes ou sortant de maternité, et font un travail plus large que la simple mise à l'abri.

⁷⁶ De l'aveu du responsable du SIAO 91, il n'y a pas de repérage des femmes enceintes parmi les personnes accueillies

⁷⁷ Le site du Gouvernement [Consulté le 17.05.2021] Disponible sur Internet : <https://www.gouvernement.fr/1500-places-d-hebergement-d-urgence-pour-les-femmes-en-pre-ou-post-maternite-sans-solution-de>

2.3.1 L'enjeu pour les personnes accueillies : la qualité de l'accompagnement

Les personnes accueillies, souffrant d'une grande vulnérabilité médicale et psychosociale, doivent bénéficier d'accompagnement et social et médico-psychologique, personnalisé, renforcé et gradué autour de la période périnatale. Ce projet par l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire permettra :

- L'évaluation des besoins en soins primaires,
- Le soutien de la démarche de soins en rapport avec la grossesse ou la néonatalogie en les coordonnant par leur initiation, leur restauration et leur maintien,
- L'éducation à la santé et à la prévention,
- Le soutien à la parentalité,
- La prise en compte des pathologies associées (troubles psychiatriques, addictions, etc.),
- L'accompagnement à la vie quotidienne intégrant la problématique de santé (perte d'autonomie ponctuelle, douleurs, fatigabilité, handicap, etc.),
- L'accès aux droits pour favoriser une insertion globale (famille, sorties, accompagnement dans le quotidien, hébergement, logement, etc....),
- La lutte contre l'isolement en « allant vers »,
- L'inscription dans une logique de parcours afin d'éviter les ruptures,
- La prise en compte des besoins nouveaux comme l'accompagnement des conjoints et des autres enfants, le cas échéant.

2.3.2 L'enjeu partenarial : un partenariat élargi couvrant les besoins des personnes accueillies

L'élargissement de l'offre d'accompagnement en direction d'un public, qui jusqu'ici ne bénéficiait pas d'un accueil visant à répondre aux besoins d'hébergement et de soins, est une opportunité pour l'ensemble du territoire.

De nombreux partenariats ont déjà été mis en œuvre, avant même l'ouverture du dispositif, grâce à une communication externe active et cohérente. Dans la mesure où le projet couvre de nombreux champs, la poursuite de la création de réseaux, de partenariats et de coopération est essentielle pour inscrire l'accompagnement des personnes dans une logique de parcours sans rupture.

Le partenariat dans le champ de la périnatalité est un facteur de poids car de nombreux réseaux ont été constitués sur l'ensemble du territoire. En effet, « *Le partenariat présente l'avantage d'inscrire les modalités de coopération, de collaboration, de coordination et de*

mutualisation entre les structures concernées dans une dimension stable, voire pérenne (...) »⁷⁸.

L'enjeu partenarial dans ce projet est donc de pouvoir, par la collaboration, la coopération, la coordination, voire la mutualisation, répondre aux besoins pluriels afin de garantir à chaque famille un accompagnement adapté. « *Le partenariat constitue un outil essentiel pour le dirigeant dans l'instauration des liens de coopération entre les structures, de façon à optimiser son offre de service, mais n'occulte en rien l'intérêt d'un travail en réseau entre les professionnels qui répond au besoin d'adaptation permanente dans un environnement dynamique et à la confrontation à des problématiques nouvelles et à des réponses de plus en plus individualisées* »⁷⁹. Il me faudra ainsi avec l'équipe explorer les différentes formes de partenariats à mettre en œuvre pour un fonctionnement efficient du dispositif.

2.3.3 L'enjeu associatif : politique et stratégique

L'implication de l'association Aurore sur le territoire de l'Île de France en fait un acteur essentiel sur le plan de l'offre de services, de la réflexion médicosociale et de l'économie locale. Peu présente sur le territoire de l'Essonne, il s'agit pour elle avec ce projet d'élargir son périmètre d'actions. Par ailleurs, je rappelle qu'elle a été sollicitée pour co-construire ce projet et le mettre en œuvre, elle est donc particulièrement attendue sur le résultat. Cette expérimentation, si elle réussit sera le premier pas vers une généralisation de ce dispositif qui s'appuiera sans nul doute sur l'expertise associative.

2.3.4 Enjeu de management : réussite de la mise en œuvre de ce projet médico-psycho-social innovant

Ce projet promeut une offre ambitieuse visant à répondre aux besoins pluriels et singuliers des femmes enceintes et/ou sortant de maternité en décloisonnant les services pour véritablement mettre en œuvre une logique de parcours.

Avec ce projet encouragé par de nombreux textes législatifs⁸⁰, il s'agira pour moi de parvenir à mettre en œuvre une organisation coordonnée et efficiente, soucieuse des capacités des personnes et favorable à extirper tous les bénéfices d'un tel projet pour l'ensemble des parties prenantes. Ce projet, je l'espérais tant il semble évident, compte

⁷⁸ DUMONT R., *Travailler en réseau ou en partenariat*, dans Les cahiers de l'actif : Parcours partagés, situations critiques et cas complexes : les partenariats en question, Mars/Avril 2020, N° 526-527, p.9

⁷⁹ *Ibid.* p.11

⁸⁰ L'Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale dans son article 6 promeut « *des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination de cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention.* » - Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions dans différents articles mentionne la nécessité d'une coordination pour une meilleure cohérence de l'offre d'accompagnement.

tenu des parcours des personnes accueillies, d'envisager la mise en œuvre d'un dispositif médico-psycho-social. La conduite de projet est une modalité de pilotage ardue, en ce sens où cela oblige à une réelle flexibilité et une grande réactivité face à un environnement mouvant.

Il me faut, en tant que directrice, créer une organisation et un climat susceptible de libérer les initiatives et la créativité des différents collaborateurs pour répondre aux opportunités et résoudre les problèmes qui ne manqueront pas d'advenir.

L'évaluation du dispositif, pas à pas, pendant les trois premières années de l'expérimentation sera un enjeu important, d'autant qu'il permettra d'ajuster les réponses mises en œuvre pour être au plus près des besoins du public. Ce projet est réellement une opportunité pour l'association mais aussi pour le secteur médico-psycho-social plus globalement car il va permettre de travailler de concert toujours au service du bien-être des familles et des futurs citoyens.

2.3.5 Enjeux financiers

Si le budget, à hauteur de 3 340 684 euros⁸¹, apparaît confortable les réaménagements au regard, notamment des modes de garde qu'il s'agit de penser, des déplacements entre les départements pour les soins des personnes accueillies poussent à une certaine vigilance sur la maîtrise des dépenses. En effet, il me faudra penser les ajustements, améliorer l'accompagnement nécessaire en respectant l'enveloppe budgétaire, tout en restant attentive aux négociations entamées concernant les ACT « hors les murs ». Concernant la tarification annuelle à la place de ce dispositif, fixée à 8500 euros, des groupes ont été organisés par la Fédération Santé et Habitat (FSH) pour y travailler car les associations ayant expérimentées ce dispositif sont unanimes pour dire que le coût a été sous-estimé, compte tenu des objectifs d'organisation et de fonctionnement.

J'ai participé à différentes réunions avec la Direction Générale de Santé (DGS) et la FSH dont les conclusions laissent espérer une augmentation pour un financement pouvant aller jusqu'à 12000 euros la place.

Je dois, dans le cadre des négociations en rapport avec la procédure budgétaire, faire valoir la convergence tarifaire traitée au travers du décret du 22 octobre 2003⁸² me permettant de demander des ressources budgétaires supplémentaires avant le 31 octobre 2021.

⁸¹ Annexe V – Le budget du projet HSR-Périnat

⁸² Décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique.

2.4 Conclusion de la deuxième partie

Les politiques publiques nationales, malgré des réponses parcellaires en termes d'hébergement dissocié des soins, mesurent la nécessité de prendre en compte la santé de l'enfant avant même qu'il adienne ainsi que de sa mère voire de la famille dans sa globalité. Les différents plans périnatalité et les enquêtes nationales et internationales sur cette période de la périnatalité l'attestent. Aujourd'hui, toutes les parties prenantes savent combien il est essentiel de permettre aux parents d'accéder aux soins, de maintenir ces soins tout en bénéficiant d'un environnement sécurisant.

Le HSR-Périnat est une expérimentation qui vise à combler un vide.

Piloter ce dispositif expérimental est véritablement une chance pour la directrice que je suis. Ce projet dans son essence, prend en compte la complexité de la situation de ces familles confrontées à la précarité.

Ce projet est ambitieux, indispensable et cela m'oblige, tant les enjeux sont importants.

Il est de ma responsabilité de m'appuyer sur toutes les parties prenantes car la question de la périnatalité comme toute autre question concernant le sujet humain, ne peut s'aborder seul. Selon Guy LE BOTERF : « *Pour affronter la complexité de situations, pour innover, pour faire face à des situations inédites, il faut recourir non seulement aux ressources du professionnalisme d'autres professionnels mais aussi savoir, pouvoir et vouloir coopérer avec eux* »⁸³. En effet, cette question est depuis de nombreuses années logiquement construite dans des pratiques promouvant la participation à des réseaux, la mise en œuvre de partenariats afin d'offrir aux personnes des réponses médico-psycho-sociales larges.

⁸³ LE BOTERF G., 2018, Développer et mettre en œuvre la compétence : Comment investir dans le professionnalisme et les compétences, Eyrolles, Paris, p.22

3 TROISIEME CHAPITRE – Le dispositif expérimental HSR-Périnat : une offre plurielle et innovante pour favoriser les parcours des femmes enceintes et/ou sortant de maternité sans domicile

Pour piloter le dispositif HSR-Périnat et parvenir à ce que le projet soit à la hauteur de l'enthousiasme suscité chez l'ensemble des parties prenantes, je dois m'assurer que j'ai les marges de manœuvre satisfaisantes pour mobiliser tous les acteurs et moyens nécessaires.

Dans cette partie, je compte :

- Confronter le projet et ses objectifs aux valeurs et orientations de l'association,
- Prendre en compte la parole des résidents afin de les associer au projet,
- Mettre en avant les ressources matérielles et humaines du HSR-Périnat,
- Présenter le fonctionnement du HSR-Périnat pour étudier la manière dont il s'agira de faire équipe à partir de cultures différentes relevant du sanitaire et social,
- M'appuyer sur la co-construction comme outil de management.

Ce diagnostic me permettra, à partir d'une matrice SWOT, de repérer les leviers mobilisables et les freins que je dois prendre en compte dans l'élaboration de ma stratégie de pilotage du dispositif.

3.1 Les objectifs du dispositif HSR-Périnat

Le centre HSR-Périnat pour des femmes sortantes de maternité et des femmes enceintes accompagnées de leur conjoint et/ou d'enfant(s) sans solution d'hébergement a différents objectifs pour une prise en compte des besoins singuliers et pluriels, à savoir :

- Fournir un hébergement sécurisé et une réponse aux besoins primaires,
- Organiser un accueil et un suivi médico-psycho-social appropriés,
- Mobiliser les personnes dans une dynamique de projet de vie et de parcours d'insertion en s'appuyant sur leurs capacités,
- Assurer l'accès aux droits sociaux auxquels les personnes accueillies peuvent prétendre au regard de leur situation en les accompagnant dans des démarches de stabilisation sur le plan administratif ou juridique,
- Rechercher des solutions d'hébergement stable ou de logement, en lien avec les acteurs de la veille sociale et de l'hébergement, qu'ils soient généralistes ou spécialisés dans l'accueil de mères avec jeune(s) enfant(s).

Pour la mise en œuvre de tous ces objectifs, la coordination des parcours⁸⁴ dès l'entrée sera essentiel pour éviter les ruptures. En effet, selon la Caisse Nationale de la solidarité pour l'Autonomie (CNSA) dans son Rapport « Promouvoir la continuité des parcours de vie » publié en 2012, « *La notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de la vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne. Utilisée dans le champ de la santé, la notion de parcours de vie désigne l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes « périodes » de transitions qu'elle connaît. Ces dernières affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions où à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale* »⁸⁵.

3.2 Le projet au regard des ressources de l'association Aurore

3.2.1 L'association Aurore : Une nouvelle organisation promouvant la transversalité et la mutualisation des compétences et des ressources

Créée en 1871, l'association Aurore accueille et accompagne vers l'autonomie des personnes en situation de précarité et d'exclusion, via l'hébergement, les soins et l'insertion professionnelle. Reconnue d'utilité publique depuis 1875, elle est guidée par des principes humanistes, laïques et solidaires.

Organisées autour de trois missions que sont l'hébergement, le soin et l'insertion, ses activités sont multiples. L'association Aurore gère de nombreux services dans différents champs : social, médico-social, handicap, emploi-formation, ...

En 2019 l'association intervient principalement en Ile De France et dans 7 régions françaises. Ses chiffres clé sont :

- 82000 personnes accueillies,
- 2040 salariés,
- 843 bénévoles,
- 250 services⁸⁶,
- 172 millions d'euros de budget pour la mise en œuvre et le déploiement de ses actions.

L'association Aurore promeut un accueil inconditionnel ainsi qu'un accompagnement individuel et global. L'approche est pluridisciplinaire et c'est par le

⁸⁴ Annexe VI – Processus d'orientation au HSR-Périnat

⁸⁵ Rapport CNSA, 2012, « Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé », p.33 [Consulté le 14.04.2021] Disponible sur Internet : https://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf

⁸⁶ Rapport d'activité de 2019 de l'Association Aurore

truchement d'un management collectif que se jouent les synergies favorables à la transversalité.

Elle a mis en œuvre une restructuration fin 2019, passant d'un fonctionnement par pôles métiers à une organisation territoriale se voulant plus réactive et plus souple⁸⁷. Elle vise à renforcer son ancrage local et à favoriser la transversalité inter-associative et intra-associative. Les échanges de pratiques, la capitalisation et la mutualisation des ressources entre services et entre pôles sont pleinement favorisés.

Aujourd'hui, l'association Aurore comprend 5 territoires pilotés⁸⁸ par des directions territoriales auxquelles sont déléguées des moyens administratifs et d'encadrement afin de permettre la mise en œuvre de leurs projets et leurs actions. Le siège social au travers des fonctions support coordonne et veille à l'application des différentes stratégies. Le HSR-Périnat fait partie du territoire Seine-Saint-Denis – Essonne – ESAT Paris⁸⁹.

Des réunions sont organisées au niveau national et au niveau territorial tout au long de l'année pour réfléchir au fonctionnement associatif et aux perspectives à venir. Et parce que l'association s'inscrit dans une démarche continue de la qualité, une direction qualité et gestion des risques accompagne les différents services.

Les représentants du personnel sont quant à eux de réels partenaires et le dialogue social s'en trouve d'autant plus apaisé et constructif. Ils sont présents sur chaque territoire au travers des représentants de proximité en lien direct avec le Directeur de territoire. C'est ainsi qu'émanant du Comité Social et Economique (CSE) plusieurs commissions ont été mises en place pour étudier des situations particulières de travail devenant ainsi force de proposition et porteuses de nouvelles idées.

En juin 2018 un accord Qualité de Vie au Travail (QVT) a été signé et en septembre de la même année c'est l'accord collectif d'entreprise portant sur la méthodologie pour une gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences (GPEC). La formation est considérée comme une vraie chance au sein de l'association, pour permettre à chacun d'être ou de devenir un(e) professionnel(le) performant(e) à son poste de travail en développant ainsi de nouvelles compétences. A cet effet 2% de la masse salariale représentent le budget qui y est consacré.

L'association, consciente que les usagers sont de véritables partenaires, a mis en place un Conseil de Vie Sociale (CVS) transversal dont deux de ses membres siègent d'ailleurs au Conseil d'administration. Cela pour, d'une part respecter la parité, d'autre part pour conférer à ces membres un rôle actif de porte-parole des usagers de l'association.

L'association travaille bien sûr en partenariat avec : l'Etat, les Collectivités Locales, les Régions, les Départements, les Communes, ... Le dialogue avec les autorités qui

⁸⁷ Annexe VII – Organigramme de l'Association Aurore

⁸⁸ Annexe VIII – Organisation territoriale de l'Association Aurore

⁸⁹ Annexe IX – Le Territoire Seine-Saint-Denis – Essonne – ESAT Paris

financent les actions est de ce fait permanent et en cohérence avec les logiques des politiques publiques des territoires couverts. Elle s'appuie sur son expérience pour proposer et expérimenter des formes innovantes d'accompagnement, qui s'adaptent à l'évolution des phénomènes de précarité et d'exclusion.

3.2.2 L'association Aurore : une réelle implication pour la prise en compte de la santé dans l'accompagnement des populations vulnérables dont font partie les femmes enceintes

L'association Aurore est investie dans le champ de la prise en charge de problématiques spécifiques « santé précarité » depuis plusieurs années. La question de la santé fait donc pleinement partie des axes de réflexion et de travail dans tous les services et établissements. L'association gère ainsi plusieurs établissements et services œuvrant dans le champ spécifique de la santé qui accueillent et accompagnent, aussi bien des personnes isolées que des familles : ACT, LHSS, CSAPA (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues).

En plus de ces établissements médico-sociaux, elle gère des Résidences Sociales, des CHR, des CHU (dont le CHU la Maison bleue à Montreuil⁹⁰), des pensions de famille qui accueillent des familles et des femmes enceintes au cœur des différents départements dans lesquels elle est implantée.

3.2.3 Une expérience « Hors les murs » de l'association : « Mijaos Action Santé Migrants » en direction des centres Aurore accueillant des exilés en Ile-de-France

Depuis mai 2015 l'association Aurore s'est engagée à accueillir des demandeurs d'asile, des réfugiés statutaires ou encore des mineurs non accompagnés dans le cadre de sa politique d'accueil des populations exilées. Considérant l'état de fragilité de cette population, elle a créé « Mijaos Action Santé Migrants » qui est un dispositif de santé, d'actions mutualisées et transversales visant à améliorer le parcours de soins (somatique et psychique) des exilés hébergés. Ce dispositif est adossé à Mijaos⁹¹.

« Mijaos Action Santé Migrants » s'est construit à partir du repérage des besoins s'appuyant sur des échanges avec les professionnels des Centres d'Hébergement

⁹⁰ Annexe X – La Maison bleue à Montreuil : un dispositif innovant dans l'accompagnement des femmes enceintes et/ou sortant de maternité sans domicile

⁹¹MIJAOS, créé en 1990, est un accueil d'urgence, généraliste et sans condition pour toutes les personnes souffrant de maladies chroniques (VIH, VHC, VHB, Cancer, ou autre problème de santé), en situation de très grande précarité sociale et/ou psychologiques, ainsi que leur entourage. Il a pour vocation le développement d'actions de santé chez les populations en situation de grande vulnérabilité sociale. Les actions menées le sont le plus souvent sous une forme expérimentale, soit ponctuellement (1 an, 2 ans, 3 ans), soit de façon continue comme avec les ACT Espace Rivière.

d'Urgence Migrants (CHUM transformés depuis 2019 en Centres Provisoires d'Hébergement (CPH) et Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile (HUDA)) ainsi qu'avec des partenaires spécialisés sur le sujet (le Centre Minkowska, Parcours d'Exil, Comède, Médecins du Monde ...).

Les résultats ont montré la nécessité de mettre en œuvre des actions d' « aller vers » associant les soins somatiques aux soins psychiques. A partir du repérage des besoins en matière de santé, ont été co-construites, avec les équipes de ces centres d'hébergement, les modalités d'interventions.

Ce travail d'élaboration en amont, a donc permis, en 2018, la mise en œuvre de « Mijaos Action Santé Migrants » déployant une action santé qui se déplace pour aller collaborer avec les équipes sociales. Le dispositif est composé d'une équipe de 5 professionnels dont 3 psychologues à mi-temps et 2 infirmières à temps plein.

Les interventions s'effectuent en binôme infirmière-psychologue. L'objectif du dispositif est de développer l'accès à la santé des personnes exilées éloignées du système de santé en :

- Proposant une écoute bienveillante pour créer un climat de confiance,
- Evaluant la situation sanitaire globale des personnes rencontrées,
- Assurant les premiers soins en cas de besoin,
- Orientant vers des lieux de soins adaptés,
- Coordonnant et développant le réseau des partenaires des structures de soins somatique et psychiatrique,
- Soutenant les équipes des centres d'hébergement et en leur apportant une expertise afin de favoriser le repérage des problématiques de santé.

Cette action d' « aller-vers » permet d'inscrire des personnes souffrantes éloignées du soin dans un parcours, tout en suppléant les équipes sociales dans la mise en œuvre d'un accompagnement global. Cette action favorise également une communication de meilleure qualité entre les professionnels de cultures différentes (social et sanitaire) par l'élaboration commune de stratégies visant à mieux répondre aux besoins des personnes.

3.3 Le projet expérimental HSR-Périnat au regard des personnes accueillies

Soucieuse de prendre en compte les capacités et les potentialités des personnes accueillies, j'ai souhaité les associer à la mise en œuvre du HSR-Périnat notamment en recevant certaines d'entre elles lors d'un entretien. En effet, dans la mesure où elles vivent dans les locaux, et bénéficient de soins, elles sont des expertes utiles pour l'établissement et leurs idées peuvent s'inscrire dans une perspective d'amélioration des services développés. Les personnes reçues en entretien ont exprimé tout d'abord leur

reconnaissance de pouvoir disposer d'un lieu pour poursuivre leur grossesse ou accueillir leur nourrisson en étant plus sereines

Elles ont majoritairement comparé le HSR-Périnat à l'hôpital : « *Ici, c'est comme à l'hôpital. On arrive, on nous prend nos traitements, les ordonnances et les infirmières prennent soin de nous. Elles gèrent les rendez-vous et les traitements* ». Certaines peuvent dire que cela leur fait du bien après de longues périodes d'errance institutionnelles : « *Ça fait beaucoup d'années que je change d'hôtels tout le temps. Je suis fatiguée. Ça fait du bien qu'on s'occupe de moi et de mon bébé* ». D'autres, au contraire, ont un sentiment plus ambivalent autour du fait d'être dépossédées des soins notamment de ceux de leur nourrisson : « *On me dit ce que je dois faire pour mon bébé, comme si je ne savais pas* ». J'ai aussi pu entendre des familles accueillant des enfants de plus de 12 mois faire part de leur déception quant à l'aménagement des chambres qui ne prend pas en compte le besoin d'intimité ou l'adaptation du mobilier en fonction de l'âge des enfants. Cette mère me disant : « *Je sais que je suis de passage ici. Depuis des années, mon fils dort dans un grand lit, et ici aussi c'est la même chose* ». Même si effectivement le lieu est pensé pour les nourrissons, il est indispensable que nous prenions en compte les besoins des enfants et leur sécurité en tenant compte de leur âge. Penser les chambres en rapport avec la composition familiale est une nécessité qui dit le souci du dispositif d'être à « hauteur d'enfant ». Un enfant n'est pas un adulte en miniature, il a des besoins propres qu'il nous faut discerner puis respecter. De même, il nous faudra penser la question de l'intimité.

Certaines font référence à la fin de l'accompagnement. Elles s'interrogent sur l'après dispositif, et s'inquiètent de leur orientation future : « *Je sais bien qu'avec mon compagnon et mon bébé on ne peut pas rester tout le temps ici, mais est-ce qu'on sera séparé comme avant* » ? « *Comment on va faire pour gérer nos rendez-vous et les traitements puisqu'il n'y aura plus personne pour faire pour nous* » ?

Toutes les femmes rencontrées ainsi qu'un père expriment leur souhait de participer à l'amélioration du dispositif afin que d'autres femmes et familles accueillies puissent s'y sentir bien. Elles ont, hormis la question de la nourriture, des idées intéressantes/innovantes pour améliorer le dispositif comme :

- Connaître et apprendre à gérer les traitements,
- Pouvoir avoir des espaces de jeux pour les enfants et des moments disponibles sans leur nourrisson pour se reposer,
- Partager avec les autres femmes sur les questions en rapport avec le développement et l'éducation des enfants,
- Ne pas être séparées d'avec les conjoints,
- Pouvoir disposer d'un espace d'accueil convivial pour échanger avec les visiteurs (du fait de la situation sanitaire liée à la covid et donc les visites restreintes),

- Avoir une chambre qui permette l'intimité et prenne en compte les besoins des enfants et le confort des familles.

3.4 Le projet expérimental au regard des ressources du dispositif HSR-Périnat

L'établissement est situé à Athis-Mons (91200), dans le département de l'Essonne⁹², au sein d'un bâtiment anciennement à usage d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Il est implanté dans un environnement calme et apaisant, à proximité des transports.

Dans ce bâtiment, l'association Aurore y est locataire, et a ouvert deux établissements dont un CHU pour familles de 100 places, entre 2018 et 2019 et un Centre d'Hébergement Spécialisé, destiné à accueillir les personnes précaires atteintes de la COVID19 depuis le mois de Mars 2020. Le travail réalisé par les équipes durant ces périodes a permis d'être repéré et connu en tant qu'acteurs associatifs auprès des personnes en grande précarité. Cela a également favorisé l'établissement de liens professionnels avec des acteurs, tant médicaux que sociaux, du territoire de l'Essonne.

Le bâtiment est équipé de deux ascenseurs adaptés aux personnes à mobilité réduite. Toutes les chambres, d'une superficie pouvant aller jusqu'à 15m², disposent d'une douche, d'un lavabo et d'un WC. Les locaux permettent un accueil collectif, en internat et en chambres individuelles pour chaque famille. Le bâtiment est composé de deux niveaux :

- Le niveau 1 qui comprend un espace accueil, 24 chambres individuelles, les bureaux du pôle médical, le réfectoire, la salle de puériculture et des salles d'activités.
- Le niveau 2 qui inclut quant à lui 24 autres chambres individuelles, le pôle social et le pôle psychologique ainsi que les bureaux des professionnels.

Les locaux de la structure permettent l'accueil dans un grand collectif des femmes et des familles équivalent aux places des CHU et LHSS. Un jardin agréable permet aux personnes, qui en cette période sanitaire complexe, doivent porter un masque dans les lieux collectifs, d'aller prendre l'air. Il y a aussi un appartement de fonction situé à l'entrée du bâtiment pouvant permettre, d'organiser des activités ou de le projeter un futur accueil d'enfants et de nourrissons en interne, selon les réponses du territoire quant au mode de garde.

Par ailleurs, la ville d'Athis-Mons en matière immobilière permet la location, sans trop de difficulté, d'appartements dans le diffus à proximité du bâtiment principal, nécessaires à la mise en œuvre des 10 places d'ACT.

⁹² Annexe XI – Situation géographique du dispositif HSR-Périnat et plan du site

L'ouverture des 10 places d'ACT « Hors les murs » par une équipe mobile formée par les collaborateurs de l'équipe pluridisciplinaire interviendra en fonction des sollicitations des différents partenaires dans une action de l' « aller vers ». Le département du 91 étant très étendu, je dois circonscrire le champ de l'intervention en termes de temps de déplacement pour éviter un épuisement des professionnels au travers de ces déplacements.

3.5 Le projet HSR-Périnat vu sous l'angle de l'organisation et de celui de l'équipe pluridisciplinaire

3.5.1 Une organisation centrée sur une approche médicale en référence aux missions des LHSS

Le HSR-Périnat vise à apporter une réponse, 7j/7, 24h/24 et 365 jours par an, aux problématiques de santé multiples que peuvent rencontrer les femmes enceintes ou sortantes de maternité ainsi que leurs enfants lorsqu'ils sont en situation de grande précarité. S'il est admis que la période de périnatalité au regard de la précarité est un facteur d'urgence médicale⁹³ pour la femme enceinte et le nourrisson, le dispositif n'accueille que les femmes ou les nourrissons dont l'état de santé nécessite des soins infirmiers.

Le dispositif compte 130 places réparties sur 4 services⁹⁴, à savoir :

- LHSS de 63 places dont :
 - o 25 places réservées à des femmes ou enfants nécessitant un parcours de soins,
 - o 25 places destinées à des femmes enceintes,
 - o 13 places pour les accompagnants,
- CHU de 47 places,
- ACT de 10 places pour les femmes ou les enfants atteints de pathologies chroniques invalidantes,
- ACT hors les murs de 10 places.

Afin de favoriser la fluidité du dispositif, les services sont articulés entre eux avec une logique d'adaptation à l'évolution de la situation sanitaire des personnes hébergées⁹⁵.

⁹³ « Grossesse + Précarité = Urgence médicale » équation formulée par le Dr Dominique Mahieu-Caputo à l'origine de la création du réseau Solipam

⁹⁴ Annexe XII – Les contextes législatifs et les missions des 4 services : LHSS, ACT, ACT « hors les murs » et CHU

⁹⁵ Annexe XIII – Articulation des services du dispositif et organisation du parcours des personnes accueillies

Ainsi, est mise en place une procédure d'accueil à partir d'un dossier d'admission renseigné par les orienteurs⁹⁶ puis évalué, en commission d'admission, par une partie de l'équipe constituée quasi exclusivement de soignants. Après validation de la candidature, les familles sont ainsi accueillies selon leur composition, pour partie dans les LHSS et le CHU. Une fois les objectifs du projet de soins atteints, dans la limite des missions des LHSS, les familles sont par la suite orientées, par une commission d'orientation, vers :

- Le CHU du dispositif selon les disponibilités⁹⁷,
- Les ACT s'il est constaté l'existence d'une maladie chronique au regard des missions et possibilités des ACT,
- Un dispositif d'hébergement adapté en dehors du HSR-Périnat.

Chaque famille est accompagnée par la sage-femme, un référent travailleur social, un référent infirmier ainsi que par un Educateur de Jeunes enfants (EJE) et un psychologue selon les besoins.

A mon arrivée, seuls les LHSS et CHU étaient mis en œuvre et articulés entre eux.

3.5.2 Une partie de l'équipe pluridisciplinaire déjà à l'œuvre malgré des difficultés de recrutement et des outils insuffisamment maîtrisés

Au vu du public accueilli et des missions à remplir, le choix du recrutement des membres de l'équipe du HSR-Périnat est orienté majoritairement vers des personnels médicaux, paramédicaux et sociaux. A terme, le projet de réponse au cahier des charges permet d'envisager un effectif de 48,1 « Equivalent Temps Plein » (ETP)⁹⁸.

Le HSR-Périnat comprend une équipe pluridisciplinaire dont une partie (2 infirmières et 4 aides-soignants, ainsi que le personnel d'entretien des locaux) intervenait déjà dans le dispositif d'hébergement accueillant des personnes en situation de précarité atteintes de la Covid19.

Les phases de recrutement ont été pensées selon les modalités de la montée en charge. Ce procédé, s'il favorise une maîtrise des coûts, a l'inconvénient de ne pas permettre la constitution d'une équipe suffisamment importante en nombre pour impulser une appropriation large du projet et la construction d'outils communs. Le contexte sanitaire actuel explique partiellement la pénurie de candidats mais les bas salaires⁹⁹ pratiqués dans

⁹⁶ La partie médicale du dossier est la plupart du temps complète au sens où les partenaires comprennent la nécessité d'un projet de soins en cohérence avec les missions des LHSS. A contrario la partie sociale n'est que rarement complétée ce qui donne le sentiment que les personnes orientées se réduisent à une pathologie effaçant ainsi la dimension de sujet à part entière.

⁹⁷ Les personnes ne changent pas de chambre, nous procédons à un changement administratif

⁹⁸ Annexe XIV – Tableau des effectifs : prévisionnels et réels en termes d'embauche (au début du mois de mai 2021)

⁹⁹ Un psychologue avec une expérience en périnatalité a retiré sa candidature car il n'était pas possible de lui proposer un salaire équivalent à celui qu'il avait. Il en a été de même pour un agent d'entretien, deux aides-soignantes.

le secteur du sanitaire et du social renforce cet état de fait. Il en résulte plus de difficulté pour constituer une équipe.

En plus d'avoir des difficultés pour recruter, le dispositif est confronté à des postulants n'ayant majoritairement aucune expérience dans le champ de la périnatalité, comme cela se devrait de l'être selon le cahier des charges.

Aujourd'hui, l'équipe est en effet constituée de 27,2 ETP et la majorité de ces professionnels recrutée n'a pas une expérience conséquente dans l'accompagnement des familles et de femmes ainsi que des enfants dans la période périnatale. Les soignants viennent de dispositifs hospitaliers tels que les EHPAD ou l'hôpital. Les travailleurs sociaux, quant à eux, n'ont majoritairement jamais travaillé avec des professionnels exerçant dans un même service des métiers du soin et viennent du champ de l'Accueil Hébergement et l'Insertion (AHI).

Au travers de mes différents entretiens professionnels avec les collaborateurs, je perçois une envie de travailler ensemble mais les modalités pour y parvenir sont à co-construire de façon à ce que chacun s'approprie le projet à partir notamment des outils émanant de la Loi du 2 janvier 2002 et déjà élaborés, à savoir :

- La charte des droits et des libertés de la personne accueillie,
- Le livret d'accueil,
- Le contrat de séjour,
- Le projet individualisé scindé en deux parties (partie sociale et partie médicale),
- Le règlement de fonctionnement,
- La personne qualifiée.

Il me faudra, par ailleurs, penser avec les collaborateurs la participation des usagers ainsi que le projet d'établissement.

Une réunion d'équipe hebdomadaire est prévue qui permet aux professionnels d'échanger sur la vie de l'institution et de partager sur les accompagnements mis en œuvre. Ces temps de rencontre nécessaires font l'objet de comptes rendus répertoriés dans un classeur. Bien qu'indispensable, cette réunion, ne peut suffire à couvrir l'ensemble des problématiques complexes qui peuvent affecter les professionnels. Il me faudra donc envisager la mise en place d'autres instances pour aider à penser ensemble autour des pratiques et des mouvements transférentiels et contre-transférentiels. D'autres outils de communication et de partage sont d'ores et déjà mis en œuvre tels que :

- Un cahier de liaison : dans lequel des informations survenues concernant les résidents sont transmises ainsi que des consignes pour assurer la continuité de l'accompagnement, notamment lors des relèves,
- Un classeur des comptes rendus de réunions d'équipe,

- Un cahier des événements exceptionnels indésirables pour prévenir des risques psycho-sociaux (RPS) et dans lequel est retracé la survenue d'incidents inhabituels ou de faits de violences. Au-delà des informations répertoriées, il me faudra co-construire des réponses pour, dans la mesure du possible, prévenir ces derniers. En effet, il me faut tout mettre en œuvre pour assurer la sécurité physique comme psychique autant des professionnels que des personnes accueillies.

3.5.3 Une problématique autour du cloisonnement du médical et du social

Les travailleurs sociaux que j'ai pu rencontrer lors d'entretiens individuels disent globalement avoir le sentiment d'être mis à l'écart du projet et « (...) *que tout passe par le médical. On ne sait pas qui est admis dans le service. On doit aller quémander les informations. Ce n'est pas facile car parfois on sent qu'on dérange.* »

Ce sentiment de mise à l'écart de l'information est renforcé par l'absence des travailleurs sociaux dans les commissions d'admission et d'orientation, même si la cheffe de service y est parfois elle-même présente. Par ailleurs, ces derniers n'interviennent pas non plus dans la procédure d'accueil, de manière systématique. Ils rencontrent les résidents, une fois admis, après que les références leur soient attribuées sur la base du nombre de suivis de chacun d'entre eux. L'intervention sociale est pensée comme une intervention étape qui opérerait dans un second temps, une fois les questions de santé réglées.

Les soignants, quant à eux, doivent faire avec les exigences de deux cultures différentes dont celle du lieu de vie et celle du lieu de soins. Les soignants maîtrisent la culture du soin qui fait l'objet d'une prescription rédigée dans le dossier d'admission par l'orienteur. Ainsi, dès l'accueil, le résident est reçu pour parler de sa santé et des démarches à mettre en œuvre. Ses traitements sont récupérés, des piluliers sont mis en place, et chaque résident vient prendre son traitement à l'infirmerie aux heures prescrites. Pour les soignants (infirmières, sage-femme ainsi que le médecin), procéder ainsi est la meilleure façon de s'assurer que les personnes prennent leurs traitements. Ces professionnels considèrent que leur responsabilité propre est engagée dans cette mission : « *Si Mme X ne prend pas son traitement ou ne donne pas son traitement à son enfant, c'est ma responsabilité en tant que référente qui est engagée. Nous devons faire en sorte qu'elles prennent toutes leurs traitements et qu'elles aillent à leur rendez-vous. C'est aussi pour ça qu'elles sont ici.* »

En tant que directrice, je peux légitimement m'interroger sur la place laissée au sujet de « montrer ses capacités » et de « prendre sa part de responsabilité » dans ce qu'il aurait à faire ou non pour lui-même. Or, le dispositif est comme un « accueil répit » pour permettre la prise en compte de la santé, au sens large, puis développer et renforcer les compétences des personnes pour la suite de leur parcours. Considérer d'emblée les résidents comme

des êtres sans capacités, est pour moi, un contresens pour un dispositif qui doit considérer les résidents avant tout comme des partenaires capables avec des compétences afin de co-construire ensemble les modalités des parcours.

Concernant la culture du lieu de vie, elle renvoie plus au social, au « savoir habiter », à l'accompagnement, au « prendre en compte » qu'à la prise en charge. C'est ainsi que dans le fait de mettre à disposition des familles une table à langer est symptomatique de deux cultures qui ont des difficultés à se rencontrer. Certains soignants considérant que mettre une table à langer est dangereux car le nourrisson peut en tomber. Ainsi, il est convenu qu'il est plus sécurisant que les mères puissent changer leur nourrisson sur leur lit, sans doute parce que la hauteur est moindre considérant la table à langer.

Est-ce à présupposer, que les mères ne sauraient comprendre qu'il est dangereux de laisser un bébé sans surveillance ?

L'EJE quant à elle, met en avant la table à langer comme un outil de travail pour évoquer la prévention et permettre aux mères d'avoir du confort en prodiguant les soins primaires à leur nourrisson. Il s'agira de pouvoir trouver un langage commun qui prenne en compte la sécurité et le développement du pouvoir d'agir des personnes.

Par ailleurs, les projets des personnes, même s'ils sont pensés en binôme (les deux référents : travailleur social et infirmière), sont séparés. Ainsi Il n'y a donc pas un projet unique global de la personne mais bien deux projets : un projet de soins et un projet social. Parfois, la co-construction de ce projet personnalisé avec la personne au centre n'est pas mise en œuvre. Ainsi, j'ai constaté que certains binômes préremplissaient la partie du projet concernant leur champ d'intervention. Le projet n'est ainsi pas élaboré avec le résident mais pensé pour lui et à sa place.

Je fais l'hypothèse que l'absence de culture commune autour du soin est un frein à la mise en œuvre d'un accompagnement de qualité centré sur les besoins réels des personnes. Cela ne permet pas en effet à chacun de collaborer dès la phase d'accueil pour ensuite tenter de répondre aux besoins multiples et pluriels qui ne peuvent se réduire à la seule question médicale. De fait, il me faudra mettre en œuvre un management visant à créer une culture commune autour d'un projet nécessitant de passer du mode de travail « côte à côte » à celui de l'interdisciplinarité¹⁰⁰.

3.5.4 L'articulation du sanitaire et du social ou comment conjuguer le cure et le care dans un dispositif d'internat médico-social

La difficulté pour des professionnels du sanitaire et du social de collaborer n'est pas un fait nouveau. En effet, elle est la résultante d'une histoire ancienne qui a engendré une

¹⁰⁰ L'interdisciplinarité consiste en un dépassement des frontières professionnelles pour créer une synergie au service d'une prise en compte globale de la situation. Il s'agit de rassembler les informations parcellaires en faisant travailler ensemble tous les professionnels autour d'un objectif commun qui est le parcours d'une personne.

« (...) *division structurelle, institutionnelle et juridique de notre système de protection sociale en deux blocs* :

- « *le sanitaire* » régi, depuis 1970, par les lois hospitalières et la législation spécifique à la psychiatrie ;
- « *le social et le médico-social* » ancré dans l'héritage des deux lois de 1975 »¹⁰¹.

Aujourd'hui, la législation est autre et pousse les différents secteurs à faire preuve d'inventivité dans leurs collaborations. Cela pour sortir des logiques propres et tenter de façonner des réponses efficaces en vue de faire face aux réalités complexes et mouvantes des besoins des personnes.

Comme je l'ai déjà mentionné, le HSR-Périnat est un dispositif de soins pour les femmes enceintes, les femmes venant d'accoucher et les nourrissons. Pour travailler ensemble sur le besoin autour du soin, il s'agit maintenant de s'entendre sur la notion de soin.

Le soin fait référence à deux conceptions anglosaxonnes qui ne s'excluent pas, à savoir le *cure* d'une part et le *care* d'autre part.

Le *Cure* renvoie à « *to cure* » c'est-à-dire aux soins de réparation ou ceux de traitement de la maladie. Il signifie : curer, traiter en ôtant le mal, guérir ... Les soins dans *le cure* se centrent donc sur la pathologie, sur l'organe qui dysfonctionne pour essayer de le réparer. Cette dimension du soin prend son essence dans la pratique médicale. Toute l'attention est en effet portée sur ce qui fait souffrance dans le corps afin de trouver les médicaments adéquates dans le but de trouver une solution qui permettra *in fine* de limiter ou de lutter contre la maladie. La personne dans sa globalité n'est pas forcément prise en compte car toute l'attention est portée sur la maladie. Par ailleurs, il y a dans le *cure* l'idée d'une efficacité, au sens où la solution trouvée doit permettre de résoudre le problème. Il importe donc de faire en sorte que le patient soit pris en charge pour la réussite du traitement. Ce qui renforce d'autant la responsabilité du soignant dans le cadre du soin.

Le *Care* signifie « prendre soin... » avec une notion d'acceptation très large faisant référence à la définition de Bérénice FISHER et de Joan TRONTO « *Une activité caractéristique de l'espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, de continuer ou de réparer notre « monde » de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde inclut nos corps, nos individualités (selves) et notre environnement, que nous cherchons à tisser ensemble dans un maillage complexe qui soutient la vie* »¹⁰². Pour ces mêmes auteurs, à partir de cette définition, il y a quatre phases du *care* :

- Se soucier de quelqu'un ou de quelque chose (*caring about*),

¹⁰¹ JAEGER M., 2012, L'articulation du sanitaire et du social, 3^e éd., Paris : Dunod, p.2

¹⁰² TRONTO J., « Care démocratique et démocratie du care », in MOLINIER P., PAPERMAN P. & LAUGIER S., 2009, Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité. Responsabilité éditions Payot & Rivages, Paris, p.37

- Prendre soin de quelqu'un (*caring for*),
- Soigner quelqu'un (*care giving*)
- Recevoir des soins (*care receiving*).

Dans le secteur du médico-social le care représente l'ensemble des activités qui vise le soin à autrui et donc le souci de l'autre dans sa globalité. L'éthique du care renvoie à la notion de vulnérabilité de tout être et à la sollicitude dont il est nécessaire de faire preuve pour prendre en compte cette vulnérabilité et ainsi participer à renforcer les capacités des personnes afin qu'elles puissent y faire face. En effet, selon Cynthia FLEURY « *L'éthique du care nous permet non seulement de réintégrer dans nos pratiques une conscientisation très forte de la singularité de la personne et de sa situation, mais également de comprendre comment celle-ci est indissociable du bon fonctionnement de la société, au sens où le monde n'est pas habitable spontanément mais grâce à la médiation sociale que les personnes, individuellement et collectivement, organisent. (...) l'apport majeur de l'éthique du care est également d'accompagner les personnes de telle sorte qu'elles soient capables de s'aider elles-mêmes, non pas dans le sens de leur déléguer une responsabilité trop lourde, mais dans celui de veiller à renforcer leurs capacités, c'est-à-dire de permettre la démultiplication de leurs choix de vie, au sens qualitatif du terme* »¹⁰³. Cette approche du prendre soin via le concept du care ne remet pas en cause la nécessité pour un sujet de prendre un traitement pour soigner ses maux. En effet, prendre soin ne saurait se résumer à une liste de traitements à administrer même dans une fonction de soignants (sage-femme, médecin, infirmières, aide-soignante). Aujourd'hui, le care tend à prendre le pas sur le soin parce que les professionnels découvrent le champ du médico-social dans un projet nouveau. Chacun, raisonnablement, tente de faire ce pourquoi il a été formé. Travailler ensemble n'est pas inné, il m'appartient donc d'œuvrer à rendre possible un collectif en m'appuyant sur le fait que « *(...) les professionnels ont une capacité plus ou moins grande à faire autre chose que ce pour quoi ils ont été exactement formés* »¹⁰⁴. Je dois créer une organisation permettant à chacun de considérer que « *(...) rendre capacitaire les individus, c'est (...) leur redonner aptitude et souveraineté dans ce qu'ils sont ; comprendre que la vulnérabilité est liée à l'autonomie, qu'elle densifie, qu'elle la rend viable, humaine ; travailler à faire que cette vulnérabilité soit pour autant la moins irréversible possible* »¹⁰⁵. En d'autres termes, je dois m'investir pour inscrire le dispositif dans la dimension médico-psycho-sociale. Nous venons d'ouvrir nos portes pour créer une culture commune et je fais l'hypothèse que la co-construction dans la conduite de ce projet peut être un outil efficient. Il ne s'agit pas de dénier la nécessité des soins au sens du care

¹⁰³ FLEURY C., « Le care, au fondement du sanitaire et du social », in SOiNS - no 826 - juin 2018, p.54

¹⁰⁴ JAEGER M., 2012, L'articulation du sanitaire et du social, 3^e édition, Paris : Dunod, p.6

¹⁰⁵ FLEURY C., 2019, Le soin est un humanisme, Paris : Editions Gallimard, p.7

mais d'imprégner l'ensemble des collaborateurs d'une dynamique plus large consistant à prendre en compte le malade et non uniquement la maladie.

3.5.5 La co-construction comme réponse managériale

Le concept de co-construction est utilisé depuis quelques années dans différents champs (les politiques publiques, l'action sociale, le développement territorial, ...) et fait référence à des situations diverses. De manière à pouvoir circonscrire ce concept un auteur s'y est penché, Michel FOUURIAT, et c'est sur les apports de ce dernier que je vais m'appuyer. Selon lui la co-construction, « (...) se définit comme un processus volontaire et formalisé par lequel deux ou plusieurs acteurs parviennent à s'accorder sur une définition de la réalité (une représentation, une décision, un projet, un diagnostic) ou une façon de faire (une solution à un problème). La visée, l'intention du processus de type co-constructiviste, est de définir, d'élaborer, de construire un diagnostic, une analyse, un projet, un changement, une politique, une méthode, etc. L'accord traduit un compromis sur lequel ces acteurs s'entendent et se reconnaissent »¹⁰⁶.

Il ajoute que la co-construction est « (...) un processus permettant aux acteurs parties prenantes d'apprendre à élaborer et à arrêter collectivement un compromis sur une façon de définir la réalité malgré des points de vue initialement pas nécessairement convergents, voire parfois divergents dans certains contextes »¹⁰⁷.

Ainsi la co-construction fait référence aux contextes dans lesquels des acteurs qui ont des points de vue différents sont amenés à travailler ensemble pour mener à bien un projet ou une expérimentation. Elle renvoie à une démarche, une dynamique, une méthode, un processus visant un point de vue partagé ou encore un compromis.

Néanmoins, il ne s'agit pas de confondre le processus avec le résultat qu'il n'est pas possible d'anticiper. En effet, on n'atteint pas toujours le point de vue partagé car des obstacles et des difficultés freinent inévitablement le processus de co-construction.

Selon Michel FOUURIAT, « Les difficultés du processus de co-construction émergent à différents niveaux d'observation (micro, méso et macro) et elles freinent et conduisent à des limites en termes de contenu des accords autrement dit : elles empêchent l'émergence d'un point de vue faisant l'adhésion de tous les acteurs. Ces difficultés renvoient à quatre formes d'empêchement : l'empêchement dans le travail d'expression ; l'empêchement dans la continuité du travail ; l'empêchement dans le traitement des données et dans l'élaboration de synthèses ; l'empêchement dans le travail de croisement et d'hybridation »¹⁰⁸.

¹⁰⁶ FOUURIAT M., 2019, La co-construction. Une alternative managériale, 2^e éd., Rennes : Presses de l'EHESP, coll. Politiques et interventions sociales, p.17

¹⁰⁷ *Ibid.*, p.17

¹⁰⁸ FOUURIAT M., 2021, La co-construction en actes. Savoirs et savoir-faire pratiques pour faciliter sa mise en œuvre, Montrouge : ESF éditeur, p.53

Pour illustrer son propos, l'auteur a identifié à partir de ses observations deux grands types de difficultés situés au niveau du travail d'élaboration du contenu et à celui des attitudes et interactions entre les acteurs.

Les premières difficultés renvoient au fait que les points de vue exprimés sont non représentatifs. Les deuxièmes font état de la faible participation de certains acteurs.¹⁰⁹ Savoir que ces difficultés existent est important afin de les prendre en compte mais cela n'est cependant pas suffisant. Il faut en effet comprendre les facteurs selon les différents niveaux macro, méso et micro¹¹⁰ pouvant les expliquer afin d'élaborer des stratégies pour mieux les réduire¹¹¹. L'auteur met aussi en garde sur l'imprévisibilité inhérente à tout projet : *« En effet, parler en termes de réussite signifierait avoir une idée a priori sur ce qu'est le projet, ce serait donc penser ne pas avoir à tenir compte des aléas, des jeux d'acteurs et des temporalités propres aux logiques des différents acteurs et institutions. Dire que l'on peut se référer à des principes veut simplement dire qu'ils permettent d'intégrer au mieux la complexité et les incertitudes qui constituent deux aspects incontournables des démarches de projet »*¹¹².

Un des principes que l'auteur développe dans son ouvrage est celui du dispositif.

Selon lui *« Le dispositif peut être défini comme l'ensemble des éléments qui concourent, facilitent le processus de co-construction : les règles d'organisation du temps et d'aménagement de l'espace, les types d'interventions imposés, les modalités de travail de la réflexivité, les techniques de facilitation, les outils permettant les activités, les modalités garantissant la continuité de la réflexivité et processus au cours du temps, les principes de régulation des prises de parole et des interactions »*¹¹³.

A partir de la co-construction, mon propos consiste à penser un dispositif favorable à la mise en œuvre d'une culture commune, mise au service d'un projet expérimental visant à prendre en compte la personne dans sa globalité et dans sa complexité.

Je dois, en tant que directrice, penser un cadre délibératif formel, régulé et médiatisé, pour faire advenir du commun et du partagé, cela en favorisant les interactions entre les

¹⁰⁹ ANNEXE XV – Tableau « Différenciation des possibilités d'émergence de difficultés selon le niveau d'action », FOUARIAT M., 2019, La co-construction. Une alternative managériale, 2^e éd., Rennes : Presses de l'EHESP, coll. Politiques et interventions sociales, p.75

¹¹⁰ *Ibid.* : « (...) le niveau macro concerne les grandes étapes d'un processus d'analyse à posteriori en négligeant le contenu des micro-processus qui caractérisent le processus réel ; le niveau méso se situe entre les deux ; il constitue le niveau des caractéristiques du dispositif et de l'espace dialogique. Il concerne les problématiques propres aux séquences ; le niveau micro saisit les phénomènes propres aux interactions entre acteurs au niveau des micro-séquences. », FOUARIAT M., 2021, La co-construction en actes. Savoirs et savoir-faire pratiques pour faciliter sa mise en œuvre, Montrouge : ESF éditeur, p.80

¹¹¹ Annexe XVI – Synthèse des caractéristiques des niveaux macro, méso et micro, FOUARIAT M., 2019, La co-construction. Une alternative managériale, 2^e éd., Rennes : Presses de l'EHESP, coll. Politiques et interventions sociales, p.100

¹¹² FOUARIAT M., 2021, La co-construction en actes. Savoirs et savoir-faire pratiques pour faciliter sa mise en œuvre, Montrouge : ESF éditeur, p.102

¹¹³ *Ibid.*, p.105

différents acteurs. La co-construction dans ce projet vise en effet à créer les conditions pour développer une organisation apprenante où j'accompagnerai mon équipe à créer des outils pour renforcer ses compétences et ainsi rendre efficient le dispositif. Selon Jean-René LOUBAT « (...) *les organisations intelligentes (réactives, souples et modulaires) de demain reposeront plus que jamais sur la responsabilité personnelle, et non sur le seul respect de l'autorité, sur la sollicitation de toutes les compétences détenues et non pas seulement celles d'une fonction déterminée. Dans ce cas, les délégations s'avèrent plus importantes et le rôle de l'encadrement s'en trouve modifié en se recentrant davantage sur le processus et le résultat que sur l'organisation quotidienne* »¹¹⁴. Mon management se veut donc participatif et fondé sur les principes de responsabilisation et de délégation.

3.6 Conclusion de la troisième partie : diagnostic stratégique

Le diagnostic¹¹⁵ met en évidence des ressources sur lesquelles je vais pouvoir m'appuyer. Il pointe aussi les freins qu'il me faudra prendre en compte pour la conduite du projet expérimental HSR-Périnat. L'association Aurore ainsi que le HSR-Périnat présentent des dispositions favorables pour la conduite du projet expérimental avec cependant des points de vigilance.

Le projet expérimental HSR-Périnat était attendu par les personnes mais aussi par l'ensemble des partenaires accompagnant ces mères ou futures mères sans solution d'hébergement et présentant une problématique de santé, accompagnées ou non d'un conjoint et/ou d'autres enfants. En répondant favorablement aux sollicitations des financeurs pour co-construire ce dispositif expérimental, l'association Aurore démontre qu'elle possède les infrastructures pouvant accompagner la mise en œuvre, du fait de son expertise : d'une part dans l'accompagnement du public cible et d'autre part grâce aux différentes fonctions supports sur un aspect opérationnel.

Par ailleurs, le HSR-Périnat se situant dans un environnement agréable pour les personnes accueillies et pour les professionnels, il s'agira de mieux exploiter les espaces dévolus en termes d'aménagements pour répondre avec efficacité aux besoins.

Le budget semble être adapté même s'il me faudra le négocier pour tendre vers une convergence tarifaire concernant les ACT « hors les murs » le moment venu, c'est-à-dire avant le 31 octobre 2022. Le nombre et la diversité des compétences envisagées me permettent de construire une équipe pluridisciplinaire dans un premier temps, mais je dois

¹¹⁴ LOUBAT J.-R., « La fonction de directeur est-elle en péril ? Analyse d'un malaise systémique », in Les Cahiers de l'Actif n°500-503, janvier/avril 2018, p.15

¹¹⁵ Annexe XVII – La matrice SWOT de la synthèse des éléments essentiels du diagnostic

trouver des solutions au regard des difficultés de recrutement dans les établissements et services médico-sociaux.

La mise en œuvre du dispositif s'est faite assez rapidement. La culture médicale a pris le pas sur l'accompagnement médico-psycho-social ce qui ne permet pas une prise en compte des personnes dans leur globalité et dans leur complexité. S'il est indispensable de m'appuyer sur les compétences spécifiques des corps de métiers, il m'apparaît tout aussi important de décloisonner les pratiques dans le but de faire travailler ensemble les différents acteurs pour mieux aller vers la transdisciplinarité.

Mon management s'appuiera sur la co-construction afin de me permettre, non seulement, de tendre vers une culture commune mais aussi de créer une organisation intelligente pour que chacun puisse apporter sa part de créativité et s'enrichir mutuellement. Ce modèle de co-construction je l'envisage également avec les personnes accueillies. Si le projet a été pensé pour elles dans un premier temps, il est de ma responsabilité (tant pour des considérations réglementaires¹¹⁶ que pour des aspects éthiques et humanistes) de les associer à la mise en œuvre, tout au long de l'expérimentation. Le but étant que le projet se développe par leurs différentes implications et ainsi devienne le leur à part entière.

Les partenariats existants sont à renforcer pour favoriser les parcours sans rupture et co-construire des modalités d'accompagnement afin de promouvoir la complémentarité entre les structures et encourager le décloisonnement. En vue de favoriser ces partenariats, la communication sera un élément important qu'il s'agira de continuer à édifier pour faciliter l'« *ouverture de l'établissement à, et sur son environnement* »¹¹⁷ selon les Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles.

Deux services du dispositif HSR-Périnat étant mobilisés pour accueillir collectivement les résidents, il me faudra déployer les ACT pour orienter les personnes atteintes de maladies chroniques et nécessitant un accompagnement au long cours.

Les femmes enceintes et sortant de maternité sont nombreuses à être hébergées dans des hôtels, des centres d'hébergement d'urgence, et ne bénéficient pas d'un accompagnement santé. Compte tenu de ce constat, je devrais mettre en œuvre des ACT « hors les murs », le 4^{ème} service du dispositif, pour répondre à leurs besoins dans leur lieu de vie en déployant la pratique de « l'aller-vers ».

Le pilotage du dispositif HSR-Périnat participe pour moi en tant que directrice d'un accompagnement au changement, de type adaptatif, au sens où il est question de la transformation de l'organisation et des pratiques pour mieux prendre en compte les besoins des personnes accueillies.

¹¹⁶ La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, reconnaissant les droits des usagers, met en avant leur participation comme une nécessité à la mise en œuvre de ces droits

¹¹⁷ HAS-ANESMS, Ouverture de l'établissement à et sur son environnement, 56 p. [Consulté le 23.06.2021] Disponible sur Internet :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_ouverture.pdf

4 QUATRIEME CHAPITRE – La conduite du projet expérimental HSR-Périnat : de l’adaptation permanente pour répondre à la complexité à l’évaluation pas-à-pas

En tant que directrice, ma mission est de traduire en actions concrètes le projet expérimental HSR-Périnat. Cela en respectant les valeurs et les orientations politiques associatives ainsi que le cahier des charges du projet. Le projet n’est ainsi pas une simple description de ce qui existe ou de ce qui est mis en œuvre : « *C’est une mobilisation et une exploration. Au cœur de ce mouvement, le désir, le sens du progrès, la formulation du possible... rendus possibles parce que, à travers une construction, les parties en cause vont pouvoir avancer, dépasser la condition du moment* »¹¹⁸. L’objectif est la conduite de projet en l’adaptant aux besoins des personnes accueillies afin de réduire les écarts entre ce qui avait été pensé en termes de réponses dans sa phase d’élaboration et la réalité des besoins dans sa mise en œuvre. Le pilotage des moyens humains, financiers et techniques que j’ai à ma disposition repose sur « (...) *l’adaptation permanente, aux demandes, au contexte, au changement. Tout projet en effet ne peut se réduire à une intention, à une vague formule du possible, mais à une forme d’appréhension du réel susceptible de se nourrir de l’esprit du changement et de le renforcer* »¹¹⁹.

La stratégie que j’ai retenue est élaborée à partir :

- Du projet : porteur du sens, des missions et de l’organisation structurelle du dispositif,
- De la prise en compte de l’ensemble des parties prenantes,
- De la mise en place d’une démarche qualité promouvant la bientraitance.

De l’ambition présidant à la réponse à l’appel à projet, il me faut structurer la réflexion dans le temps, écrire les propositions et éclairer la démarche par un plan d’actions. Plusieurs axes dessinent le projet, sans le figer, au regard du diagnostic, afin de l’inscrire dans un processus actif et mobilisateur de l’ensemble des acteurs. Dans ce mémoire, je développerai les 4 premiers axes, les trois autres seront inscrits dans le plan d’action :

- Axe 1 : Mobiliser l’ensemble des collaborateurs, ainsi que les personnes accueillies, autour de ce projet innovant,
- Axe 2 : Adapter l’offre d’accompagnement au regard du public accueilli,
- Axe 3 : Poursuivre le développement de partenariats permettant d’inscrire l’accompagnement dans une logique de parcours,

¹¹⁸ GACOIN D., 2010, Conduire des projets en action sociale, Paris : Dunod, p.57

¹¹⁹ *Ibid.*, p.49

- Axe 4 : Ouvrir les places d'ACT et développer l'offre « aller vers » avec les ACT « Hors les murs »,
- Axe 5 : Elaborer le rapport d'activité (Temporalité Février – Avril 2022). L'écriture de ce rapport associera l'ensemble des acteurs. Ma proposition en plus des témoignages est de co-construire avec les personnes accueillies et l'équipe un support qui pourrait être une bande-dessinée représentant le dispositif, son public, son fonctionnement, ses règles, son équipe, etc. Ce support pourrait devenir un outil visant à présenter le HSR-Périnat aux nouveaux résidents mais aussi aux nouveaux collaborateurs. Pour l'élaborer, je ferai appel aux bénévoles artistes, nombreux au sein de l'association, afin de nous accompagner. Des planches pourront venir égayer les murs du dispositif. A l'issue de l'élaboration du rapport dans sa globalité, il serait opportun d'organiser un évènement festif ouvrant l'établissement à l'ensemble des partenaires.
- Axe 6 : Repérer et remonter les besoins en formation afin de développer et renforcer les compétences par le biais de la GPEC¹²⁰ conduite par l'Association (Temporalité Avril – Juillet 2022),
- Axe 7 : Elaborer le projet d'établissement (Temporalité Mai – Décembre 2022) Le projet d'établissement va ancrer le projet mis en œuvre en se nourrissant des travaux entrepris la première année et de l'expérience de terrain. Il marquera aussi le tournant pris en inscrivant le HSR-Périnat dans le champ médico-psycho-social. Pour cela, je me solliciterai l'accompagnement de la Directrice Qualité et Gestion des Risques.

En tant que directrice, je dois coordonner l'ensemble des axes de travail, donner du sens, créer une cohésion au sein de l'équipe afin de faciliter l'adhésion de l'ensemble des acteurs. Le tout, en veillant à la mise en œuvre de la culture de la bientraitance, aussi bien des personnes accueillies¹²¹ que des professionnels. Ces derniers intervenant auprès des personnes en situation de précarité et d'exclusion sont en effet confrontés à des situations complexes les renvoyant parfois à de l'impuissance génératrice de malaise, voire de souffrance au travail par « (...) *l'usure au contact des usagers, crise des professionnalités,*

¹²⁰ Au sein de l'Association Aurore : les directeurs et responsables de service mènent les entretiens professionnels, identifient et priorisent les besoins de formation de leurs collaborateurs. C'est par ce biais qu'il me sera possible d'apporter ma contribution à l'élaboration de la GPEC, en proposant des pistes de formations à mettre en œuvre pour renforcer la compétence des collaborateurs du HSR-Périnat et en appuyant des demandes individuelles.

¹²¹ Selon la HAS, dans ses Recommandations de Bonnes Pratiques, La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre : « *La bientraitance trouve ses fondements dans le respect de la personne, de sa dignité et de sa singularité. Il s'agit d'une culture partagée au sein de laquelle les sensibilités individuelles, les spécificités de parcours et de besoins, doivent pouvoir s'exprimer et trouver une réponse adaptée* », p.14

politiques publiques en constante évolution, bouleversement de l'organisation de l'action sociale »¹²².

Je dois donc m'assurer que l'environnement professionnel est sécurisant et contenant, permettant ainsi à chaque professionnel de se sentir reconnu, écouté et légitimité. Mais aussi soutenu et accompagné notamment par des apports en formations dans l'accomplissement de sa mission. En effet, si les professionnels « (...) *se sentent estimés et reconnus, ils seront plus aptes à exercer leur métier en plaçant le bien-être des usagers au centre de leur mission* »¹²³.

Ce projet ne peut réussir qu'avec le soutien du Directeur d'activités, du Directeur de Territoire plus largement de la Direction générale et du Conseil d'Administration ainsi que des autorités de tarification mobilisées.

Parce qu'il n'est pas possible d'œuvrer seule au déploiement des différents services constituant le dispositif HSR-Périnat, je vais associer la cheffe de service, la cadre de santé, le médecin, la sage-femme ainsi que les psychologues à ma démarche. Ensemble, il nous faudra ensuite fédérer les autres acteurs. La co-construction est donc ma ligne managériale directrice, et ma stratégie consiste à encourager la participation de tous les acteurs et à communiquer au mieux avec eux afin que les informations circulent de manière efficace.

4.1 Les étapes préalables au projet

4.1.1 La validation de la gouvernance

Pour parvenir à réaliser ce projet, j'ai réalisé un diagnostic durant les trois premières semaines de mon arrivée. J'ai aussi travaillé en étroite collaboration avec le Directeur d'activités lui-même étant en lien avec le Directeur de territoire. Il m'est en effet apparu indispensable de partager avec lui en amont la stratégie, les objectifs que je me suis fixés. Des rendez-vous de travail hebdomadaire, dans un premier temps, ont permis de m'appuyer sur son expertise et de lui faire part régulièrement des avancées dans la conduite du projet, notamment sur les éléments en rapport avec la montée en charge. Je me suis assurée que la conduite de projet, telle que je la conçois soit partagée et soutenue. J'ai ainsi pu obtenir une validation de ma feuille de route, à fin Mai 2021, évitant ainsi un potentiel risque de conduire l'ensemble des protagonistes dans une impasse.

¹²² BELLAREDJ F., BOIRAL P., SILBERT M., *Les intervenants sociaux et la mise en œuvre des politiques publiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion*, in Travaux de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES) 2005-2006, p.615

¹²³ PEROZ C., 2011, *La démarche qualité, vecteur de la bientraitance dans le secteur social et médico-social : Promouvoir le bien-être des usagers et des professionnels par une bonne gouvernance*, Paris : Editions Seli Arslam, p.82

4.1.2 La constitution d'une équipe managériale soudée avec une ligne hiérarchique claire : un comité de direction comme appui

A mon arrivée, la cheffe de service (CDS) venait d'être recrutée et la cadre de santé devait prendre son poste la semaine suivante. Mon souhait est la mise en place d'un management qui prend appui sur une équipe de direction. Prendre appui sur le management de proximité m'est apparue indispensable pour être dans un lien direct avec les professionnels et les personnes accueillies. Dans ce projet, les cadres de direction doivent occuper une place centrale car ils sont l'interface entre le niveau stratégique et le niveau opérationnel. Avec ces deux collaboratrices, j'envisage la création d'un comité de direction (Codir) avec un double objectif. Le premier objectif est la pose d'un premier jalon sur l'étape du décloisonnement, cela en réunissant les cadres de proximité du social et du médical pour apprendre à travailler ensemble et permettre à chacun de s'approprier progressivement la culture de l'autre. Le deuxième objectif est de responsabiliser les cadres et de disposer de relais décisionnels sur chaque pôle. Avec cette équipe de direction ainsi constituée il devient alors possible de mettre en œuvre un management participatif assurant à la CDS et au Cadre de santé les conditions de leur légitimité et de leur reconnaissance. Sur la base de ce qui a déjà été pensé par l'association Aurore, je dois définir avec le Directeur d'activités, les processus de décision, de contrôle et de régulation. Il faut donc des processus de délégations clairement définis qui une fois faits, seront retranscrites dans le Document Unique de Délégation (DUD).

Le Codir va se réunir une fois par semaine afin de réfléchir au fonctionnement, assurer les régulations et ajuster l'organisation. Trois thématiques globales seront abordées :

- Les ressources humaines : recrutement, climat social, formations, arrêts maladie, absentéisme, accident du travail, ...
- Le niveau de montée en charge : il est attendu un taux de remplissage par palier après une ouverture qui avait été fixée au 1^{er} Mars 2021 à 48 places puis au mois de juin augmentée à 96 places. Une vigilance étant nécessaire pour ce qui est d'organiser la commission de sécurité en vue du passage à 110 places,
- Les situations complexes nécessitant d'élaborer une stratégie d'accompagnement plus fine, est acté une fois par mois que le Codir sera élargi à d'autres professionnels cadres tels que : psychologues, sage-femme, médecin pour co-construire des pistes de solutions.

Dans le même temps, je vais redéfinir l'organigramme¹²⁴ dans une perspective de création de pôles avec pour but de clarifier le rôle de chacun : pôle médical, pôle social et pôle psychologique. Cet organigramme permet en effet de représenter une organisation fonctionnelle claire, précise comprenant une direction forte, avec l'appui d'un CDS et d'une

¹²⁴ Annexe XVIII – Organigramme du HSR-Périnat

Cadre de santé, sans oublier les cadres opérationnels en support (sage-femme, médecin et psychologues). Cette organisation vise aussi à favoriser les coopérations et à renforcer la coordination ainsi que les échanges de cultures et de bonnes pratiques.

4.1.3 La stratégie de communication

La communication est une action intégrée et cohérente devant prendre en compte le projet dans sa globalité. Elle doit également proposer les pistes visant à améliorer l'efficacité dans l'offre d'accompagnement à destination des femmes enceintes et des femmes sortant de maternité, avec ou sans accompagnants (enfant (s) et/ ou conjoint). Cette action de communication a aussi pour but de favoriser l'adhésion et la mobilisation des professionnels et de l'ensemble des acteurs. Elle participe *in fine* à rendre lisible le projet de direction, à créer un sentiment d'appartenance des professionnels tendant vers un même but en créant de la cohérence et de la cohésion. Il me faut donc communiquer en toute transparence sur le diagnostic, sur les perspectives ainsi que sur le pilotage.

Je vais bien sûr veiller à donner à la communication sa juste place en utilisant toutes les modalités possibles : affichage, courriels, bulletin d'informations, lettre du Directeur d'activité rappelant ainsi le projet en cours et sa temporalité. Ma stratégie de communication se décline en interne comme en externe.

A) La communication interne (à partir du mois de Juin 2021)

Cette strate de communication est mise en œuvre en vue d'écouter, de rassurer, de clarifier, de partager pour m'aider à la prise de décision au service du projet expérimental HSR-Périnat. Elle se retrouve à différents niveaux :

- **Auprès du Directeur d'activités** : Après la présentation du diagnostic et des axes de travail, des rencontres régulières permettront ensuite de rendre compte de ce qui est progressivement mis en œuvre dans le dispositif. Ces rencontres sont aussi l'occasion de répondre aux questions et d'en poser, d'une part pour s'assurer du soutien hiérarchique, d'autre part pour vérifier que le chemin pris est toujours partagé. Si au début des échanges ces temps de paroles avec le directeur d'activités sont étalonnés à périodicité hebdomadaire, 2 mois après ma prise de poste j'estime qu'ils pourront raisonnablement devenir bimensuels, puis mensuels après 4 mois de pratique.
- **Auprès de l'équipe managériale**¹²⁵ : Les comptes rendus des réunions seront mes supports d'évaluation de cette communication ainsi que la qualité de nos échanges.
- **Auprès des professionnels** : afin qu'ils puissent avoir une vision d'ensemble du projet. La communication en direction des professionnels s'organise selon

¹²⁵ Cf. chapitre 4.1.2

différents supports. Une première réunion institutionnelle sera en effet organisée en présence du Directeur d'activités et éventuellement du Directeur de territoire avec pour objectif de présenter le diagnostic, la visée, les axes de travail et les échéances afin de permettre à chacun de se projeter. Ensuite chaque trimestre, une réunion institutionnelle sera planifiée pour informer des évolutions et donc rassurer sur les changements qu'il faudra mettre en œuvre. Ces rendez-vous trimestriels démontrent la volonté de faire en associant de manière continue les collaborateurs, toujours dans le but de favoriser leur adhésion et leur mobilisation. Durant les 3 premiers mois, je vais assister à des réunions d'équipe hebdomadaires pour m'imprégner des différentes pratiques, échanger avec chacun sur les accompagnements préoccupants, pour mieux co-construire ensemble des pistes de travail.

Pour évaluer l'efficacité de cette communication je m'appuierais sur les comptes rendus de réunions, l'adhésion des professionnels au projet ainsi que leur implication lors de nos rencontres.

- **Auprès des personnes accueillies** : pour leur expliquer les enjeux, l'intérêt de réfléchir aux modalités d'accueil et d'organisation, pour les informer régulièrement des avancées et bien sûr pour recueillir leurs besoins. Il s'agira de leur dire combien leur participation à l'amélioration du dispositif est importante car elle favorisera ainsi une meilleure prise en compte de leurs besoins. La temporalité des rencontres avec les résidents se situera entre 4 à 6 mois.

L'évaluation de cette communication va être mesurée quantitativement par le taux de retour des résidents et qualitativement à travers leur compréhension des enjeux.

B) La communication externe (à partir du mois de Juin 2021)

Cet axe de communication est un outil supplémentaire pour faire connaître le HSR-Périnat dans le département afin de positionner l'association Aurore dans un secteur qui devient plus concurrentiel. Elle passera par la création d'un Comité de pilotage (Copil) qui deux fois par an réunit l'ensemble des acteurs de l'expérimentation, à savoir, les financeurs, les partenaires, les membres de l'équipe ainsi que des personnes accueillies volontaires pour y participer. Ce Copil vise à élaborer un bilan mais aussi à évaluer et à adapter les pratiques pour répondre au-plus près aux besoins des personnes.

- **Auprès des autorités de tarification** : pour informer et valoriser le dispositif mais également pour promouvoir de futures collaborations.
- **Auprès des partenaires** : pour informer, là encore du rôle du dispositif, et pour collaborer le plus efficacement possible en affinant la prise en compte des besoins des personnes.

- **Auprès des élus** : afin de promouvoir le dispositif et se faire connaître comme des partenaires à part entière. Il s'agira notamment de créer des perspectives pour que les personnes que nous accueillons puissent bénéficier des services proposés par la ville notamment des modes de garde.

L'évaluation de cette communication externe reposera sur la qualité des relations qui seront établies avec les partenaires externes.

4.2 Le plan d'action et évaluation¹²⁶

La validation du projet par le Directeur d'activités ainsi que le Directeur de territoire tous deux favorables au pilotage du HSR-Périnat, tel que je l'ai élaboré, me donne la légitimité pour le mettre en œuvre. Je dois régulièrement évaluer les différentes actions menées en m'appuyant sur les indicateurs du guide de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP). L'évaluation va porter sur l'organisation mise en œuvre, la qualité de l'accompagnement, l'implication des parties prenantes, la stratégie d' « ouverture à l'environnement et sur l'environnement » et sur les partenariats.

4.2.1 Axe 1 : Mobiliser l'ensemble des collaborateurs ainsi que les personnes accueillies autour de ce projet innovant

- A) Fédérer les professionnels autour d'un projet porteur de sens (Temporalité¹²⁷ Juin – Septembre 2021)

La visée de cet axe est de générer une meilleure connaissance entre les professionnels et créer une synergie entre eux afin d'établir un modèle d'accompagnement collectif au service de l'adaptation de l'offre à la population accueillie. A partir du diagnostic partagé avec l'équipe, je m'appuie sur la réponse de l'appel à projet ainsi que sur le cahier des charges afin de permettre à tous de s'imprégner du projet médico-psycho-social, HSR-Périnat. Il y a donc un enjeu de sens et de cohérence pour visiter les actions mises en place à l'ouverture du dispositif.

Lors de mes entretiens avec les professionnels, deux thématiques sont ressorties :

- L'accueil des personnes au travers de la procédure mise en œuvre qui est actuellement traité avec un angle exclusivement médical (de l'évaluation des candidatures à l'accueil effectif),
- La collaboration entre les différents professionnels qui s'avère être freinée par des cultures professionnelles différentes.

¹²⁶ Annexe XIX – Plan d'action sous forme de tableau

¹²⁷ Annexe XX : Diagramme de Gantt illustrant la temporalité prévisionnelle du pilotage du projet

A l'appui de ce constat, je propose un travail collectif sur ces deux thématiques réparties en deux groupes, sur une période de 4 mois. On retrouvera dans chaque groupe un animateur appartenant à l'équipe managériale¹²⁸, et des professionnels de corps de métiers différents. Trois réunions seront prévues pour chaque groupe et deux temps d'échanges supplémentaires seront planifiés pour rendre compte à l'ensemble de l'équipe des travaux accomplis. Pour avoir une base de travail solide, je vais m'appuyer sur les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) parues en décembre 2020 sur « LHSS, LAM et ACT : l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours ».

Cet outil concret est un support destiné à faciliter la réflexion et à entrevoir les modes de collaboration visant à décloisonner nos pratiques actuelles et favoriser un accompagnement médico-psycho-social. En effet, il n'est pas possible dans un dispositif qui promeut la coordination, de ne pas mettre en œuvre en interne ces principes de coordination. Chacun doit saisir la nécessité d'une collaboration entre les différents corps de métiers pour la prise en compte de la personne dans sa globalité sans segmentation. En effet, nous savons que nous accueillons des personnes qui ont une problématique de santé, chacun doit donc pouvoir réfléchir de sa fonction à la question du secret partagé et à la transmission. Par ailleurs, la Loi du 27 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé complétée par deux décrets du 20 juillet 2016¹²⁹ permet des échanges d'informations jusque-là couverts par le secret médical à d'autres professions. Il s'agit de penser à la manière d'en faire usage et d'en comprendre le bénéfice.

Pour se faire, il est important que chaque personne accueillie soit informée des modalités de son accompagnement au sein d'une équipe pluridisciplinaire, notamment au regard du secret partagé. Chaque professionnel doit en effet apprendre à s'imprégner des missions de ses collègues afin de savoir ce qui est pertinent, nécessaire et suffisant dans ce qu'il aurait à partager pour favoriser la prise en compte de la personne dans sa globalité. En somme, il devra se poser la question du sens que cela aurait à transmettre telle ou telle information, en ayant au préalable obtenu le consentement éclairé de la personne accueillie.

¹²⁸ Au sein de l'association, des formations courtes sont organisées sur la dynamique des groupes et l'animation de groupe pour les cadres. Il me semble opportun que la CDS et la cadre de santé puissent y participer. En effet, dynamiser un groupe afin que chacun puisse prendre la parole pour s'exprimer sans crainte n'est pas chose aisée. De la même manière distribuer la parole à tous pour recueillir les idées de tous nécessite d'avoir des techniques d'animation de groupe et de comprendre quelques ressorts.

¹²⁹ Le décret 2016-994 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel énonce dans son intitulé l'ouverture.

Le décret 2016-996 aborde le cas spécifique de l'équipe de soins tandis que le décret 2016-1349 précise le cas du partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins et notamment la question du consentement préalable du patient à cet échange.

Le contexte dans lequel les professionnels interviennent au-delà de la crise sanitaire, n'est pas aisé, aussi je vais instaurer dès le mois de juin 2021 des séances d'analyse de la pratique. Ces temps d'élaboration visent à réaffirmer la bientraitance comme une valeur associative forte en permettant aux professionnels de disposer d'un lieu où mettre en mots leurs affects afin de les mettre au travail. Un professionnel extérieur, avec une expérience dans le champ de la périnatalité idéalement, interviendra toutes les trois semaines auprès de deux demi-groupes pour permettre à chacun d'avoir la possibilité de s'exprimer. Lors de ces temps d'échange, il n'y aura pas de membres de l'équipe de direction¹³⁰ présents, si ce n'est à la demande des salariés.

Évaluation : Mon attention portera sur la mesure des interactions entre les professionnels dans les différents groupes. Elle portera également sur les productions écrites qui seront des indicateurs de l'investissement des professionnels dans le projet. Mais aussi sur leur collaboration pour tendre vers une culture commune du « prendre soin ».

B) Renforcer les compétences (Juillet – Décembre 2021)

Les professionnels dans leur grande majorité disent leur méconnaissance du champ de la périnatalité et plus largement de l'accompagnement des familles et des enfants. Je vais donc mettre en place des formations internes en m'appuyant sur les compétences des professionnels de l'équipe telles les EJE (le développement de l'enfant, la parentalité, la protection de l'enfance ...), la sage-femme (sur la périnatalité et tout ce qui a trait à une grossesse), les psychologues (sur le développement psycho-affectif des enfants, la parentalité, le deuil, ...). Tous ces professionnels pourront s'appuyer sur leur réseau de partenaires pour mettre en œuvre les formations internes. Des fiches seront élaborées sur les différentes thématiques qui pourront être consultées ou enrichies à tout moment.

Par ailleurs, depuis quelques années, l'Association Aurore a mis en place des temps d'échanges et de partages entre les professionnels de différents services au travers du dispositif « Vis mon métier ». Comme j'ai pu le mentionner précédemment, au sein de l'association Aurore, différents services accueillent notre public et ont une réelle expertise, je compte donc me mettre en relation avec les responsables de ces dispositifs pour réfléchir ensemble aux modalités de partage d'expériences entre salariés. Mon objectif sera de permettre à ceux qui le souhaitent d'aller s'imprégner des pratiques de leurs pairs dans des services médico-sociaux (ACT, LHSS) ou encore dans des structures accueillant le même public (CHU). Cela afin de partager leurs interrogations ou de trouver des réponses pouvant apporter une plus-value à leurs pratiques au HSR-Périnat.

¹³⁰ Notre territoire propose des séances mensuelles d'analyse de la pratique pour les cadres intermédiaires. Je vais inciter la CDS ainsi que la Cadre de santé à y participer.

Le processus de formation au sein du HSR-Périnat ne se résumera pas à ces formations qui visent à permettre aux membres de l'équipe de travailler ensemble, de reconnaître les ressources internes au dispositif et de renforcer leurs compétences. En effet, l'association Aurore engagée dans la démarche GPEC a mis en œuvre, depuis 2018, une réelle politique de formation à partir des besoins exprimés individuellement par chaque salarié lors des entretiens professionnels. Je compte donc recevoir chaque collaborateur individuellement à partir du mois de juin 2021, pour recueillir leurs ressentis, leurs besoins de formations et leurs idées au regard du fonctionnement de l'établissement depuis son ouverture.

Évaluation : Elle reposera sur le nombre de formations proposées par les collaborateurs, le nombre de collaborateurs ayant assisté à ces formations, les fiches élaborées sur des thématiques en lien avec le public, le nombre de salariés ayant participé au dispositif « vis mon métier », les échanges générés par le partage des compétences, tant internes qu'externes, au HSR-Périnat, : autant d'indicateurs pour évaluer les connaissances acquises.

C) Poursuivre le recrutement des collaborateurs (Mai – Septembre 2021)

Comme je l'ai déjà mentionné, il y a une réelle difficulté à recruter dans nos métiers et cela dépasse la question du contexte sanitaire que nous traversons. Les résultats d'une enquête de 2019 du réseau Uniopss-Uriopss¹³¹ montraient que sur 450 structures interrogées, plus de 82% rencontraient des difficultés chroniques de recrutement. En effet, l'offre de services est importante mais les salaires ne sont pas très attractifs.

Plusieurs candidats, postulant pour un poste au sein du HSR-Périnat, se sont désistés car il n'était pas possible de respecter leurs prétentions salariales. Aujourd'hui, les membres de l'équipe sont majoritairement débutants, et de manière à rééquilibrer les effectifs en termes d'expériences professionnelles il m'apparaît opportun de recruter des hommes et des femmes aguerris même si ce n'est pas dans le champ de la périnatalité. De plus, je sais devoir me montrer attentive à cibler des personnes ayant un vrai savoir-faire médico-social afin de tendre vers une culture commune, à défaut d'aller chercher une longue expérience professionnelle.

Pour élaborer cette stratégie de recrutement intégrant la question salariale, je vais m'appuyer sur le service des ressources humaines du pôle qui utilise les principaux sites de diffusion d'offres d'emplois. Je dois également mobiliser d'autres réseaux internes en

¹³¹ Difficultés de recrutements en établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap : Résultats de l'enquête Flash du réseau Uniopss-Uriopss, Septembre 2019 https://www.uniopss.asso.fr/sites/default/files/article/fichiers/uniopss_resultats_enquete_problematiques_recrutement.pdf [Consulté le 16.07.2021] Uniopss : Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux ; Uriopss : Union Régionale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux

lien avec les salariés déjà en poste, ainsi que les écoles de formation. Dans l'Essonne, il existe en effet de nombreux établissements formant les professionnels de la santé comme les infirmières et les aides-soignantes. Je vais prendre contact avec les responsables de ces écoles, pour rendre visible le dispositif et favoriser la possibilité de stages. En effet, c'est par cette communication que je pourrai parvenir peut-être à rendre attractif le HSR-Périnat.

Le recrutement du médecin s'est avéré, quant à lui, être très difficile. Toutefois grâce au réseau du médecin des ACT du 93, qui a permis d'ouvrir le dispositif, un médecin a pu être recruté sur un temps très partiel, soit 20% au lieu des 60% attendus. De ce fait, il apparaît impossible de trouver un autre médecin pouvant occuper le reste du temps.

Après réflexion avec la sage-femme, le recrutement d'une deuxième sage-femme s'avère être une décision pertinente. En effet, compte tenu des missions dévolues à cette professionnelle auprès de toutes les mères, y compris lorsque le service « Hors les murs » sera mis en place, deux sage-femmes à temps plein ne seront pas de trop pour faire face à la charge de travail.

Concernant le recrutement, je vais instaurer deux entretiens après la sélection des CV par l'équipe managériale : un premier entretien sera mené par le binôme chef de service-cadre de santé, le deuxième le sera par moi-même. L'objectif est de croiser les regards et ne pas cloisonner le recrutement sur le versant social ou sur celui médical mais bien par le prisme des deux. Il peut s'avérer opportun d'élaborer des grilles d'entretien de manière à obtenir les meilleures informations possibles sur le candidat, également à donner à chacun de manière objective la possibilité de se mettre en avant. La base de données des fiches métiers élaborée par l'association sera à cet égard un outil intéressant pour prendre connaissance des attendus des postes.

Il ne me suffira pas de recruter des collaborateurs, il me faudra aussi tout mettre en œuvre pour les fidéliser. Mon attention va porter sur la mise en œuvre d'actions visant à favoriser le bien-être au travail, le plaisir au travail par l'instauration d'une dynamique de formation pour renforcer les compétences notamment. Il me faudra au travers de la Qualité de Vie au Travail (QVT) créer les conditions afin de concilier amélioration des conditions de travail pour les collaborateurs et efficacité du HSR-Périnat.

Évaluation : les profils des candidats et les recrutements effectifs, le nombre de demandes de stages au travers des écoles approchées viendront valider ou invalider la stratégie mise en place pour pallier aux difficultés de recrutement.

D) Impliquer les personnes accueillies pour prendre en compte leur parole (A partir de Juin 2021)

A mon arrivée, comme je l'évoquais, l'urgence était d'ouvrir le dispositif pour accueillir et ainsi permettre aux personnes d'avoir un lieu sécurisant pour leur nourrisson ou leur futur bébé. Les modalités de leur participation et de la prise en compte de leur parole n'avaient pas encore été mises en œuvre. Le cahier des charges du HSR-Périnat stipule bien qu'il s'agit d'un dispositif d'accueil temporaire, limité dans la durée. Ce qui, à priori, rend difficile la mise en place immédiate d'un Conseil de Vie Sociale (CVS). Il m'apparaît donc nécessaire d'instaurer avec l'équipe managériale un groupe d'expression des personnes accueillies avec pour objectifs le recueil de leurs besoins et leur participation au fonctionnement du dispositif. En effet, la Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale fait de la participation et de l'expression des usagers des principes fondamentaux¹³². Comme le stipule les RBPP de 2008 portant sur l' « Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale », ces temps ne sauraient cependant être obligatoires. A nous de créer les conditions qui faciliteront la mobilisation des résidents. En étant attentifs à les considérer comme ayant des capacités et des compétences, à écouter leurs besoins, à avoir aussi un discours de vérité sur les moyens et sur les marges de manœuvre dont nous disposons, nous parviendrons à les mobiliser. Ces temps sont prévus de 10h00 à 11h30 le jeudi matin, tous les 15 jours, en la présence d'au moins un professionnel de terrain et d'un cadre de direction. Des comptes rendus seront co-élaborés avec un résident participant et affichés pour que tous puissent en prendre connaissance. A chaque nouvelle rencontre nous nous appuyerons sur le compte-rendu précédent pour inscrire ces groupes d'expression dans une continuité. En procédant de la sorte il s'agira de minimiser certaines redondances de thématiques et de nous obliger à apporter des réponses élaborées et compréhensibles.

Évaluation : La présence des résidents au groupe d'expression permettra de mesurer leur participation et leur intérêt. Les comptes rendus de ces temps d'échange permettront une évaluation qualitative de la participation.

¹³² Art L311-3 - (...) « La participation directe (...) à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne. » Art. L. 311-6. « (...) Afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation. Les catégories d'établissements ou de services qui doivent mettre en œuvre obligatoirement le conseil de la vie sociale sont précisées par décret. Ce décret précise Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale également, d'une part, la composition et les compétences de ce conseil et, d'autre part, les autres formes de participation possibles. »

4.2.2 Axe 2 : Adapter l'offre d'accompagnement au regard du public accueilli

A) Apporter des réponses claires aux écarts soulevés par les personnes accueillies
(Juin – Août 2021)

Lors de la première rencontre avec les résidents, en présence des différents membres de l'équipe dont l'équipe managériale, je vais présenter les enjeux et missions du dispositif. Il s'agira aussi de faire part de mon diagnostic et des besoins recueillis lors des entretiens. A cette occasion, il m'apparaît important d'apporter des réponses aux écarts et les pistes de solution qu'elles ont proposées :

- Concernant l'aménagement des chambres et des espaces partagés : de manière à prendre en compte les besoins d'un enfant en rapport avec son développement, les EJE supervisés, par la CDS, vont répertorier les manques et pouvoir également proposer des solutions. Et concernant les espaces partagés : les animateurs au travers d'ateliers avec les EJE en lien avec les personnes vont réfléchir à des solutions d'aménagement permettant de créer un lieu accueillant là encore prenant en compte la présence d'enfants avec des espaces de jeux.
- Pour ce qui est par exemple des repas, s'il n'est pas possible d'envisager de cuisiner dans les locaux actuels, il faudra réfléchir à la participation des personnes lors des commandes.
- Concernant les pères et les conjoints, nous allons réfléchir à rendre plus facilement compréhensible la possibilité de leur accueil à travers notre communication auprès des partenaires. Nous allons de ce fait, penser leur accueil au sein du dispositif et leur faire une place dans la procédure d'accueil.
- Quant à la question de la connaissance et de la gestion des traitements, l'élaboration d'un outil pour co-construire avec les résidents leur projet personnalisé va nous permettre de mieux prendre en compte leurs compétences et capacités pour projeter un parcours individualisé plus cohérent.
- Une fois l'équipe d'accompagnement stabilisée, des temps d'activités groupales seront mis en place. Pour les élaborer, nous allons nous imprégner des besoins des résidents et échanger également autour de thématiques qui font sens pour eux. Les RBPP « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » seront utilisées comme support.

Évaluation : L'aménagement effectif des chambres et des espaces collectifs, la participation des personnes lors des commandes de repas, la procédure d'accueil des pères et conjoints repensée, un questionnaire de satisfaction des usagers seront des outils de mesure des actions mises en place.

- B) Revisiter le projet personnalisé pour co-construire un document unique (Juin – Juillet 2021)

Un groupe de travail composé des différents métiers sera chargé de réfléchir à l'outil « projet personnalisé » de manière à ce que chaque professionnel ait une connaissance globale de ce projet et de sa mise en œuvre. A partir de cet outil il s'agira de permettre à chaque professionnel de penser les modalités concrètes d'accompagnement. Cela afin de personnaliser les projets prenant en compte les capacités des personnes. En effet selon, les RBPP : « *Avant d'être un bénéficiaire d'une action d'accompagnement, chaque personne est un sujet doté de capacités et d'une autonomie propre et porteur d'un projet de vie et d'attentes spécifiques.* »¹³³ et « *Ces attentes correspondent aux souhaits, désirs, envies, éléments de projets que les personnes forment elles même et proposent aux professionnels. Elles peuvent être latentes, simplement ressenties, explicites ou implicites mais elles existent toujours* »¹³⁴.

La CDS ainsi que la Cadre de santé animeront deux rencontres pour ensuite faire un retour en équipe afin de valider un outil commun. Les RBPP « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » sont donc des supports sur lesquels le groupe prendra appui. Ce sera l'occasion pour chacun de faire part de sa pratique pour s'enrichir mutuellement et co-construire ainsi une méthodologie pour accompagner la personne dans l'élaboration de ce projet.

En effet, jusqu'à présent, certains professionnels, remplissaient le projet pour la personne (avec la partie sociale renseignée par le référent social et celle médicale par l'infirmière référente) que cette dernière validait lors d'une rencontre. Les référents pensaient en amont ce que la personne, de leur point de vue, devait mettre au travail avec eux. Or il s'agit dans ce temps d'élaboration du projet personnalisé, de faire cheminer et de cheminer, avec la personne, sur ses envies, ses besoins, ses attentes, ses objectifs avec une temporalité définie conjointement, tout en valorisant ses potentialités pour qu'elle puisse entrevoir ses marges de progression.

Évaluation : l'élaboration d'un document unique comme point d'appui du projet personnalisé, la compréhension des professionnels de l'intérêt de l'outil « projet personnalisé », le partage des savoir-faire pour co-construire avec la personne accueillie son projet, l'implication des personnes accueillies dans l'élaboration de leur projet seront les indicateurs d'évaluation.

¹³³ RBPP « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux », Juin 2010, p. 6

¹³⁴ RBPP « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », Décembre 2008, p.14

4.2.3 Axe 3 : Poursuivre le développement de partenariats permettant d'inscrire l'accompagnement dans une logique de parcours

Le dispositif HSR-Périnat est pensé comme un accueil temporaire permettant aux femmes et/ou leurs nourrissons malades d'être soignés. L'accueil est évalué à minima tous les trois mois. La durée de l'accompagnement est co-définie avec la personne et avec les professionnels sur base de son projet individualisé. Néanmoins, il est nécessaire de veiller à la fluidité du dispositif en créant des perspectives d'orientation, une fois l'état de santé stabilisé.

Avant même l'ouverture du dispositif pour repérer les besoins du département et plus largement du territoire au niveau régional, différentes structures de soins ont été sollicitées. Dès sa mise en service des partenariats, avec ces structures ont été établis pour l'orientation des personnes vers le HSR-Périnat. Compte tenu de l'aspect temporaire de l'accueil, il est apparu indispensable de penser dès l'entrée des personnes, aux possibles, en dehors du dispositif et ainsi de pouvoir très tôt les inscrire dans un environnement plus large. Faire appel aux dispositifs de droit commun est donc crucial pour mieux préparer la fin de notre accompagnement et l'après.

A) Consolider les partenariats existants par l'amélioration de notre communication (Juin – Septembre 2021)

A l'ouverture, il s'agissait de signifier notre existence afin d'avoir des candidatures des orienteurs pour permettre aux nombreuses femmes à la rue, enceintes ou avec des nourrissons d'avoir un lieu de vie. Notre communication n'était pas optimale puisque ce qui était ciblé en priorité était le parcours de soins de femmes sans « chez soi ». La question de la personne dans sa globalité n'a alors pas été mise en avant. Il m'apparaît opportun dans la poursuite de nos accueils de repenser le dossier d'admission en interpellant nos partenaires sur la nécessité de donner à voir un sujet, et pas uniquement une pathologie ou une maladie. La partie sociale est aussi importante que la partie médicale car elle permet à une équipe d'adapter son accueil à une personne, et non à un cas. Il nous faudra indiquer que nous accueillons également les familles complètes pour éviter que le conjoint et/ou le père soit « caché » et que son accueil ne soit pas pensé en amont afin de tout simplement le prendre en compte. Nous avons privilégié des liens directs avec des médecins qui n'ont pas toujours le temps suffisant à consacrer à leurs patients pour savoir qui ils sont. De fait, nous allons envisager d'associer, plus largement, les assistantes des services sociaux à notre communication.

La poursuite des rencontres des partenaires fléchés « santé » va se faire avec la collaboration des travailleurs sociaux et non uniquement avec celle des professionnels de santé du dispositif. C'est ainsi que nous parviendrons à œuvrer collectivement en interne et à faire se rejoindre les soignants et les travailleurs sociaux.

Évaluation : La qualité des dossiers d'admission remplis par les partenaires orienteurs comme indicateur nous permettra de mesurer la compréhension de notre procédure avec en filigrane le sens de l'accompagnement du HSR-Périnat.

B) Renforcer les partenariats existants¹³⁵ pour inscrire l'accompagnement des personnes dans une logique de parcours et assurer la fluidité du dispositif (Juin – Décembre 2021)

Dans mon diagnostic, j'ai montré que les personnes accueillies provenaient principalement du Département de l'Essonne mais également d'autres départements de la région Ile-De-France. De manière à assurer une logique de parcours tout en favorisant la fluidité du HSR-Périnat, la sortie du dispositif est pensée dès l'accueil. Pour cela, la création de partenariats avec les acteurs de veille sociale, de l'hébergement et du logement est indispensable. En lien avec la Chef de service, des rencontres vont être programmées, avec notamment, les différents SIAO de la région, en attendant l'arrivée d'un SIAO régional. En effet, pour éviter les ruptures dans le parcours des personnes, mais aussi le risque d'emboliser le département du 91 par des demandes trop importantes, les personnes seront réorientées vers leur département d'origine. Les SIAO sont des partenaires privilégiés compte tenu de la situation administrative et sociale de la majorité des personnes accueillies. Elles sont pour la plupart en situation de séjour irrégulière et ont peu de ressources. Elles ne peuvent prétendre à un logement, voire même à un CHRS s'il n'y a pas de perspective de régularisation. Lors des rencontres avec les partenaires du SIAO, nous devons donc réussir à les convaincre de la nécessité de collaborer pour rendre le dispositif efficient.

Hormis ce dispositif d'orientation, nous allons rencontrer aussi l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) à laquelle je demanderais de venir présenter leur mission à l'équipe mais aussi d'élaborer ensemble une présentation en direction des personnes accueillies. Il m'apparaît important que les personnes que nous accompagnons soient sensibilisées directement par celles et ceux qui ont pour mission la protection de l'enfance. L'objectif est ici d'une part de faire connaître le rôle de l'ASE, d'autre part de faire de la prévention.

D'autres dispositifs seront rencontrés dans le département, comme la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS).

A chaque fois mon objectif est de travailler avec ces organismes à l'élaboration de formations à destination des personnes accueillies. La visée est véritablement que les personnes puissent connaître leurs droits et les missions des organismes de droits communs. Chaque formation fera l'objet d'un compte rendu co-écrit par un membre de l'équipe et par une personne accueillie.

¹³⁵ Annexe XXI – Partenariats existants et partenariats à développer

Évaluation : Le nombre et la diversité des partenariats élaborés, le nombre de sorties réalisées avec les SIAO et leur pertinence au regard des profils et des besoins des personnes, le nombre de formations co-élaborées avec les partenaires et la participation des personnes accueillies lors de ces formations seront des éléments déterminants pour évaluer ces partenariats.

4.2.4 Axe 4 : Ouvrir les places des ACT et développer l'offre « aller vers » avec les ACT hors les murs

Avec le HSR-Périnat nous disposons d'une palette de réponses pouvant satisfaire des besoins de santé selon des temporalités différentes. Les ACT permettent d'accompagner des personnes plus longtemps sur des problématiques de santé chroniques. Avec les ACT « hors les murs », il s'agit d'accompagner sur une durée plus courte les personnes à s'inscrire dans les parcours de soins. Il nous faudra œuvrer pour inscrire ce dispositif avec sa palette de réponses parmi les acteurs institutionnels accompagnant ce public dans le champ de la périnatalité. Il m'apparaît opportun d'impulser notamment avec les ACT « hors les murs » un travail en réseau autour des réponses collectives à apporter.

A) Ouvrir les places des ACT (Juillet – Septembre 2021)

Cette phase passe par la recherche d'appartements diffus à proximité du HSR-Périnat afin de permettre aux personnes qui y seront hébergées de pouvoir plus facilement venir participer aux activités collectives. Mon choix va porter sur des appartements sans cohabitation de manière à ce que l'équipe puisse se centrer sur un accompagnement au plus près des besoins des familles. En effet, le cohébergement, s'il a l'avantage de l'entraide est aussi le lieu de conflits qui peuvent venir parasiter l'accompagnement et empêcher de se focaliser sur les besoins spécifiques des personnes.

L'association Aurore pilote 4 ACT dont 3 sont situés en région parisienne. Je vais proposer aux professionnels qui le souhaitent de participer au dispositif « Vis mon métier » pour aller à la rencontre des professionnels et des bénéficiaires. Par ailleurs, lors d'une réunion d'équipe, je vais inviter des professionnels des ACT de Villemomble à venir présenter le dispositif. En effet, je pense que permettre des échanges entre professionnels, en s'appuyant sur des outils déjà élaborés, est un levier performant de partage d'expertises. De plus, il m'apparaît opportun de demander aux collègues de Villemomble d'associer des résidents de leur service pour participer à la présentation. Là encore, il s'agit de s'appuyer sur l'expertise des personnes bénéficiaires pour penser notre service et ses contours.

Il me semble opportun de penser cette ouverture avec une échéance à 6 mois de celle du LHSS. Cela pour nous permettre d'avoir le temps de construire nos propres outils et pour l'équipe de s'imprégner progressivement du mode opératoire de ce service.

Évaluation : le nombre d'appartements loués, la qualité de l'aménagement des appartements pour accueillir les familles, la proximité des appartements au dispositif, l'élaboration d'outils propres aux ACT du dispositif, la compréhension des collaborateurs des missions de ce service, et l'accueil des familles dans les appartements sont des indicateurs me permettant d'évaluer l'ouverture des places ACT.

B) Impulser l' « aller vers » par l'élaboration du mode d'intervention des ACT hors les murs (Octobre – Novembre pour un déploiement en décembre 2021)

Le déploiement des ACT « Hors les murs » vise à « aller vers » les femmes enceintes et sortant de maternité qui ne sont pas inscrites dans le soin ou le sont de manière discontinue avec pour but de favoriser leur inscription en initiant ou réinstaurant les soins. Notre champ d'intervention étant celui de la périnatalité, nos objectifs avec ces ACT « Hors les murs » sont de :

- Soutenir la démarche de soins en évitant les hospitalisations, en coordonnant les soins par leur initiation, leur maintien ou leur restauration avec un accompagnement global,
- Aider à la compréhension et à la gestion de la maladie,
- Préserver et/ou favoriser l'autonomie en apportant une aide pour l'accès aux droits sociaux si nécessaires, dans la mesure où nous travaillerons en étroite collaboration avec les partenaires sociaux,
- Eviter les ruptures de parcours,
- Lutter contre l'isolement.

Afin de déployer ce dispositif, je vais solliciter les professionnels du dispositif « Mijaos Action Santé Migrant » pour nous présenter la manière dont ils ont pensé la mise en œuvre de leur projet. En effet, nous allons nous appuyer sur leur expertise pour construire notre présentation du dispositif et élaborer une première plaquette de présentation. Le référentiel¹³⁶ conçu par l'ARS Ile-de-France nous servira aussi de support.

Pour aller à la rencontre de notre public, il m'apparaît indispensable d'instaurer un travail de collaboration étroit avec les dispositifs du 91, accueillant des familles et des femmes seules. Une première rencontre programmée avec : les deux abris de nuit¹³⁷, le service d'accompagnement des ménages à l'hôtel, le pôle veille social ainsi que le pôle

¹³⁶ Référentiel régional : Conception, organisation, mise en œuvre et évaluation des actions d'« aller-vers » auprès des personnes en situation de grande précarité – ARS Ile-de-France, 22 p. [Consulté le 14.06.2021] Disponible sur Internet : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/47938/download>
¹³⁷ Deux abris de nuit dont un à Etampes piloté par la Croix Rouge (19 places) et l'autre à Massy porté par le Secours Islamique (24 places) – cf. chapitre 2.2

hébergement du Département¹³⁸, a pour but se présenter et d'évoquer les collaborations futures au travers des ACT « Hors les murs ».

Quatre autres rencontres, sous forme de groupes de travail, seront proposées, pour co-construire les modalités de notre collaboration : des outils communs, afin de nous signaler une situation et définir des modalités d'intervention. Il nous faudra repérer ensemble les besoins en termes d'évaluation, de mise en lien avec un réseau de santé et d'accompagnement. Une autre plaquette remplaçant la première sera élaborée pour rendre les ACT « hors les murs » repérables, pour les partenaires comme pour les bénéficiaires.

Je souhaite aussi avec ce service impulser une instance d'échanges et de réflexions ouverte à tous les partenaires qui sont confrontés à des situations complexes dans un contexte de périnatalité dans le Département. Je crois important de favoriser des espaces de mutualisation des compétences et des savoirs pour mieux répondre aux situations complexes que nous rencontrons. Dans l'Essonne, il n'y a pas de repérage ciblé de notre public. Pour aller plus loin, cette instance pourrait donc devenir un futur observatoire.

Évaluation : les outils élaborés, la qualité des échanges lors des rencontres, la plaquette élaborée définitive et sa pertinence, la compréhension de nos missions par les partenaires et les bénéficiaires, le déploiement effectif du dispositif « Hors les murs » sont les indicateurs d'une collaboration fructueuse avec les différents partenaires.

4.3 L'évaluation globale du HSR-Périnat

L'évaluation est un outil qui me permet dans le cadre du pilotage de ce projet expérimental de constater les effets et les bénéfices des actions entreprises. Mais également d'ajuster mes actions selon les résultats observés. En effet, ils peuvent, soit me pousser à infléchir le mouvement en cours, sinon à poursuivre dans le même sens, voire à intensifier ou simplement à arrêter une action en fonction de l'impact. L'outil d'évaluation permet évidemment d'envisager d'autres perspectives d'amélioration.

L'évaluation va donc me permettre de voir dans quelle mesure mon mode de management est pertinent et adapté, tant en termes de temporalité qu'en termes de bien-être de l'ensemble des parties prenantes. Les échanges avec les collaborateurs me donneront des indications qui me pousseront à agir dans le respect des objectifs de la QVT de l'Association. Il est en effet pour moi primordial d'être attentive à instaurer les conditions essentielles au bien-être au travail. Je dois rester vigilante à prendre en compte ce qui peut avoir des effets sur le quotidien des salariés et sur l'ambiance dans les services.

¹³⁸ Cf. chapitre 2.2

Les résultats de cette évaluation globale me serviront à la co-construction du rapport d'activité (Axe 5 de mon plan d'action) afin de rendre compte de l'expérimentation en cours chaque année. Dans l'élaboration du rapport d'activités, différents indicateurs quantitatifs seront rapportés, à savoir :

- Nombre de places créées,
- Nombre de personnes accompagnées et accueillies au sein du dispositif (femmes enceintes, femmes sortant de maternité, nouveau-nés) sur chaque service,
- Nombre de demandes déposées en vue d'intégrer le dispositif,
- Nombre de refus de candidatures par catégories de profils, et par motif de refus (absence de place (adulte-enfant) ; indications inappropriées (adulte-enfant) ...),
- Durée moyenne de l'accompagnement,
- Nombre d'entretiens individuels proposés et effectifs constatés dans le cadre de l'accompagnement médico-psycho-social,
- Nombre d'ateliers organisés en groupe et thématiques abordées, taux de participation des partenaires externes ;
- Situation des personnes en entrée de dispositif puis à la sortie (hébergement, état de santé, situation administrative, profil, dispositif d'orientation,

En plus de ces indicateurs quantitatifs, des éléments qualitatifs vont enrichir ce rapport. Les hébergés seront associés, notamment via un questionnaire de satisfaction, mais également à l'élaboration du rapport. Ce sera l'occasion de co-construire collectivement puis de partager et d'interpréter avec eux les résultats de l'expérimentation chaque année.

Conclusion

Ce mémoire est né d'une opportunité qui m'a été offerte par le Directeur d'activités de piloter un projet régional, ambitieux et innovant, et, je l'en remercie chaleureusement. En effet, de longue date, les professionnels dont je fais partie, accompagnant les femmes enceintes ou sortant de maternité avec un nouveau-né sans domicile, appelaient de leurs vœux un dispositif alliant le soin et l'hébergement. Un lieu où les vulnérabilités sont prises en compte par une équipe pluridisciplinaire dans des services décloisonnés (LHSS, ACT, CHU, ACT « hors les murs »). Cette offre élargie apportant des réponses plurielles (« dans les murs » et « hors les murs » en allant vers celles qui sont en dehors ou à côté des soins) est ce qu'incarne désormais le HSR-Périnat.

Tout d'abord impressionnée par la responsabilité qui m'incombait, je me suis rapidement laissée embarquer par l'ambition de cette expérimentation. Arrivée en cours de route, ma stratégie de management du projet HSR-Périnat s'est appuyée sur ce qui avait été déjà mis en œuvre, considérant la qualité du travail accompli antérieurement notamment grâce au médecin des ACT de Villemomble et à la cadre de santé alors en place. S'il ne s'agissait pas de tout bousculer ou de déboussoler une équipe tout juste mise en place, ma stratégie a consisté en revanche à montrer objectivement les écarts que j'avais pu observer pour mobiliser l'ensemble des parties prenantes sur « du concret ». En effet, j'aime à faire le pari de l'intelligence collective, communiquer en toute transparence en jetant alors les prémisses d'un modèle visant à travailler ensemble. J'ai orienté ma stratégie vers un management participatif et bienveillant s'appuyant sur la co-construction des modalités d'accueil et d'accompagnement. Mon choix dans le pilotage de ce dispositif expérimental a été d'associer tous les acteurs, internes et externes, pour rendre l'organisation efficiente en m'appuyant sur les bonnes pratiques de l'association Aurore. J'ai pour cela impliqué les personnes accueillies en prenant en considération leurs capacités et non leurs manques, avec pour ambition de faire avec elles et non pour elles. Il m'a alors semblé important d'instaurer avec les collaborateurs que les personnes dites bénéficiaires soient aussi force de proposition quand on crée les conditions favorables pour faire éclore leurs paroles. Avec cette approche, j'ai considéré que le projet visait à accompagner « (...) *le développement, l'imagination des équipes, et le savoir-faire des établissements sociaux et médico-sociaux vers une logique de l'action, de nouvelles manières de poser la relation avec un usager, des formes nouvelles de mise en mouvement* »¹³⁹.

¹³⁹ GACOIN D., 2010, Conduire des projets en action sociale, Dunod, Paris, p.49

J'ai aussi fait le choix de solliciter les partenaires accompagnant ce public, à co-construire ensemble les outils qui nous permettraient de travailler ensemble afin d'accompagner les femmes à s'inscrire dans le soin de manière durable.

Ma visée dans le pilotage de ce projet était de parvenir à extraire le meilleur de ce dispositif expérimental innovant pour offrir des pistes de développement notamment aux financeurs susceptibles d'accompagner d'autres créations à venir. Il m'est apparu que considérer le HSR-Périnat comme un accueil parental l'inscrirait véritablement dans les politiques visant le bien-être et la protection de l'enfant.

A l'heure où il est question de promouvoir la politique du « Chez soi d'abord », il s'agirait aussi de penser des lieux d'accueil permettant aux bénéficiaires de vivre de la façon la plus autonome possible en ayant à leur disposition un lieu les aidant à cela.

Par ailleurs, si le dispositif est ambitieux en étant régional, c'est aussi l'une de ses limites. En effet, la région Ile-de-France est vaste et réputée pour ses embouteillages. Les déplacements des femmes enceintes pour se rendre à leurs différentes consultations médicales peuvent être un chemin de croix en transport ou même en un taxi conventionné. De plus, la perspective pour les familles de garder leur ancrage dans leur département d'origine, en dehors l'Essonne, n'est pas sans poser de nouveau la question des ruptures, notamment pour les enfants scolarisés déjà fragilisés. Le projet pourrait donc s'envisager au niveau départemental tant les besoins sont importants. Mais encore faudrait-il disposer d'outils de repérage des besoins pertinents et efficaces.

Au sein du département de l'Essonne, notre lieu d'implantation, il n'y a en effet pas de repérage du public cible. Grâce aux bénéfices des différents partenariats je veux œuvrer à ce qu'il y ait une visibilité conséquente des besoins spécifiques de ce public.

Pour conclure, je suis ravie que ce projet soit pensé pour accompagner des adultes en devenir au travers de leurs parents. Néanmoins, comme j'ai pu le démontrer grâce aux différents rapports, vivre sans « Chez soi » crée de nombreux traumatismes. Le dispositif « hébergement et soins résidentiels » devrait pouvoir être élaboré pour tous les publics car c'est ainsi que nous parviendrons véritablement à prendre en compte les besoins pluriels et singuliers des personnes sans domicile.

Et pour finir, une citation de Hannah ARENDT qui m'a accompagnée à chaque instant :
« Le plus petit acte dans les circonstances les plus limitées porte en germes les mêmes illuminations et imprévisibilité ; un acte, un geste, un mot peuvent suffire à changer toutes les constellations¹⁴⁰ ».

¹⁴⁰ Arendt H., Condition de l'homme moderne, 2020, Paris : Calmann-Levy, 523 p.

Bibliographie

OUVRAGES

- ADAM C., FAUCHERRE V, MICHELETTI P. & PASCAL G., 2017, La santé des populations vulnérables, Paris : Editions Ellipses, 416 p.
- ARENDT H., Condition de l'homme moderne, 2020, Paris : Calmann-Levy, 523 p.
- BYDLOWSKI M., 2008, La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité, Paris : PUF, 220 p.
- CASTEL R., 1995, Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat, Paris : Librairie Artheme Fayard, 816 p.
- FLEURY C., 2019, Le soin est un humanisme, Paris : Editions Gallimard, 48 p.
- FOUDRIAT M., 2019, La co-construction. Une alternative managériale, 2^e éd., Rennes : Presses de l'EHESP, coll. Politiques et interventions sociales, 228 p.
- FOUDRIAT M., 2021, La co-construction en actes. Savoirs et savoir-faire pratiques pour faciliter sa mise en œuvre, Montrouge : ESF éditeur, 198 p.
- GACOIN D., 2010, Conduire des projets en action sociale, 2^e éd., Paris : Dunod, 260 p.
- JAEGER M., 2012, L'articulation du sanitaire et du social, 3^e éd., Paris : Dunod, 224 p.
- KLEIN J-L, LAVILLE J-L & MOULAERT F., 2014, L'innovation sociale, Toulouse : Erès, 256 p.
- LE BOTERF G., 2018, Développer et mettre en œuvre la compétence : Comment investir dans le professionnalisme et les compétences, Eyrolles, Paris : 291 p.
- PEROZ C., 2011, La démarche qualité, vecteur de la bientraitance dans le secteur social et médico-social : Promouvoir le bien-être des usagers et des professionnels par une bonne gouvernance, Paris : Editions Seli Arslam, 157 p.

ARTICLES

- BELLAREDJ F., BOIRAL P., SILBERT M. « Les intervenants sociaux et la mise en œuvre des politiques publiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion », *in* Travaux de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES) 2005-2006, pp.615-662
- DUMONT R., « Travailler en réseau ou en partenariat », *in* Les cahiers de l'actif : Parcours partagés, situations critiques et cas complexes : les partenariats en question, Mars/Avril 2020, N° 526-527, pp.7-28

FLEURY C., « Le care, au fondement du sanitaire et du social », *in* SOiNS - no 826 - juin 2018, pp.51-54

FURTOS J., 2000, « Epistémologie de la clinique psychosociale (la scène sociale et la place des psy », *in* Pratiques en santé mentale 1, pp. 23-32

HERSCHKORN-BARNU P., « Bébé sapiens SDF avant même de naître : un impensable périnatalité », *in* Drina Candilis-Huisman et al., 2017, Bébé sapiens : Du développement épigénétique aux mutations dans la fabrique des bébés, éd. Eres, Paris, pp. 251-266

KAGANSKI I., « La place de la nourriture dans les relations familiales », *in* Enfances & Psy, 2005/2 no 27, pp. 45-52

LAZARUS, A. 2000. « Les conséquences de la précarité du point de vue sociologique », *in* Pratiques en santé mentale, 1, pp. 5-11

LOUBAT J.-R., « La fonction de directeur est-elle en péril ? Analyse d'un malaise systémique. », *in* Les Cahiers de l'Actif n°500-503, janvier/avril 2018, pp.9-22

MARTUCELLI D., 2014, « La vulnérabilité, un nouveau paradigme », *in* Vulnérabilités sanitaires et sociales, de l'histoire à la sociologie, Ed. Presses Universitaire de Rennes, pp.27-39

NOZAY C., « La place du père dans l'action sociale : l'exemple des centres maternels », *in* Enfances & Psy, 2008/4 n° 41, pp.140-147

PUECH F., décembre 2007 – mars 2008, « L'organisation autour de la grossesse et de la naissance : Le plan périnatalité 2005-2007 », *in* ADSP n° 61/62, pp. 35-45

TRONTO J., « Care démocratique et démocratie du care », *in* MOLINIER P., PAPERMAN P. & LAUGIER S., 2009, Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité. Responsabilité éditions Payot & Rivages, Paris, pp.35-55

WINNICOTT D. W., 1969, « La préoccupation maternelle infantile », *in* De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Editions Payot, pp.285-291

ZAUCHE GAUDRON C. & Col., « Bébés vulnérables, vulnérabilités des bébés : une responsabilité qui nous incombe », *in* Empan, 2018/3 n° 111, pp. 9-13

INDICATEURS ANAP

MORGOCI A., PICHEREAU P., PRUVOT A., et al. 2018, Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, Premiers enseignements, Paris, 50 p.

RAPPORTS – TEXTES DE RÉFÉRENCE

CAMBIER M.-C., 2018, Repérage de la précarité en cours de la grossesse. « Grossesse + précarité = urgence médicale », CNRS, 66 p. [Consulté le 14.03.2021] Disponible sur Internet : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02170008/document>

Conférence de consensus, 2007, « Sortir de la rue » Rapport du jury d'audition, 51 p. [Consulté le 14.03.2021] Disponible sur internet :

https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_conf_de_consensus.pdf

Dessine-moi un parent, Stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022, 64 p. [Consulté le 17.05.2021] Disponible sur Internet :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_2018-2022.pdf

DUMONT E., 2020, Rapport de mission : Femmes à la rue, 48 p. [Consulté 13.02.2021]

Disponible sur Internet : https://www.iledefrance.fr/sites/default/files/2020-10/rapport_femmes_a_la_rue.pdf

Enquête nationale périnatale, 2017, Rapport 2016 : Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. INSERM et la DREES, 317 p. [Consulté le 14/03/2020]

Disponible sur Internet : http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

European Perinatal Health Report : Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015, 180 p. [Consulté le 14.04.2021] Disponible sur

Internet : <http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2018/11/Peristat-web-2018.pdf>

Haut Conseil de la Famille : « Les politiques de soutien à la parentalité. Avis et rapport par consensus adopté le 22 septembre 2016. », 183 p. [Consulté le 14.03.2021] Disponible sur Internet :

file:///C:/Users/33622/AppData/Local/Temp/2016_10_03_Notes_parentalite.pdf

Ministère de la Santé et des sports, Direction Générale de la Santé - Evaluation du plan périnatalité 2005-2007 – Rapport final, Mai 2010, 140 p., [Consulté le 14/03/2020]

Disponible sur Internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf

PLAN « périnatalité » 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité, 44 p., [Consulté le 14/03/2020] Disponible sur Internet :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf

RAINHORN J.-D., GREMY F., 1998, La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Haut Comité de Santé

Publique, 368 p. [Consulté le 14.03.2021] Disponible sur Internet :

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/ouvrage?clef=15>

Rapport CNSA, 2012, « Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé », 55 p. [Consulté le 14.04.2021] Disponible sur

Internet :

https://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf

Rapport d'enquête ENFAMS Enfants et Familles Sans logement personnel en Ile de France, 2014, Observatoire du Samu Social de Paris, 442 p. [Consulté 13.02.2021]

Disponible sur Internet : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/enfams-enfants-et-familles-sans-logement-personnel-en-ile-de-france-premiers-resultats-de-l-enquete-quantitative>

Référentiel régional : Conception, organisation, mise en œuvre et évaluation des actions d' « aller-vers » auprès des personnes en situation de grande précarité – ARS Ile-de-France, 22 p. [Consulté le 14.06.2021] Disponible sur Internet :

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/47938/download>

RICO BERROCAL R. & LE MENER E., La grossesse et ses malentendus, Rapport du volet anthropologique du projet RéMI (Réduction de la mortalité infantile, périnatale et néonatale en Seine-Saint-Denis), 2015, Observatoire du Samusocial de Paris, 118 p. [Consulté le 14.03.2021] Disponible sur Internet :

https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2018-10/rapport_remi.pdf

WRESINSKI J., 1987, Rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », Présenté au Conseil Economique et Social, Journal Officiel, 113 p. [Consulté le 12.02.2021] Disponible sur Internet :

<https://www.joseph-wresinski.org/fr/wp-content/uploads/sites/2/2016/07/Rapport-WRESINSKI.pdf>

TEXTES INTERNATIONAUX ET EUROPÉENS

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant, [Consulté 12.02.2021] Disponible sur Internet : <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>

OMS. Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986 [Consulté 12.02.2021] Disponible sur Internet :

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive [Consulté le 14.04.2021] Disponible sur Internet :

https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/fr/

Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale

de la Santé, n° 2, p. 1) et entré en vigueur le 7 avril 1948 [Consulté le 12.02.2021]
Disponible sur Internet : <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
WILKINSON R. & MARMO M., 2004, Les déterminants de santé : les faits, 2^{ème} édition,
Bibliothèque OMS, 42 p. [Consulté le 12.02.2021] Disponible sur Internet
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98439/E82519.pdf

DÉCRETS, ARRÊTÉS, CIRCULAIRES, LOIS, ORDONNANCES

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

Décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique

Décret 2016-994 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel énoncé dans son intitulé l'ouverture
Décret numéro 2020-1745 du 29 décembre 2020 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « Lits Halte Soins Santé », « Lits d'Accueil Médicalisés » et « Appartements de Coordination Thérapeutique »

Exposé des motifs de l'Ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

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

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance

Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant

Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la Sécurité Sociale

DOCUMENTATION INTERNE À L'ÉTABLISSEMENT ET À L'ASSOCIATION

Cahier des charges : « Pour la création d'un dispositif expérimental « HSR-Périnat », Mars 2020, Maj. Août 2020, ARS IDF/DSP

Projet d'expérimentation pour un dispositif d'Hébergement et Soins Résidentiels élaborés par l'association Aurore

Rapport d'activité de l'Association Aurore 2019

Projet associatif Aurore 2016-2020

Rapports d'activités ACT de Villemomble de l'association : de 2017 à 2019

Rapports d'activités LHSS de Gagny de l'association : 2017 à 2018

Rapport d'activités de la « Maison bleue » 2019

Rapport d'activité 2019 du SAS Jean Moulin

Rapport d'activité 2019 du dispositif Mijaos « Action Santé Migrant »

DOCUMENTATION EXTERNE À L'ÉTABLISSEMENT

Les différents rapports d'activités du SIAO 93 de 2015 à 2019

Dispositif femmes en errance, enceinte ou sortantes de maternités : bilan annuel 2019
SIAO 93

Dispositif périnatalité SIAO 93

Rapport d'activités du SIAO 91

Fédération Santé Habitat (FSH) : Bilan national 2019 des ACT hors les murs

RESSOURCES INSEE

INSEE, « Tableau de bord de l'économie française » publiés en 2020, Paru le : 27/02/2020
[Consulté le 14.03.2021], disponible sur Internet :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277640?sommaire=4318291>

INSEE Focus N° 117, « La mortalité infantile est stable depuis dix ans après des décennies de baisse » Paru le : 25/06/2018 [Consulté le 14.03.2021] disponible sur Internet :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3560308>

INSEE, « France portrait social, éditions 2014 », Paru le : 19.11.2014, [Consulté le 14.03.2021] Disponible sur Internet :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288519?sommaire=1288529>

Yaouancq F., Duée M., 2014 « Les sans-domicile en 2012 : une grande diversité de situations », dans France, portrait social, Collection Insee Références, pp.123-138

[Consulté le 14.03.2021], Disponible sur Internet :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288519?sommaire=1288529>

Yaouancq F., Lebrère A., Marpsat M., Régnier V. (Insee), Legleye S., Quaglia M. (Ined),
Paru le 2.07.2013, *L'hébergement des sans-domicile en 2012 - Des modes d'hébergement
différents selon les situations familiales*, Insee Première n° 1455 [Consulté 13.02.2021]

Disponible sur Internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281324>

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

HAS – LHSS, LAM et ACT : l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la
continuité des parcours, Validé par la CSMS le 8 décembre 2020, 85 p. [Consulté le 14.03.2021]

Disponible sur Internet :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/recommandation_lhss_lam_act_08122020.pdf

HAS-ANESMS, Ouverture de l'établissement à et sur son environnement, Décembre 2008,
56 p. [Consulté le 23.06.2021] Disponible sur Internet :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_ouverture.pdf

HAS-ANESMS, La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, Juin 2008,
51 p. [Consulté le 23.06.2021] Disponible sur Internet :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_bientraitance.pdf

HAS-ANESMS, Expression et participation des usagers dans les établissements relevant
du secteur de l'inclusion sociale, Mars 2008, 39 p. [Consulté le 23.06.2021] Disponible sur
Internet :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_expression_participation_usagers.pdf

HAS-ANESMS, Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et
médico-sociaux, Juin 2010, 92 p. [Consulté le 23.06.2021] Disponible sur Internet :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_ethique_anesm.pdf

HAS-ANESMS, Les attentes de la personne et le projet personnalisé, Décembre 2008, 52
p. [consulté le 23.06.2021], Disponible sur internet :

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet.pdf

HAS-ANESMS, Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement, Novembre 2009, 52 p. [consulté le 21.07.2021] Disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_vie_en_collectivite_anesm.pdf

HAS-ANESMS, Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, Mai 2010, 80 p. [consulté le 23.07.2021] Disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet_etablissement_service_anesm.pdf

SITES INTERNET CONSULTÉS

<https://airedefamille.org/>

<https://www.cairn.info/>

<https://www.cnsa.fr/>

<http://www.dapsa.asso.fr/>

<https://www.droitdenfance.org/la-villa-jeanne/>

<https://estrelia.org/hopital-mere-enfant-de-lest-parisien/>

<https://www.europeristat.com/>

<https://www.gouvernement.fr/1500-places-d-hebergement-d-urgence-pour-les-femmes-en-pre-ou-post-maternite-sans-solution-de>

<https://www.has-sante.fr>

<http://www.hopital-levesinet.fr/Soins-en-Perinatalite/2/22>

<https://www.insee.fr/fr/accueil>

<https://www.legifrance.gouv.fr>

<https://lemoulinvert.asso.fr/etablissement/centre-maternel-le-moulin-vert-saintry-sur-seine/>

<https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/trimestre1/grossesse-pere-symptomes-syndrome-couvade/>

<http://www.perinatifsud.org/>

<https://www.planning-familial.org/fr/acces-la-sante-et-aux-droits/sante-publique-de-plus-en-plus-de-femmes-enceintes-ou-de-meres-sdf>

<https://www.reseau-psof.fr/>

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17365>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/>

<https://solipam.fr/>

Liste des annexes

- I. **Annexe I – Les personnes sans domicile : profils et éléments statistiques**
- II. **Annexe II – Les politiques publiques relatives à l'accès aux soins des personnes en situation de précarité avec ou sans domicile**
- III. **Annexe III : Une légitimité du HSR-Périnat répondant aux politiques de santé publique et de cohésion sociale, à différents niveaux**
- IV. **Annexe IV : Les 7 réseaux de périnatalité en Ile de France**
- V. **Annexe V – Le budget du projet HSR-Périnat**
- VI. **Annexe VI – Processus d'orientation au HSR-Périnat**
- VII. **Annexe VII – Organigramme de l'Association Aurore**
- VIII. **Annexe VIII – Organisation territoriale de l'Association Aurore**
- IX. **Annexe IX – Le Territoire Seine-Saint-Denis – Essonne – ESAT Paris**
- X. **Annexe X – La Maison bleue à Montreuil : un dispositif innovant dans l'accompagnement des femmes enceintes et/ou sortant de maternité sans domicile**
- XI. **Annexe XI – Situation géographique du dispositif HSR-Périnat et plan du site**
- XII. **Annexe XII – Les contextes législatifs et les missions des 4 services : LHSS, ACT, ACT « hors les murs » et CHU**

- XIII. Annexe XIII – Articulation des services du dispositif et organisation du parcours des personnes accueillies**
- XIV. Annexe XIV – Tableau des effectifs : prévisionnels et réels en termes d’embauche (au début du mois de mai 2021)**
- XV. ANNEXE XVI – « Différenciation des possibilités d’émergence de difficultés selon le niveau d’action »**
- XVI. Annexe XVI – Synthèse des caractéristiques des niveaux macro, méso et micro**
- XVII. Annexe XVII – La matrice SWOT de la synthèse des éléments essentiels du diagnostic**
- XVIII. Annexe XVIII – Organigramme du HSR-Périnat**
- XIX. Annexe XIX – Plan d’action sous forme de tableau**
- XX. Annexe XX : Diagramme de Gantt illustrant la temporalité prévisionnelle du pilotage du projet**
- XXI. Annexe XXI – Partenariats existants et partenariats à développer**

I. Annexe I – Les personnes sans domicile : profils et éléments statistiques

Le dénombrement des personnes sans domicile : une réelle difficulté par l'absence même de domicile

Concernant leur nombre, il y a une réelle difficulté à le circonscrire du fait même de leur situation. La dernière enquête de l'INSEE et de l'INED date de 2012 et montrait qu'entre 2001 et 2012 le nombre de personnes sans domicile avait doublé pour passer à 141 500¹⁴¹. Même si l'on ne dispose pas de chiffres actualisés, les rapports annuels de la Fondation Abbé Pierre montrent des chiffres qui ne cessent de croître. Ainsi, dans son 26^{ième} rapport annuel de 2021, il dénombre 300 000 personnes sans domicile, soit à nouveau le doublement du nombre de personnes sans « chez soi » depuis l'enquête de 2012. Cette situation est d'autant plus préoccupante que ce dénombrement ne prend pas en compte la pandémie de la Covid19, qui à n'en pas douter, aura aggravé la situation des plus vulnérables. Les personnes sans domicile se répartissent de la manière suivante : « (...) 27 000 seraient sans-abri, 180 000 en hébergement généraliste, 100 000 hébergés dans le dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile »¹⁴².

L'hétérogénéité des profils des personnes « sans chez soi »

Les profils des personnes sans domicile, au fil des années, n'a cessé d'évoluer avec une augmentation du nombre d'étrangers d'origine non européenne. Cette situation n'est pas spécifique à la France car elle est repérée dans les enquêtes européennes avec le vocable *migrantisation*¹⁴³. En Ile de France, cette évolution est remarquable via les enquêtes menées par la Préfecture d'Ile de France et son dispositif « Une nuit donnée » : « De l'enquête menée une nuit de février 2015, il ressort 53% d'étrangers non européens, en 2016, 65%, en 2017, 74% et en 2018, 76%. En 2019, 79% sans abri franciliens, hébergés dans ce contexte, sont étrangers extracommunautaires ; 7% sont ressortissants de l'Union Européenne, 14% sont français »¹⁴⁴.

Il n'y a pas une cause unique qui entraîne la perte ou l'absence d'un « chez soi » mais une combinaison de facteurs socio-économiques, personnels et familiaux. Ainsi on peut retrouver dans les profils des personnes sans domicile :

¹⁴¹ Yaouancq F., Lebrère A., Marpsat M., Régnier V. (Insee), Legleye S., Quaglia M. (Ined), « L'hébergement des sans-domicile en 2012 - Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales », Insee Première n° 1455, juillet 2013

¹⁴² Etat du mal-logement en France 2021, Rapport annuel #26, Fondation Abbé Pierre, p.12

¹⁴³ DAMON J., La question SDF, Paris, PUF, 2021, pp.368, p. XIV

¹⁴⁴ *Ibid.*, p. XIV

- Des personnes ayant durant leur enfance été sous la protection de l'ASE pour un quart des personnes nés en France,
- Des personnes dont les liens avec leur famille se sont étirés notamment suite à un divorce,
- Des personnes ayant perdu leur emploi ou ayant un emploi précaire. En effet environ un quart des personnes sans domicile travaillent mais ces emplois sont peu qualifiés et ne leur permettent pas d'accéder durablement à un logement,
- Des personnes aux revenus extrêmement faibles, soit un tiers qui vit avec moins de 300 euros par mois,
- Des personnes avec un niveau de diplôme faible,
- Des personnes qui ont de grandes difficultés dans la maîtrise du français, notamment celles d'origine étrangère, ce qui complique leur insertion sur le marché du travail quand elles sont éventuellement régularisées. Les conditions de vie des personnes sans domicile impactent leur santé de façon dramatique, tant physiquement que psychologiquement

Être sans domicile est une privation d'une sécurité primaire permettant à minima de se sentir à l'abri et protégé. C'est ainsi qu'être « (...) *sans « chez soi » constitue un facteur de mortalité prématurée, indépendant de tout autre facteur défavorable* »¹⁴⁵. En effet, du point de vue de la santé, la caractéristique majeure des personnes sans domicile est qu'elles présentent des indicateurs très dégradés par rapport à ceux de la population générale. Elles sont globalement en moins bonne santé et ont une espérance de vie de plus de 30 ans inférieure à celle de la population moyenne (49,6 ans contre 82,2 ans). Plus précisément « *L'âge moyen de décès de cette population est de 41 ans pour les femmes et de 56 ans pour les hommes* »¹⁴⁶. Par ailleurs, plus la situation de précarité dure plus leur situation de santé se dégrade de manière durable.

Les conditions de vie des personnes sans domicile les exposent à des facteurs de risque nombreux : la surexposition au risque d'agressions physiques et sexuelles pour les hommes et plus encore pour les femmes, la malnutrition, le manque de sommeil, d'hygiène et de soins, les conditions climatiques difficiles comme le froid et la canicule, l'errance institutionnelle génératrice de fatigue et de stress.

¹⁴⁵ GIRARD V., ESTECAHANDY P. & CHAUVIN P., La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen des personnes sans chez soi. La Documentation française, pp.231, 2010. Inserm-004522111, p.2 [Consulté le 14.03.2021]

https://www.hal.inserm.fr/file/index/docid/452211/filename/Sante_des_personnes_sans_chez_soi.pdf

¹⁴⁶ *Ibid.*, p.225

L'enquête SAMENTA réalisée par le Samu Social de Paris¹⁴⁷ estime que 31.5 % des personnes sans domicile présentent au moins un trouble psychiatrique sévère : « *La prévalence des troubles psychotiques sur la vie est estimée à 16 %, dont 14,9 % pour la schizophrénie (...). Les troubles de l'humeur sur la vie sont retrouvés chez 41% des personnes avec 33,7 % de troubles dépressifs, 3,6 % de troubles bipolaires et 3,6 % de manie (...)* »¹⁴⁸. Cette prévalence pour les troubles psychiatriques se retrouvent dans les différentes enquêtes menées en dehors de la France. Parmi ces personnes présentant des troubles psychiatriques 22,9% n'ont jamais eu recours aux soins.

Par ailleurs, l'enquête montre aussi une prévalence des addictions en comparaison avec la population générale : pour les troubles liés à l'usage de l'alcool, 24,9% et 15,6% pour l'usage de drogues. Les comorbidités suivantes sont observées : problèmes de drogues associés à la schizophrénie et d'alcool associés à la dépression.

Dans cette même enquête est constatée une prévalence des maladies infectieuses (hépatites, VIH), tuberculose) ; des maladies chroniques respiratoires, cardio-vasculaires, digestives, musculo-squelettiques ; des maladies parasitaires ; des blessures et des maladies de peau. Les personnes sans domicile présentent de nombreuses comorbidités somatiques, traumatiques et psychiatriques mais également des désordres neurologiques précoces.

Elles ont ainsi tendance à moins recourir aux soins, où quand elles le font, c'est tardivement. Les réticences à se soigner peuvent être très fortes et cela pas uniquement pour des raisons financières car un vécu traumatique ou de mauvaises expériences sont des freins importants.

En plus des fragilités de santé, parce que les personnes seules, sans domicile, sont le plus souvent laissées aux portes des dispositifs, elles font face à un fort isolement social. Les liens avec la famille étant distendus voire inexistants comme précédemment indiqué.

¹⁴⁷ LAPORTE A. & CHAUVIN P. SAMENTA : Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Observatoire du Samu social, pp.227, 2004. Inserm-00471925, [Consulté le 14.03.2021]

<https://www.hal.inserm.fr/file/index/docid/471925/filename/Samenta.pdf>

¹⁴⁸ Ibid., p.27

II. Annexe II – Les politiques publiques relatives à l'accès aux soins des personnes en situation de précarité avec ou sans domicile

La question de l'accès aux soins des plus démunis est la grande question des politiques de santé, en ce sens qu'elle interroge les inégalités. Si la santé des Français continue de s'améliorer, de manière globale, on constate une persistance des inégalités sociales, de santé et des renoncements d'accès aux soins pour ces personnes très vulnérables.

Le droit à la santé est reconnu dans le préambule de la Constitution de 1946 et il suppose un accès aux soins, c'est-à-dire à la possibilité de se soigner de manière préventive ou curative sans référence à des niveaux de revenus ou de nationalité. Le code de la Santé publique garantit l'égal accès aux soins pour tous, en particulier pour les personnes les plus démunies (articles L1110-1 et L1110-3) « *Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins* ». Ce droit est réaffirmé dans la charte de la personne hospitalisée et le code de la sécurité sociale. De manière à atténuer ces inégalités quant à l'accès aux soins, différents dispositifs ont été mis en œuvre au niveau national et au niveau local.

La Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation, relative à la lutte contre les exclusions dans son article 67 spécifie « *L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé* ».

Cette loi institue 3 dispositifs :

- L'adoption de la Couverture Maladie Universelle (CMU)¹⁴⁹ qui permet d'affilier à l'assurance maladie toute personne résidant en France de façon stable et régulière non couverte au titre de son activité professionnelle ou comme ayant droit. Elle ouvre droit à une couverture de soins à 100%, à une dispense d'avance de frais de soins et à une exonération du paiement du forfait journalier. La CMU est gérée par les caisses primaires d'assurance maladie et est financée par dotation de l'Etat et des organismes complémentaires. Son remplacement par la Protection Universelle Maladie (PUMA), depuis 2016, permet d'ouvrir le droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité ou de maintenir ces droits. La CMU-Complémentaire, quant à elle, instaurée en 2000, sous condition de ressource donne accès à une complémentaire gratuite en matière de santé. Concernant les

¹⁴⁹ La CMU fait l'objet d'une loi spécifique, la Loi du 27 juillet 1999, entrée en vigueur en 2000, qui crée la CMU et la CMU complémentaire. La CMU remplace les aides médicales versées par les conseils départementaux.

personnes de nationalité étrangère qui se trouvent en situation irrégulière et dépourvues de couverture sociale, elles peuvent bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat (AME) pour elles-mêmes et les personnes à sa charge, sous condition de présence stable. Les soins urgents qui concernent les personnes qui ne peuvent justifier des 3 mois de résidence en France de manière ininterrompue. Il s'agit de soins vitaux au sens où le pronostic vital de la personne serait engagée ou encore du cas d'un enfant à naître.

- L'élaboration des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)¹⁵⁰ dont les buts sont l'amélioration des réponses du système de santé aux besoins des plus démunis et l'amélioration de leur état de santé. Il s'agit dans ce programme de mobiliser et coordonner les services de l'Etat, ceux des hôpitaux, les collectivités locales, les caisses d'assurance maladie et mutuelles, les professionnelles de la santé et du social, les associations réunies dans un comité régional des politiques de santé. La mobilisation de ces différents acteurs vise à mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi. Par la suite des PRAPS émergeront les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP)¹⁵¹ avec pour mission d'aller au-devant des personnes en situation de précarité et d'exclusion, là où elles se trouvent, afin de faciliter la prévention, d'identifier les besoins pour orienter ces personnes vers les dispositifs de soins quand c'est utile. Elles assurent une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie, les équipes sanitaires et sociales pour une prise en charge coordonnée et cohérente des personnes. Les EMPP sont pour chacune d'entre elles rattachée à une unité intersectorielle de psychiatrie donc interviennent sur des territoires déterminés.
- La création de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) instaurée par la CIRCULAIRE N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013

Les Ateliers Santé Ville (ASV)¹⁵² est un dispositif public à la croisée de la politique de la ville et des politiques de santé afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Ce sont des outils de mise en œuvre du volet santé du Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS). Ils animent, renforcent et adaptent les différents axes de la politique de santé publique au niveau local. Les contrats fournissent un cadre opérationnel regroupant les acteurs du sanitaire et du social sur un territoire communal ou intercommunal. Ils

¹⁵⁰ Depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), c'est l'un des programmes obligatoires du projet régional de santé arrêté par le directeur de l'agence Régionale de Santé

¹⁵¹ Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion

¹⁵² Elle est instaurée par la loi Santé Publique du 9 août 2004

coordonnent les projets locaux d'accès à la prévention et aux soins de santé en direction des plus précaires. Les ASV doivent répondre aux problématiques de santé des populations en zones urbaines sensibles et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Ces ateliers doivent aussi permettre d'améliorer la cohérence et la pertinence des actions menées par les institutions et les associations. Au sein des ASV, la participation et la présence des habitants sont essentielles pour bien identifier leurs besoins.

Des dispositifs du secteur médico-social sont créés dans les années 90 à destination de ce public, avec toujours le même souci de réduire les inégalités d'accès aux soins. On retrouve les ACT, et les LHSS. Il y a aussi des LAM qui accueillent un public sans domicile présentant des pathologies lourdes altérant leur autonomie. On peut aussi noter dans le champ des addictions les CAARUD et les CSAPA. La réduction des ruptures de soins passe aussi par l'accès direct à un logement ce qui est mis en œuvre au travers de l'approche « un chez soi d'abord ».

III. Annexe III : Une légitimité du HSR-Périnat répondant aux politiques de santé publique et de cohésion sociale, à différents niveaux

L'arrêté du 22 janvier 2021 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-psycho-sociales en faveur de personnes en situation de précarité paru au journal officiel a entériné l'ouverture du HSR-Périnat. Cet arrêté permet ainsi l'accueil au sein des LHSS d'enfants mineurs accompagnés de leurs parents, ce qui n'était pas possible auparavant.

Ce projet HSR-Périnat s'inscrit dans le cadre de plusieurs politiques de santé publique et de cohésion sociale au niveau national, régional et départemental.

Au niveau national, il répond :

- Aux objectifs de la Stratégie nationale de santé 2018 – 2022 promouvant les accompagnements qui répondent aux besoins de santé des personnes en situation de précarité en levant les obstacles financiers empêchant potentiellement l'accès au soin.
- A la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 qui vise à
 - o Renforcer la promotion de la santé reproductive,
 - o Éradiquer le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) d'ici 2030,
 - o Renforcer la prévention des grossesses non désirées/non prévues,
 - o Améliorer l'offre d'hébergement et de logement pour les personnes atteintes du VIH et/ou des hépatites,

- A l'article 92 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système *de santé* qui vise à expérimenter des projets d'accompagnement sanitaire, social et administratif de personnes atteintes de maladies chroniques,
- A la loi égalité et citoyenneté » du 27 janvier 2017 qui vise notamment à lutter contre les expulsions locatives et qui promeut la mixité sociale ainsi que l'égalité des chances dans l'habitat,
- A la Stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022 « Dessine-moi un parent » qui reconnaît que pour les parents la période périnatale est « (...) *une période de « fragilités » - une part importante des difficultés rencontrées plus tardivement par les familles trouvent leur origine dans les premières années de vie de l'enfant - mais aussi « d'opportunités » : une action menée précocement peut avoir un impact majeur, en particulier si elle permet aux parents de prendre confiance en leur capacité à éduquer et accompagner leur enfant sur le long terme. Aider les parents à répondre aux besoins de leur jeune enfant est ainsi le levier le plus généraliste et le plus puissant de l'action publique en matière de soutien à la parentalité* »¹⁵³.
- A la stratégie de lutte et de prévention contre la pauvreté des enfants et des jeunes lancée le 13 septembre 2018, orientée sur un changement des modalités d'intervention des politiques publiques davantage tournée vers l'amont et fondées sur l'accompagnement des personnes, tout au long de leur parcours. Il s'agit ici d'adopter une logique d'investissement social pour intervenir avant que n'apparaissent les difficultés à chacune des étapes de la vie. Cette stratégie prévoit, à l'échelle nationale, la création de 700 places de Lits d'Accueil Médicalisés (LAM), 750 places de LHSS d'ici à 2022, ainsi que 1200 places supplémentaires pour les ACT.

Au niveau régional, notre projet répond aux :

- Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2022, qui intègre le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Le PRS nomme en effet le champ de la périnatalité dans ses thématiques prioritaires avec comme visée l'amélioration des parcours de santé des personnes qui en sont éloignées,
- Schéma Régional de l'Habitat et de l'Hébergement (SRHH) du Comité Régional de l'Habitat et de l'Hébergement (CRHH) de la Préfecture de la Région Ile-De-France et de la Préfecture de Paris, daté du 20/12/2017 (d'une durée de 6 ans) promeut l'intervention et le renforcement d'équipes pluridisciplinaires dans les lieux

¹⁵³ Dessine-moi un parent, Stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022, p.12 [Consulté le 17.05.2021] Disponible sur Internet :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_2018-2022.pdf

d'hébergement. De plus, le SRHH mentionne l'enjeu de la coordination pour le public du HSR-Périnat : « *Plus spécifiquement s'agissant des femmes enceintes et/ou avec des enfants en bas âge, la mise en place de chaînes courtes de prise en charge associant acteurs de l'hébergement, du logement, des SIAO, des PMI et des maternités doit être accélérée* »¹⁵⁴.

Au niveau départemental, le projet HSR-Périnat répond aux :

- Projet territorial de santé mentale de l'Essonne (2019 – 2024) qui prend la mesure de l'impact des maladies mentales en en faisant un enjeu majeur de santé publique. Il promeut la coordination des soins, le parcours de vie et de soins sans rupture,
- Schéma départemental de l'enfance et des familles 2017 – 2021 qui priorise la prévention, la promotion de la santé globale et la sécurisation du parcours,

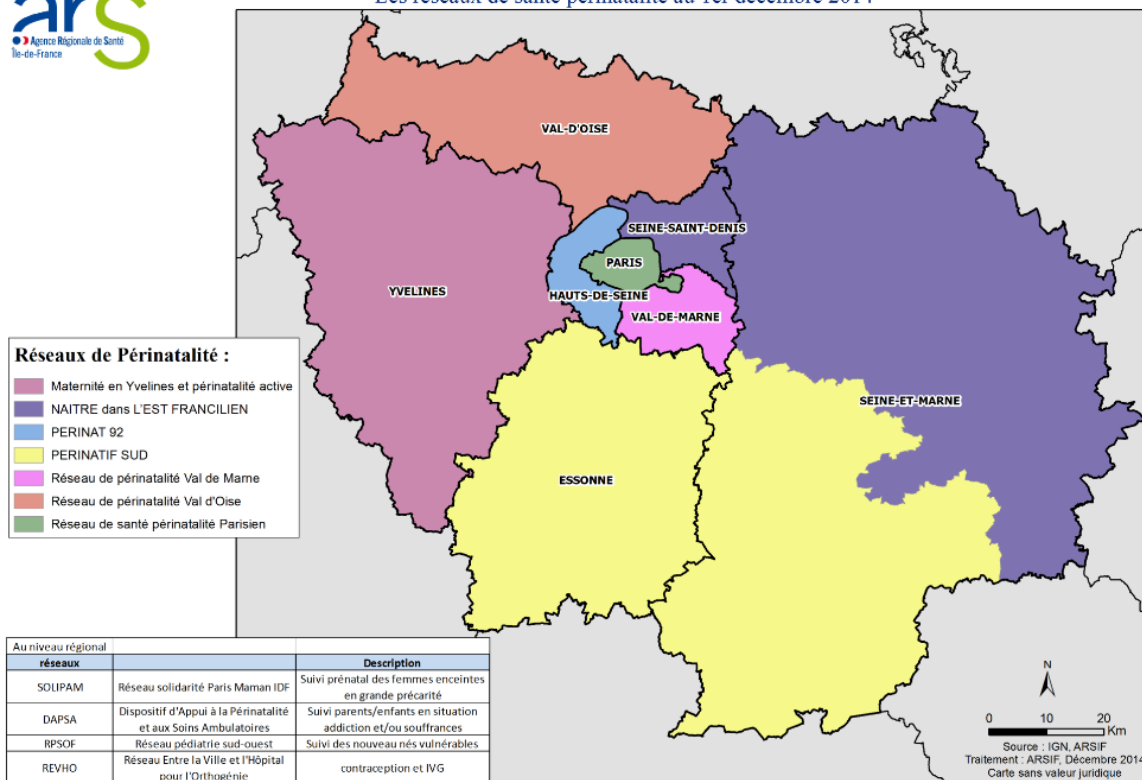
Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD) de l'Essonne 2016 – 2021 dont les orientations stratégiques visent à prendre en compte les besoins des personnes les plus fragiles dans toutes les politiques locales de l'habitat, tout en impulsant et en accompagnant les actions innovantes

¹⁵⁴ Le SRHH du Comité Régional de l'Habitat et de l'Hébergement, p.27 [Consulté le 17.05.2021]
<http://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/srhh.pdf>

IV. Annexe IV : Les 7 réseaux de périnatalité en Ile de France¹⁵⁵



Les réseaux de santé périnatalité au 1er décembre 2014

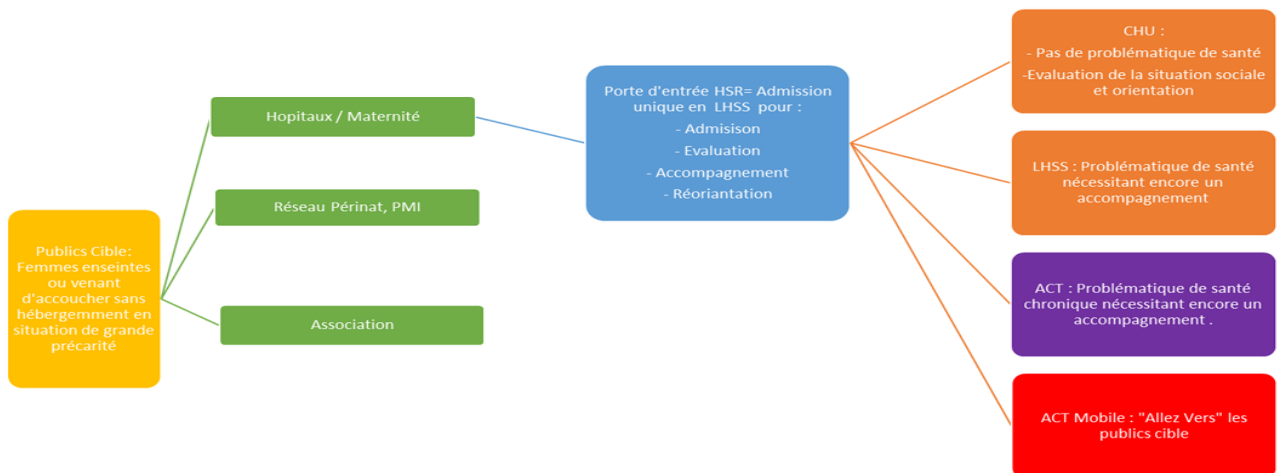


V. Annexe V – Le budget du projet HSR-Périnat

Postes budgétaires	TOTAL	CHU	LHSS	LHSS surcoût non malades	ACT	ACT à domicile
Capacité	130	47	50	13	10	10
Nombre de jours du 1er janvier au 31 décembre 2021	365	365	365	365	365	365
File active	47450	17155	18250	4745	3650	3650
Coût à la place investissement inclus		39,48	115,16	30,84	33 032,60	8 500,00
TOTAL PRODUITS	3 340 684	677 279	2 101 743	146 336	330 326	85 000

¹⁵⁵https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cnnse_22_mars_16_ffrsp_v2_.pdf

VI. Annexe VI – Processus d'orientation au HSR-Périnat



VII. Annexe VII – Organigramme de l'Association Aurore

ORGANIGRAMME

CONSEIL D'ADMINISTRATION



Florian GUYOT
Directeur général



Lynda AMRANI
Communication,
Vie associative,
Partenariats



Camille DESTANS
Filières métiers



Arnaud DOLIN
Systèmes
d'Information



Laurene HABERT
Juridique



Karine LANAUTE
Ressources Humaines



Franck MACKOWIAK
Immobilier



Claudie PAILLERET
Qualité

PARIS NORD

En cours de recrutement
DIRECTEUR DE TERRITOIRE

Malika AUFFRAY
DIRECTRICE DE SITE

Isabelle ARGAUD
DIRECTRICE D'ACTIVITÉS

Geneviève BARATON
DIRECTRICE D'ACTIVITÉS

Mathieu GARIN
DIRECTEUR DE SITE

Léon GOMBEROFF
DIRECTEUR D'ACTIVITÉS

Référent métier Addiction

Sihem HABCHI
DIRECTRICE D'ACTIVITÉS

Éric BARTHÉLÉMY
DIRECTEUR EN MANDAT DE GESTION

HAUTS-DE-SEINE - PARIS SUD-EST - IML

Sandrine AFCHAIN
DIRECTRICE DE TERRITOIRE

Référente métier
Logement accompagné



Nathalie AVAKIAN
DIRECTRICE D'ACTIVITÉS

Béatrice PAVIOT-HIDALGO
DIRECTRICE D'ACTIVITÉS

Frédéric DUCAUROY
DIRECTEUR DE SITES

Nicolas HUE
DIRECTEUR D'ACTIVITÉS

Abdellah MAIMOUN
DIRECTEUR D'ACTIVITÉS

Renaud MARCOUT
DIRECTEUR D'ACTIVITÉS

SEINE-SAINT-DENIS - ESSONNE - ESAT PARIS

Olivier FEBVRE
DIRECTEUR DE TERRITOIRE

Référent métier Formation



Nadia AMEUR
DIRECTRICE D'ACTIVITÉS

Agathe BOUILLET
DIRECTRICE D'ACTIVITÉS

Haykel DHAHAK
DIRECTEUR D'ACTIVITÉS

Référent métier Maladies chroniques

Pierre-Jean PETIT
DIRECTEUR D'ACTIVITÉS

Véronique POIRISSE
DIRECTRICE D'ACTIVITÉS

Valère ROGISSART
DIRECTEUR D'ACTIVITÉS

PARIS SUD-OUEST - FRANCE OUEST

Djamel CHERIDI
DIRECTEUR DE TERRITOIRE

Référent métiers
Hébergement et Urgence



Rodolphe BAUDEMONT
DIRECTEUR D'ACTIVITÉS

William DUFOURCQ
DIRECTEUR D'ACTIVITÉS

Sihem HABCHI
DIRECTRICE D'ACTIVITÉS

Laid HADJIDI
DIRECTEUR D'ACTIVITÉS

Alain SALQUE
DIRECTEUR DE TERRITOIRE

ADJOINT
Référent métiers
Handicap et Soins psychiques



Fabien BELIARDE
ADJOINT DE DIRECTION

Stéphane COLTORTI
DIRECTEUR D'ACTIVITÉS

Juliette STAUB
DIRECTRICE D'ACTIVITÉS

Frédéric LASSIMONE
DIRECTEUR ADJOINT

Claire BERNADAC-RIGAL
DIRECTRICE MÉDICALE

Dominique VIDALHET
DIRECTRICE MÉDICALE

NORD EST - CENTRE - SUD-OUEST

Sophie ALARY
DIRECTRICE DE TERRITOIRE

Référente métier
Accueil des réfugiés
et demandeurs d'asile



Gilles WALQUENART
DIRECTEUR DE TERRITOIRE

ADJOINT



Johan AVISSE
DIRECTEUR D'ACTIVITÉS

Laurent BOUR
DIRECTEUR D'ACTIVITÉS

Sabine CASTERMAN
DIRECTRICE D'ACTIVITÉS

Nadia DHIFALLAH
DIRECTRICE D'ACTIVITÉS

Morad FENNAS
DIRECTEUR D'ACTIVITÉS

Gaëtan LE MANCHEC
DIRECTEUR D'ACTIVITÉS

Roselyne PERRICHOT
CHEFFE DE PROJET

Pascal POLONNAIS
DIRECTEUR D'ACTIVITÉS

Marc RUELLE
DIRECTEUR D'ACTIVITÉS

Philippe VAN MELLE
DIRECTEUR D'ACTIVITÉS

Stéphanie SCHMITT
DIRECTRICE D'ACTIVITÉS

VIII. Annexe VIII – Organisation territoriale de l'Association Aurore

IMPLANTATION DES TERRITOIRES

- PARIS NORD
- PARIS SUD-OUEST – FRANCE OUEST
- HAUTS-DE-SEINE – PARIS SUD-EST – IML
- SEINE-SAINT-DENIS – ESSONNE – ESAT PARIS
- NORD-EST – CENTRE – SUD-OUEST



IX. Annexe IX – Le Territoire Seine-Saint-Denis – Essonne – ESAT Paris

SEINE-SAINT-DENIS – ESSONNE – ESAT PARIS

IMPLANTATIONS DU TERRITOIRE :

PARIS (75)

5^{ÈME} ARRONDISSEMENT
ESAT Santeuil

12^{ÈME} ARRONDISSEMENT
Bar Fabrique de la Solidarité
Espace Prague **

13^{ÈME} ARRONDISSEMENT
ESAT Espace Aurore
ESAT 10/18

14^{ÈME} ARRONDISSEMENT
Plateau Technique Métiers
de la restauration

ESSONNE (91)

ATHIS-MONS
CHU Confluences *

LES ULIS
CHU Les Ulis 91
Dispositif Accueil d'Urgence Familles 91

MASSY-PALaiseau
Dispositif Accueil d'Urgence Familles 91

ORSAY
Dispositif Accueil d'Urgence Familles 91

PALaiseau
PF Palaiseau
RS Palaiseau

SEINE-SAINT-DENIS (93)

AUBERVILLIERS
CT Aubervilliers

AULNAY-SOUS-BOIS
CAARUD Aulnay
Hébergement Aulnay

BAGNOLET
MNA

GAGNY
RS La Montagne
CHRS La Talvère
Prévention de la récidive L'Ouvrage

CSAPA Clémenceau
LHSS Clémenceau
MNA 75 diffus Lot I

GOURNAY-SUR-MARNE
RS La Marne

LE PRÉ-SAINT-GERVAIS
CPH Pré-Saint-Gervais
ACI Prélude

LE RAINCY
RS La Fontaine
CHU Le Raincy

LIVRY-GARGAN
EDI L'Odyssée
ATI Espace Emploi 93
Remobilisation PDI

MONTREUIL

Epicerie Solidaire
EDI S'Pass 24
Café La Pêche
Permanences Emploi
PEE Astrolabe Avenir Jeunes
ASLL Généraliste-Baux Glissants

93-AVDL-DALO93
RA Edouard Branly
CHU Maison Bleue
CHU SAS Jean Moulin
PF Maison Molière
PF Marguerite Yourcenar
MNA 93 PAAJNA
Plombiers du numérique

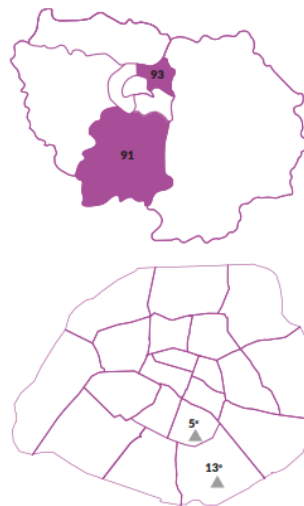
NEUILLY-PLAISANCE
CHU SAS Neuilly-Plaisance

PANTIN
RS Denis Papin

SAINT-DENIS
MNA 93 Phase I

SEVRAN
ACI Jardins bio du Pont Blanc
ACI Restaurant social Yankadi

VILLEMOMBLE
ACT SESAC



▲ ESAT (Établissements et services d'aide par le travail)

CHIFFRES CLEFS AU 1^{ER} JANVIER 2020

304 salariés

68 bénévoles

39 services et activités

26,8 M€ de budget

6 métiers

X. Annexe X – La Maison bleue à Montreuil : un dispositif innovant dans l’accompagnement des femmes enceintes et/ou sortant de maternité sans domicile

Le CHU la Maison bleue à Montreuil (93)¹⁵⁶ est un Centre d’Hébergement d’Urgence (CHU), à destination de femmes enceintes de 8 mois, en état de grossesse pathologique et/ou sortant de maternité, accompagnée ou non par d’autres enfants, sans domicile. La Maison Bleue accueille de façon inconditionnelle toutes les femmes relevant de ces critères. Parce que la grossesse ainsi que toute la période périnatale sont des moments sources de vulnérabilités, l’accueil sécurisé et sécurisant est pensé dans avec une approche globale et un accompagnement pluridisciplinaire : socio-éducatif, sanitaire et psychologique. Les questions autour de la fonction parentale et de la relation mère-enfant dans un lieu sécurisé et sécurisant sont situées au cœur de l’accompagnement. Le dispositif dispose de 40 places, et au fil des années, compte tenu des besoins, s’inscrit dans l’ouverture des places durant les périodes hivernales.

Autre dispositif le SAS Jean-Moulin¹⁵⁷ adossé à la Maison bleue est une émanation du plan hivernal 2015 – 2016 aujourd’hui pérennisé. Ce plan est né de la mutualisation des compétences existantes de la Maison bleue pour offrir, en plus de la mise à l’abri, une réponse globale aux ménages en rupture de logement ou d’hébergement pour des raisons économiques, sociales, familiales... Ce dispositif a accueilli en 2019, 108 personnes, soit 56 adultes et 52 enfants (familles monoparentales, couples et enfants confondus), sur les communes des Lilas et de Noisy-Le-Sec en Seine Saint Denis.

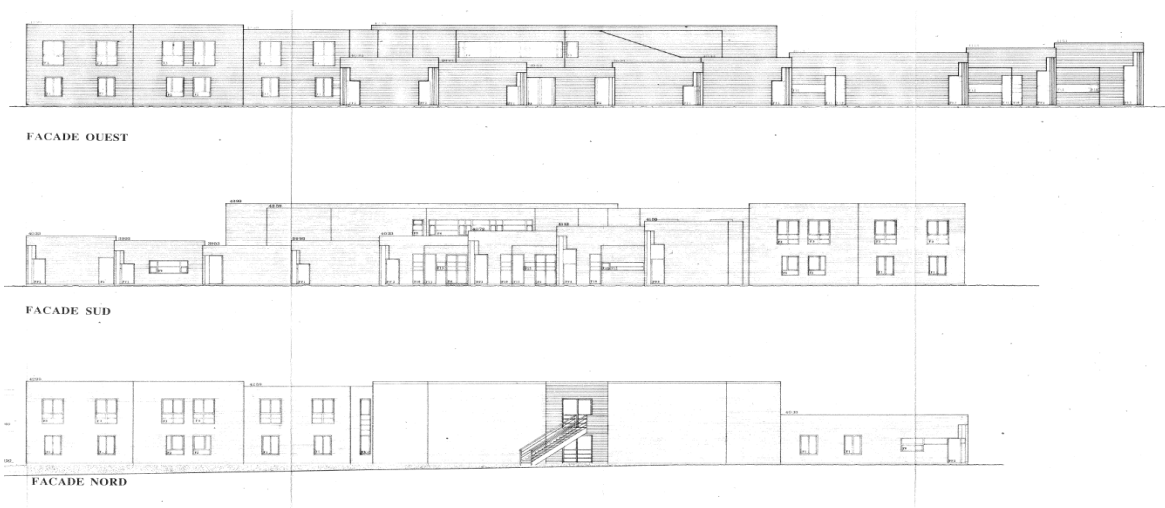
En 2020, un nouveau Plan Hivernal dénommé « La Maison de Rosny » située sur la commune de Rosny-Sous-Bois est adossé aux deux services précédents. Cette structure dispose de 12 chambres pouvant accueillir jusqu’à 30 personnes (femmes et enfants confondus).

Sur chacun de ces 3 dispositifs les principes de mutualisation sont mis en œuvre ainsi que la transdisciplinarité avec le décloisonnement des pratiques.

¹⁵⁶ Rapport d’activité 2019 de la Maison bleue

¹⁵⁷ Rapport d’activité 2019 du SAS Jean Moulin

XI. Annexe XI – Situation géographique du dispositif HSR-Périnat et plan du site



XII. Annexe XII – Les contextes législatifs et les missions des 4 services : LHSS, ACT, ACT « hors les murs » et CHU

Les **Lits Halte Soins Santé**, établissement médico-social défini au L.312-1 - 9° du code de l'action sociale et des familles (CASF) « accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue. Elles ne sont pas dédiées à une pathologie donnée ».

Ils ont pour missions :

- De proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leur seraient dispensés à leur domicile si elles en disposaient,
- De participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies,
- De mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies,
- D'élaborer avec la personne un projet de sortie individuel.

Elles assurent des prestations d'hébergement, de restauration et de blanchisserie.

De manière à pouvoir accueillir des mineurs dans les LHSS, l'Arrêté du 22 janvier 2021 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité a été publié au Journal Officiel.

Les **ACT** naissent avec la circulaire de la Direction Générale de la Santé n° 65 du 17/08/1994 relative à la mise en place d'un programme expérimental de structure d'hébergement pour personnes malades du SIDA. Il sera pérennisé en 2002 et s'intègre dans le droit commun des dispositions législatives, relatives aux institutions sociales ou médico-sociales, à savoir les lois n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, et ce, par la mise en application du décret n°2002-1227 du 3 octobre 2002. Elles sont prévues au 9° de l'article L.312-1 du CASF.

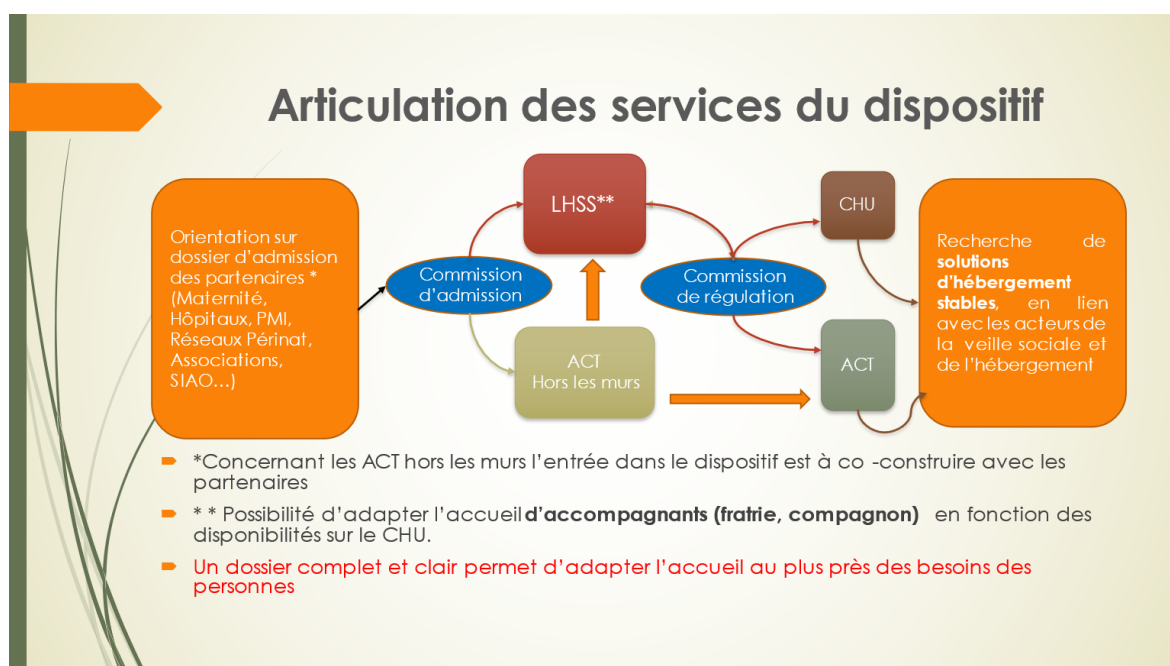
Les ACT fonctionnent sans interruption et hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.

Les **ACT « Hors les murs »** sont entérinés avec le Décret numéro 2020-1745 du 29 décembre 2020 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « Lits Halte Soins Santé », « Lits d'Accueil Médicalisés ». Préalablement, la Mesure 27 du Ségur de la Santé dans le contexte de la Covid19, visait au renforcement et au développement de dispositifs pour la prévention et la lutte contre les inégalités de santé en plébiscitant « l'aller vers » comme moyens-d'atteindre les personnes exclues du système de soins. Les ACT « Hors les murs » sont le fruit d'une expérimentation débutée en 2017. Ils ne proposent pas d'hébergement mais un accompagnement médico-social voire médico-psycho-social des personnes malades en situation d'invalidité et de précarité, bénéficiant déjà d'un lieu de vie. Ces personnes ne nécessitent pas

d'hospitalisation mais présentent une dépendance forte du point de vue de la santé et souffrent de vulnérabilités psychiques, économiques et sociales.

Le **CHU** est un hébergement temporaire accueillant les personnes sans abri, sans condition de ressources ou de régularité de séjour. C'est donc un accueil inconditionnel pour mettre à l'abri les personnes aussi longtemps que nécessaire tant qu'une solution durable ne leur est pas proposée. C'est la Circulaire DGAS/1A/LCE/ 2007/90 du 19 mars 2007 définissant le principe de continuité dans la prise en charge des personnes sans-abri posé par l'article 4 de la loi DALO du 5 mars 2007 qui a instauré le principe de continuité dans le CHU.

XIII. Annexe XIII – Articulation des services du dispositif et organisation du parcours des personnes accueillies



XIV. Annexe XIV – Tableau des effectifs : prévisionnels et réels en termes d'embauche (au début du mois de mai 2021)

Effectif	Nombre prévisionnel de salariés en ETP	Embauche effective fin avril de salariés	Les professionnels restant à recruter
Directeur de site	1	1	
Chef de service Educatif	1	1	
Cadre de santé	1	1	
Assistante de direction	1	1	
Médecin	0,60	0,2	0,4
Sage-femme	1	1	
Travailleurs sociaux	6	4	2
Educateur Jeune Enfant	3	1	2
Animateur	2	1	1
Infirmier IDE/IDEP	6	2	4
Psychologue	2	1	1
Auxiliaire de puériculture	5	3	2
Aide-soignant	7	4	3
Veilleur/agent d'accueil	6	4	2
Technicien de surface	3	2	1
Personnel de maintenance	1,5	0	1,5
Fonction support	0,6	0	0,6
Total	48,1	27,2	20,9

XV. ANNEXE XVI – « Différenciation des possibilités d'émergence de difficultés selon le niveau d'action »¹⁵⁸

	Macro	Méso	Micro
Les difficultés au niveau du travail d'élaboration du contenu			
Une diversité de points de vue exprimés non représentative.	X		
Une minoration de l'expression de points de vue au profit de récits descriptifs et informatifs.	X	X	
L'absence de fil rouge dans les interventions des acteurs : l'éparpillement des réflexions.		X	
Une disproportion dans les durées des interventions de certains acteurs.	X	X	
Une surabondance de réflexions et de propositions sur une même problématique impossible à traiter.	X	X	
La récurrence de débats.	X		
Une tendance à un développement de réflexions abstraites, générales, philosophiques ou idéologiques.		X	
L'usage de termes flous, ambigus, insuffisamment explicités.		X	
Une absence de progression du processus : l'invasion par des répétitions trop fréquentes.	X		
Des échanges d'idées peu pertinentes, peu créatives.		X	
Les difficultés au niveau des attitudes et des interactions entre acteurs			
L'absence de (ou la faible) participation active de certains acteurs au processus délibératif.	X	X	X
Une majorité d'interventions faites par un très petit nombre d'acteurs participants.		X	
Une disproportion dans les durées des interventions de certains acteurs.		X	
Une absence de respect, de considération pour la parole de certains acteurs.	X	X	X
La difficulté de certains acteurs d'affronter les rapports de pouvoir, les controverses et les conflits.	X	X	X
Les jeux de compétition entre certains acteurs.	X	X	
Le renforcement, chez certains acteurs, de la croyance dans le bien-fondé de leur point de vue.		X	
L'emprise des émotions et l'absence de distance de certains acteurs dans les interactions.		X	
Le positionnement ambigu des acteurs dirigeants.	X	X	

Différenciation des possibilités d'émergence de difficultés selon le niveau d'action

¹⁵⁸ FOUURIAT M., 2019, La co-construction. Une alternative managériale, 2e éd., Rennes : Presses de l'EHESP, coll. Politiques et interventions sociales, p.75

XVI. Annexe XVI – Synthèse des caractéristiques des niveaux macro, méso et micro ¹⁵⁹

Niveaux	Macro	Méso	Micro
Domaine d'observation	Processus dans sa globalité	Les séquences du dispositif L'espace dialogique	Les micro-séquences et la dynamique des interactions entre acteurs
Problèmes praxéologiques pratiques	La définition des phases et leur succession Inscription des différentes séquences programmables dans une temporalité globale	Les problématiques théoriques liées aux questions essentielles posées par la co-construction quelles que soient les séquences	Les difficultés liées à des questions de gestion des interactions au niveau des micro-séquences
Savoir-faire pratiques du facilitateur (des exemples)	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir gérer les problèmes de temporalité d'un processus - Savoir construire et négocier un schéma directeur - Savoir ajuster un dispositif en situation 	Savoir trouver les meilleures conditions de l'environnement cognitif pour : <ul style="list-style-type: none"> - réduire les inégalités d'expression ; - faciliter la convergence ; - etc. 	Savoir formuler un objectif le plus univoque possible pour une micro-séquence

Synthèse des caractéristiques des niveaux macro, méso et micro

¹⁵⁹ *Ibid.*, p.100

XVII. Annexe XVII – La matrice SWOT de la synthèse des éléments essentiels du diagnostic

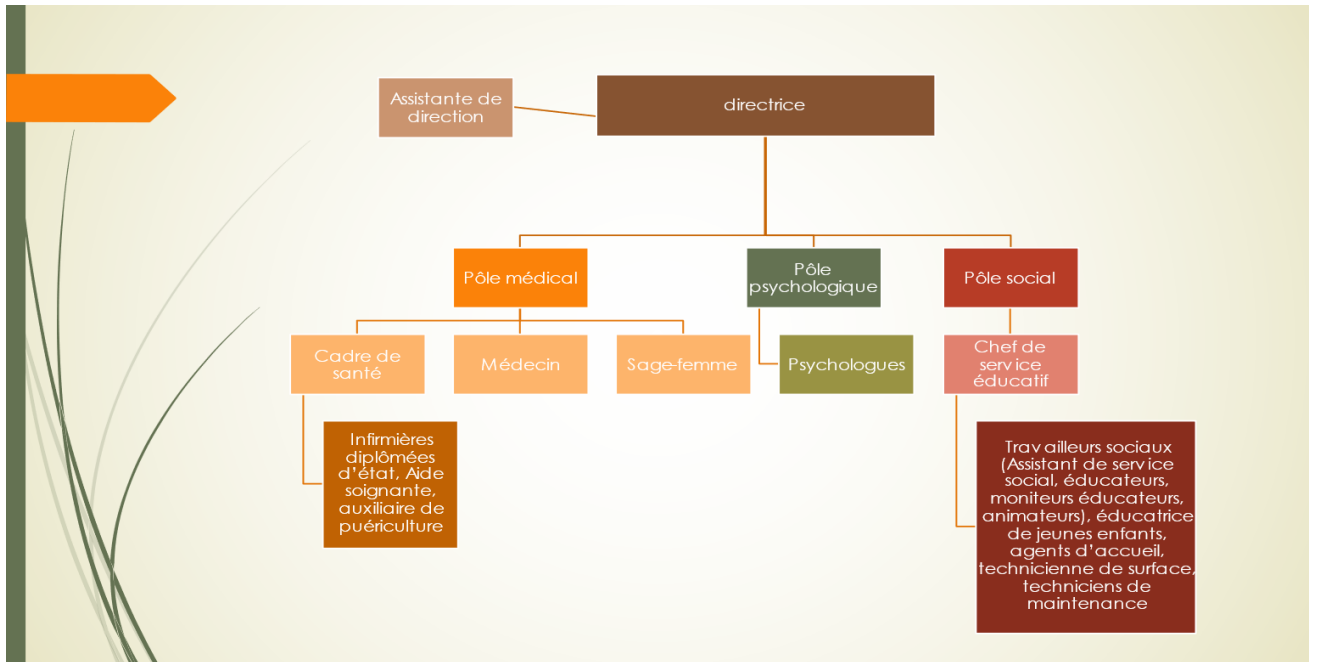
Diagnostic interne du HSR-Périnat

FORCES	FAIBLESSES
<p>Elargissement du panel des réponses pour les femmes enceintes et sortant de maternité</p> <p>Ressources humaines – équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pluridisciplinaire : Apport des expertises et des compétences permettant un accompagnement médico-psycho-social et en périnatalité, ➤ Climat apaisé avec des professionnels volontaires pour travailler ensemble. <p>Environnement et cadre de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cadre agréable : le bâtiment principal est situé dans un écrin de verdure, ➤ Transports publics à proximité ce qui rend le lieu accessible, ➤ Locaux spacieux avec un certain confort pour les familles (salle de bain et sanitaire dans toutes les chambres), ➤ Possibilité de trouver des appartements en location dans la ville où le dispositif est implanté <p>Nombreux partenariats institutionnalisés externes dans le champ de la santé et de la santé mentale.</p> <p>Budget globalement correct</p> <p>Fonctions supports et ressources internes de qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mobilisation du directeur d'activités, directeur de territoire et Directeur Général, ➤ 2% du budget de l'association consacrés à la formation, et le dispositif « vis mon métier » qui favorise la collaboration entre les professionnels de services différents, ➤ Service de communication avec des outils opérationnels qui aide à l'élaboration des supports, ➤ Directrice qualité dédiée à l'accompagnement dans le cadre de l'amélioration continue et dans l'élaboration du projet d'établissement, ➤ Les IRP et les représentants de proximité au niveau territorial : de véritables partenaires de co-construction. 	<p>Absence de culture commune ne permettant pas le décloisonnement des pratiques</p> <p>Ressources humaines – équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Equipe non expérimentée dans le champ du médico-social, ➤ Difficultés à recruter des professionnels pour étoffer l'équipe, ➤ Faiblesse en formation d'une partie de l'équipe en périnatalité notamment, ➤ Pas de délégation spécifique au pilotage du dispositif pour l'ensemble des cadres de direction, ➤ Absence d'analyse de la pratique. <p>Environnement et cadre de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Locaux insuffisamment aménagés pour tenir compte des besoins des personnes dont ceux des enfants, ➤ Des services publics saturés ou insuffisants pour notamment la domiciliation des personnes, et le mode de garde des enfants, ➤ Des lieux de soins très éloignés du fait que le projet est régional, ➤ Des ruptures pour les familles qui n'ont pas d'sans ancrage dans le 91. <p>Partenariats</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Internes insuffisamment sollicités compte tenu du nombre de services de l'association Aurore, ➤ En direction des dispositifs d'hébergement et de logement inexistant, ➤ Dans le champ de la petite enfance insuffisant notamment pour les mettre en place des modes de garde <p>Budget des ACT « Hors les murs » insuffisant</p> <p>La loi du 2 janvier 2002 : méconnaissance des outils par la majorité des salariés</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Parole des usagers insuffisamment sollicitée : pas de CVS ou d'espaces d'expression, ➤ Des outils mis en œuvre partiellement mais non maîtrisés (Projet personnalisé clivé (social d'une part et médical d'autre part, Pas de Projet d'Etablissement).

Diagnostic externe du HSR-Périnat

OPPORTUNITES	MENACES
<p>Un environnement territorial aux besoins criants, tant en termes d'hébergements qu'en termes de santé,</p> <p>Un territoire aux possibilités de partenariats importants pour répondre aux besoins des personnes et inscrire dans une logique de parcours leur accompagnement,</p> <p>Des politiques publiques très favorables à ce projet expérimental qui permet de sortir des logiques de services pour coordonner les parcours des personnes au sein d'un dispositif,</p> <p>L'implantation pérenne de l'association Aurore dans un Département où elle était peu présente jusqu'à présent,</p> <p>L'ajustement du projet au regard des réalités de terrain afin de permettre en cas de démultiplication dans d'autres régions une meilleure prise en compte des besoins,</p> <p>La reconnaissance de l'expertise de l'association dans le champ de la périnatalité par la duplication du projet dans d'autres régions.</p>	<p>La fin de l'expérimentation à l'issue des trois ans ce qui peut entraîner la dégradation des relations avec les autorités de tarification,</p> <p>Les conséquences des ruptures répétées pour les familles qu'il s'agira de réorienter dans leur Département d'origine : la question notamment de la scolarisation des enfants déjà fragilisés.</p> <p>Le caractère régional du dispositif engendre des coûts très importants pour permettre aux mères de continuer leurs différents suivis dans leur maternité de référence,</p> <p>L'embolisation du dispositif si les réorientations avec les partenaires tels les SIAO de référence ne sont pas effectives dans des temporalités raisonnables,</p> <p>Ne pas réussir à trouver des appartements à proximité du service à des coûts raisonnables pour permettre aux familles des ACT de participer aux activités proposées,</p> <p>Difficulté de recrutement : manque d'attractivité du secteur du fait de la faiblesse des salaires qui pourrait empêcher de créer une équipe complète.</p>

XVIII. Annexe XVIII – Organigramme du HSR-Périnat



XIX. Annexe XIX – Plan d'action sous forme de tableau

Plan de communication				
Objectifs opérationnels	ACTIONS	Pilotage	Temporalité	Indicateurs d'évaluation
Communication interne	<p>Auprès du Directeur d'activités</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présentation du diagnostic et des axes de travail - Rencontres régulières : hebdomadaires d'abord puis par quinzaine, ensuite tous les mois <p>Auprès de l'équipe managériale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réunion hebdomadaire avec le codir - Une fois par moi le codir est élargi <p>Auprès des professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réunion institutionnelle en présence du directeur d'activités voire du directeur de territoire pour présenter le diagnostic, les axes de travail, les objectifs et les échéances - Réunion institutionnelle chaque trimestre pour informer des évolutions et des changements éventuels <p>Auprès des personnes accueillies</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une première rencontre pour expliquer les enjeux, et les impliquer - Ensuite rencontres entre 4 à 6 mois. 	<p>Directrice</p> <p>Directrice</p> <p>Directrice + Equipe managériale</p> <p>Directrice + Equipe managériale</p>	<p>A partir du mois de Juin</p> 	<p>Comptes rendus des réunions</p> <p>Adhésion des professionnels au projet</p> <p>Implication des professionnels.</p> <p>Quantitativement : Taux de retours des résidents</p> <p>Qualitativement : Compréhension des enjeux</p>
Communication Externe	<p>Création d'un Copil avec l'ensemble des acteurs de l'expérimentation (les financeurs, les partenaires, les membres de l'équipe ainsi que des personnes accueillies volontaires pour y participer) : réunion 2 fois par an pour évaluer et adapter les pratiques</p> <p>Auprès des autorités de tarification</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informer tous les par le remplissage d'un tableau d'indicateurs co-construits <p>Auprès des partenaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Envoie de courriels + appels téléphoniques informant des modalités de remplissage du dossier d'admission (nouvelle version) - Rencontres pour faire connaissances et collaborer efficacement <p>Auprès des élus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rencontres pour promouvoir le dispositif, se faire connaître et créer des modalités de collaboration 	<p>Directeur d'activités + Directrice</p> <p>Codir et l'ensemble des collaborateurs</p> <p>Directrice</p>	<p>A partir de juin</p>	<p>Qualité des relations</p> <p>Nombre de partenariats construits et formalisés</p> <p>Accès des résidents aux services publics</p>

Axe 1 : Mobiliser l'ensemble des collaborateurs, ainsi que les personnes accueillies, autour de ce projet innovant

<p>Fédérer les professionnels autour d'un projet porteur de sens</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Partager le diagnostic, la visée et les axes de travail et les échéances afin de permettre à chacun de se projeter, lors d'une réunion institutionnelle en présence du Directeur d'activités, - Organiser des groupes de travail en s'appuyant sur le projet répondant au cahier des charges : deux thématiques abordés : l'accueil des personnes et les modes de collaboration entre professionnels, - Lors de deux réunions d'équipe retour des productions pour élaborer ensuite les modalités d'accueil et de collaboration - Instaurer l'analyse de la pratique 	<p>Codir + Directeur d'activités</p> <p>CDS + Cadre de santé</p> <p>Binôme un collaborateur + CDS ou Cadre de santé</p> <p>Intervenant extérieur</p>	<p align="center">Juin – Septembre 2021</p>	<p>Interactions entre les professionnels dans les groupes,</p> <p>Productions écrites,</p> <p>Collaborations effectives</p>
<p>Renforcer les compétences</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser des formations internes en m'appuyant sur les expertises internes : psychologues, EJE, sage-femmes sur les thèmes périnatalité, développement de l'enfant, la parentalité, protection de l'enfance, - Produire des fiches sur ces thématiques qui pourront être enrichies à tout moment et consultables par tous - Présenter le dispositif « Vis mon métier » et y faire participer les salariés volontaires - Lors de certaines réunions, demander des retours d'expériences de « vis mon métier » - Rencontrer individuellement chaque collaborateur pour recueillir leurs ressentis, leurs besoins, leurs idées au regard du fonctionnement de l'établissement 	<p>EJE, Psychologues, sage-femmes</p> <p>EJE, Psychologues, sage-femmes</p> <p>CDS et Cadre de santé</p> <p>Collaborateurs</p> <p>Codir</p>	<p align="center">Juillet – Décembre 2021</p>	<p>Nombre de formations</p> <p>Nombre de participants</p> <p>Qualité des interactions</p> <p>Production de fiches</p> <p>Retours d'expérience</p>
<p>Poursuivre le recrutement des collaborateurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer le processus de recrutement et définir une grille d'entretien - Mobiliser les différents réseaux internes et externes pour trouver des candidats - Se rapprocher des écoles (Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et Institut Régional de Travail Social (IRTS)) du Département pour se faire connaître et créer des conventions de stages - Sélectionner des CV de collaborateurs expérimentés et/ou ayant eu une pratique dans le médico-social ou dans le champ de la périnatalité - Recruter une deuxième sage-femme 	<p>Codir + appui service RH</p> <p>RH + L'ensemble des collaborateurs</p> <p>Directrice + RH</p> <p>Codir</p> <p>Codir</p>	<p align="center">Mai – Septembre 2021</p>	<p>Profils des candidats,</p> <p>Recrutements effectifs,</p> <p>Nombre de demandes de stage au travers les écoles approchées</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Instaurer un groupe d'expression pour les personnes accueillies (bimensuel), 			

Impliquer les personnes accueillies pour prendre en compte leur parole	<ul style="list-style-type: none"> - Co-élaborer des comptes rendus de rencontres qui seront affichés et repris lors de chaque temps d'échange, - Mettre en place une boîte à idées, - Elaborer un questionnaire de satisfaction pour recueillir les sentiments des personnes accueillies sur l'accompagnement mis en œuvre 	CDS + cadre de santé et des membres de l'équipe (1 fois par trimestre présence directrice)	A partir de Juin 2021	Présence des résidents au groupe d'expression, Comptes rendus, Retours récoltés de la boîte à idées, Réponses au questionnaire
Axe 2 : Adapter l'offre d'accompagnement au regard du public accueilli				
Apporter des réponses claires aux écarts soulevés par les personnes accueillies	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser une réunion avec les résidents pour énoncer les enjeux, missions du dispositif, et du diagnostic. Lors de cette rencontre apport de réponses aux questions soulevées et aux besoins pointés, - Aménager les chambres pour prendre en compte les besoins des familles, - Créer des espaces conviviaux et des espaces pour les enfants - Programmer des groupes d'échange thématiques avec les personnes accueillies - - Réfléchir avec les personnes à leur participation lors des commandes de repas, - Ajuster le dossier d'admission en incluant l'accueil des familles y compris des pères ou conjoints quand ils sont présents, 	L'ensemble de l'équipe EJE + CDS EJE, sage-femme, psychologue et les autres collaborateurs AVS + Cadre de santé Codir + Collaborateurs EJE + CDS	Juin – Août 2021	Aménagement effectif des chambres en adéquation avec la composition familiale, Propositions recueillies pour la participation des personnes accueillies lors des commandes des repas Modification du dossier d'admission Espaces conviviaux et pour enfants aménagés
Revisiter le projet personnalisé pour co-construire un document unique	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser un groupe de travail composé des différents métiers pour réfléchir et élaborer l'outil « projet personnalisé » qui sera validé en réunion d'équipe - Construire les projets personnalisés avec les résidents 	CDS + Cadre de santé Binôme référents (travailleur social + infirmière avec ajustement possible avec un psychologue ou un EJE)	Juin – Juillet 2021	Document unique comme appui pour le projet personnalisé Co construction sur l'ensemble du projet personnalisé avec les résidents Implication des personnes accueillies lors de l'élaboration de leur projet

Axe 3 : Poursuivre le développement de partenariats permettant d'inscrire l'accompagnement dans une logique de parcours				
Consolider les partenariats existants par l'amélioration de notre communication	<ul style="list-style-type: none"> - Approcher les pôles sociaux des établissements de santé avec lesquels nous sommes déjà en lien, - Communiquer avec les soignants sur la nécessité des collaborations pour nous permettre d'avoir toutes les informations pertinentes (donc non limités au parcours de santé) afin de ne pas perdre du temps dans le traitement des candidatures : rappeler que nous sommes un dispositif médico-psycho-social - Communiquer sur l'accueil des familles dans leur globalité - Associer les différents corps de métiers aux rencontres de nouveaux partenaires 	CDS Cadre de santé + Médecin Codir Codir	Juin – Septembre 2021	Qualité des dossiers d'admission remplis par les partenaires orienteurs, Remplissage complet du dossier d'admission
Renforcer les partenariats existants pour inscrire l'accompagnement des personnes dans une logique de parcours et assurer la fluidité du dispositif	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontrer les différents acteurs de la veille sociale et de l'hébergement de la région (SIAO) - Rencontrer l'ASE, la CPAM, le CCAS, Crèches, ... - Programmer les rencontres avec les différents partenaires évoquer en annexe XXI, - En collaboration avec les partenaires tels l'ASE, le CCAS ou la CPAM organiser des formations à destination des personnes accueillies pour leur permettre de connaître les missions de ces dispositifs mais aussi leurs droits et devoirs, - A l'issue de chaque formation co-écrire des comptes rendus avec les personnes accueillies volontaires. 	CDS et un membre de l'équipe (EJE, travailleur social)	Juin – Décembre 2021	Nombre et diversité des partenariats élaborés, Nombre de sorties réalisées avec les SIAO et pertinence au regard des profils et des besoins des personnes, Nombre de formations co-élaborées Participation des personnes accueillies lors de ces formations
Axe 4 : Ouvrir les places des ACT et développer l'offre « aller vers » avec les ACT « hors les murs »				
Ouvrir les places des ACT	<ul style="list-style-type: none"> - Louer des appartements à proximité du dispositif et les ménager, - Organiser avec les « ACT Villemomble » des temps de collaboration avec des membres de l'équipe au travers du dispositif « vis mon métier », - Solliciter les collègues de l'équipe pluridisciplinaire des ACT de Villemomble pour une présentation du service des ACT avec si possible des résidents - Faire intervenir cette équipe ainsi que des résidents de leur service lors d'un groupe d'expression des personnes accueillies pour par des ACT 	Codir et pôle social CDS CDS CDS	Juillet – Septembre 2021 pour ouvrir les premières places	Nombre d'appartements loués et qualité de leur aménagement, Elaboration d'outils propres aux ACT du dispositif, Compréhension des collaborateurs des missions des ACT, Accueil des familles dans les appartements

<p>Impulser « l'aller vers » par l'élaboration du mode d'intervention des ACT hors les murs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Programmer une rencontre avec les différents partenaires accueillant des familles et des femmes au niveau du Département pour présenter le dispositif et envisager une collaboration, - Organiser des réunions de travail avec les mêmes partenaires pour co-construire des outils pour aller à la rencontre des femmes enceintes ou sortant de maternité éloignées des soins, - Formaliser les partenariats en élaborant des conventions, - Elaborer une plaquette spécifique au service ACT « Hors les murs » - Impulser une instance de réflexions ouverte aux partenaires intervenant dans le champ de la périnatalité 	<p>Codir</p> <p>Codir et des collaborateurs de chaque corps de métier</p> <p>Directrice</p> <p>CDS + Cadre de santé et collaborateurs</p> <p>Directrice</p>	<p>Octobre – Novembre pour un déploiement en décembre 2021</p>	<p>Nombre de partenariats formalisés, Nombre de rencontres avec les partenaires + qualité des échanges & outils élaborés, Plaquette élaborée par nos soins et sa pertinence, Compréhension de nos missions par les partenaires Déploiement du service ACT « hors les murs » Participation des intervenants du champ de la périnatalité à l'instance de réflexion</p>
--	--	---	--	--

Axe 5 : Elaborer le rapport d'activité (Temporalité Février – Avril 2022)

En favorisant la participation de l'ensemble des parties prenantes pour rendre compte de l'activité au sein du dispositif HSR-Périnat, En évaluant la qualité de l'offre d'accompagnement afin d'ajuster à partir des écarts observés, En organisant des groupes de travail pluridisciplinaires et mixtes avec les résidents, En créant un outil d'intégration sous par exemple la forme d'une bande-dessinée présentant le dispositif à l'attention des nouveaux résidents et nouveaux collaborateurs et cela avec l'aide des bénévoles de l'association, En créant un évènement festif associé à une porte ouverte afin de partager l'évaluation avec l'ensemble des acteurs.

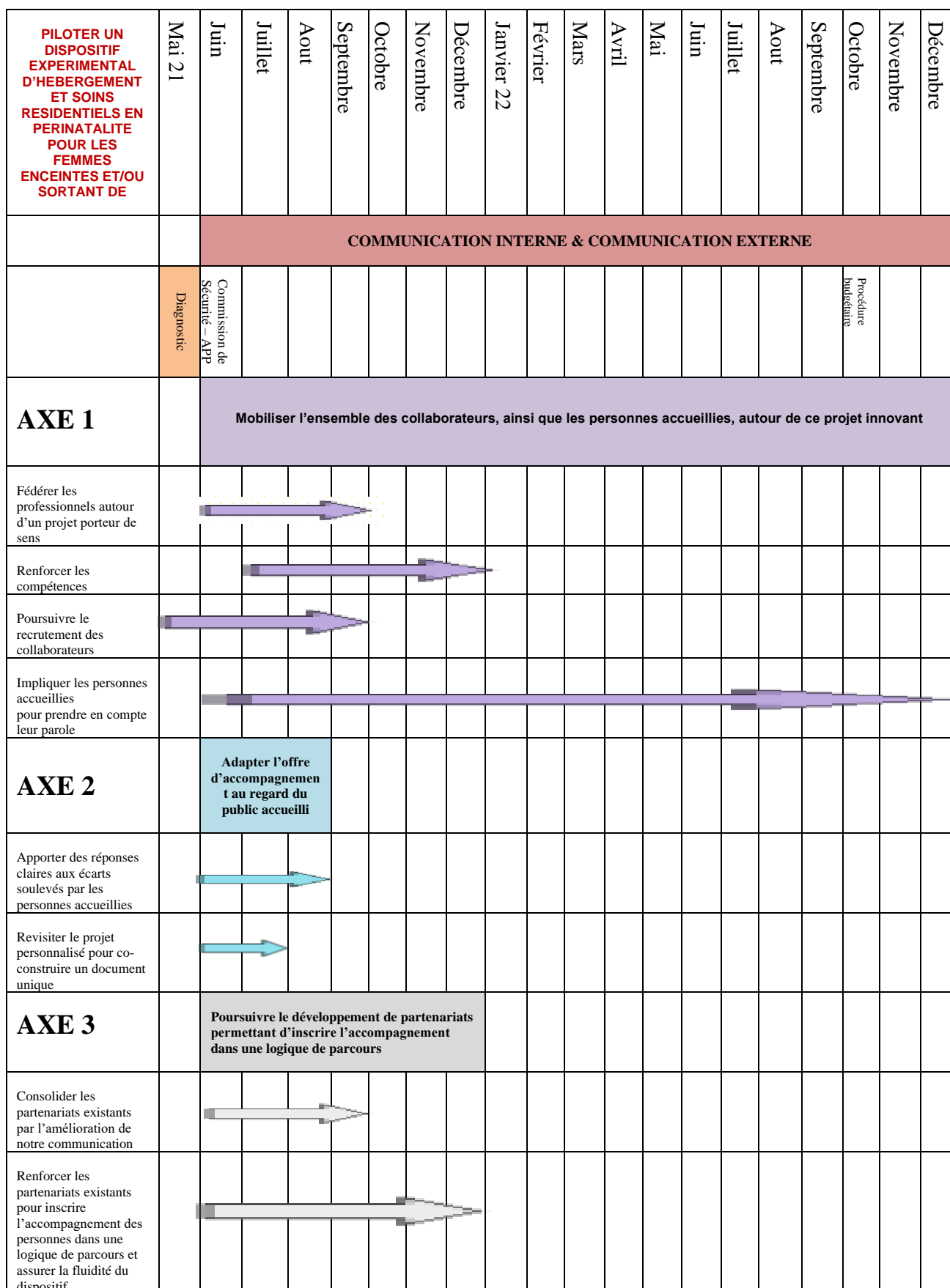
Axe 6 : Repérer et remonter les besoins en formation afin de développer et renforcer les compétences par le biais de la GPEC conduite par l'Association (Temporalité Avril – Juillet 2022)



Programmer des temps d'échanges individuels pour repérer les compétences, les appétences, les ressources et les besoins, en vue de l'élaboration du plan de formations – Elaborer le plan de formations en collaboration avec les fonctions supports.

Axe 7 : Elaborer le projet d'établissement (Temporalité Mai – Décembre 2022)

Il s'agira de s'appuyer sur l'ensemble des acteurs et sur la directrice qualité pour nous accompagner. Des groupes de travail seront organisés pour revisiter les outils déjà mis en œuvre de la Loi du 2 janvier 2002. Nous nous appuyons aussi sur les RBPP pour élaborer le projet d'établissement.

XX. Annexe XX : Diagramme de Gantt illustrant la temporalité prévisionnelle du pilotage du projet



AXE 4			Ouvrir les places des ACT et développer l'offre « aller vers » avec les ACT « hors les murs »																	
Ouvrir les places des ACT																				
Impulser « l'aller vers » par l'élaboration du mode d'intervention des ACT hors les murs																				
AXE 5																				
AXE 6																				
AXE 7																				

XXI. Annexe XXI – Partenariats existants et partenariats à développer

Partenariats en fonction des départements	Partenariats existants	Partenariats à déployer (Liste non exhaustive des partenariats se développant au gré des situations et des rencontres)
Essonne (91)	<ul style="list-style-type: none"> - Maternité de Corbeil Essonne du Centre Hospitalier Sud Francilien (CHSF), - Service de Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) de l'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges et du CHSF, - SAMU 91 - Services hospitaliers de pédiatrie/néonatalogie : Longjumeau, Villeneuve Saint Georges, CHSF Corbeil - Maison Médicale Athis Mons, - Equipe Mobile santé/précarité DIAPSY (EPS Barthélemy Durand-Brétigny-sur-Orge), - Réseau Périnatal IF Sud, - Conseil Départemental de l'Essonne via le 115, - PMI-Ozonville et PMI – Picardeaux à Athis-Mons - Laboratoire d'analyses médicales d'Athis-Mons, - Pharmacie du Centre et Pharmacie Centrale d'Athis-Mons, - Société Nouvelle Ambulances Services Sante 91 	<ul style="list-style-type: none"> - SIAO 91 - Plateforme Départementale d'Accompagnement Social des Ménages Hébergés à l'hôtel de l'Essonne, - Pôle veille social du 115, - Le centre maternel Villa Jeanne à Lozère, - Le Centre Maternel Le Moulin Vert à Corbeil-Essonnes (91), - Abri de nuit à Etampes piloter par la Croix Rouge, - Abri de nuit à Massy porté par le Secours Islamique, - ASE, - CCAS, - Crèches municipales, - Centre Médico-Social (CMP), - CSAPA « Ressources » (Athis-Mons), - CPAM - ...
Paris (75)	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpital Trousseau, - Hôpital Port-Royal, - Hôpital Necker - Solipam, - Accueil de jour de l'association Aurore, 	<ul style="list-style-type: none"> - SIAO 75, - Guichet unique du 75 (regroupant des ACT de Paris), - Le réseau DAPSA - Cimade, - Comède, - Centre Minkowska, - Excision Parlons-en, - Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles Féminines et les Mariages Forcés (GAMS), - ...
Seine-Saint-Denis (93)	<ul style="list-style-type: none"> - Maternités : Jean Verdier, Delafontaine, de Montfermeil, André Grégoire - Centre d'Hébergement d'Urgence du Raincy (Association Aurore) 	<ul style="list-style-type: none"> - SIAO 93 (Interlogement), - Guichet unique du 93 (regroupant les différents ACT du département), - ...
Hauts-de-Seine (92)	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpital Beaujon (92), - Hôpital Antoine-Béclère (92), - Hôpital Louis-Mourier (92) 	<ul style="list-style-type: none"> - SIAO 92, - ...
Autres	<ul style="list-style-type: none"> - Maternité de Poissy (78), - Maternité de Melun (77), 	<ul style="list-style-type: none"> - SIAO 77, - SIAO 78, - SIAO 95 - Les ACT de ces trois départements, - ...

ROCQUES	Marie Islande	Septembre 2021
<p align="center">Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</p> <p>ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Paris Ile-de-France</p>		
<p align="center">Piloter un dispositif expérimental d'Hébergement et Soins Résidentiels en périnatalité pour les femmes enceintes et/ou sortant de maternité sans domicile</p>		
<p>Résumé :</p> <p>Depuis maintenant de nombreuses années, surtout en Ile-de-France, le nombre de femmes sortant de maternités ou enceintes à la rue a augmenté de manière inquiétante. Les hôpitaux, les PMI et les SIAO alertent sur le manque de places pour ces familles en situation de grande précarité, du fait de cette absence de domicile. Or, la précarité est un facteur de risque majeur pour les femmes enceintes et pour leurs nourrissons.</p> <p>Ces constats ont amené l'ARS Ile-de-France et les Préfecture d'Ile-de-France et de Paris à prendre conscience de la nécessité de proposer des réponses. Parmi elles, un cahier des charges portant sur un « dispositif expérimental d'Hébergement et Soins Résidentiels en Périnatalité ou HSR-Périnat ». L'association Aurore est alors sollicitée pour mettre en œuvre ce dispositif composé de 4 services (LHSS, CHU, ACT, ACT « Hors les murs), de 130 places visant à accueillir des femmes enceintes et / ou des femmes sortant de maternité avec leurs nourrissons, sans solution d'hébergement et avec une problématique de santé relevant des missions des LHSS.</p> <p>Devenue directrice du HSR-Périnat après son ouverture, mon projet est de me saisir de cette expérimentation comme d'une opportunité de co-construire avec l'ensemble des acteurs une organisation et un accompagnement efficients qui tiennent compte des réalités complexes et plurielles de ce public. Il s'agit pour moi de piloter le HSR-Périnat à partir des écarts mesurés entre le projet imaginé et le projet mis en œuvre. Il me faudra donc, réajuster, corriger, inventer, créer, faire travailler ensemble pour décroiser et inscrire l'accompagnement dans une logique de parcours.</p>		
<p>Mots clés : Personnes sans domicile – Périnatalité – Précarité – Vulnérabilité – Santé – Care – Cure – Co-construction – Transdisciplinarité – Dispositif – Innovation.</p>		
<p align="center"><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		