



### Solipam et la prise en charge des femmes enceintes dans la rue

**S**olipam (Solidarité Paris maman) est un réseau de santé périnatal financé par l'ARS Ile-de-France depuis 2006 qui a vocation à appuyer la prise en charge médico-sociale des femmes enceintes majeures en situation de grande précarité. L'inclusion la plus précoce possible dans le réseau peut faciliter pour ces femmes et leurs familles l'accès à une offre de soins périnatals complète (IVG, diagnostic prénatal, orientation vers des dispositifs et une maternité adaptée au niveau du risque périnatal repéré). L'objectif de la coordination médicale est d'appuyer les professionnels de terrain pour réinscrire les parcours de soins de ces femmes enceintes et de leurs enfants au plus près de l'offre de soins de proximité.

Initialement parisien, le réseau s'est régionalisé en 2012 en raison de l'ampleur des situations de grande errance des femmes enceintes à l'échelle francilienne, et notamment de mobilités inter-départementales contraintes en raison d'hébergements d'urgence de courte durée pouvant impliquer des ruptures d'hébergement régulières (jusqu'à dix durant une grossesse). De fait, bien que réseau médical, l'équipe de Solipam se

compose d'autant de sages-femmes que d'assistants sociaux : reflet, au sein de ce dispositif spécifique, de la reconnaissance, par sa tutelle, de l'importance primordiale des problématiques sociales et administratives de ces femmes et des risques, voire urgences, sanitaires que peuvent impliquer l'imbrication de ces problématiques dans des situations de grossesse. Précarité et grossesse relèvent bien de l'urgence médicale. De fait, et en raison d'un contexte croissant de la très grande précarité en Ile-de-France, la coordination sociale du réseau est amenée à participer à l'orientation de ces femmes, en les orientant notamment vers des services de domiciliation, accueil de jour, distribution alimentaire ou restaurants sociaux, vestiaires pour les mamans et leurs enfants, création de liens et rapports sociaux dans le but d'intégrer un centre d'hébergement, un signalement auprès de l'Ademie (action départementale envers les mères isolées avec enfant) ou pour une orientation en service social de secteur.

Solipam est un réseau régional à destination de toutes les femmes enceintes en situation d'errance, dans un contexte où l'accès aux soins des

publics migrants en France est actuellement mis à mal. De fait, les femmes prises en charge au sein du réseau sont majoritairement des femmes étrangères, arrivées plus ou moins récemment sur le territoire et confrontées à des situations administratives extrêmement complexes, compromettant leur accès aux soins et précarisant leur existence au quotidien. Elles sont bénéficiaires de la PUMa, de la CMU-C, de l'AME ou n'ont aucune couverture maladie. Elles peuvent être (très rarement) détentrices d'une carte nationale d'identité, mais sont plus souvent en situation irrégulière, en demande d'asile ou déboutées de cette dernière, ou encore « dublinées ». Parmi les 155 femmes qui composent, entre début janvier et fin mars 2020, la file active du réseau bénéficiant des supports apportés par l'équipe de coordination du réseau Solipam, 9,17 % (22 femmes) sont arrivées sur le territoire depuis moins de trois mois<sup>1</sup>. 38,75 % (93 femmes) sont arrivées en France entre 2019 et 2020. Si l'on prend en considération les femmes arrivées depuis 2018, celles-ci représentent 67,5 % (162 sur 240 femmes). Les demandes non renseignées représentent 22 des

**Clélia Gasquet-Blanchard**  
Maitresse de conférences à l'EHESP, UMR ESO, Laboratoire Rennes 2, directrice du réseau Solipam Ile-de-France

des maladies infectieuses, s'appliquent à l'ensemble des problèmes de santé rencontrés par les migrants, et sont globalement semblables à ceux de la population générale, avec au premier plan des maladies chroniques non transmissibles. Certaines spécificités doivent également être prises en compte, comme celles du surrisque de psychotraumatisme parmi les primo-arrivants en France, ou encore de plus fortes probabilités pour les femmes immigrées d'avoir été victimes de violences. Mais, à l'inverse, n'oublions pas également que nombre de migrants possèdent aussi des ressources qui doivent être prises en compte dans nos réponses : jeune âge, grande adaptabilité, support par la diaspora, etc.

Concrètement, la réponse à ces enjeux doit combiner plusieurs approches : renforcer l'accessibilité des migrants à tous les dispositifs de droit commun, rapprocher l'offre de prévention et de soins des personnes, développer lorsque cela est nécessaire des actions ciblées pour faire face à certaines situations, et bien sûr prendre en compte l'environnement en intégrant la santé à toutes les politiques.

#### Rendre accessible et mobiliser le dispositif de droit commun pour la santé des migrants

Dans une idée d'universalisme, la mobilisation de tous les dispositifs de droit commun pour la santé des migrants est la base de notre stratégie. C'est le message clé qui est porté par le ministère de la Santé et les agences régionales de santé, mobilisés autour de la construction de parcours de santé adaptés aux migrants sur les territoires, lancée en 2018. La mobilisation de tous les professionnels et établissements de santé implique de leur fournir les outils indispensables à la prise en charge des migrants. Le développement de l'accès à l'interprétariat sanitaire est par exemple un chantier central. Il doit devenir structurel dans notre système de santé. D'autres efforts doivent porter sur l'accompagnement des professionnels, y compris en ville, par des outils, des formations adaptées, et par des liens renforcés avec les acteurs du secteur social.

La mobilisation du droit commun ne dispense pas évidemment d'interventions spécifiques pour rapprocher les personnes de tous ces dispositifs, pour ouvrir des

240 dossiers (soit 9,2 %). Seules 8 de ces femmes sont françaises, représentant 3,3 % des femmes incluses ou ayant bénéficié d'un support. 28 nationalités représentent ces femmes, qui sont majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne (78,6 % d'entre elles, dont 62,8 % d'Afrique de l'Ouest, notamment de Côte d'Ivoire [58 femmes, soit 35,3 %], du Sénégal, de Guinée, du Mali...), et également d'Afrique du Nord (10,4 %) et d'Europe (9,1 %).

Depuis 2006, les situations prises en charge et observées par le réseau se sont aggravées de manière dramatique car de plus en plus de femmes enceintes connaissent des situations de rue ponctuelles ou durables. L'été 2018 a révélé médiatiquement la question des sorties de maternité à la rue. Ces questions ont été soulevées par les équipes de plusieurs maternités parisiennes et de la Seine-Saint-Denis<sup>2</sup>. C'est ce qu'illustre par exemple cette situation rencontrée par les coordinatrices sages-femmes et assistants sociaux du réseau sollicités par les professionnels de terrain comme par les femmes ou les familles via un numéro vert : fin novembre 2019 une sage-femme de maternité les contacte à

propos d'une femme camerounaise, en France depuis février 2018. Mère d'un enfant né par césarienne, fin juillet 2019, cette femme n'a plus de nouvelle de son conjoint depuis l'accouchement. Elle dort à la rue avec son nourrisson, s'alimente quand elle peut dans les restaurants solidaires et bénéficie d'une nuitée hôtelière de manière ponctuelle. Si un suivi pour l'enfant a pu être mis en place par les services hospitaliers, puis par la PMI, cette prise en charge n'a pas empêché que l'enfant contracte une bronchiolite début décembre 2019.

Ces situations rencontrées quotidiennement par l'équipe de coordination posent la question de la décision politique face aux conditions, actuellement inacceptables, d'existence d'enfants nés sur le territoire français et des moyens donnés à leurs parents pour assurer leur bon développement. 🗨️

1. En raison des mesures de confinement liées à la gestion de la pandémie de Covid-19, nous n'avons reçu que peu de sollicitations de professionnels ou d'appels de femmes juste arrivées sur le territoire. Les chiffres des mois d'avril et mai ne seraient donc pas représentatifs des situations habituellement rencontrées. Il semble cependant

intéressant de souligner que les situations auxquelles sont confrontées les femmes et professionnels sollicitant le réseau Solipam durant le confinement relèvent de problématiques qui ne sont plus liées à l'hébergement, en tout cas pas directement. Le confinement a imposé, de fait, un hébergement massif des publics habituellement à la rue. Les difficultés rencontrées sont alors liées à la possibilité de se déplacer, remettant en cause la possibilité d'accéder aux soins (maintien du suivi de grossesse, des visites post-natales et post-partum, de la vaccination du nourrisson...), de toucher ses allocations (type ADA, RSA, etc.), de s'alimenter, de trouver des couches pour son nouveau-né, de créer et maintenir du lien (un aspect fondamental du bien-être de la femme enceinte ou juste accouchée). De fait, sur la base du volontariat, le réseau Solipam organise de manière hebdomadaire, une tournée de distribution de lait et couches à destination des femmes du réseau hébergées dans des hôtels en marge des lieux de distribution alimentaire ou commerces permettant de s'approvisionner. Plus que les biens matériels, l'équipe de coordination offre le maintien d'un échange social et humain pour ces femmes.

2. <https://www.nouvelobs.com/societe/20180906.OBS1908/ces-bebes-sans-abri-qui-passent-de-la-maternite-a-la-rue.html/>  
<https://www.mesopinions.com/petition/sante/libres-inegaux-naitre-toit-france-2019/77734/>  
<http://www.leparisien.fr/seine-saint-denis-93/de-plus-en-plus-de-mamans-sont-a-la-rue-avec-leur-bebe-dans-le-93-04-09-2018-7876317.php>

portes d'entrée dans le système de santé. D'abord, une information appropriée, multilingue, est essentielle pour permettre aux usagers de mieux se repérer dans le système de santé. Elle doit être transmise par les bons vecteurs. Les associations et les médiateurs de santé sont des acteurs incontournables pour faire le lien avec les publics les moins visibles. C'est ce que nous faisons au travers de soutien aux associations qui interviennent auprès des migrants, mais aussi par les outils multilingues diffusés notamment par Santé publique France. De même, les permanences d'accès aux soins de santé (Pass), qui ne sont pas réservées aux migrants, sont également des passerelles indispensables avec le système de santé. La mise en place d'un « rendez-vous santé » bénéficiant à l'ensemble des personnes nouvellement arrivées sur le territoire est aussi une priorité. Ce rendez-vous, avec un ou plusieurs professionnels de santé, doit permettre de réaliser une première consultation et les dépistages recommandés, et d'orienter les personnes pour un suivi adapté. Il s'organise sur chaque territoire en fonction de l'offre de soins locale.

En complément du droit commun, des équipes de santé dédiées aux migrants sont parfois nécessaires. Certaines situations exceptionnelles nécessitent des réponses sur mesure : campements, mises à l'abri en urgence, zones frontalières. De plus, le recours à des associations spécialisées est indispensable pour certaines prises en charge pour lesquelles l'expertise n'est pas courante, pour la prise en charge des psychotraumatismes par exemple.

Pour terminer, et le contexte du coronavirus est très parlant sur ce point, l'offre de soins et le système de santé ne peuvent pas répondre à eux seuls aux enjeux de santé. L'environnement social et les conditions de vies jouent un rôle prépondérant dans l'état de santé des personnes. C'est pourquoi tous les leviers doivent être mobilisés pour construire des coopérations, des ponts entre tous les secteurs, l'école, l'enseignement supérieur, l'emploi, le logement, les collectivités, et bien sûr les acteurs de l'asile et de l'intégration, avec un engagement de toutes les politiques publiques pour des environnements favorables à la santé et pour la réduction des inégalités. 🗨️