

*Mémoire professionnel*

*de Master 2 « Intervention et Développement Social » mention GOS*

*Université de Lille 3 / Sciences Humaines et Sociales*

*UFR DECCID / Département Sociologie et Développement Social*

*Année universitaire 2017/2018*

# ***Enceintes et sans domicile : déniées de grossesse***

**Par Mélanie COLMANT**

**Sous la direction de  
Madame Vanessa STETTINGER et  
de Monsieur François DE BACKER**

## *Remerciements*

Je tiens d'abord à remercier mes tuteurs de stage Madame Vanessa Stettinger et Monsieur François De Backer pour leur disponibilité et leur suivi de ce mémoire, ainsi que le laboratoire IRHiS, représenté par Madame Béatrice Touchelay, qui a porté mon travail dans le cadre du programme *Nouvelles approches de la pauvreté et de l'exclusion dans le Nord* (NAPE), projet citoyen IRHiS–Hauts-de-France.

Je remercie également Madame Christelle Lemaire, coordinatrice du Réseau Santé Solidarité Lille Métropole et Monsieur Jérôme Ribinski, directeur de la CMAO, de leur accueil et de leur soutien.

J'ai croisé au cours de mes recherches de nombreux professionnels qui ont été disponibles et bienveillants. Merci à eux.

J'exprime ma reconnaissance la plus sincère à ces femmes que j'ai rencontrées et je leur dédie mon travail.

Et enfin, je remercie de leur écoute et de leur patience, mes proches et ma fidèle équipe technique.

*« Le "soin" le plus urgent, dont a besoin une personne à la rue, c'est celui de justice sociale.»<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Gaboriau P., Terrolle D., *SDF, Critique du prêt-à-penser*, Paris, éd. Privat, 2007

# SOMMAIRE

<b>Remerciements</b>	p. 2
<b>Sommaire</b>	p. 4
<b>Introduction</b>	p. 7
<b><u>PARTIE 1 Les commanditaires et la méthodologie.</u></b>	p. 11
<b>I La CMAO</b>	p. 11
1) Le cadre législatif et historique	p. 11
2) Le projet associatif	p. 13
3) Les différents services	p. 14
4) Le Conseil d'Administration et les financeurs	p. 16
<b>II Le Réseau Santé Solidarité Lille Métropole</b>	p. 17
1) Le cadre du réseau	p. 17
2) Les objectifs	p. 18
3) Les outils	p. 19
<b>III La démarche méthodologique</b>	p. 21
1) La méthode employée	p. 21
2) Les difficultés rencontrées	p. 22
<b><u>PARTIE 2 Les femmes sans-domicile : qui sont-elles ?</u></b>	p. 25
<b>I Le sans-abrime au féminin</b>	p. 25
1) Un phénomène minoritaire et peu nouveau	p. 25
2) Une population invisibilisée	p. 26

3) Le poids des normes	p. 27
<b>II Les femmes enceintes et sans domicile</b>	p. 28
1) Quelques données chiffrées	p. 28
2) Le renforcement des contraintes féminines	p. 32
3) Des besoins spécifiques	p. 34
<b>III Un parcours déterminé par la situation administrative</b>	p. 36
1) Les femmes françaises et en situation régulière sur le territoire	p. 36
2) Les femmes en situation irrégulière	p. 37
3) Les femmes en demande d'asile	p. 39
4) Les femmes ressortissantes de l'Espace Économique Européen	p. 39
<b>IV La grossesse et l'accès à l'hébergement</b>	p. 40
1) Un contexte social complexe	p. 40
2) L'absence de priorisation des situations	p. 42
3) La question des centres maternels	p. 43
<b><u>PARTIE 3 Le parcours périnatal des femmes enceintes sans domicile</u></b>	p. 47
<b>I L'inadaptation du droit commun</b>	p. 47
1) Le suivi grossesse conventionnel	p. 47
2) Le non-recours aux soins imposé	p. 49
a) La priorisation des besoins	p. 50
b) La contrainte financière	p. 51
c) Les ruptures du parcours	p. 51
d) Les traumatismes de la migration	p. 52
3) Le non-recours insoupçonné	p. 53
a) Le manque d'information	p. 53
b) La barrière de la langue	p. 54
c) Les handicaps psychique et mental	p. 55
4) Les freins institutionnels	p. 56
a) La demande de couverture maladie	p. 56
b) La multiplication des guichets	p. 57

c) L'accès aux échographies	p. 58
d) Les représentations des professionnels de santé	p. 59
<b>II Un réseau périnatalité-précarité informel au sein du RSSLM</b>	p. 60
1) Des professionnels qui « bricolent » avec les contraintes	p. 60
2) Un réseau partenarial auto-formé	p. 62
<b><u>PARTIE 4 Les préconisations pour un meilleur accompagnement grossesse</u></b>	p. 65
<b>I Mettre en place une coordination périnatalité-précarité :     l'exemple du réseau SOLIPAM</b>	p. 65
<b>II Permettre un congé maternité : les lits suite de couches</b>	p. 68
<b>III Renforcer les partenariats administratifs et hospitaliers : la question de la PMI en maternité</b>	p. 71
<b>IV Aller à la rencontre des femmes pour les informer</b>	p. 73
<b>Conclusion</b>	p. 76
<b>Bibliographie</b>	p. 79
<b>Annexes</b>	p. 85
– Le tableau récapitulatif des entretiens de femmes sans domicile	p. 86
– L'organigramme de la CMAO	p. 87
– L'agenda de la grossesse du <i>Carnet de santé maternité</i>	p. 88

Les notions de précarité et d'exclusion prennent leur essor dans un contexte de transformations économiques des années 1980 et de chômage massif des années 1990. La sociologie s'intéresse alors aux nouvelles formes de pauvreté qui apparaissent, les décrivant comme résultant d'une insertion professionnelle précaire et de relations sociales fragilisées<sup>2</sup> et s'inscrivant dans un processus aux différentes étapes (intégration, vulnérabilité et désaffiliation). Les populations touchées sont identifiées selon différentes formes de recours à l'aide sociale (les assistés, les fragiles et les marginaux<sup>3</sup>). La « *question SDF* »<sup>4</sup>, relative aux personnes sans domicile fixe, voit le jour dans le champ de la sociologie de la pauvreté et dans le discours politique et institutionnel.

La loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions marque pour l'État, l'obligation de créer, dans chaque département, un dispositif de veille sociale chargé d'orienter et d'informer les personnes sans domicile : le 115 et les services d'accueil et d'orientation (samu sociaux, équipes mobiles et autres dispositifs d'urgence qui seront davantage décrits plus loin). Les acteurs associatifs de terrain s'étaient déjà emparés de la question : le Samu Social de Paris a vu le jour cinq ans plus tôt. C'est aussi en 1995 que paraît le premier rapport sur le mal-logement de la fondation l'Abbé Pierre qui dénonce le difficile accès au logement des plus précaires.

L'appellation de SDF ne relève pas d'une qualification juridique stable et « *désigne une population hétérogène dont les contours, sans définition juridique précise, sont extrêmement variés* »<sup>5</sup> et donc « *ne désigne en rien un groupe défini* »<sup>6</sup>. En tant que catégorie, elle est imprécise et « *par définition floue* »<sup>7</sup>. Les réalités qu'elle revêt sont multiples et elle renvoie à des situations diverses au regard de l'absence de logement. Selon Julien Damon<sup>8</sup>, conventionnellement, le vocable

2 Castel R., *Les Métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Fayard, 1995

3 Paugam S., *La Disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, PUF, 1991

4 Damon J., *La question SDF. Critique d'une action publique*. Presses Universitaires de France, 2012

5 Ibid.

6 Gaboriau P., Terrolle D., *SDF, Critique du prêt-à-penser*, Paris, éd. Privat, 2007

7 Ibid.

8 Damon J., *L'exclusion*, PUF, Paris, 2008

SDF comprend notamment les personnes dépourvus de logement personnel et/ou stable, celles accueillies en centres d'hébergement ou qui fréquentent les services dédiés.

La notion de sans domicile est à distinguer de celle de sans-abri, qui en est une sous-catégorie : « *L'expression "sans-abri" a remplacé celle de sans-logis. Au sens strict, elle désigne les personnes qui ne disposent d'aucun lieu couvert pour se protéger des intempéries (pluie, froid). Elle s'applique aux personnes qui dorment à l'extérieur (dans la rue, dans un jardin public) »<sup>9</sup>. Toujours selon Cécile Brousse, « *Une personne est donc dite sans-domicile si elle dort dans un lieu non prévu pour l'habitation [sont cités entre autres : cave, cabane, voiture, tente, parking...] ou si elle est prise en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation. Ces organismes peuvent fournir des places dans des structures collectives, des chambres d'hôtel ou des appartements ordinaires. Ces hébergements peuvent être proposés pour des durées différentes : d'une nuit à quelques jours, voire plusieurs semaines ou plusieurs mois.* »<sup>10</sup>. Deux critères sont donc appliqués ici: un critère morphologique, le type d'habitat et un critère juridique, le statut d'occupation.*

La typologie ETHOS (*European Typology Homelessness and Housing exclusion*), élaboré par la FEANTSA<sup>11</sup>, propose quant-à elle quatre catégories conceptuelles à distinguer selon les conditions de vie : sans abri, sans logement, logement précaire et logement inadéquate. Les nomenclatures de la CNIS (Conseil National de l'Information Statistique)<sup>12</sup> distinguent trois dimensions liées au logement : le type du local, le droit et le statut de la personne dans l'occupation et la stabilité qui y est liée.

Ces différentes démarches méthodologiques montrent bien la difficulté définitionnelle que pose la catégorie SDF et les multiples expériences qu'elle couvre. Dans sa plus récente enquête sur le sujet<sup>13</sup>, l'INSEE estime qu'environ 141 500 personnes, dont plus de 30 000 enfants, étaient sans domicile en France métropolitaine début 2012. L'augmentation depuis 2001 est de l'ordre de 50 %. Mais les chiffres ne peuvent être que minorés dans la mesure où ne sont pris en compte que

9 Brousse C., Enquête INSEE *Sans domicile 2001, 1ère partie : Définition de la population sans-domicile et choix de la méthode d'enquête*, Insee-Méthodes n°116, 2006

10 Ibid.

11 Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri

12 Clanché F., *Le classement des situations de logement : les sans-domiciles dans des nomenclatures générales, Notes méthodologiques*, In: Sociétés contemporaines N°30, 1998. pp. 181-196

13 Yaouancq F., Lebrère Alexandre, Marpsat M., Régnier V. (Insee), Legley 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



les personnes ayant fait appel à certains types services institutionnels de restauration et d'hébergement.

La représentation du « clochard » a donc évoluée, d'autant que le sans abris<sup>14</sup> (utilisé ici dans son sens large) se conjugue aussi au féminin.<sup>15</sup> Selon Pascale Pichon, jusqu'en 2000, « quasiment aucune étude qualitative n'opérait de distinction entre les hommes et les femmes »<sup>16</sup>. Le phénomène est quantitativement moindre et ses modalités différentes : les femmes dorment rarement dans l'espace public et sont davantage présentes dans les centre d'hébergement de longue durée<sup>17</sup>. Elles sont donc moins visibles mais représentent cependant deux sans-domicile sur cinq<sup>18</sup>. Parmi elles, certaines sont mères, accompagnées de leur(s) enfant(s)<sup>19</sup> ou non et d'autres peuvent être enceintes.

\*

\*

\*

Ce travail est issu d'une commande conjointe de la Coordination Mobile d'Accueil et d'Orientation (CMAO) et du Réseau Santé Solidarité Lille Métropole (RSSLM), deux acteurs majeurs dans la prise en charge des personnes en situation de grande précarité, que je présenterai plus loin. En tant que partenaires, avec des missions d'observatoires dans la prise en charge des personnes en situation de grande précarité, leur constat commun est que leurs services sont de plus en plus sollicités pour des situations de femmes enceintes. Au-delà des alertes régulières des professionnels, la CMAO et le RSSLM se questionnent sur la réalité effective et qualitative du phénomène. Ils s'interrogent aussi sur le parcours de grossesse de ces femmes au regard de leurs difficultés d'hébergement. Dans ces conditions d'hébergement temporaire, d'urgence ou de rue, accèdent-elles à un suivi grossesse ? Quelles sont les modalités de leur recours aux soins ? Quel est l'impact de la situation d'hébergement de ces femmes sur leur parcours médical ?

14 Avramov D., *Homelessness in the European Union*, 1995, Feantsa, p. 90 et 181

15 Vexliard A. *Le clochard*, Paris, Desclée de Brouwer, 1998

16 Boinot K., *Femmes sans abri. Précarité asexuée ?*, VST - Vie sociale et traitements 2008/1 (n° 97), p. 100-105

17 Marpsat M., *Un avantage sous contrainte : le risque moindre pour les femmes de se trouver sans abri*, In: Population, 54<sup>e</sup> année, n°6, 1999. pp. 885-932

18 Yaouancq F., Lebrère Alexandre, Marpsat M., Régnier V. (Insee), Legley 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

19 Observatoire du samusocial de Paris, *Rapport d'enquête ENFAMS, Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France*, octobre 2014

Dans une première partie, je présenterai les commanditaires de ce travail, la CMAO et le RSSLM. J'exposerai également la méthodologie que j'ai adoptée dans ma démarche de recherche qui s'est appuyée sur les ressources de ces deux acteurs.

Ma seconde partie traitera de la question du genre et plus précisément de la spécificité de l'expérience du sans-abrisme chez les femmes, ce qui permettra ensuite une meilleure compréhension de ce qu'implique la grossesse pour une femme sans domicile. Je déterminerai différents parcours hébergement et santé possibles en fonction des droits ouverts ou non par la situation administrative de ces femmes.

Dans ma troisième partie, je présenterai en quoi le parcours de grossesse de ces femmes se distingue du parcours conventionnel en détaillant les difficultés qu'elles rencontrent et qui entraînent un non-recours aux soins. J'expliquerai ensuite en quoi le parcours périnatal des femmes sans domicile repose institutionnellement sur du partenariat informel et des pratiques individuelles.

Je développerai dans une quatrième partie les enjeux entre grossesse et accès à l'hébergement. Je parlerai du contexte social et institutionnel actuel et de la place de la femme enceinte sans domicile dans ce système au regard de sa parentalité à venir.

Je terminerai par des préconisations inspirées de projets existants sur d'autres territoires.

# **PARTIE 1 LES COMMANDITAIRES ET LA MÉTHODOLOGIE.**

La CMAO et le RSSLM travaillent en étroit partenariat dans la prise en charge des personnes en situation de grande précarité. Leur histoire et leur fonctionnement respectifs s'inscrivent dans un contexte global de lutte contre les exclusions et les inégalités.

## **I - LA COORDINATION MOBILE D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION (CMAO).**

### **1) LE CADRE LÉGISLATIF ET HISTORIQUE**

La mission de la CMAO est inscrite à l'article L345-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles et issue de la loi n° 98 657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions qui reconnaît et consolide les structures d'accueil et d'hébergement d'urgence et légalise aussi le concept de veille sociale. Initialement, elle prévoyait : *« Dans chaque département est mis en place, à l'initiative du représentant de l'État dans le département, un dispositif de veille sociale chargé d'informer et d'orienter les personnes en difficulté, fonctionnant en permanence tous les jours de*

*l'année et pouvant être saisi par toute personne, organisme ou collectivité. Ce dispositif a pour mission :*

- d'évaluer l'urgence de la situation de la personne ou de la famille en difficulté;*
- de proposer une réponse immédiate en indiquant notamment l'établissement ou le service dans lequel la personne ou la famille intéressée peut être accueillie, et d'organiser sans délai une mise en œuvre effective de cette réponse, notamment avec le concours des services publics;*
- de tenir à jour l'état des différentes disponibilités d'accueil dans le département. Les établissements et services définis au 8° alinéa de l'article L 312-1 sont tenus de déclarer périodiquement leurs places vacantes au responsable du dispositif mentionné au premier alinéa du présent article. Lorsque l'établissement ou le service sollicité ne dispose pas de place libre ou ne peut proposer de solution adaptée à la situation de la personne ou de la famille qui s'adresse à lui, il adresse l'intéressé au dispositif précité. »*

La rédaction actuelle de l'article L345-2 du Code de l'action sociale et des familles précité, modifié par la loi n°2009-323 du 25 mars 2009 et par la loi n°2014-366 du 24 mars 2014 est désormais plus laconique : *« Dans chaque département est mis en place, sous l'autorité du représentant de l'Etat, un dispositif de veille sociale chargé d'accueillir les personnes sans abri ou en détresse, de procéder à une première évaluation de leur situation médicale, psychique et sociale et de les orienter vers les structures ou services qu'appelle leur état. Cette orientation est assurée par un service intégré d'accueil et d'orientation, dans les conditions définies par la convention conclue avec le représentant de l'Etat dans le département prévue à l'article L. 345-2-4. Ce dispositif fonctionne sans interruption et peut être saisi par toute personne, organisme ou collectivité. »*

C'est en 1994, sous l'impulsion de la FNARS (Fédération Nationale des Associations de Réinsertion Sociale) et l'association Martine Bernard (devenu Éole), qui intervient principalement dans le secteur de l'hébergement pour personnes sans domicile fixe, qu'est mis en place le temps de la campagne hivernale l'*antenne mobile*. C'est un dispositif inspiré du SAMU (Service AMbulatoire d'Urgence) social de Paris créé en 1993 par Xavier Emmanuelli. Il est décidé ensuite de pérenniser cette antenne mobile, sous la forme d'une association elle-même coordination d'association. Les statuts de l'association, sont déposés en préfecture le 10 juin 1996.

## **2) LE PROJET ASSOCIATIF**

L'objectif premier de la CMAO est de redonner à chaque personne les moyens d'être auteur et acteur de sa propre vie. L'organisation de l'accueil, de l'orientation, et de l'hébergement d'urgence est conçue comme un dispositif transitoire orienté vers la mise en place de solutions pérennes. Dès le premier contact, il s'agit de mobiliser au mieux les moyens permettant à terme d'accompagner, par une structure adhérente ou non, la personne vers un changement durable de sa situation. Ceci impose de se mettre immédiatement dans le projet d'une trajectoire vers l'autonomie, dans le cadre d'un parcours individualisé. La lisibilité des fonctionnements et d'une transparence des pratiques est nécessaire pour faciliter l'accès des personnes concernées aux réponses proposées, et pour organiser les complémentarités.

Le principe fondamental selon l'article 2 du projet de la CMAO, est de secourir la personne vulnérable. Toute personne ne disposant pas, à un instant donné, de moyens pour se mettre à l'abri, doit se voir apporter une aide immédiate, digne et respectueuse de ses droits. Aucune exigence particulière ne peut être invoquée pour contourner l'obligation générale d'accueil. Par la coordination du dispositif, et par la mobilisation et la mutualisation des ressources, tous les publics, sans discrimination, doivent pouvoir être informés, accueillis et orientés.

Un objectif primordial est détaillé dans l'article 3 : il s'agit d'orienter utilement les personnes. La mobilisation de compétences multiples, réponse à la nécessité d'approche globale de la situation des personnes, ne doit pas conduire à un morcellement des interventions, et à une dilution de l'accompagnement. La CMAO, de par sa vocation de plateforme de premier accueil, se doit de rechercher les moyens les plus adaptés au regard de l'objectif de retour vers l'autonomie de la personne, de s'informer sur l'évolution des parcours individuels et de prendre en considération les phénomènes de rupture.

L'article 4 du projet stipule le rôle essentiel de la CMAO : exercer un devoir d'alerte. Ses missions de veille et d'observation sociales lui confèrent une connaissance précise de situations individuelles particulières et une vision d'ensemble des phénomènes d'exclusion et de détresse sociale. La CMAO est donc légitimement investie d'une mission d'information, dans les délais les

plus courts, auprès des acteurs politiques et institutionnels à même de favoriser la prise de décisions.

Enfin, dans le dernier article de son projet, la CMAO détaille son rôle central de veille à la coordination du dispositif Accueil, Hébergement, Insertion. Les acteurs mobilisés dans le dispositif AHI de la métropole lilloise ont fait le choix d'une coordination concertée dans un cadre associatif. Au-delà des missions techniques de veille sociale et de Samu social que lui confie le Préfet, l'association CMAO vise à construire et à réguler les complémentarités dans un ensemble, au sein duquel il est possible de tenir compte des singularités de chaque adhérent.

### **3) LES DIFFÉRENTS SERVICES**

#### **Le 115**

Ce numéro vert national pour les personnes sans abri a été mis en place par la circulaire du 30/05/1997 du ministère du travail et des affaires sociales et du secrétariat d'état à l'action humanitaire d'urgence. Le 115 a pour missions principales d'orienter et de proposer un hébergement, selon les disponibilités, aux personnes et familles en difficulté, après évaluation de la situation d'urgence sociale et en fonction des listes d'attente SIAO, régies par un critère d'ancienneté de la demande.

Il a aussi pour mission d'informer sur les ressources locales en matière d'aide alimentaire, de vestiaire, d'accueil de jour, d'accès au soin et à l'hygiène, de services sociaux ou encore, d'apporter des réponses aux questions administratives, juridiques, en matière d'ouverture de droit, avec le degré de connaissance qu'ont les travailleurs sociaux. Ces derniers se doivent de proposer des orientations adaptées selon les situations exposées et les demandes, toujours en fonction des moyens disponibles.

Le 115 propose ainsi une écoute attentive à partir d'une relation à distance que les personnes ne trouvent parfois plus par ailleurs. Il a donc une fonction de reconnexion sociale et de maintien du lien pour des personnes qui peuvent se trouver en situation d'isolement extrême.

Sous la responsabilité du chef de service (0,5 ETP), 7 travailleurs sociaux ont pour missions : l'accueil téléphonique, une écoute attentive, une information de qualité, une évaluation affinée, une orientation adaptée au regard de la situation sociale globale de la personne ou de la famille. Ils se relaient chaque jour de 7h30 à 23h30. La nuit, deux associations partenaires, l'AFR et Éole gèrent la permanence d'accueil. En moyenne, 12 810 demandes auprès du 115 sont exprimées chaque mois et 142 893 l'ont été sur l'année 2016, parmi lesquels 11% de femmes seules avec enfants et 9% de couples avec enfants .

### **Les Équipes Mobiles**

A l'origine du travail des équipes mobiles, la fonction de SAMU Social se décline sous deux missions principales de travail de rue dénommées « dispo 115 » et « maraude non dirigée ». Le SAMU Social a comme principe d'action d'aller à la rencontre des personnes à la rue, avec pour objectif premier de proposer une aide en fonction des demandes de la personne et des capacités de réponses mises à disposition. Il a comme mission principale de répondre à l'urgence sociale à partir notamment, de ses liens permanents avec l'équipe du 115. Aussi, il effectue des maraudes non dirigées, allant vers des personnes qui, sans lui, n'auraient peut-être plus contact avec aucun intervenant social. Les équipes valorisent ainsi le principe de « care », pour un public particulièrement ancré à la rue, concerné par un processus de marginalisation, pour qui une logique de « projet » ne trouve pas sens.

Le service équipes mobiles regroupe 12 personnes (11, 1 ETP) à l'année et 16 pour la période hivernale (12 ETP, 5 annualisés) soit 5 travailleurs sociaux (+2 x 1 ETP en hiver), 5 agents d'accueil (+2 x 0.86 ETP en hiver), 1 infirmier détaché du CHRU de Lille (+1 ETP en hiver). L'ensemble de l'équipe sous la responsabilité d'un cadre socio-éducatif (0,5 ETP). Les équipes mobiles interviennent 365 jours par an, de 9h à 23h30 (16h30-23h30 les week-ends et jours fériés), sur l'ensemble de l'arrondissement de Lille. En 2016, l'équipe mobile a effectué 6 720 interventions, pour 14 209 prestations auprès de 2 324 personnes.

### **Le SIAO**

La mise en place du SIAO, Service Intégré d'Accueil et d'Orientation en Janvier 2011 est encadrée par la circulaire du 08 Avril 2010 et l'article L.354-2 du code de l'action sociale. Il a pour vocation de simplifier les démarches d'accès à l'hébergement et au logement, de traiter avec équité

les demandes, de coordonner les différents acteurs de la veille sociale et de l'accès au logement, de contribuer à la mise en place d'observatoires locaux.

Le S.I.A.O. vise à rendre plus simples, plus transparentes et plus équitables les modalités d'accueil dans le dispositif d'hébergement, et de favoriser l'accès au logement des personnes hébergées. L'opérateur SIAO assure une coordination entre les disponibilités mises à disposition par les hébergements et les demandes d'hébergements elles-mêmes. Il se doit de proposer une orientation adaptée à la demande de la personne et aux préconisations faites par les travailleurs sociaux. L'opérateur SIAO propose une réflexion au sein de l'équipe du SIAO afin de faire évoluer le dispositif et les pratiques durant les commissions et les diverses réunions des instances du SIAO.

### **Les dispositif DAHO et HUDA**

Le droit au logement opposable est entré en application le 1er janvier 2008. Le volet hébergement de cette loi permet d'exercer un recours devant la Commission de Médiation en vue de l'accueil dans une structure d'hébergement, logement de transition, logement foyer ou résidence hôtelière à vocation sociale. L'instruction du recours DAHO et la recherche d'un hébergement pour les ménages reconnus prioritaires et urgents, en lien avec le SIAO, ont été confiées à la CMAO pour l'arrondissement de Lille. Une assistante de service social s'y consacre à mi-temps.

Concernant le dispositif HUDA (Hébergement d'Urgence pour les Demandeurs d'Asile), les missions assurées par la CMAO consistent en l'actualisation mensuelle de la liste d'attente, le signalement des situations particulièrement préoccupantes des ménages en demande d'asile auprès de la DDCS, les propositions d'orientation en HUDA et la participation aux Commissions Locales d'Admission. Deux travailleurs sociaux et une secrétaire, assurent la gestion du dispositif HUDA depuis sa mise en place.

## **4) LE CONSEIL D'ADMINISTRATION ET LES FINANCEURS**

Le conseil d'administration est composé de 24 associations. Ainsi les membres du bureau et le conseil d'administration sont des responsables associatifs intervenant tous dans le secteur de la



lutte contre les exclusions. Le bureau de l'association se réunit deux fois par mois, y sont traités les sujets relatifs au fonctionnement de l'association. Des thématiques plus politiques y sont abordées, comme la dénonciation du manque de places d'hébergement par exemple. Ce positionnement politique, s'il est indéniablement nécessaire, n'est pas sans conséquences sur les rapports entre la CMAO et les services de l'État, notamment la DDCS (Direction Départementale de la Cohésion Sociale), qui est le principal financeur de la CMAO (à hauteur de 94% des financements pour 2017 soit 1 509 439 euros).

## **II - LE RÉSEAU SANTÉ SOLIDARITÉ LILLE** **MÉTROPOLE**

### **1) LE CADRE DU RÉSEAU**

Fondé en 2005, le Réseau Santé Solidarité Lille Métropole (RSSLM) est un réseau de santé au titre de l'article L 6321 -1 du 4 mars 2002 du Code de la Santé Publique. Ses membres fondateurs et son comité de pilotage sont :

- des dispositifs de soins, d'accueil et d'hébergement d'urgence : la CMAO, Médecins Solidarité Lille (MSL), Association Baptiste pour l'Entraide et la Jeunesse (ABEJ), l'équipe mobile santé mentale et précarité Diogène;
- des établissements de santé : le Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille (GHICL) ; le CHRU de Lille, l'Établissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise (EPSM-AL), qui assure les missions de promoteur du réseau conformément aux articles R 162-59 et suivants du Code de la Sécurité Sociale et aux articles D 766-1-1 et suivants du Code de la Santé Publique ;
- la médecine libérale : l'Union Régionale des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux (URPS - ML Haut de France) ;
- la Ville de Lille.

Ses membres sont notamment les associations de structures d'accueil et d'hébergement de la métropole lilloise, dont les associations porteuses du dispositif LHSS (Lits Halte Soins Santé, présenté plus loin), certaines structures de soins et de rééducation (La vie devant soi, L'Espoir), l'EPSM Lille Métropole, l'ANPAA (l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie), la Direction Tsiganes et Voyageurs de La Sauvegarde du Nord, l'Institut Pasteur de Lille et le Conseil Général du Nord - DT de Lille.

La coordination du réseau est détaillée dans le tableau suivant issu du rapport d'activité 2017 du réseau :

Poste	Nom	ETP	Missions	Remarques
Coordinatrice	LEMAIRE Christelle	1	Coordination administrative et financière, et animation du réseau	
Régulateur médical LHSS	MORHAN Hélène	0,5	Régulation du dispositif LHSS	
Coordination médicale	Christian MATTON	0,3	Coordination parcours patient, élaboration d'axes de travail,...	Subvention versée par le RSSLM auprès de l'ABEJ
Coordination médicale	Marie-Laure FRYS			

Le RSSLM est financé par l'ARS (Agence Régionale de la Santé) via le FIR (Fonds d'Intervention Régionale) qui finance les missions de coordination des parcours de soins (coordination médicale, administrative et frais de fonctionnement) à hauteur de 122 000 euros.

## **2) LES OBJECTIFS**

Le projet du RSSLM se base sur :

- des principes de politique de santé : favoriser l'accès aux soins et aux droits, assurer la continuité des soins, garantir et améliorer une prise en charge adaptée ainsi qu'un accompagnement global et cohérent au plan médico-psycho-social ;
- des principes de solidarité (de politique sociale et d'éthique) : refuser que la précarité soit un

facteur excluant de notre système de santé, délivrer des soins sans discrimination, placer la personne au cœur des préoccupations de santé. Ainsi, le réseau se propose d'apporter une réponse aux situations complexes. Il a pour finalité de faciliter l'accès aux soins et aux droits des personnes fréquentant une des structures du réseau et d'améliorer la prise en charge médico-psycho-sociale des populations précaires afin qu'elles puissent être orientées, dans la mesure du possible, dans les dispositifs de droit commun. Pour les professionnels, il permettra de consacrer du temps à la formation de ses acteurs et d'améliorer la qualité de travail.

Le réseau s'adresse, sur la métropole lilloise, à toutes les personnes en situation de précarité et/ou sans domicile fixe sans condition d'âge ni d'origine géographique. Ses actions visent en particulier les personnes sans domicile fixe, sans couverture sociale ou n'ayant pas la possibilité de faire l'avance des frais. Toutes les pathologies sont prises en charge au sein du réseau et notamment les conduites addictives, la traumatologie due à la violence, les différentes affections (dermatologie, ORL, maladies infectieuses, dentaires ...) qui résultent des conditions de vie, les pathologies psychiatriques, le suivi médical des femmes enceintes en situation d'urgence sociale.

### **3) LES OUTILS**

Les centres de santé MSL et de l'ABEJ Solidarité constituent la « porte d'entrée » dans le réseau (en 2017, 5228 patients, 12705 consultations et 7704 entretiens sociaux) et investissent la coordination médicale du RSSLM. Des réunions de coordination (40 en 2017) réunissent les membres du réseau et permettent de faire remonter les problématiques transversales et de travailler aux actions stratégiques, aux projets et à l'organisation.

Les interventions (15 en 2017) visent à coordonner les parcours complexes en réunissant les partenaires autour de situations individuelles ou de problématiques telles que le besoin de soins des personnes migrantes victimes de tortures, le recensement des ressources pour les personnes souffrant de troubles cognitifs liés à l'alcool, les situations de grossesse à la rue, etc... Selon le public abordé, les interventions entrent dans les catégories « santé-précarité » pour les adultes ou « pédiatrique » pour les enfants.

Des groupes de travail se constituent en fonction des problématiques relevées sur le terrain des prises en charge et partagées par plusieurs membres et partenaires. En 2017, sept groupes de travail sont animés par le réseau : « Site internet du RSSLM », « Dossier Social Partagé », « Éthique », « Pédopsychiatrie et précarité », « Interprétariat », « Patient traceur », « LHSS/LAM ».

Le réseau propose également des formations à destination des professionnels. En 2017, six formations ont été dispensées. La dernière traitait de la dépression post natale et était animée par le Docteur Patricia Do Dang, cheffe de pôle pédopsychiatrie à l'ESPM-AL. Depuis 2007, le RSSLM s'est associé à Médecins du Monde et à la faculté de Médecine de Lille dans la création d'un Diplôme Universitaire « santé précarité ». Le rôle de formation du réseau comprend aussi des interventions en école de professionnels de la santé et du social. L'objectif est de valoriser une approche globale et de créer une culture commune via des outils et de l'information partagés par les différents secteurs.

Le RSSLM, via MSL, coordonne également le dispositif de Lits Halte Soins Santé (LHSS). Ils sont destinés à l'accueil temporaire des personnes, quelle que soit leur situation administrative, dont l'état de santé, la pathologie ou l'état général, somatique et/ou psychique, ne justifie pas d'hospitalisation mais nécessite une prise en charge adaptée, qui aurait eu lieu à domicile si elles en avaient un. L'indication d'accueil en LHSS est médicale. L'admission de patients en LHSS se fait prioritairement pour des cas d'épisode infectieux aigu, de petite traumatologie, de lésions dermatologiques importantes, d'altération de l'état général nécessitant des soins et un bilan médical, pour toute pathologie aiguë. Les pathologies chroniques et les situations de handicap ne relevant pas des LHSS. La durée prévisionnelle de l'accueil doit être inférieure à deux mois, renouvelables selon la situation. En 2017, la durée moyenne de séjour est de 120 jours, la durée médiane de 88 jours. En 2017, les lits étaient au nombre de 37 répartis sur cinq foyers d'hébergement (au sein de quatre associations membres) et ont permis la prise en charge de 131 personnes.

Enfin, le RSSLM a une mission de veille sanitaire et sociale. Grâce à son regard global et transversal, il remplit un rôle d'observatoire de la grande précarité sur la métropole et d'alerte des tutelles sur les problématiques rencontrées. Le réseau participe ainsi à la concertation sur la rédaction du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

### **III - LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE**

#### **1) LA MÉTHODE EMPLOYÉE**

La CMAO a été le terrain d'accueil du stage. J'y ai effectué ce que la structure nomme le « kit 3 jours » : une journée en double écoute au 115 et deux autres sur les équipes mobiles. Ainsi, j'ai pu y faire des observations participantes visant à mieux appréhender le fonctionnement des services. J'ai aussi participé à des temps de travail et de formation via le RSSLM afin d'affiner ma connaissance du réseau partenarial et de ses pratiques. J'ai passé également beaucoup de temps à échanger avec les différents professionnels, de manière informelle, afin d'approfondir ma compréhension du terrain. La coordinatrice du RSSLM, Madame Christelle Lemaire, m'a été d'une aide précieuse dans ce travail.

Lors d'entretiens formels, j'ai rencontré des professionnels au centre du dispositif d'accompagnement médico-sociale des femmes enceinte en grande précarité. J'ai rencontré un médecin de MSL, un chef de service d'accueil de jour, une éducatrice spécialisée de centre maternel, une infirmière qui intervient auprès de roms et une assistante sociale de maternité. J'ai rencontré également plusieurs sages-femmes aux parcours divers : PMI, maternité et bénévoles d'associations. Mon objectif était de déterminer le parcours possible d'accompagnement grossesse de ces femmes, ce qui leur est proposé institutionnellement. J'ai ainsi mis en lumière le réseau de la prise en charge, ses différents acteurs et leur dynamique.

Enfin, bien évidemment, j'ai interviewé des femmes enceintes ou ayant accouché il y a moins de deux mois et connaissant des difficultés au regard de l'hébergement. Ces cinq femmes ont en commun d'avoir sollicité le 115 à un moment de leur parcours. Via des trajectoires de vie, mon but était de rendre compte du parcours effectif d'accompagnement de la grossesse. Pour rentrer en contact avec ces femmes, les professionnels de la CMAO m'ont orientée vers d'autres professionnels travaillant dans des structures qui accueillent ou hébergent ce public. Ainsi, mon travail a été présenté en amont aux femmes par un professionnel qu'elles connaissent. Les entretiens ont eu lieu sur les structures.

Par souci de confidentialité, les structures et services, hormis la CMAO et le RSSLM, ont été anonymisées, ainsi que bien entendu les professionnels et les femmes rencontrées. Je désigne les femmes par une lettre, se voulant être une initiale possible d'un nom de famille (Madame T. ou Madame V. par exemple). J'aurais préféré faire l'usage d'un nom de substitution, mais pour des patronymes d'origine étrangère, je n'ai pas voulu mettre en jeu mes propres représentations.

## **2) LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES**

### **L'approche définitionnelle :**

Après l'état de grossesse, la question du genre est la moins contestable de mon intitulé de recherche puisque non questionnée ici : leur maternité les classe d'emblée dans la catégorie femmes. Ma difficulté concerne plus spécifiquement leur situation vis-à-vis du logement : elles n'ont pas de logement personnel, elles en sont privées (mais ne l'ont pas toujours été). Elles ont des expériences de l'absence de logement très différentes. Certaines ont passé quelques nuits à la rue, sans aucune solution d'hébergement ou de mise à l'abri, d'autres sont ou ont été hébergées chez des tiers, en institution d'urgence ou de « stabilisation », ou dans des « camps de Roms ».

Leur point commun est de solliciter les services de la CMAO pour tenter d'être hébergées et de bénéficier d'une meilleure solution que celle qu'elles vivent actuellement. Ces femmes sont en situation de grande précarité (mais existe-t-il une « petite précarité » ?<sup>20</sup>), elles sont sans domicile ou sans abri, ce qui les définit au regard de leur manque. D'un point de vue éthique, il est ainsi difficile de les nommer. Je m'en référerai le plus possible ici à leur « situation » : « situation de précarité », « situation de mal logement », à la manière dont le cadre législatif qualifie le handicap comme situation créée par l'environnement<sup>21</sup>. Or, et comme dans cette terminologie liée au champ du handicap, dire de ces femmes qu'elles sont « en situation de handicap social », ne dit pas qu'elles ont été mises dans cette situation par le social lui-même, qu'elles ont été exclues socialement.

20 Gaboriau P., Terrolle D., *SDF, Critique du prêt-à-penser*, Paris, éd. Privat, 2007

21 La loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

## **L'absence de données quantitatives**

La CMAO utilise une base de données nommée Osiris qui est l'outil principal des équipes de l'ensemble des acteurs du dispositif AHI<sup>22</sup>. Depuis cette base de données, l'extraction de chiffres est complexe :

- Osiris n'est pas un outil statistique, mais un outil de gestion des dossiers : il n'est pas adapté à une approche chiffrée et globale, mais permet de renseigner des données individuelles.
- Les fiches sont nominatives et la grossesse repérée selon le cochage d'une case : l'accouchement entraîne une révision de la fiche, si le service en a été informé. La composition familiale doit alors être actualisée.
- L'actualisation des données est soumise à la multiplicité des intervenants ayant accès à la base de données qui n'en ont pas tous le même usage du fait de leurs pratiques.
- L'absence de dispositif d'accueil spécifique à cette population ne nécessite pas qu'elle soit comptabilisée de manière précise. Elle accède à l'hébergement selon un critère d'ancienneté de la demande.

J'ai cependant dégagé quelques chiffres que je présente plus loin et qui croisent le discours des professionnels que j'ai rencontrés.

## **Les freins à la parole**

Il m'a été compliqué de rencontrer ces femmes dans le cadre des entretiens. La difficulté la plus évidente a été la barrière de la langue. Je n'ai pu recueillir les propos de certaines femmes parce que cela s'est avéré linguistiquement impossible : elles ne parlent peu ou pas le français. La possibilité d'un interprétariat a été évoquée avec le RSSLM mais sur une enveloppe liée aux soins. Éthiquement, j'ai ainsi préféré ne pas y avoir recours. Ainsi, je n'ai pas interviewé de femmes roms vivant dans un bidonville, catégorie pourtant non négligeable de mon étude. J'ai cependant rencontré des professionnels les accompagnant spécifiquement.

J'ai également essuyé beaucoup de refus d'entretien. Les professionnels qui ont présenté mon travail ne les ont pas chiffrés précisément, mais cela concerne une dizaine de femmes. Une des explications à ces refus peut être que je n'ai pu exposer directement mon travail aux femmes. Je n'ai donc pas pu me présenter et échanger avec elle de ma façon de procéder. Je ne mets pas en cause

22 Accueil Hébergement et Insertion, renvoyant aux acteurs du secteur selon un référentiel d'activités datant de 2004.

la façon de faire des professionnels qui m'ont servi d'intermédiaire mais je pense que l'échange direct aurait pu lever des freins par ce que la rencontre permet d'immédiateté et de lien.

En outre, comme le souligne Carole Amistani<sup>23</sup>, l'indisponibilité à se raconter relève d'une stratégie défensive. C'est une réaction aux nombreuses sollicitations institutionnelles qui, pour bénéficier d'aide, nécessitent de parler de soi multipliant ainsi les situations de récit de sa précarité. Enfin, au-delà des simples refus de témoigner, certaines femmes ont été absentes au rendez-vous fixé ou l'ont annulé sans en refixer. Ces dernières ont été au nombre de cinq. Les raisons de leur indisponibilité à l'échange sont relatives à leur parcours personnel, de migration et/ou d'hébergement. Elles sont à analyser plus largement et à mettre en lien avec certaines de leurs caractéristiques communes, notamment leur invisibilisation volontaire, qui complexifient l'accompagnement à la grossesse et dont traite en partie mon travail.

**La CMAO et le RSSLM travaillent en étroite partenariat dans le cadre de leurs missions. La CMAO est un acteur central du réseau. Un infirmier y est détaché par le CHRU de Lille, dans le cadre de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) transversale. Issus de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, les PASS sont des dispositifs hospitaliers favorisant l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité. Ainsi, ce détachement à temps plein contribue à la transversalité et à l'intersectorialité visé par le réseau afin de coordonner au mieux les parcours des personnes. La CMAO et le RSSLM sont donc confrontés aux mêmes questionnements quant-à certains publics d'où leur commande commune autour de la question du parcours de grossesse des femmes enceintes à la rue. Les difficultés que j'ai eu à rencontrer ces femmes ont constitué un axe de réflexion autour de leur volonté de ne pas être visible que je développe plus loin.**

23 Amistani C., *Les femmes sans domicile : domination sociale et ambiguïté de la prise en charge*, in Gaboriau P. et Terrolle D. (dir), *Ethnologie des sans-logis*, Paris, l'Harmattan, 2003



## **PARTIE 2 : LES FEMMES SANS-DOMICILE : QUI SONT-ELLES ?**

Les femmes sans abri constituent un « objet à la lisière de plusieurs domaines de la sociologie »<sup>24</sup>. En effet, elles s'inscrivent dans plusieurs sous-champs, comme celui de la sociologie de la pauvreté, de la sociologie urbaine, de l'immigration ou de la famille et même des études de genres. Les femmes enceintes sans domicile présentent des spécificités liées à leur genre associées à des caractéristiques en lien avec leur état de grossesse et la grande précarité. Leur situation administrative va déterminer leur ouverture de droits à la santé et à l'hébergement. Dans un contexte social particulier, l'accès concret à l'hébergement de ces femmes n'est pas sans poser question.

### **I - LE SANS-ABRISME AU FÉMININ**

#### **1) UN PHÉNOMÈNE MINORITAIRE ET PEU NOUVEAU**

D'après la dernière étude INSEE et INED sur l'hébergement des sans domicile<sup>25</sup>, au moins 142 900 personnes étaient sans domicile en France métropolitaine en 2012. Leur nombre a progressé de près de 50 % par rapport à l'enquête de 2001 (environ 93 000). Dans les villes d'au moins 20 000 habitants, 82 200 adultes sans domicile, accompagnés de 30 100 enfants, utilisaient

24 Marcillat A., *Femmes sans-abri à Paris Étude du sans-abrisme au prisme du genre*, mémoire de Master 2.

25 Yaouancq F., Lebrère Alexandre, Marpsat M., Régner V. (Insee), Legley 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

les services d'aide. Il convient d'ajouter le nombre de 22 500 personnes accueillies en CADA (Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile) et de 8 100 pour les agglomérations plus petites.

Les femmes restent sous-représentées par rapport aux hommes. Toujours selon l'enquête de 2012, elles représentent deux sans domicile sur cinq (38%) et sont 14% à être seules. La proportion de femmes diminue lorsque l'âge augmente (48 % parmi les 18-29 ans, 31 % parmi les plus de 50 ans). Elles sont peu nombreuses à être sans abri ou en hébergement collectif à quitter le matin : respectivement 5 et 9%. On les retrouve en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), (36%) et en hôtel dans le cadre d'une prise en charge associative (63%), souvent avec des enfants (une femme sur trois).

Selon Marjorie Lelubre : « *La hausse du nombre absolu de femmes sans-abri s'inscrirait (...) dans une amplification du phénomène du sans-abrisme en lui-même, plus que dans sa féminisation* »<sup>26</sup>. Elle renvoie à un ouvrage de la FEANTSA<sup>27</sup> datant de 10 ans qui présentait déjà cette féminisation comme un phénomène nouveau. Cette augmentation du nombre de personnes à la rue est à analyser au regard de l'arrivée massive de personnes migrantes dont la population s'est elle-même féminisée. Selon l'étude de l'INSEE plus de la moitié des personnes sans domicile (53%) sont nées à l'étranger. Elles étaient 38 % en 2001. Dans son enquête *Enfants et familles sans logement*<sup>28</sup>, l'Observatoire du Samusocial de Paris s'est intéressé notamment à l'origine des familles sans-abri. Selon elle, plus de neuf parents sur dix seraient nés à l'étranger.

## **2) UNE POPULATION INVISIBLE**

La majorité des personnes sans domicile appartiennent aux classes les plus pauvres de la population où les femmes sont les plus nombreuses. Or, comme je l'ai expliqué ci-dessus, elles sont sous-représentées dans la population sans domicile : leur parcours résidentiel est moins sujet que les hommes à des épisodes d'errance ou de rue. Tout d'abord, les femmes quittent moins facilement leur domicile en cas de difficultés, comme dans le cadre des violences conjugales par exemple, et elles

26 LELUBRE M., *La féminisation du sans-abrisme bruxellois : une évolution à mieux définir*, Brussels Studies, Numéro 62, 29 octobre 2012

27 Fédération Européenne des Associations Travaillant avec les personnes Sans Abri

28 Observatoire du samusocial de Paris, *Rapport d'enquête ENFAMS, Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France*, octobre 2014

« supporteraient donc plus longtemps des situations familiales conflictuelles »<sup>29</sup>. Il est ici question notamment de la dépendance économique et/ou de l'emprise psychologique qui empêchent certaines femmes de quitter leur conjoint.

En second lieu, selon Maryse Marpsat<sup>30</sup>, les femmes ont un risque plus faible de se retrouver sans logement du fait de solidarités familiales et amicales plus fortes que pour les hommes. L'accès au logement et aux prestations sociales leur sont facilités d'autant plus si elles sont mères, via des prestations spécifiques<sup>31</sup>. Elles trouvent également plus de solutions d'hébergement dans leur réseau personnel. Enfin, elles sont plus présentes dans les centres d'hébergement de longue durée et quand elles sont accompagnées d'enfants, elles « accèdent à des structures non spécifiquement destinées au sans-domicile plus facilement que les hommes »<sup>32</sup> (c'est le cas pour les centres maternels par exemple). Ainsi, les femmes dorment rarement dans l'espace public et ont un recours facilité à l'hébergement par rapport aux hommes dans une même situation de difficulté à se loger. Cependant, elles subissent de la même manière la saturation des dispositifs d'hébergement propre au contexte social.

### **3) LE POIDS DES NORMES**

La « sympathie »<sup>33</sup> qu'elles rencontrent est socialement plus spontanée et leur permet davantage de solutions d'hébergement chez un tiers ou une éventuelle prise en charge institutionnelle plus rapide. Les représentations sociales traditionnelles de la femme se transposent aux femmes sans domicile. Elles sont vues comme des personnes vulnérables, à préserver plus que les hommes et qui ne devraient pas être sans foyer – le foyer domestique qui renvoie encore à la sphère du féminin, comme le souligne Karine Boinot : « la femme SDF, plus que l'homme, met à mal nos idéaux et nos représentations, notamment à propos du logement. Des représentations sociales lient la femme à la maison, car historiquement, on pourrait même dire anthropologiquement, la maison détermine elle-même le champ social attribué à l'activité des

29 Marpsat M., *Un avantage sous contrainte : le risque moindre pour les femmes de se trouver sans abri*, In: Population, 54<sup>e</sup> année, n°6, 1999. pp. 885-932

30 Marpsat M., *Ibid*

31 Amistani C., *Les femmes sans domicile : domination sociale et ambiguïté de la prise en charge*, in Gaboriau P. et Terrolle D. (dir), *Ethnologie des sans-logis*, Paris, l'Harmattan, 2003

32 Marpsat M., *Ibid*

33 Clark C., *Misery and compaigny : sympathy in every life*, The University of Chicago Press, 1997.

*femmes, et symboliquement elle recoupe un ensemble d'interprétations afférentes au féminin (refuge, mère, sein)»<sup>34</sup>. Ces femmes permettent plus facilement l'identification et sont rendues moins responsables de leur situation que les hommes. Elles sont de potentielles victimes d'un homme qu'elles ont quitté avant de se retrouver sans domicile et elles sont devenues potentiellement vulnérables à d'autres hommes dans la rue.*

Les femmes fréquentant la rue sont en effet davantage exposées à des violences notamment sexuelles. Selon la Fondation Lecordier<sup>35</sup>, 70 % des femmes sans domicile ont déjà été agressées sexuellement. Elle se retrouvent donc dans un « double jeu » selon Maryse Marpsat, qui est de dissimuler leur féminité pour se protéger et savoir aussi la mettre en avant lorsqu'il s'agit de solliciter un tiers, lors de la manche ou dans le rapport aux institutions. Pour Corinne Lanzarini : « *Le laisser-aller corporel signe l'oubli de soi qui est incompatible avec une insertion sociale réussie* »<sup>36</sup>. Ces femmes en viennent ainsi à s'invisibiliser délibérément : soit en adoptant des conduites masculines et en se fondant parmi les pairs, soit en se conformant aux normes sociales sexuées afin de s'éloigner le plus possible de l'étiquette de sans domicile et de ses stigmates. L'injonction à l'autonomie (par la norme travail et ce qu'elle renvoie d'autosuffisance et d'indépendance) à laquelle elles ne peuvent se plier vient renforcer un sentiment de honte qui constitue un « *symptôme de la déviance au regard des normes sexuées* »<sup>37</sup>.

## **II - LES FEMMES ENCEINTES ET SANS DOMICILE**

### **1) QUELQUES DONNÉES CHIFFRÉES**

Je n'ai trouvé nulle part de chiffres globaux concernant ces femmes que ce soit au niveau national ou local. Depuis la base de données de la CMAO, j'ai pu cependant dégager quelques

34 Karine B., *Femmes sans abri. Précarité asexuée ?*, VST - Vie sociale et traitements 2008/1 (n° 97), p. 100-105

35 Fonds de dotation Lecordier pour les femmes SDF : <https://www.fondslcordier.org/>

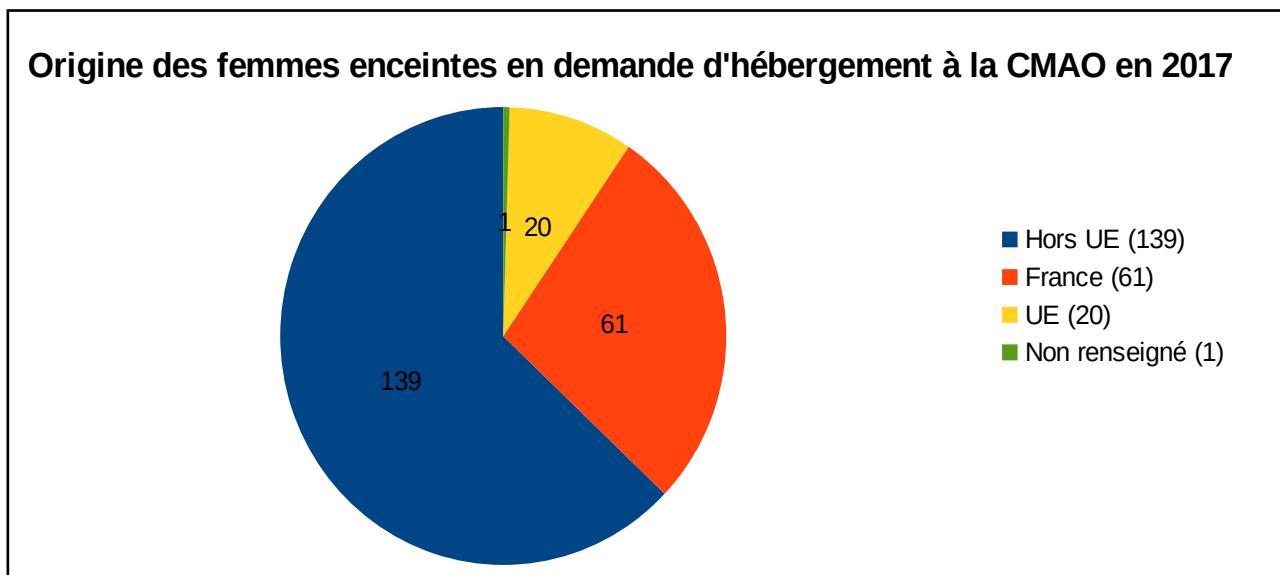
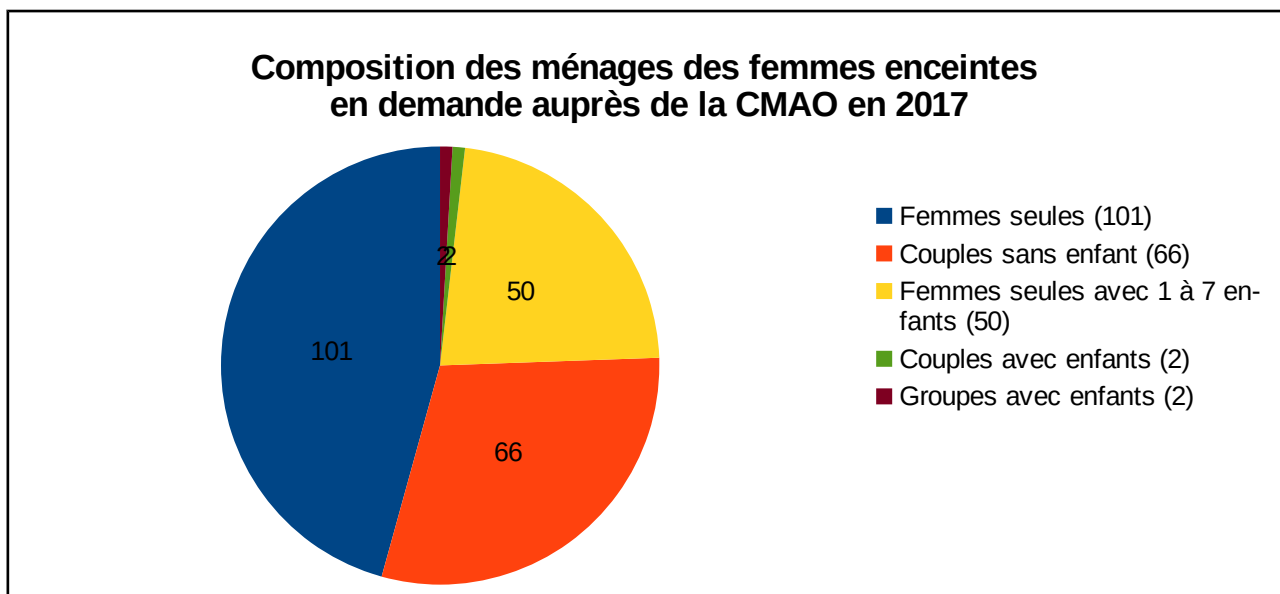
36 Lanzarini C., *Survivre à la rue. Violences faites aux femmes et relations aux institutions d'aide sociale*, Cahiers du Genre 2003/2 (n° 35), p. 95-115

37 Marcillat A., *Femmes sans-abri à Paris Étude du sans-abrisme au prisme du genre*, mémoire de Master 2

chiffres, ce qui n'a pas été sans difficulté comme je l'explique dans ma partie relative à la méthodologie.

J'ai ainsi coché les items suivants : « *enceinte* » et « *femme* ». J'ai renseigné les dates de dernière demande au 115 (du 01/01/2017 au 31/12/2017) et les dates possibles de terme (de 01/01/2017 au 01/10/2018). Le but était ainsi d'obtenir la liste de toutes les femmes enceintes au moment de leur demande d'hébergement au 115 sur l'année 2017. J'en ai comptabilisé 221. J'ai dénombré une cinquantaine de femmes en demande chaque mois.

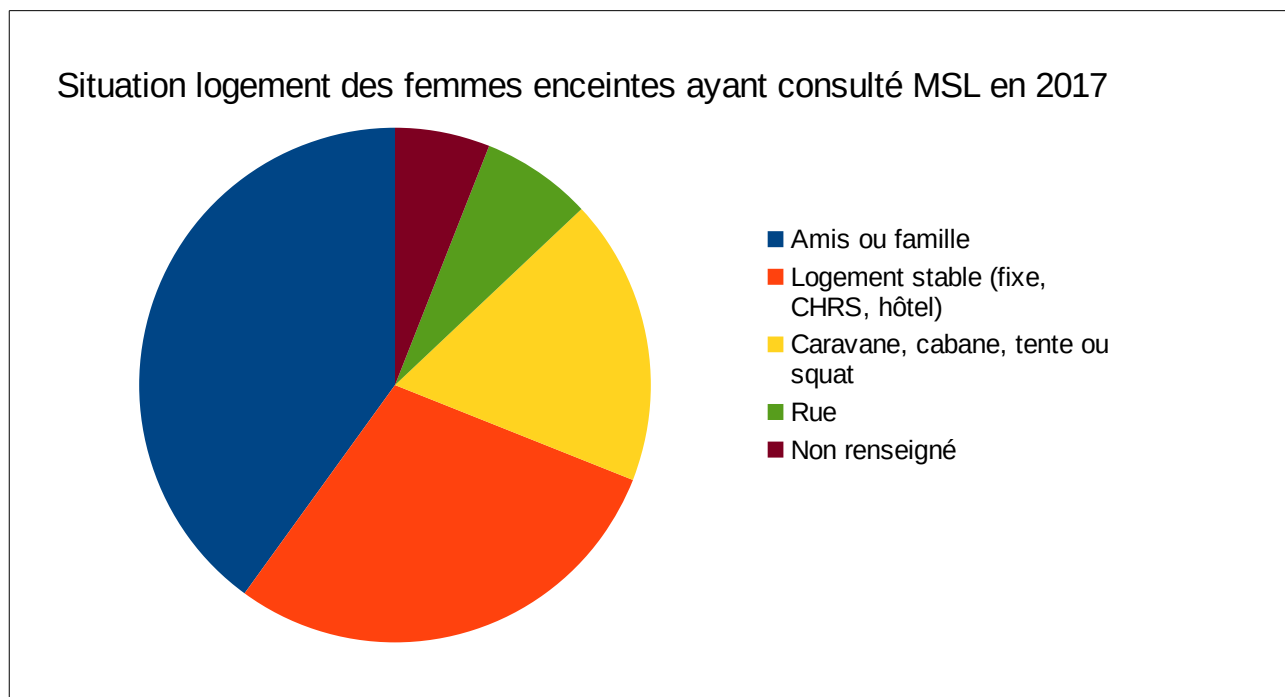
Concernant la composition des ménages et l'origine géographique de ces femmes, voici les éléments que j'ai pu dégager :



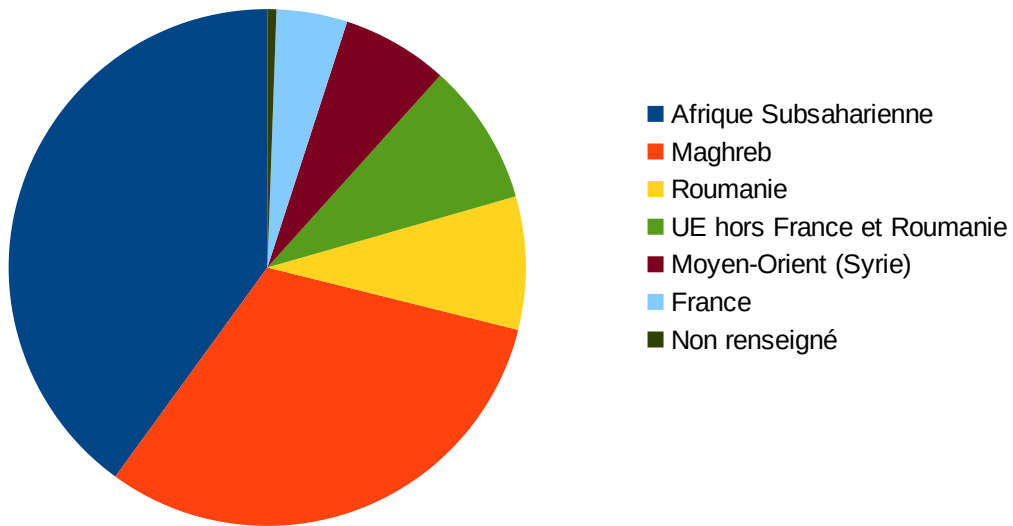
Je me suis ensuite tournée vers les signalements qui ont été faits par la CMAO à la DGCS. Il s'agit des situations repérées comme étant particulièrement urgentes et alarmantes par les équipes et pour lesquelles elles avisent les autorités afin qu'une solution soit trouvée. Les motifs de signalements sont : « *grossesse de plus de 6 mois* », « *présence d'un enfant de moins de 3 ans* », « *état de santé général* », « *plus de 70 ans* », « *handicap mental* » ou « *handicap physique* », « *violence - abus de faiblesse* » ou « *autre* ». Toujours en 2017, sur 71 signalements au total, 12 signalements de femmes enceintes de plus de plus de 6 mois ont été faits. Les motifs associés étaient « *présence d'un enfant de moins de 3 ans* » (une fois) et « *état de santé général* » (trois fois).

Le RSSLM rencontre les mêmes difficultés dans le croisement des données qui permettrait une estimation chiffrée du nombre de femmes enceintes en situation de grande précarité. Le Dossier Médical Partagé (DMP), outil de travail des membres du réseau, ne comporte pas suffisamment d'éléments d'information. MSL dispose cependant des données liées à son activité en tant que centre de soins gratuits proposant des consultations en gynécologie-obstétrique. En 2017, elles représentaient 10 % des consultations totales. Les grossesses concernent 35 % de ces 1 043 visites, soit 242 consultations.

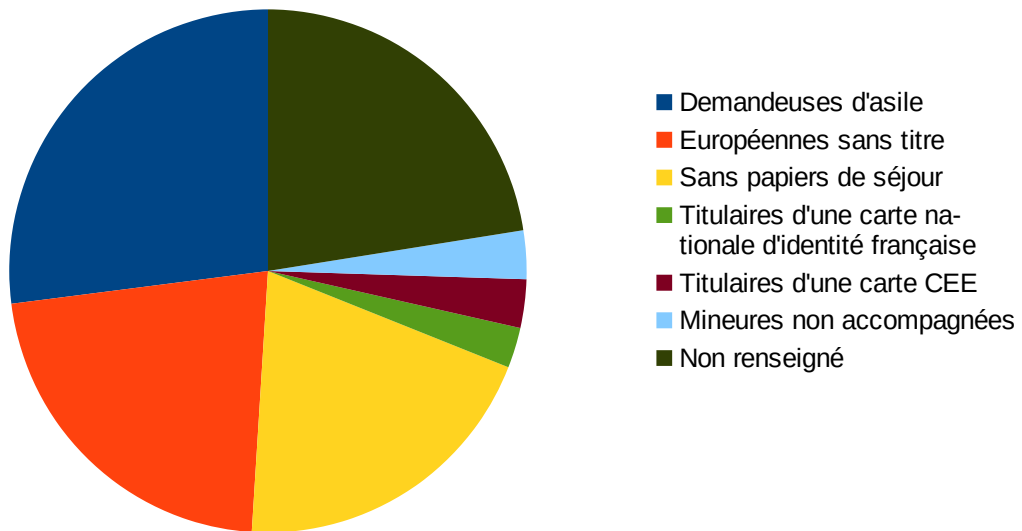
Voici des éléments dégagés à partir du rapport d'activité 2017 de MSL qui croisent ceux de la CMAO :



### Origine des femmes enceintes ayant consulté MSL en 2017



### Situation administrative des femmes enceintes ayant consulté MSL en 2017



Un des constats de MSL au sujet de ces femmes est qu'elles sont nombreuses à arriver à MSL au troisième trimestre de la grossesse, parfois même à terme, sans aucun suivi antérieur. Sur les 202 femmes enceintes accueillies, 146 femmes avaient un terme inférieur à cinq mois soit 72% et 56 femmes avaient un terme supérieur ou égal à 5 mois, soit 28%.

## 2) LE RENFORCEMENT DES CONTRAINTES FÉMININES

La grossesse chez les femmes en grande précarité vient accentuer les représentations liées à la maternité. Ce statut particulier au regard de la santé l'est tout aussi socialement, dans ce qu'il renvoie de symbolique. Mais plus que d'une femme dans un état accru de vulnérabilité physique et psychique, il est question ici de l'enfant à venir. En effet, historiquement, les mesures sociales à destination des femmes enceintes ou avec enfants visent la protection de l'enfance. Le décret loi de 1939 du Code de la famille relatif à la famille et à la natalité française affirme l'institutionnalisation de la protection de l'enfance. Après le développement de la prise en charge des « filles-mères » et des prostituées, l'objectif est de lutter contre l'avortement. Les Maisons et Hôtels Maternels vont être créées dans le but de protéger l'enfant à naître, les femmes sans enfant bénéficiant de mesures sociales différentes visant à la mise au travail domestique<sup>38</sup>. La prise en charge institutionnelle différentielle existe toujours et l'article 20 de la loi réformant la protection de l'enfant du 14 mars 2016 parle depuis de « centre parentaux » et d'accompagnement des deux parents d'un enfant et plus seulement la mère.

La pression normative se fait donc davantage sentir pour la femme sans domicile enceinte. Elle peut susciter davantage de compassion comme se voir responsabiliser de la situation dans laquelle elle va mettre son enfant à venir. La grossesse constitue un « capital symbolique »<sup>39</sup> mais qui n'est pas sans contre-partie de conformisation à la norme avec une surveillance renforcée liée à la protection de l'enfant à venir : « *La maternité et sa prise en charge médicosociale introduisent du social dans le naturel, et confèrent à la femme une légitimité sociale et un statut, probablement le seul qui lui soit acquis sans nécessité de lutte. Ce statut valorisé et valorisant, acquis à si bon compte, semble devoir être contrôlé et encadré socialement, au cas où certaines femmes en feraient un "mauvais usage". D'où la nécessité, selon les travailleurs sociaux, de les éduquer et de les contrôler sur tous les aspects de leur vie quotidienne* »<sup>40</sup>.

38 Amistani C., *Les femmes sans domicile : domination sociale et ambiguïté de la prise en charge*, in Gaboriau P. et Terrolle D. (dir), *Ethnologie des sans-logis*, Paris, l'Harmattan, 2003

39 Marpsat M., Firdion J.-M., (dir.), *La rue et le foyer. Une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 90*, 2000, PUF, Paris

40 Lanzarini Corinne, *Survivre à la rue. Violences faites aux femmes et relations aux institutions d'aide sociale*, Cahiers du Genre 2003/2 (n° 35), p. 95-115



Ce sont ainsi les représentations liées à la maternité et au comportement adéquat à adopter durant une grossesse que la femme enceinte sans domicile va questionner, en plus du rôle assigné à son genre et à son statut d'usagère de services médico-sociaux.

J'ai pu observer des professionnels se questionner sur le « projet de grossesse » inadapté dans une situation précise d'une femme à la rue, soulignant subjectivement l'inadéquation de la grossesse en situation de grande précarité et faisant fi de la complexité du vécu initial de toute grossesse. Dans un rapport de l'Observatoire du Samusocial de Paris sur les femmes<sup>41</sup>, les auteurs distinguent « désir », « projet » ou « besoin » d'enfants ou de maternité. Le désir renvoie à l'inconscient de l'individu, à la différence du projet qui est de l'ordre du rationnel. Le besoin concerne le devenir d'un projet d'une femme qui ne peut avoir d'enfant.

J'ai aussi assisté à un échange où les professionnels s'interrogeaient sur la véracité du sans-abrisme d'une femme enceinte qui venait d'être admise en CHRS. L'un d'entre eux conclut par : « *Je le verrai bien ce week-end de toutes façons. Si Madame demande un perm<sup>42</sup> et qu'elle sort toute pimpante et toute apprêtée, on sera fixés* ». On voit ici que ces femmes sont exposées aux représentations de certains professionnels de respect des rôles sociaux en tant que femmes, de surcroît sans domicile. Il s'agirait pour elles de se conformer à l'image de la « bonne future-mère accueillie en structure », pour faire un parallèle avec le « bon pauvre » de Robert Castel<sup>43</sup>, c'est-à-dire être une femme méritante par sa cohérence aux attendus sociaux liés à son genre, à sa situation de grossesse et à son statut d'usagère du médico-social.

Il me semble que le refus de certaines femmes de me recevoir dans le cadre d'un entretien peut s'entendre par cette crainte du regard porté sur leur situation. Je me suis rendue dans un foyer d'hébergement où les éducateurs avaient présenté ma démarche à plusieurs femmes. Seule une a accepté de me recevoir. En fin d'entretien, elle m'a expliqué avoir parlé avec les autres femmes sollicitées : « *Elles ont pas envie de déballer leur vie à quelqu'un qu'elles connaissent pas. Elles ont un peu peur de ce que les gens vont penser* ».

41 Brunet L., Carpentier S., Laporte A., Pourette D. et Guillon B., *Féminité, accès aux soins, maternité et risques vécus par les femmes en grande précarité. Une contribution à l'amélioration de leur santé gynécologique*, Observatoire du Samu Social, Rapport à la Direction générale de la Santé, juin 2005

42 Abréviation de « permission de sortie » : autorisation qu'il est nécessaire de demander dans certaines structures d'hébergement quand la personne envisage de passer une nuitée à l'extérieur de la structure, en famille par exemple.

43 Castel R., *Les Métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*, Paris, Fayard, 1995

La vulnérabilité de ces femmes m'a aussi été renvoyée par certaines structures en cas de refus de mise en lien pour des entretiens. En effet, comme je l'explique ensuite, ces femmes peuvent être dans un état de fragilité lié à leur parcours. Cependant, dans ces cas-là, aucune demande ne leur a été faite directement quant à leur souhait ou pas de me rencontrer. Ainsi, on peut percevoir dans ce positionnement une infantilisation des personnes accueillies, l'institution se plaçant dans un rôle souverain de protection. Je tiens à préciser que les postures professionnelles citées ci-dessus ne sont pas représentatives du discours et des postures des professionnels vis-à-vis de ces femmes et que je les ai trouvées majoritairement documentées et bienveillantes.

### **3) DES BESOINS SPÉCIFIQUES**

De manière générale, « *le moment de la grossesse est un temps de remaniement psychique intense pour toute femme qui devient, de ce fait même, vulnérable* »<sup>44</sup>. La précarité constitue un facteur aggravant à cette vulnérabilité. L'enquête nationale périnatale, qui a lieu en France tous les cinq ans depuis 1996, renseigne sur l'évolution de la santé périnatale et des pratiques médicales. Elle pointe la précarité comme étant associée à des suivis médiocres ou inexistantes de la grossesse<sup>45</sup>.

Selon l'étude ENFANS<sup>46</sup>, 29 % des mères hébergées via le 115 souffrent de dépression, soit 4 fois plus qu'en population générale. Quant à leurs enfants, la moitié d'entre eux manifestent des troubles émotionnels (27 %), des troubles du comportement (24 %), des troubles d'inattention/hyperactivité (18 %) et des troubles relationnels (10 %). Ceci est à mettre en lumière avec ce qui concerne plus spécifiquement le lien : « *le lien mère-enfant s'établit en anténatal, période particulièrement décisive qui permettra à la femme enceinte devenue mère d'accueillir son nouveau-né. De la bonne qualité de cette rencontre dépendra le bon développement ultérieur de l'enfant* »<sup>47</sup>.

Le Docteur Mahieu-Caputo, fondatrice du réseau Solidarité Paris Maman (SOLIPAM), que je décris plus loin, parle de la précarité comme facteur de risque majeur sur la prévalence de la

44 Herschkorn-Barnu P., *Éditorial. Femmes enceintes et bébé sdf*, *Enfances & Psy* 2014/3 (N° 64), p. 6-8.

45 Blondel B., Coulm B. et Vilain A. (dir.), *Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situations et évolutions depuis 2010*

46 Observatoire du samusocial de Paris, *Rapport d'enquête ENFAMS, Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France*, octobre 2014

47 Ibid

prématurité et le retard de croissance<sup>48</sup>. Parmi les grossesses menées dans cette situation, il y aurait trois fois plus de naissances avant terme, deux fois plus de nouveaux-nés de petits poids et deux fois plus de césariennes en urgence<sup>49</sup>. Selon l'étude ENFANS, ces femmes, aux premières grossesses plus précoces, ont aussi plus souvent recours à l'IVG (Interruption volontaire de grossesse). La mortalité périnatale et infantile est elle aussi plus élevée lors des situations de précarité.

Les femmes de nationalité étrangère sont davantage exposées à la mortalité maternelle<sup>50</sup>. Leur risque de décès est deux fois plus important que pour les femmes françaises du fait de qualité et d'accès aux soins moindres. Une autre enquête épidémiologique en santé périnatale de l'Inserm<sup>51</sup> s'intéresse aux femmes originaires d'Afrique qui présentent des facteurs de risque périnatal notamment en lien avec des situations de précarité. Les femmes d'Afrique Subsaharienne ont un taux de césarienne plus élevé et des risques de mortinatalité (enfants nés sans vie après 6 mois de grossesse), de prématurité et d'hypotrophie (poids du nouveau-né inférieur à la moyenne) plus élevé que ceux des femmes françaises.

Au regard de leurs résultats convergents, toutes les études s'accordent à dire qu'une prise en charge spécifique est nécessaire pour les femmes en situation de précarité, que des expériences de vie comme la migration, viennent fragiliser davantage.

Il est à noter également l'importance du suivi post-natal. Le « quatrième trimestre de grossesse »<sup>52</sup> correspond à un état de « dégestion »<sup>53</sup> où un nouvel équilibre biologique et psychique se joue. Les professionnels de la santé y sont de plus en plus sensibles dans l'accompagnement des mères et des nouveau-nés. Les femmes en situations de précarité et leurs enfants vont être davantage exposés à ces vulnérabilités post-natales.

48 Mahieu Caputo D., *Prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés en situation de vulnérabilité sociale : faut-il une prise en charge spécifique ?*, Gynécologie obstétrique et fertilité, n° 38, 2010, p. 83-91

49 Parigi S., Laporte A., Herschkorn-Barnu P., *Le rôle du Samu Social de Paris*, Réalités en gynécologie et obstétrique, n° 149, novembre 2010, p. 1-4

50 Philibert M., Deneux-Tharoux C., Bouvier-Colle M.-H., *La surmortalité maternelle des femmes étrangères en France peut-elle être expliquée par une moindre qualité des soins obstétricaux ?*, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique Volume 56, n° 5S, septembre 2008, p. 274

51 Saurel-Cubizolles M.-J., Saucedo M., Drewniak N., Blondel B., Bouvier-Colle M.-H., *Santé périnatale des femmes étrangères en France*, Inserm Unité 953, Recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants, Hôpital Saint-Vincent de Paul, Paris, France

52 Bayot I., *Le quatrième trimestre de la grossesse*, 1001 BB n°57, Eres, février 2018

53 Ibid

### **III - UN PARCOURS DÉTERMINÉ PAR LA SITUATION ADMINISTRATIVE**

Les femmes en grande précarité ouvrent des droits santé et hébergement différents selon leur situation sur le territoire français.

#### **1) LES FEMMES FRANÇAISES ET LES FEMMES EN SITUATION RÉGULIÈRE SUR LE TERRITOIRE**

Toute personne travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière peut prétendre, selon ses ressources, à la Protection Universelle MALadie dite PUMA. Elle a été créée par l'article 59 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 et remplace la CMU (Couverture Maladie Universelle) de base (1999) tout en restant dans son optique. Il s'agit d'ouvrir des droits santé aux personnes ne relevant d'aucune couverture maladie.

La PUMA vise à simplifier les démarches administratives : il n'est plus nécessaire pour les salariés de justifier d'une activité minimale. Pour les personnes sans emploi, seule la résidence stable et régulière sur le territoire français est prise en compte, à savoir résider en France depuis au moins trois mois à l'ouverture des droits puis au moins six mois par an. Il faut avoir la nationalité française, être titulaire d'un titre de séjour ou avoir entamé des démarches pour obtenir un titre de séjour qu'il faut justifier (récépissé de dépôt de demande, convocation ou rendez-vous en préfecture...). Ce droit n'est pas à réactualiser chaque année ou lors de changement de situation par l'apport de justificatifs. La continuité de prise en charge par l'Assurance Maladie est ainsi assurée.

La notion d'ayant droit pour les plus de 18 ans va progressivement disparaître. D'ici 2020, toutes les personnes majeures seront des assurés autonomes en ce qui concerne la prise en charge de leurs frais de santé. Selon les ressources et la situation de l'assuré, une cotisation annuelle dite

subsidaire peut lui être demandée. Une personne sans revenu d'activité et revenus liés au patrimoine n'aura pas à s'acquitter de la cotisation.

Le dispositif de CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) a été maintenu. Il donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé (soit un remboursement intégral du tarif de la Sécurité sociale) et dispense de toute avance de frais. La CMU-C inclut également des forfaits de prise en charge pour les soins dentaires ou des équipements auditifs ou visuels. Les conditions d'accès sont les mêmes que pour la PUMA en ce qui concerne la situation sur le territoire français. La CMU-C est soumise à un plafond de ressources et doit être renouvelée chaque année.

Ainsi, une femme enceinte française sans domicile ou en situation régulière sur le territoire bénéficiera de la PUMA et de la CMU-C si elle en fait la demande. Pour justifier d'une adresse, elle peut faire valoir celle de son lieu d'hébergement ou elle devra fournir une domiciliation, qui est une adresse administrative permettant de recevoir son courrier et de faire valoir certains droits et prestations. Cette femme pourra accéder aux dispositifs de soins de droit commun : centres de santé, hôpitaux publics et de service public, cabinets médicaux (en théorie, puisque les refus de soins de certains professionnels de santé sont une réalité).

En terme d'accès à l'hébergement, les femmes françaises ou en situation régulière auront un parcours plus fluide et des possibilités d'accueil plus larges que les femmes dans des situations administratives plus complexes.

## **2) LES FEMMES EN SITUATION IRRÉGULIÈRE**

L'Aide Médicale de l'État (AME) est destinée à permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière au regard de la réglementation française sur le séjour en France. Elle est attribuée sous conditions de ressources ( la même pour la CMU-C) et de résidence. La personne doit résider en France de façon stable, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et doit pouvoir justifier de sa présence sur le territoire.

L'AME ouvre droit à la prise en charge à 100 % des soins avec dispense d'avance de frais. Elle est attribuée sans condition aux enfants mineurs dont les parents sont en situation irrégulière, même lorsque ces derniers n'en bénéficient pas encore ou dépassent le plafond de ressources pour en bénéficier.

Durant ces trois premiers mois (ou si la personne est non bénéficiaire de l'AME, si l'AME est en cours d'instruction ou encore si la demande a été rejetée), une prise en charge des soins urgents à l'hôpital (hospitalisation ou consultation en établissement de santé) est possible. Les soins urgents possibles en général sont :

- les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à l'altération grave et durable de l'état de santé ou de celui d'un enfant à naître,
- les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage ou à la collectivité (comme la tuberculose),
- les soins dispensés à des mineurs.

Une prise en charge des soins spécifiques pour la femme enceinte est en outre prévue :

- tous les soins qui la concernent et ceux du nouveau-né : les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse, ainsi que l'accouchement,
- les interruptions de grossesse (volontaires ou pour motif médical).

L'Assurance Maladie prend alors en charge l'intégralité des soins urgents pratiqués dans un établissement de santé, y compris les médicaments prescrits par le médecin de l'établissement, dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale. La dispense totale d'avance des frais pour ces soins est appliquée. Une femme sans domicile et en situation irrégulière pourra faire une demande d'AME au bout de trois mois de présence sur le territoire. Si elle est enceinte, elle relève d'emblée du dispositif de soins urgents et vitaux à condition d'en faire la demande et d'en avoir reçu l'accord.

En terme de logement, l'irrégularité sur le territoire exclut de certains dispositifs. L'absence de ressources ne permettra pas l'accès à des structures, à défaut de droits à l'Aide Personnalisée au Logement. Cependant, certains établissements peuvent parfois faire le choix d'un accueil financé sur des fonds propres. C'est le cas pour une dame que j'ai rencontrée, Madame T., accueillie au sein d'un dispositif appartement d'un centre maternel. D'autres structures d'hébergement vont être frileuses dans l'accueil de personnes dites sans papiers dans la mesure où, en terme de projet sur le territoire, les perspectives sont plus qu'incertaines.

### **3) LES FEMMES EN DEMANDE D'ASILE**

Les personnes reconnues réfugiées, admises au titre de l'asile ou ayant demandé le statut de réfugié peuvent être exonérées du délai de trois mois de résidence en France pour bénéficier de la PUMA. Elles doivent néanmoins prouver la régularité de leur séjour en présentant :

- soit une preuve de rendez-vous ou une convocation de la préfecture,
- soit une attestation de demande d'asile valant Autorisation Provisoire de Séjour (APS) ou un récépissé de l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides qui instruit les demandes de protection internationale), accompagnée d'une attestation de domiciliation.

Cependant, avant l'examen de la demande, ces personnes n'auront recours qu'à la possibilité de soins urgents. Ainsi, les femmes enceintes en demande d'asile peuvent ouvrir des droits à la PUMA, qui devront être actualisés si leur demande se voit refusée. Elles passeront alors sous le régime de l'AME.

En terme d'hébergement, ces femmes pourront être accueillies en fonction des places disponibles en CADA (Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile). Si l'asile leur est accordé, elles ont trois mois, renouvelables une fois, pour trouver un autre type d'hébergement. Si l'asile est refusé, elles doivent quitter la structure sous un mois, qu'elles soient enceintes ou avec enfants. En cas de réponse défavorable de l'OFPRA à leur demande d'asile, elles deviennent en effet en situation irrégulière sur le territoire français.

### **4) LES FEMMES RESSORTISSANTES DE L'ESPACE ÉCONOMIQUE EUROPÉEN**

Afin de pouvoir prétendre à la CMU, les ressortissants de l'Espace Économique Européen (EEE) doivent justifier de ressources suffisantes et d'une prise en charge au régime d'assurance maladie de leur pays d'origine pour être dispensés de justifier de leur résidence. Cela ne concerne pas ces femmes, le plus souvent roms. D'une part, elles travaillent peu (certaines commençant juste

à accéder à l'emploi) et d'autre part, elles n'avaient pas forcément de droits ouverts dans leur pays d'origine. Ces femmes peuvent alors solliciter l'AME.

En terme d'accès au logement, leur situation est également plus complexe. Elles sont souvent sans ressources propres (les enfants peuvent percevoir l'AMASE, l'Allocation Mensuelle d'Aide Sociale à l'Enfance, accordée par le Département). De plus, ces femmes sont le plus souvent en couple, avec plusieurs enfants, voire avec d'autres parents. La difficulté relève alors de la composition familiale trop importante pour permettre un hébergement commun.

En outre, tous les roms ne sont pas en demande d'hébergement et quand ils le sont, ce sont souvent des solutions de mises à l'abri qui sont proposées, notamment lors de la veille saisonnière. La complexité de leur situation administrative ne permet pas non plus d'envisager un « projet d'insertion » propre à la plupart des hébergements plus pérennes.

## **IV - L'ACCÈS À L'HÉBERGEMENT DES FEMMES ENCEINTES SANS DOMICILE**

### **1) UN CONTEXTE SOCIAL COMPLEXE**

La population sans domicile augmente et avec elle, le nombre de femmes enceintes dans cette situation. L'offre de places d'hébergement est bien inférieure à la demande et il n'existe pas de dispositifs d'accueil spécifique dédié à ces femmes. Ainsi, elles doivent se tourner vers les centres d'hébergement pour femmes ou familles, si elles sont en couple et/ou accompagnées d'enfants.

Selon le rapport d'activité 2016 de la CMAO, 10 906 personnes différentes, soit 7 438 ménages, étaient en demande d'hébergement. Se sont vues refuser un hébergement faute de places disponibles : 8 680 personnes différentes, dont 3 927 personnes isolées et 4 753 personnes en



couple et famille, soit 5 359 ménages. Parmi ces chiffres, il n'est pas possible de savoir si les femmes en demande étaient enceintes au moment du refus d'hébergement.

Selon les chiffres de l'Observation Sociale 59/62<sup>54</sup> qui centralise les données des acteurs sociaux, le département du Nord disposait en 2015 de 5 383 places tous types d'hébergement confondus dont 2 797 réservés à l'urgence. Le nombre de places des établissements de la métropole lilloise, vers lesquelles oriente la CMAO, est donc bien moindre.

Chaque année, du 1er novembre au 31 mars, le gouvernement met en place le Plan d'Urgence Hivernale qui comprends deux volets :

- la trêve hivernale avec, entre autres, l'impossibilité d'être expulsé de son logement ou de son hébergement,
- la veille saisonnière avec notamment le renforcement en place d'hébergement d'urgence. Selon le niveau du plan d'alerte (1 à 3 selon les températures), des places dites exceptionnelles peuvent être attribuées dans des endroits non prévus initialement pour l'hébergement. Il s'agit ici de mise en sécurité.

Cette année, 270 places d'urgences ont été ouvertes sur l'arrondissement de Lille. A deux reprises, quand les températures sont descendues en dessous de  $-10^{\circ}$ , un gymnase a été ouvert. Le premier était situé à 25 kilomètres de Lille et nécessitait, pour s'y rendre, de prendre différents métro et bus. Le premier jour, le local n'a pas été chauffé et une famille a préféré dormir dans sa voiture.

Chaque année, des places de veille saisonnière sont pérennisées. Sur les 13 000 places ouvertes en France, 5 000 devraient être pérennisées selon le Ministère de la Cohésion des territoires. Le souci est qu' au moment de la rédaction de ce mémoire, aucune ne l'a été sur le territoire. Ainsi, durant un entretien, j'ai évoqué avec une sage-femme de PMI, les situations de cinq femmes enceintes et sans domicile qu'elle accompagnait et qui, le jour de la fin de la veille saisonnière, ne savaient toujours pas si elles pourraient être accueillies ailleurs.

54 <http://www.observationsociale5962.org/>

## **2) L'ABSENCE DE PRIORISATION DES SITUATIONS**

Les personnes sollicitant la CMAO pour un hébergement doivent actualiser leur demande chaque mois afin de la maintenir effective et ainsi conserver son ancienneté et sa place dans la liste d'attente. Dans le contexte de pénurie de places, il n'y a plus de priorisation. Il y a dix ans, les femmes enceintes bénéficiaient sur le territoire d'un hébergement du fait de leur situation. Six semaines avant l'accouchement et dix semaines après, elles étaient accueillies sur une place d'urgence. Seulement, la pénurie de place a forcée la réorganisation des attributions selon l'ancienneté de la demande. Les signalements évoqués précédemment (au nombre de 71 pour 2017) ne concernent que certaines situations particulières de danger et doivent être motivés par les équipes à la DGCS.

Le dispositif du DAHO (Droit A l'Hébergement Opposable) existe cependant. C'est le versant hébergement de DALO (Droit Au Logement Opposable), tous deux créés par la loi du 5 mars 2007. Le DAHO est un recours possible pour les personnes sans domicile, en demande d'hébergement, et pour lesquelles aucune proposition adaptée n'a été faite. La commission de médiation a six semaines pour se prononcer sur le statut prioritaire ou non de la personne. En cas de priorisation, le préfet a six semaines de plus pour proposer un hébergement ou trois mois pour un logement de transition.

Pourtant, l'effectivité du DAHO est de plus en plus contestée. Dans son rapport de 2015<sup>55</sup>, le comité de suivi du DAHO pointe le manque d'offres d'hébergement qui ne permet pas le relogement des bénéficiaires du DAHO. Il critique également la gestion politique urgentiste mise en œuvre aux dépens de solutions plus pérennes, qui demanderaient des diagnostics territoriaux. Les recours sont peu nombreux par rapport au nombre de ménages qui pourraient y prétendre, l'absence de solution décourageant en amont.

La CMAO instruit les recours DAHO et a pu également constater ces difficultés. En 2017, le nombre de recours était de 93, les familles constituant 61% des recours déposés. Seuls 27 dossiers ont été reconnus prioritaires par la Commission de médiation (soit 29% des recours contre 36% en

<sup>55</sup> Comité de suivi de la loi DAHO, *Le droit au l'hébergement opposable en péril*, 2015

2015). Le premier motif de rejet concernait la situation administrative irrégulière des requérants. Ce qui questionne quant à l'inconditionnalité de l'hébergement d'urgence pourtant rappelée dans le cadre de la loi ALUR (pour l'Accès au Logement et un Urbanisme Rénové) entrée en vigueur le 26 mars 2014. Sur les 27 ménages reconnus prioritaires, seuls neuf ménages ont reçu une proposition d'hébergement dans les délais, six l'ont reçu hors délai et dix ménages sont restés sans solution.

Ainsi, une femme enceinte qui ferait un recours DAHO se heurterait d'une part, à la difficulté liée à des délais difficilement compatibles avec son état, d'autre part, comme pour tout requérant, elle serait dans l'incertitude de l'issue de son recours, soit à cause de sa situation sur le territoire si elle est irrégulière, soit par le manque d'offres en cas de décision positive de la commission.

### **3) LA QUESTION DES CENTRES MATERNELS**

Les centres maternels sont des structures d'accueil mère-enfant dont les missions sont définies dans le Code de l'action sociale et des familles. Des équipes pluridisciplinaires y accompagnent les femmes sur l'axe de la parentalité, de la quotidienneté et de l'insertion sociale voire professionnelle, selon le projet déterminé avec elles. Ils accueillent des femmes mineures ou majeures enceintes d'au moins sept mois ou accompagnées d'enfants de moins de trois ans. Les femmes accueillies peuvent être hébergées dans un collectif de type foyer ou dans un réseau d'appartements. Elles contribuent financièrement à leur prise en charge. Cette participation prend la forme d'un forfait unitaire ou peut être calculée en fonction des ressources de la personne. La durée du séjour des femmes est initialement prévue pour une période de six mois renouvelable, avec un maximum de trois ans qui correspondent généralement aux trois ans de l'enfant. Ces établissements relèvent de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et dépendent donc du Département qui peut en confier la gestion à des associations. L'instauration des centres parentaux, évoquée plus haut, permettra un accueil sur les mêmes modalités les deux parents ou futurs parents.

L'article L222-5 (modifié par la loi du 25 mars 2009) du Code de l'action sociale et des familles précise les publics accueillis dans le cadre de l'ASE, parmi lesquels : « *Les femmes enceintes et les mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans qui ont besoin d'un soutien*

*matériel et psychologique, notamment parce qu'elles sont sans domicile.* » Ainsi une femme enceinte sans domicile devrait pouvoir être accueillie en centre maternel.

Cependant, les professionnels que j'ai rencontrés sont unanimes sur la difficulté que pose l'admission de femmes sans domicile en centres maternels. Une assistante sociale de maternité précise ainsi : *« Alors au début, il y a eu beaucoup de demandes comme ça qui ont été favorables. Donc, les dames sont rentrées... Maintenant, on arrive à un tel seuil de saturation de ces places qu'il y a à peu près deux ans maintenant, ils ont commencé à dire "Stop! On arrête puisqu'on n'a plus de place pour les dames qui effectivement ont des problèmes de prise en charge des enfants, des problèmes éducatifs, etc... Et on ne peut plus leur offrir cette possibilité-là". Donc effectivement, ces centres maternels n'ont pas pour vocation d'être des centres d'hébergement. Donc on n'a plus cette possibilité là, c'est pratiquement fini. »*. Une sage-femme de PMI complète : *« Je crois que la première chose à mettre en avant n'est pas la problématique du logement parce que effectivement ils sont réticents. Si il n'y a pas... Le but du centre maternel, c'est pas juste d'être logé... »*.

La question de l'accueil de ces femmes relève de ce que Julien Damon qualifie de *« jeu de ping-pong »*<sup>56</sup> entre des institutions qui se renvoient les responsabilités et, de fait, les personnes. Ici, le Département, en charge de l'ASE depuis la décentralisation, rappelle à l'État ses missions de prise en charge des personnes sans domicile pour lesquelles il demande lui même l'implication des collectivités territoriales. Une décision du Conseil d'État du 13 juillet 2016 rappelle les obligations de l'État qui est *« en charge d'assurer »* un hébergement d'urgence aux femmes enceintes sans domicile, le Département devant quant à lui, *« permettre »* l'hébergement.

Un chef de service d'accueil de jour résume très bien cette problématique : *« (...) ce sur quoi on est en difficulté, c'est la question de l'accès aux centres maternels pour les femmes isolées avec enfants. Où là on est effectivement sur une espèce de conflit de responsabilités entre l'État et le Département... Puisque le département rechigne à intégrer des dames avec un titre de séjour un peu précaire en centre maternel, prétextant pour le coup qu'il n'y a pas de difficulté parentale... Ce qui n'est pas déconnant en soi. On n'est pas en contradiction avec le Département par rapport avec cette observation... Sauf qu'on pourrait quand même expliquer - il y a des jurisprudences qui vont dans ce sens- le fait d'être à la rue ne permet pas d'apporter la totalité des soins et de la sécurité*

56 Damon J., *La question SDF. Critique d'une action publique*, Presses Universitaires de France, « Le Lien social », 2012

*pour son bébé. Et que ça devrait suffire, qu'il y ait des jurisprudences qui valident le fait que ça suffit et que ça devrait obliger le Département à plus intégrer dans les centres maternels des dames avec des bébés. Ils sont sans doute moins regardants quand il y a des ressources ou des situations stables. »*

En effet, certains dispositifs de centres maternels demandant une participation financière aux mères accueillies peuvent se retrouver en difficulté gestionnaire en cas d'accueils trop nombreux de mères sans droits ouverts. La question de la fin de prise en charge aux trois ans de l'enfant se pose également si la situation administrative est alors toujours la même. L'orientation vers d'autres structures d'hébergement peut s'avérer complexe avec des retours à des situations insatisfaisantes (hébergement chez un tiers, hôtel...).

Au sein du RSSLM, une intervision pédiatrique a été dédiée en partie à cette question de l'accueil en centre maternel a eu lieu en mars 2018, en la présence d'une responsable du Département qui évoque la difficulté de répondre à l'ensemble des demandes d'admission en centre maternel et met en exergue le manque de moyens.

Le « ping-pong » institutionnel touche aussi les PMI. En mars dernier, le Conseil départemental des Hauts de Seine a émis une circulaire demandant aux PMI de ne plus prendre en charge les femmes sans papiers ou sans couverture sociale et de les orienter vers les PASS des hôpitaux. La raison invoquée est que la santé des personnes en situation de précarité revient à l'État, le rôle des PMI n'étant pas de pallier à ses réponses incomplètes<sup>57</sup>.

**Dans un contexte de croissance du mal-logement, les femmes sans domicile sont de plus en plus nombreuses. Elles mettent en place des stratégies d'invisibilisation pour faire face à leur situation et aux normes genrées. Être enceinte et sans domicile va impliquer le renforcement de ces spécificités par les représentations soulevées liées à la grossesse. Majoritairement étrangères et isolées, ces femmes vont trouver des solutions dans leur réseau ou selon leur situation administrative, qui ouvre des droits au regard de la santé et de l'hébergement, dans des structures d'accueil. La précarité est un facteur de risque clairement reconnu pendant l'état gestationnel, qui n'ouvre cependant à aucune structure d'hébergement spécifique ou à un accueil priorisé. Les manques d'offres d'hébergement et de moyens mettent en tension les**

<sup>57</sup> Aufran N., *Les PMI dans l'imPASS*, ASH (Actualités Sociales Hebdomadaires), 6 avril 2018, n°3055

**rapports entre acteurs comme en témoigne le cas de l'accueil en centres maternels. La situation administrative et l'accueil en centre d'hébergement vont impacter clairement le parcours de grossesse de ces femmes pour lesquelles les dispositifs de périnatalité de droit commun ne sont pas adaptés.**

# **PARTIE 3 LE PARCOURS PÉRINATAL DES FEMMES SANS DOMICILE**

Les spécificités des femmes sans domicile ont pour conséquence un accès au suivi grossesse différencié de l'ordinaire. Leur non-recours aux soins n'est pas un choix et découle de leurs difficultés quotidiennes et institutionnelles. Le RSSLM s'adresse à ce public en tant que personnes en situation de grande précarité et, en son sein, un réseau informel de périnatalité s'est constitué.

## **I - L'INADAPTATION DU DROIT COMMUN**

### **1) LE SUIVI GROSSESSE CONVENTIONNEL**

Le Code de la santé publique définit des examens médicaux obligatoires qui vont baliser le parcours typique d'une femme enceinte qui ne rencontrerait pas de complication lors de sa grossesse. Ces examens sont au nombre de sept. Le premier doit avoir lieu avant la fin du troisième mois de grossesse et les autres doivent avoir une périodicité mensuelle jusqu'à l'accouchement. Il s'agit d'examen cliniques (généraux et obstétricaux) et de bilans sanguins et urinaires visant à dépister des pathologies infectieuses ou immunitaires. La détermination des groupes sanguins doit également être faite. Un examen médical postnatal doit être obligatoirement effectué dans les huit semaines qui suivent l'accouchement. Tous ces examens sont pris en charge par la Sécurité sociale quand la femme a des droits ouverts.

Le décret du 5 décembre 1994 relatif à la sécurité en anesthésie a rendu obligatoire la consultation avec un médecin anesthésiste avant tout acte chirurgical et accouchement. Elle doit avoir lieu quatre à six semaines avant l'accouchement. Après la première consultation, qui vient confirmer la grossesse et amorcer le suivi, le médecin ou la sage-femme sollicité par la femme procède à la déclaration de la grossesse à l'Assurance maladie. La démarche peut être faite par la patiente et il lui est conseillé de la faire avant la fin du troisième mois pour bénéficier au plus vite de la prise en charge au titre de l'assurance maternité.

La Protection maternelle et infantile (PMI) de secteur va être informée de la grossesse et va automatiquement proposer un rendez-vous à la femme enceinte. La PMI est un service de Département qui a pour mission la protection sanitaire de la mère et de l'enfant de moins de six ans. Elle organise notamment des consultations et des actions de prévention médico-sociales en faveur des femmes enceintes qui peuvent choisir d'y effectuer leur suivi de grossesse jusqu'au septième mois de grossesse, en complément du suivi du médecin traitant. L'accueil est inconditionnel et gratuit. Les sages-femmes libérales sont une autre possibilité d'effectuer le suivi de grossesse. Des outils de suivi de grossesse sont remis à la femme dont le carnet de santé maternité ou carnet de grossesse<sup>58</sup> remis par le Département (dans lequel figure *L'agenda de la grossesse* récapitulant le suivi et qui se trouve en annexes).

Les échographies sont remboursées par la Sécurité sociale à 70 % jusqu'à la fin du cinquième mois de grossesse, puis à 100 % à partir du premier jour du sixième mois de grossesse. Elles sont au nombre de trois, soit une par trimestre :

- La première intervient suite à la première consultation, entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée. C'est l'échographie de datation qui va permettre de déterminer le terme de la grossesse. Elle sert également au dépistage de la trisomie 21.
- La seconde échographie doit être effectuée entre 21 et 23 semaines d'aménorrhée.
- La dernière échographie intervient entre 32 et 34 semaines.

Des séances de préparation à la naissance peuvent ponctuer le suivi. Huit sont prises en charge. Dix séances de rééducation périnatale peuvent être prises en charge également à 100%. L'inscription en maternité est recommandée le plus tôt possible même si les établissements sont

58 Ministère des affaires sociales et de la santé, *Carnet de santé maternité* : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet\\_de\\_maternite\\_bd\\_2016v02.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_maternite_bd_2016v02.pdf)



tenus d'accepter une femme qui accouche. L'inscription permet d'être accompagnée par une sage-femme référente et de pouvoir, si la femme le souhaite, bénéficier d'actions propres à la maternité de son choix. Parmi mes enquêtées, je n'ai rencontré qu'une seule femme pour qui ce parcours est globalement compris et rendu possible. Madame J. est française, enceinte de trois mois et est hébergée en CHRS. Elle a déjà un enfant de 20 mois, ce qui explique en partie sa connaissance du protocole : « *L'année dernière, enfin l'année dernière... Quand j'attendais mon premier, je voulais vivre mon propre accouchement. Donc j'ai pas fait les préparations à l'accouchement. Donc, cette fois-ci, j'ai dit je vais le faire!* »

Elle est suivie par une assistante sociale d'UTPAS (Unité territoriale de prévention et d'action sociale, qui gère le service social départemental). Elle est accompagnée par différentes structures d'hébergement depuis son départ de chez ses parents à 19 ans. Elle a vécu quelques années avec son ex-conjoint dans un logement insalubre tout en maintenant des liens réguliers avec les services sociaux et son médecin traitant référent. Ainsi, à l'annonce de sa première grossesse, elle a enclenché un suivi et a été orientée au mieux. Madame J. bénéficie des minima sociaux ce qui lui permet par exemple de payer son abonnement de transport pour se rendre à la maternité qui est plus loin de son lieu d'hébergement, où elle a accouché de son premier enfant : « *Ils connaissent mes antécédents d'accouchement, donc je pense que eux, ils seront plus aptes à savoir ce qui se passe au cas où que ça recommence.* »

Le CHRS qui l'accueille vise la stabilisation et l'accompagnera dans la recherche d'une solution logement pérenne. Ainsi, Madame J. n'est pas insécurisée par la suite de son parcours : « *(...) pour moi, c'est la meilleure solution, sachant qu'après on peut voir pour un relogement ou autre. Qu'on est pas à la rue dans tous les cas. Sauf si on enfreint le règlement, on fait un truc grave. Mais ici, on se sent quand même soutenu ici.* »

## **2) LE NON-RECOURS AUX SOINS IMPOSÉ**

Dans leur article « *Déterminant du renoncement aux soins des femmes durant la grossesse* »<sup>59</sup>, les auteurs différencient plusieurs types de renoncements aux soins. Le renoncement

59 Ancelot L., Bonnal L. et Depret M.-H., *Déterminants du renoncement aux soins des femmes durant leur grossesse*, Revue française d'économie 2016/4 (Vol. XXXI), p. 63-107

aux soins renvoie aux besoins de soins non satisfaits, qu'un état de santé aurait justifié<sup>60</sup>. Dans le cas de la grossesse, les soins nécessaires sont ceux déterminés dans le cadre de sa surveillance. Il s'agit du protocole conventionnel recommandé par la Haute Autorité de Santé. Le renoncement aux soins est subi quand le patient se retrouve face à des barrières qui l'empêchent de satisfaire son besoins de soins. Il peut être choisi quand le patient refuse délibérément d'y avoir recours. Dans le cadre du non-recours subi, certaines raisons semblent imposées, ne permettant pas à la femme de bénéficier de soins dont elle sait pourtant être nécessaires.

### **a) La priorisation des besoins**

La précarité implique un « *agenda (...) marqué par des priorités, différentes selon les personnes, pour assurer l'existence dans la journée ou sur une durée plus longue* »<sup>61</sup>. Il est question de s'organiser en fonction des aides et des services à solliciter, des démarches administratives à faire et de la quotidienneté à assurer. Cette sage-femme de PMI fait un constat représentatif des professionnels que j'ai rencontrés : « *Effectivement, parce que la priorité quand elles arrivent comme ça, c'est pas la grossesse... C'est vraiment pas la priorité du moment. C'est plus savoir ce qu'elles vont manger et quand il y a d'autres enfants, ce qu'elles vont pouvoir mettre en place pour les autres enfants aussi... Et la grossesse, c'est pas le souci premier...* »

Ainsi, la femme enceinte va procéder à une hiérarchisation de ses besoins, la survie quotidienne avec les besoins élémentaires apparaissant comme la première chose à gérer. Il va s'agir d'assurer sa sécurité physique en cherchant un toit ou en veillant à son maintien, puis de se nourrir et de nourrir sa famille. Dans une de ses études<sup>62</sup>, l'Observatoire du Samusocial de Paris parle de « *compétition des besoins vitaux* ». Il est fort probable que les rendez-vous d'entretiens non honorés soit liés à cette difficulté. Deux femmes que je devais rencontrer ont demandé à leurs éducatrices référentes respectives de me prévenir qu'elles avaient un autre rendez-vous de prévu. Il est à noter que je n'ai pas rencontré de femmes usagères de drogues. Pourtant la dépendance à un produit, entraîne également une priorisation des besoins, avec en plus des effets psycho-actifs qui ont des conséquences sur l'organisation du quotidien.

60 Desprès C, Dourgnon P, Fantin R. et Jusot F. *Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique*, Questions d'économie de la santé, 170, novembre 2011

61 Damon J., *La question SDF. Critique d'une action publique*, Presses Universitaires de France, « Le Lien social », 2012

62 Brunet L., Carpentier S., Laporte A., Pourette D. et Guillon B., *Féminité, accès aux soins, maternité et risques vécus par les femmes en grande précarité. Une contribution à l'amélioration de leur santé gynécologique*, Observatoire du Samusocial de Paris, Rapport à la Direction générale de la Santé, juin 2005

## **b) La contrainte financière**

Les échographies sont remboursées à 70 % jusqu'à la fin du cinquième mois de grossesse, puis à 100 % à partir du premier jour du sixième mois de grossesse. Bien que bénéficiaire de la PUMA ou de l'AME, une femme enceinte devra s'acquitter d'un reste à charge. « *L'absence de couverture complémentaire constitue une cause manifeste de renoncement aux soins* »<sup>63</sup>, ce qui expliquerait également certains premiers recours tardifs à l'échographie, après le cinquième mois de grossesse.

Madame E. est en attente de sa couverture sociale. Une hépatite B lui a été diagnostiquée. Dans sa situation, elle imagine difficilement commencer les soins de peur de devoir avancer les frais : « *Et là, j'ai fait une prise de sang à la maternité (pour laquelle Madame a payé la facture). On m'a dit j'ai l'hépatite. Moi je ne sais pas, je suis bloquée, j'ai pas de sécu, de numéro. J'ai fait un peu de recherches et j'ai vu beaucoup plein de choses. Moi, pour l'instant je ne sais pas comment je peux continuer avec la maladie. Pour l'instant c'est ça qui m'inquiète même le plus. Je ne sais pas... Ici, ils m'ont dit que dès que j'accouche, on va vacciner l'enfant. Et après, moi je vais commencer à prendre le traitement. Mais je ne sais pas...* »

## **c) Les ruptures du parcours de vie**

Le suivi grossesse de certaines femmes, bien qu'amorcé, va se voir contrarié par les circonstances de leur parcours de vie. C'est le cas de Madame M.. Elle est arrivée en France enceinte de cinq mois et demi. Dans son pays, elle avait commencé un suivi avec une sage-femme et un gynécologue. Deux échographies avaient été réalisées. Contrainte de fuir son pays en urgence, elle est arrivée à Lille sans connaître la ville, a été hébergée chez des tiers, puis en hôtel financé par une association. Un accueil de jour pour personnes en demande d'asile l'a orientée vers un centre de soins gratuits pour qu'elle puisse enclencher à nouveau un suivi de sa grossesse. Elle attendait les résultats de sa prise de sang et sa date de rendez-vous d'échographie quand une place en CADA, hors de l'agglomération, lui a été proposée. Elle a dû donc être orientée à nouveau vers les structures de soins de son nouveau secteur d'hébergement.

63 Ancelot L., Bonnal L. et Depret M.-H., *Déterminants du renoncement aux soins des femmes durant leur grossesse*, Revue française d'économie 2016/4 (Vol. XXXI), p. 63-107

Elle m'explique ainsi ce qui est compliqué pour elle : « (...) chaque fois que j'arrive, ils me posent souvent des questions: "C'est quand que vous êtes arrivée en France ? Comment ça s'est passé ?" Donc, vous êtes un tout petit peu obligée de répéter, répéter l'histoire qui n'est pas trop évidente à raconter comme ça là... Même à l'échographie, on pose des questions... »

Du côté des professionnels, les difficultés se posent également dans les situations de femmes qui arrivent en France à un stade de grossesse avancé. Une assistante sociale de maternité indique : « (...) il y a beaucoup de situations où les femmes arrivent comme ça - paf!- aux urgences, où elles sont enceintes de huit mois ou neuf mois, elles accouchent dans la semaine... Ça, ça arrive. ». De ce fait, la prise en charge doit souvent se faire en urgence et sans aucune connaissance des antécédents de la personne.

#### **d) Les traumatismes de la migration**

Les femmes enceintes sans domicile qui ont un parcours de migration sont souvent en très grande souffrance psychique. Madame M. a quitté son pays suite à une incarcération de plusieurs jours en lien avec ses opinions politiques. Elle projetait de rester peu de temps en France quand elle a appris que son compagnon avait disparu après une interpellation et que sa famille subissait des pressions. Durant l'entretien, elle pleure beaucoup. Madame T. a été également incarcérée, mais en Libye, sur son trajet d'exil avec son premier enfant alors âgé de quelques mois. Puis, ils ont été secourus dans les eaux italiennes, sur une embarcation de fortune avec d'autres migrants. Elle n'a souhaité rien me dire de son parcours migratoire : « Je ne peux pas vous mentir. C'est une question que je ne peux pas vous répondre. ». C'est son éducatrice référente qui m'en a parlé. En entretien, Madame T. parle peu et répond par de courtes phrases.

Une sage-femme de maternité parle ainsi de ces difficultés à examiner ces femmes parfois violentées sexuellement sur leurs parcours d'exil et/ou exploitées sexuellement en France : « Nous, on fait les examens gynéco, donc c'est un moment un peu particulier. Certaines, on ne les examine pas à la première consultation parce que c'est pas possible. Il y a des patientes qu'on n'a pas réussi à examiner pendant toute la grossesse. On travaille ça pendant toute la grossesse, puis d'autres pour qui c'est pas du tout... Les patientes qui viennent des réseaux de prostitution, c'est pas du tout un problème de faire un examen gynéco... »

Selon Claire Mestre : « *Accueillir un enfant loin des siens est un événement déterminant pour les familles migrantes. Il n'en est que plus difficile et douloureux pour certaines mères qui cumulent les difficultés de l'exil, la souffrance psychique et la solitude. La naissance devient un événement qui marquera alors définitivement le devenir de la mère et de son enfant* »<sup>64</sup>. Ces femmes présentent plusieurs vulnérabilités qui menacent leur équilibre ainsi que celui de leur relation à leur enfant.

### **3) LE NON-RECOURS INSOUÇONNÉ**

L'autre type de non-recours subi pourrait être désigné comme insouçonné : par manque d'information ou de compréhension, la femme enceinte n'accède pas aux soins dont elle a pourtant besoin.

#### **a) Le manque d'information**

Comme le rapport du Samusocial de Paris cité ci-dessus l'évoque : « *Toutes les femmes que nous avons suivies ont témoigné de sérieuses difficultés d'orientation dans le système de soins, tout au long de leur grossesse* ». Les auteurs parlent de « *parcours d'orientation qui débute au moment où l'on sait que l'on est enceinte et qui peut se compliquer dès cet instant, notamment chez des femmes présentant certaines difficultés sociales* »<sup>65</sup>. Les auteurs parlent de « *complexe bureaucratique-sanitaire* » soulignant ainsi la multiplicité, la complexité et l'interdépendance relative des relations entre soignants et bureaucrates, dans lesquelles les patientes doivent se repérer. Le concept renvoie par analogie à celui de « *complexe bureaucratique-assistanciel* », forgé par Julien Damon (2012), au sujet de la prise en charge contemporaine des personnes sans-abri.

En effet, les femmes que j'ai rencontrées, sauf Madame J., se sont montrées en difficulté dans le repérage des interlocuteurs. Madame E. ne savait pas ce que proposait la PMI et Madame M. ne connaissait pas le rôle du médecin traitant. Toutes deux viennent d'un pays où la prise en charge de la grossesse et l'organisation du système de santé plus largement sont différentes. Il leur faut donc être dans une démarche de recherche d'informations sur les services à solliciter et les examens à

64 Mestre C., *Accueillir un enfant dans le deuil et l'exil*, dans *Devenir parent en exil*. ERES, 1999, pp. 41-59

65 Rico Berrocal R. et Le Méner 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)*, Observatoire du Samusocial de Paris, 2016

faire. Ne connaissant pas le territoire, elles ont souvent des difficultés à se repérer et doivent là aussi être en capacité de trouver des stratégies, comme Madame E. me l'a expliqué : « *Comme moi j'utilise souvent mon téléphone. Je fais une recherche pour trouver la maternité. J'ai utilisé le téléphone et après, je suis partie. Je suis partie bien avant le rendez-vous. J'ai demandé qu'on m'indique l'endroit.* »

Une sage-femme de PMI m'a évoqué la situation d'une femme qu'elle accompagne qui pensait que sa situation irrégulière en France ne lui permettait pas d'accéder à des soins : « *Et donc, en fait, quand je l'ai rencontrée cette dame n'avait fait aucune démarche auprès d'assistantes sociales. Elle était arrivée en France, originaire du Cameroun, elle était arrivée en France en 2016, décembre 2016. Et moi je l'ai rencontrée en octobre 2017. Donc... Quand je lui ai demandé: "Vous avez une couverture sociale?"... "Ah non non non. J'ai rien fait." Et pourquoi? Parce qu'elle était persuadée qu'elle n'avait le droit à rien.*»

### **b) La barrière de la langue**

De la même manière que la barrière de la langue a été une difficulté dans la rencontre avec certaines femmes, les professionnels interviewés l'expérimentent au quotidien dans leurs pratiques : « *Il y a un autre problème, c'est ces femmes-là qui ne sont pas francophones. Hier, j'ai rencontré une dame afghane en consultation. Et elle ne savait pas parler un mot de français. Enfin si, elle faisait: "Oui oui". Anglais, elle ne savait pas. Et elle était toute seule. Donc, du coup, on prend un temps incroyable pour poser des questions. Donc, elle avait été chez MSL il y a un mois et puis on la revoyait hier, en consultation. Donc, elle n'avait même pas pris de rendez-vous, elle s'est présentée comme ça, alors qu'à nos consultations, on prend sur rendez-vous. On l'a prise bien sûr hein. Mais si elle s'était présentée à l'hôpital, on ne l'aurait pas prise quoi. Il aurait fallu encore à nouveau qu'elle attende un rendez-vous ou on l'aurait envoyée aux urgences, mais je ne crois pas. Donc, rien que pour savoir: "C'est votre première grossesse ?"... Puisque sur l'ordonnance, c'était marquée "grossesse de deux à deux mois et demi". Donc on devait être à trois mois- trois mois et demi parce que ça faisait un mois. Et ben, elle ne comprenait pas. Mais voilà, c'est pas un jugement, c'est juste une constatation. Ben voilà, je me suis débrouillée avec des photos: "Un bébé, deux bébés, trois bébés. Et vous ?" (avec les gestes) "Là ? Un seulement" (en montrant son ventre). Bon, ça va pas. On recommence. Du coup, j'ai sorti mes photos, mes propres photos: "Vous voyez, là, c'est moi avec mon mari, mes enfants... Donc un, deux, trois... Et vous, vous avez déjà des enfants ?". Et là: "Ah ! Non non." Voilà... Mais bon, pour cette dame, je n'ai aucun antécédent. Je*

*ne sais pas, je ne sais pas si elle a des maladies antérieures... C'est quand je l'ai examinée, j'ai vu qu'elle avait une cicatrice d'appendicite. Donc après j'ai regardé partout sur son corps, si il y avait d'autres... Mais, elle ne comprenait pas pourquoi que je regardais comme ça. Ça a pris un temps incroyable », une sage-femme de PMI.*

Certains hôpitaux ont constitué un fichier interne de leurs salariés maîtrisant une autre langue : *« Donc là, c'est le plus confortable pour nous parce que là, on a le secret professionnel, on a la maîtrise de la communication des informations... Et puis surtout la notion de secret, quand on a la dame qui arrive avec quelqu'un, on sait pas qui est la personne qui l'accompagne, quels sont les enjeux derrière... »*, une sage-femme de maternité.

Sa collègue assistante sociale s'exprime ainsi sur cette difficulté du traducteur qui est un proche de la femme enceinte : *« La barrière de la langue, en consultation, c'est quand même assez problématique... Alors, quand elles sont accompagnées d'un traducteur, ça nous aide. Bien que des fois, on se rend compte que la femme, elle fait cinq phrases et puis qu'il résume ça en deux mots... On se dit, mince, qu'il y a de la perte d'informations... »*

### **c) Les handicaps psychique et mental**

Ces deux notions sont différentes mais se rejoignent en un point : la perception de l'environnement qui est rendue complexe. Le handicap psychique est le résultat de la maladie psychique. Le handicap mental renvoie à la déficience intellectuelle et à ses conséquences sociales. Face à un parcours de grossesse protocolaire, l'altération du comportement et les difficultés cognitives peuvent entraîner des difficultés diverses parmi lesquelles celle de saisir pleinement les données de compréhension nécessaires.

Madame V., 28 ans, est en situation de handicap mental. Durant l'entretien, il lui a été compliqué de situer sa grossesse dans le temps : elle savait approximativement de combien de temps elle était enceinte (*« Cinq mois ou cinq mois et demi »*) mais n'a pas su me donner d'autres éléments datés (*« Je sais plus quand j'ai su que j'étais enceinte »*). Madame est en foyer d'accueil d'urgence après avoir été expulsée de chez elle, avoir dormi dans des caves de logements collectifs avec son compagnon violent et avoir été hébergée chez un ami lui-même en situation de handicap psychique. Madame V. est consciente d'être accompagnée de manière renforcée : *« Oui, pour dire bien entourée, je suis bien entourée! Avec les éduc et ma référente ici, ma curatelle, ma sage-*

*femme, mon assistante sociale. Plus la maternité. Pour dire que je suis entourée, je suis entourée! Ma curatelle, elle m'aide beaucoup sur les papiers pour la grossesse».*

#### **4) LES FREINS INSTITUTIONNELS**

##### **a) La demande de couverture maladie**

L'ouverture des droits santé peut s'avérer complexe, comme c'est le cas pour Madame E. qui rencontre des difficultés dans la constitution de son dossier AME : *« Avec l'assistance sociale, on est parties plus de deux fois avec elle. Mais moi et mon mari, on est passés plus de dix fois même. On nous envoie le papier, on passe et on dit que tout ça va, le papier... Il n'y a rien qui manque. Après quelques temps, on nous renvoie encore... On nous dit "Non, il y a ça qui manque". Et, il y a tout qui est là! Il n'y a rien qui manque! J'ai le récépissé, j'ai le visa D, le passeport, j'ai le titre de voyage pour les réfugiés, comme j'ai été réfugiée au Cameroun. J'ai l'acte de mariage. J'ai le RIB de mon mari. Le papier qu'il est engagé. J'ai l'attestation d'hébergement. J'ai ça aussi. Et là, je ne sais pas, mon document je l'ai donné, tous les documents. L'autre jour même, lorsque je suis venue avec l'attestation de grossesse, il m'ont dit: "Mais la grossesse, c'est pas une maladie". Il m'ont dit comme ça pourquoi je suis venue avec ça. Ils l'ont pas pris. Ils ont refusé. Moi, j'ai même pas envie de partir encore à la Sécu. (...) Comme ils ont refusé, moi c'est quelque chose que si je vois quelqu'un me refuser une seule fois, je me retiens parce que j'aime pas ce qui va venir... Je ne sais pas ce qui va venir derrière. Je vois parfois, il faut que je sois un peu distante parce que parfois je ne sais pas ou c'est elle qui a le droit ou c'est elle qui a la vérité.»*

Pourtant, en tant que femme enceinte, elle ouvre bel et bien des droits qui, ici face à un interlocuteur incompétent, lui sont refusés.

Madame T., également en attente d'AME. Elle a fait sa demande il y a trois mois au moment de l'entretien. Un récapitulatif de son parcours de migration lui a été demandé, ce qui n'est pourtant pas une pièce habituellement demandée et qui en plus, vient primer sur son état de grossesse. La maternité où elle a accouché lui a envoyé une facture de plus de 2 000 euros qui suscite sa plus grande inquiétude. Son éducatrice me pointa également les soins qui ne peuvent donc être faits :



*« Oui puis les vaccins. Parce que OK, elle est suivie en PMI mais les vaccins, c'est à la pharmacie. La pharmacie, elle ne va pas les donner. C'est tout ce qui est en attente... Après voilà, c'est tout, on va prendre rendez-vous à MSL mais c'est toujours très compliqué quoi... Ils donnent effectivement peut-être des papiers verts pour aller faire des démarches à l'hôpital ou autre. C'est eux qui prennent rendez-vous et qui financent en fait... Mais ouais, c'est un peu... C'est moins facile! C'est en tout cas ce que j'ai en tête si jamais ça ne passe pas quoi. Faudra bien que la petite soit vaccinée. »*

### **b) La multiplication des guichets**

La grossesse en situation de grande précarité implique une quantité d'interlocuteurs médico-sociaux répartis sur le territoire. A l'axe des difficultés sociales avec ses différents intervenants s'ajoute celui de la santé, avec ses propres intervenants. Un rapport du Samusocial de Paris pointe cette difficulté : *« Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, les personnes pauvres ou sans emploi ont bien souvent une gestion du temps très ajustée, pour répondre à une série de besoins courants et à des échéances extraordinaires et importantes (avec des travailleurs sociaux ou des employeurs, qui fixent parfois unilatéralement les rendez-vous). Venir en consultation coûte donc un temps précieux. »*<sup>66</sup>

Madame E., en attendant l'ouverture de ses droits AME, doit présenter une prise en charge du centre de soins pour ses examens à la maternité. Elle fait donc les aller-retours à chaque fois que c'est nécessaire, tout en essayant de se repérer au mieux dans la diversité des interlocuteurs : *« J'ai parlé avec mon assistante sociale et elle m'a proposé et elle m'a dit... Je ne savais pas que je suis enceinte parce que je ne me sentais pas bien comme ça. Et elle m'a dit, il faut que je vienne à MSL. Je suis venue et de là, je suis venue. On m'a donné un document. Je suis partie au Planning Familial et là-bas, au Planning Familial, ils m'ont envoyée à l'hôpital et de là, je suis revenue ici, à MSL, pour une prise en charge si je voulais continuer le suivi grossesse. Je suis venue ici et on m'a dit que, à chaque fois, on me fait une prise en charge, que si je pars pour la consultation, quelque chose comme ça, j'ai déjà une prise en charge. »*

A chaque guichet, les difficultés se présentent de la même manière : il s'agit d'expliquer à nouveau sa demande et de tenter de faire valoir ses droits. Ce qui peut entraîner découragement et

<sup>66</sup> Rico Berrocal R. et Le Méner 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)*, Observatoire du Samusocial de Paris, 2016

dissuasion pour ces femmes. D'autant que des paramètres spatio-temporels peuvent s'ajouter. L'éloignement des services entre eux, les difficultés de transport et les délais d'attente pour un rendez-vous vont venir compliquer les démarches.

### **c) L'accès aux échographies**

Les services d'échographie étant saturés, les hôpitaux réservent les créneaux disponibles aux patientes déjà suivies dans leur établissement et orientent les autres vers le privé. Quand le cabinet est conventionnée, comme c'est le cas pour Madame J., le tiers payant s'applique et il n'y a pas d'avance de frais. Pour l'échographie du troisième trimestre (les deux autres ayant été faites hors agglomération), la maternité dans laquelle s'était inscrite Madame T. l'a orientée vers un cabinet en ville. Au moment d'y prendre le rendez-vous, quand elle a annoncé qu'elle était en attente d'AME, elle vu sa demande être refusée. C'est lors de son entretien avec l'anesthésiste, à la maternité, que le médecin est intervenu pour lui permettre, en urgence, cette troisième échographie sur place.

Les deux premières échographies n'étant pas prises en charge intégralement par la Sécurité sociale, elles posent un réel problème pour les professionnels. Une sage-femme de PMI explique ainsi : *« C'est très compliqué... Dans le suivi de grossesse, pour ces patientes-là, vraiment la difficulté, c'est les échos. Parce qu'avoir une échographie, un rendez-vous d'écho en maternité, c'est compliqué et en privé, ça veut dire une avance de frais. Le prix d'une écho... Il y en a trois pendant la grossesse... Voilà, il faut pouvoir avancer... La deuxième écho, elle est à 60 euros, parce que c'est l'écho morpho... Voilà, il y a plein de gens qui n'ont pas 60 euros à avancer quoi... Et du coup, elles ne la font pas parce qu'elles ne peuvent pas »*,.

Une autre sage-femme de PMI, qui a travaillé en maternité, parle également de ces difficultés dans l'accès à l'échographie dont va dépendre le parcours de grossesse : *« Normalement, dans un suivi de grossesse, il y a quand même une écho de datation. C'est-à-dire qu'une fois qu'on a diagnostiqué la grossesse par un test urinaire ou un test sanguin, on propose souvent une écho de datation. Souvent, ces femmes-là ne l'ont pas. Parce qu'il faut la payer, voilà. Et à la maternité, il n'y a pas d'échographie de datation proposée. Les maternités renvoient dans le privé. Donc, elles n'ont pas accès à cette échographie de datation. Ensuite, on a une échographie du premier trimestre. Là, ça va commencer à être le parcours du combattant. C'est comme ça qu'on va choisir la maternité dans laquelle elles vont être suivie souvent... Si on arrive à avoir une écho dans telle ou telle maternité selon les places, la femme va se faire suivre dans telle ou telle maternité. Cette*

*écho peut être faite dans le privé, mais pour ces femmes là, il n'est pas question d'aller dans le privé. Parce que quand elles n'ont pas de couverture sociale, elles ne sont pas prises en charge. Donc, elle n'ont pas vraiment de choix au niveau de la maternité. Une dame lambda, si elle veut choisir sa maternité mais qu'il n'y a pas de place pour faire sa première écho dans la maternité qu'elle a choisi, elle va aller faire son échographie du premier trimestre en privé. C'est pas un obstacle. Donc, les délais que propose la maternité pour ces échographies du premier trimestre sont très courts, donc souvent elles n'en ont pas parce qu'on a découvert un peu plus tardivement la grossesse... Du moins, elles l'ont découverte peut-être avant, mais si elles se présentent à dix semaines d'aménorrhées (l'échographie du premier trimestre doit se faire aux alentours de douze semaines d'aménorrhées), donc à la maternité, c'est pas suffisant deux semaines de délais pour prendre un rendez-vous... Elles ont des plannings qui sont très serrés. Et donc, ben souvent, on a une échographie du premier trimestre qui est retardée. Quasiment à chaque fois quoi... Pas tout le temps mais très très très souvent. Voilà, donc c'est quand même un parcours particulier. »*

#### **d) Les représentations des professionnels de santé**

Les représentations sur la pauvreté ou l'origine des femmes impactent les pratiques des professionnels. Dans ses recherches, Pricille Sauvegrain<sup>67</sup> a travaillé sur les représentations racisantes des professionnels de santé et leurs conséquences sur la prise en charge périnatale des femmes perçues comme « Africaines » en Île-de-France. Ses conclusions sont accablantes : ces femmes bénéficient de traitements différentiels liés aux représentations qu'elles soulèvent. Ainsi, elles bénéficient de davantage de césariennes, sont moins orientées vers certains services comme les psychologues ou la préparation à la naissance. J'ai rencontré une sage-femme qui rédige une thèse sur les représentations des professionnels dans l'accueil en maternité publique des femmes roms. Son constat est le même : le parcours de grossesse de ces femmes est influencé par la façon dont elles sont perçues par les soignants.

Une infirmière travaillant auprès du public rom explique ainsi l'impact de cette problématique dans sa pratique avec les femmes qu'elle accompagne : « *Parfois c'est du racisme, il faut le dire aussi clairement. Ou le scepticisme, parce qu'ils arrivent pas à faire des rendez-vous comme ils le font dans leur pratique classique. Qu'en plus, on ne se comprend pas très bien... (...) Et puis quand tu prends un rendez-vous et que tu dis "AME", ça nous arrive régulièrement d'avoir*

<sup>67</sup> Sauvegrain P., *La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins*, *Revue Européenne des Migrations Internationales*, volume 28 (2), 2012, pp. 81-10

*des refus, parce qu'ils disent: "Oui l'AME, on n'est pas remboursé etc.". En fait, ils sont remboursés, mais c'est juste que AME, ça résonne précarité, ça résonne pauvreté, ça résonne gens sales, ça résonne tout ça. Et que les médecins, ils ont pas envie de s'emmerder avec ça. Pas que les médecins d'ailleurs, mais les professionnels de santé... T'as des professionnels qui ne veulent pas s'emmerder dans leurs pratiques avec ça. Qui sont dans leurs petites pratiques figées, un peu, bien cadrées, et ça vient trop bousculer les choses pour eux. (...) Et souvent, c'est un peu compliqué quand j'essaye de travailler avec un nouveau médecin traitant. Ça m'est arrivée plein de fois d'arriver dans le cabinet et tu vois tout de suite le visage du médecin qui change de couleur et tu vois tout de suite qu'il est complètement pas bien... Et ça aussi, dans les UT ça m'arrive aussi régulièrement, des puers, des puéricultrices ou même les secrétaires de l'UT... Tu vois tout de suite qu'elles sont crispées et que tout le long du rendez-vous, les gens vont être un peu comme ça, tendus... »*

## **II - UN RÉSEAU PÉRINATALITÉ-PRÉCARITÉ**

### **INFORMEL**

#### **1) DES PROFESSIONNELS QUI « BRICOLENT » AVEC LES CONTRAINTES**

Comme Julien Damon l'explique : « *La prise en charge des SDF est un bricolage d'adaptation des ressources et des contraintes de l'action à des cas particuliers* »<sup>68</sup>. Il s'agit pour les professionnels d'adapter leurs pratiques en fonction des manques et des difficultés institutionnels, dans une dynamique interpersonnelle, avec d'autres professionnels, pour répondre de manière individualisée aux problématiques rencontrées. Surmonter les difficultés d'accompagnement et d'orientation dans le parcours médico-social de la personne fait appel à des compétences d'adaptabilité et de bricolage ou de « bidouillage » des pratiques. Chez les professionnels que j'ai rencontrés, les vocables sont revenus à plusieurs reprises.

68 Damon J., *La question SDF. Critique d'une action publique*, Presses Universitaires de France, Le Lien social, 2012

Une sage-femme de PMI explique : « *Alors après, il a fallu appeler pour une échographie! Je n'avait pas le début de grossesse, donc la première maternité que j'appelle (oh j'étais un petit peu fatiguée suite à cet entretien! (rires)), donc je dis: "Ben voilà je voudrais un rendez-vous d'échographie, une grossesse qui n'est pas suivie d'environ 3 mois et demi.*

- *Vous avez le début de grossesse?*

- *Ben non, c'est une grossesse qui n'est pas suivie...*

- *Ah ben écoutez, nous, il faut faire une échographie de datation".*

*J'ai raccroché. Voilà. Les bras m'en tombent quand c'est comme ça! Du coup, ben j'ai mis en début de grossesse "aléatoire". On feinte, voilà, pour avoir des examens... ».*

Une infirmière auprès du public roms indique aussi : « (...) *il y a des médecins avec qui on bosse qui sont très frustrés et qui disent: "Oui, c'est pas de la médecine! C'est du bricolage!" (...)* Parce que c'est vraiment du bricolage. En fait, moi dans mon poste, je fais beaucoup de bricolage quoi... (...) *Au quotidien, c'est adaptation tout le temps. tu bricoles, tu te débrouilles, voilà... Tu t'ajustes... Faut vraiment être malléable... ».*

Un chef de service d'accueil de jour confirme : « *Le fait malheureusement qu'il y ait peu de place d'hébergement fait qu'ici les dames vont rester parfois plusieurs mois et viennent quasi tous les jours... Et le fait qu'il y ait une référence mise en place permet quand même de suivre bon an mal an, la maternité, enfin en tout cas, la fin de grossesse. Voilà après, c'est un travail avec la maternité, MSL, avec la PMI aussi, sur l'accompagnement post-accouchement. Voilà l'idée, c'est de bricoler en attendant qu'il y ait une stabilité d'hébergement qui permette de vraiment accompagner la parentalité... Enfin, c'est un grand mot, parce que, jusqu'à preuve du contraire, ce n'est pas parce qu'on est dehors qu'on est de mauvais parents, donc... ».*

Les complexités administratives et les problématiques personnelles vont nécessiter des pratiques flexibles et parfois créatives, comme l'exemple de la sage-femme de PMI qui montre ses photos de sa propre famille à une femme afghane pour tenter de se faire comprendre. Le manque de solutions d'hébergement va impliquer quant à lui des accompagnements adaptés à une périnatalité particulière qui se combine à la précarité. Dans ces circonstances, le bricolage professionnel concourt à l'accès aux droits de santé de ces femmes enceintes.

## 2) UN RÉSEAU PARTENARIAL AUTO-CONSTRUIT

Les professionnels que j'ai rencontrés ne travaillent pas tous pour des structures membres du RSSLM, mais tous le connaissent pour accompagner des personnes en situation de grande précarité. Chacun étaye de manière individuelle ce réseau professionnel formel de manière à répondre à l'accompagnement spécifique des femmes enceintes sans domicile.

Comme cette sage-femme de PMI qui a travaillé en maternité me l'explique, l'orientation dans les établissements relevant du droit commun va être simplifiée par des professionnels plus facilitateurs que d'autres, car plus sensibles à la question de la précarité : *« Et en effet, quand elles sont à l'hôpital, donc dans le droit commun, si elles arrivent avec aucun suivi, ça va beaucoup dépendre de la personne qui l'accueille. Certaines vont dire: "Bon écoutez vous allez prendre rendez-vous pour une échographie ou alors on la fait tout de suite!" Ça, je l'ai énormément vécu quand j'étais en maternité, quand ces dames qui arrivaient, moi j'essayais d'avoir une échographie le plus rapidement possible, mais après ça dépendait des possibilités qu'on avait. »*

Cette sage-femme était d'ailleurs une des interlocutrices privilégiées de sa maternité pour un infirmier de la CMAO. L'expérience de travail favorable avec un professionnel coopérant va l'identifier comme potentiel relais et faire de lui un interlocuteur ressource.

Une infirmière auprès du public rom explique : *« Je travaille avec des pro que j'ai repérés, avec qui le travail est très fluide et ça passe très bien. Par exemple, je pense au cabinet médical du quartier. Du coup, c'est clair que je travaille souvent avec les mêmes professionnels au final. Et souvent, c'est un peu compliqué quand j'essaye de travailler avec un nouveau médecin traitant. (...) Je ne travaille quasiment jamais avec une maternité bien précise. Mais, ça dépend, récemment, je suis tombée sur une super sage-femme là pour une grossesse à risque là, sur un terrain. Et elle était géniale cette femme ! Et d'ailleurs tu vois, j'ai son nom en tête et je sais que je la solliciterai si jamais j'ai besoin. Mais... Après ça dépend du professionnel de santé sur qui tu tombes. En fait, c'est vraiment ça quoi. Mais du coup, c'est un peu au petit bonheur la chance quoi... C'est-à-dire voilà... Mais du coup, quand tu tombes sur des bons professionnels, eux, tu les notes parce que tu sais que ça va le faire. Et là, je sais que cette femme, cette sage-femme là, j'ai son nom en tête et je sais que là au moins j'ai une personne ressource en gynéco là-bas quoi ».*

Via la récurrence, des habitudes de travail se créent et contribuent à la création d'un réseau partenarial personnel.

Une autre sage-femme de PMI le confirme : « *Souvent, on travaille en lien... Moi je travaillais beaucoup avec les assistantes sociales de secteur. Vraiment, c'était du travail en lien où on se partageait vraiment le travail par rapport à l'accompagnement, à ce qu'on pouvait mettre en place... Parfois, ça se débloque très vite, parfois c'est très compliqué de débloquer les choses... C'est très variable quoi, selon l'interlocuteur qu'on a* ».

Julien Damon résume ainsi les partenariats informels : « *Ce n'est pas par la voie des partenariats signés par les décideurs que passent systématiquement les actions de prise en charge. Au contraire, les travailleurs sociaux agissent de manière informelle au sein de réseaux qu'ils ont su se constituer à partir des rencontres entre administrations et associations. Ce travail en réseau permet de diversifier les outils et les réponses. Matériellement, ces réseaux personnalisés de bricolage sont incarnés par des cahiers d'adresses et de téléphones. Ces cahiers sont remplis et corrigés en permanence. Les informations qui y sont contenues sont produites par les relations interpersonnelles qui se sont consolidées au sein des réseaux de dépendance mutuelle. Circulant entre réunions et circuits de la prise en charge, les acteurs "de terrain" échangent horizontalement de l'information, des recommandations, des ressources, des dossiers* »<sup>69</sup>.

Dans la prise en charge des femmes enceintes sans domicile, les professionnels s'organisent à la fois de manière informelle et de manière formelle, via le RSSLM. Le réseau de santé institutionnel est lui-même porteur d'un quasi réseau périnatalité-précarité, qui s'est auto-constitué de manière informelle et incomplète. Les professionnels qui le constituent amènent leurs pratiques et leurs ressources, de manière à mieux penser collectivement l'accompagnement de ces femmes. Les situations qui posent problèmes ou questionnent peuvent être évoquées au sein des interventions dites « pédiatriques », non dédiées spécifiquement à la prise en charge des femmes enceintes, mais plus largement à des accompagnements relevant de la pédiatrie.

69 Damon J., *La question SDF. Critique d'une action publique*, Presses Universitaires de France, Le Lien social, 2012

Le suivi ordinaire de grossesse n'est pas adapté aux spécificités des femmes sans domicile. Leur suivi est souvent tardif et/ou connaît des ruptures liées aux non-recours aux soins qu'elles subissent. La priorisation des besoins, la contrainte financière, un parcours de vie migratoire ou bousculé vont venir imposer à la femme une impossibilité à faire suivre leur grossesse. Elles ignorent parfois qu'elles en ont même la possibilité. Le manque d'information, la barrière de la langue, les handicaps psychique et mental sont autant de freins à l'accès aux droits. Enfin, les difficultés institutionnelles aux nombreux guichets qu'elles doivent solliciter et la complexité d'obtention des échographies se combinent aux représentations négatives de certains professionnels de santé, rendant le droit commun responsable de certains non-recours. Le RRSLM, travaillant à destination du public en grande précarité, a pour mission la prise en charge de ces femmes. Il s'est ainsi développé en son sein un réseau de périnatalité autour des professionnels impliqués qui amènent leurs propres solutions de prise en charge issues des ajustements de leurs pratiques à un système de soins trop peu individualisé pour ces femmes.



## **PARTIE 4 LES PRÉCONISATIONS POUR UN MEILLEUR ACCOMPAGNEMENT GROSSESSE**

Je vais présenter ici différents dispositifs qui permettraient un meilleur accès aux soins des femmes enceintes en situation de grande précarité. Ils ont déjà été expérimentés pour certains mais nécessitent une adaptation au territoire et aux dispositifs existants.

### **I - LA MISE EN PLACE D'UNE COORDINATION PÉRINATALITÉ-PRÉCARITÉ : L'EXEMPLE DU RÉSEAU SOLIPAM**

SOLIPAM, Solidarité Paris Maman, est le réseau de périnatalité et d'accès aux soins de la région Île- de-France. Il prend en charge les femmes enceintes en situation de grande précarité (isolées, peu ou pas de ressource financière, hébergement absent ou instable, droits non ouverts,..), majeures. L'inclusion la plus précoce possible dans le réseau offre à ces familles la possibilité d'accéder à une offre de soins périnataux complète (IVG, diagnostic prénatal, orientation vers des dispositifs et une maternité adaptés au niveau de risques périnataux repérés). Il s'agit de réinscrire les parcours de soins de ces femmes enceintes et de leurs enfants au plus près de l'offre de soins de proximité, celle proposée à la population générale, en privilégiant la stabilisation de leur environnement et leur autonomie. De la même manière que le RSSLM et tout autre réseau de soins, le réseau SOLIPAM a pour objet d'être un élément organisationnel transversal et pluridisciplinaire d'amélioration de la prise en charge ici périnatale.

Les premières prises en charge ont débuté en novembre 2006, date de création du réseau. La coordination du réseau est assurée par une directrice, de trois coordinatrices médicales (sages-femmes), de trois coordinatrices sociales (assistantes sociales) et d'une secrétaire. SOLIPAM se base sur l'équation: « *Grossesse + Précarité = Urgence Médicale* » et mène son travail autour des ces trois axes :

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

Depuis 2010, pour élaborer et mener à bien le projet réseau, trois groupes de travail réunissent régulièrement des professionnels médicaux et sociaux impliqués dans le réseau :

- un groupe de travail opérationnel ayant pour objectif général de mettre en place des outils et des collaborations territoriales avec pour vocation de « garantir la continuité du parcours

médico-psycho-social des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés jusqu'au 3ème mois de vie ». Les axes de travail identifiés à partir des situations concrètes et des difficultés de terrain alimentent le projet réseau.

- un groupe de travail « conduite du changement » soutient le projet réseau en développant « un centre ressources " Périnatalité / grande précarité " (formations, informations, études, manifestations) » afin de préparer les rencontres SOLIPAM, les formations et les projets de sensibilisation.
- un groupe de travail « évaluation » du réseau avec pour objectif stratégique d' « évaluer le service rendu par SOLIPAM aux femmes et à leurs enfants, aux professionnels du territoire de santé parisien et à la collectivité ». Il s'agit d'alimenter le tableau de bord du réseau afin d'appuyer sa fonction d'observatoire.

Afin d'assurer la continuité des soins, chaque femme prise en charge par le réseau signe une fiche d'adhésion et est inscrite dans un parcours afin de bénéficier d'un suivi personnalisé. Ce parcours de soins est initialisé par le médecin traitant, le médecin ou la sage-femme de la PMI ou de la maternité. Il est actualisé par les équipes soignantes au fur et à mesure du déroulement de la grossesse et du développement de l'enfant. Les coordinatrices de SOLIPAM initient le dossier de liaison réseau, en assurent la mise à jour avec les professionnels concernés et travaillent à la continuité de la relation avec les femmes, les équipes soignantes et sociales, partenaires et membres du réseau. Ce dossier est constitué de fiches de liaison thématiques : médicale, sociale et hébergement.

Les membres constitutifs du réseaux sont : le Centre d'Action Sociale Protestant (association CASP), l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, le Samusocial de Paris, la Direction de la Famille et de la Petite Enfance du département de Paris au titre de la PMI, les réseaux de médecins libéraux, les médecins et autres professionnels de santé libéraux.

Dès le début de mon travail, j'ai eu connaissance de SOLIPAM par mes recherches. L'exemplarité de ce dispositif s'explique par les caractéristiques de son territoire en terme de population. Pour information, lors du dernier recensement<sup>70</sup>, le nombre d'habitants de Paris était de

<sup>70</sup> Insee, *Recensement de la population 2015 en géographie au 01/01/2017 - Recensement de la population 2010 en géographie au 01/01/2012*

2 206 488 contre 232 741 pour la ville de Lille. Il ne s'agit ici que des chiffres pour les villes et non pour leur agglomérations. Ainsi, les situations de femmes enceintes en grande précarité vont être d'autant plus nombreuses et un tel dispositif d'autant plus nécessaire pour coordonner l'ensemble des acteurs de la prise en charge. En 2016, SOLIPAM chiffre sa file active à 637 femmes.

Sur le territoire de l'agglomération de Lille, comme je l'ai expliqué, un réseau périnatalité informel au sein du RSSLM existe déjà. Il lui manque du temps de coordination afin de pouvoir gagner en formalisation et en visibilité. Cette coordination pourrait être portée par le RSSLM et/ou par le réseau de périnatalité du territoire. En effet, des réseaux de périnatalité existent déjà. Ils sont deux à couvrir le département : le réseau Ombrel pour la région lilloise et le réseau périnatalité Hainaut pour le sud du département. Le réseau périnatalité Hainaut dispose d'une coordinatrice dédiée aux situations de précarité. Le réseau Ombrel travaille parfois en lien avec le RSSLM. Ce partenariat pourrait donner lieu à une contractualisation.

## **II - PERMETTRE UN CONGÉ MATERNITÉ :** **LES LITS SUITE DE COUCHES**

Le dispositif de LHSS porté par le RSSLM dispose de 37 lits dont six pour femmes et 14 mixtes. En 2017, chez les 32 femmes accueillies, le premier motif d'admission est la grossesse et la suite de couches (25 %), puis les pathologies chroniques (20%) et les soins post chirurgicaux (20 %). 30 % des patientes souffrent d'une dépendance associée. La grossesse ne constitue plus le premier motif en raison de priorisation de l'équipe de régulation. Seules les grossesses pathologiques entrent en LHSS. Les femmes enceintes à la rue n'y entrent plus afin d'éviter d'embouteiller le dispositif qui est saturé : l'an dernier, au total, il y a eu 137 admissions (contre 102 en 2016) et 143 demandes non satisfaites (contre 127 en 2016) dont 50 refus. La file active est de 131 patients ( en hausse de 32 % par rapport à 2016).

Sur la métropole lilloise, il existe également d'autres dispositifs de type lits de soins : les LAM, Lits d'Accueil Médicalisé, coordonnés par MSL et l'association porteuse qu'est l'ABEJ (Association Baptiste pour l'Entraide et la Jeunesse qui s'adresse aux personnes en situation de

grande précarité). Les LAM accueillent des personnes atteintes de pathologies lourdes et chroniques. Le SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile), porté également par l'ABEJ, intervient dans les CHRS et sur les terrains. Une femme enceinte a été prise en charge en 2017 par le SSIAD.

Les LHSS sont issus des lits d'hébergement de soins infirmiers créés dès l'origine du Samusocial de Paris en 1993. Ils accueillait des personnes en situation de grande exclusion dont l'état de santé physique ou psychique nécessitait un temps de repos ou de convalescence sans justifier d'une hospitalisation. Deux textes sont ensuite venus pérenniser ces lits d'hébergement sous l'appellation « Lits Halte Soins Santé » : la loi 2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la sécurité sociale pour 2006, puis le décret 2006-556 du 17 mai 2006, relatif à leurs conditions d'organisation et de fonctionnement. Les LHSS deviennent alors structures médico-sociales offrant une prise en charge mixte aux personnes sans domicile dont l'état de santé, sans nécessiter une hospitalisation, n'est pas compatible avec la vie à la rue. Ils accueillent des personnes sans domicile censés ne présenter que des problèmes de santé bénins, ne nécessitant donc pas une hospitalisation. Dans les faits, les places en LAM étant trop peu nombreuses, les LHSS pallient au manque et accueillent un public aux pathologies plutôt lourdes. Ce dispositif assure une prise en charge sanitaire et sociale des personnes dont l'absence de domicile empêche une prise en charge satisfaisante de leurs problèmes de santé, et évite soit une rupture dans la continuité des soins, soit une aggravation de l'état de santé.

Les LAM, quant à eux, font suite à l'évaluation en 2009 du dispositif LHSS et se situent dans le prolongement de leurs actions médico-sociales. Ils ont été mis en place comme relais des LHSS pour permettre aux personnes majeures atteintes de pathologies chroniques de pronostic plus ou moins sombre de recevoir, en l'absence de domicile et d'impossibilité de prise en charge adaptée dans les structures de droit commun, des soins médicaux et paramédicaux ainsi que d'un accompagnement social adapté.

Les ACT (Appartements de Coordination Thérapeutique) accueillent un public parfois similaire. Créés expérimentalement en 1994 pour la prise en charge des personnes touchées par le VIH-Sida, ils sont devenus, depuis les lois du 2 janvier 2002 rénovant l'Action sociale et médico-sociale et du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, des institutions médico-sociales financées par l'Assurance maladie. Ils sont ouverts à l'accueil de personnes en situation de précarité touchée

par une maladie invalidante.

Le cahier des charges de ces dispositifs, comme le souligne MSL, mentionne un accueil des femmes ayant une grossesse ou une post-grossesse nécessitant des soins particuliers, dû à une pathologie parfois associée. Ce qui en exclut les femmes pour lesquelles la grossesse ne présente pas de difficulté médicale diagnostiquée.

La Fondation de l'Armée du Salut (FADS) de Lyon dispose depuis 1999, de sept lits repos accueillant exclusivement des femmes, co-gérés par la PASS Mobile (Permanence d'accès aux soins de santé de l'hôpital à destination du public en situation de précarité) et qui s'inscrivent dans le cadre des actions du RSRH (Réseau Social Rue Hôpital), le réseau de santé précarité sur ce territoire. J'ai eu un entretien téléphonique avec sa coordinatrice qui m'en a expliqué le fonctionnement. Sur le même modèle que les LHSS, LAM ou ACT, il s'agit de places d'hébergement proposant un accompagnement médical et social.

La spécificité de ces lits de repos est d'offrir aux femmes isolées ou enceintes sans domicile un lieu et un temps transitoire de soin et/ou de repos. L'accompagnement proposé ne se limite pas uniquement aux démarches de soins. Un travail de réinsertion est enclenché dès l'admission sur le dispositif lit de repos (ouverture des droits au séjour, ouverture des droits de santé, constitution de dossier de demande d'hébergement et de logement, ouverture de droits aux prestations sociales, démarches d'accès à un emploi et une formation, etc.).

En terme de coût, ce dispositif se rapproche de celui des LHSS, à savoir un prix de journée de 110 euros. Les ACT et LAM sont plus onéreux en présence médicale (190 euros). A titre de comparaison, le tarif journalier moyen d'une hospitalisation est de 400 euros sur le territoire. Il s'agit également de prendre en compte les coûts évités d'un dispositif qui favorise la prévention des risques périnataux liés à l'absence d'hébergement et d'accompagnement.

### III - RENFORCER LES PARTENARIATS

#### ADMINISTRATIFS ET HOSPITALIERS : LA

#### QUESTION DE LA PMI EN MATERNITÉ

Certaines maternités disposent d'un service de PMI intégré. Composés d'assistantes sociales et parfois de psychologues, ces Services de PMI en Maternité (SPM) permettaient un relais social efficace pour les professionnels de santé de la maternité. Depuis quelques années, ces services ont vu leurs effectifs se réduire parfois de moitié pour certains établissements. En 2015, suite à un audit dans les SPM de Roubaix, Valenciennes, Armentières et Lille, le Département a « gelé » des postes.

Les sages-femmes que j'ai rencontrées mentionnent toutes les difficultés liées à ces réductions d'effectifs : « *Alors là, il n'en reste plus qu'une mais, quand je suis arrivée sur Roubaix, sur le service social de PMI à la maternité, elles étaient quand même cinq assistantes sociales hein. Et je peux vous dire qu'il y avait du travail pour tout le monde. Donc là, le service est un peu démantelé depuis un an et demi à peu près et on ne sait pas trop ce qu'il va d'ailleurs en advenir de ces services PMI en maternité. Mais, sur Roubaix, c'était quand même une aide vraiment importante pour ces femmes là parce qu'il y avait du lien... Ça permettait beaucoup plus facilement le lien entre l'UTPAS, qui pouvait prendre en charge ces femmes, et la maternité. Là, c'est beaucoup plus compliqué, parce que ces personnes là, elles faisaient le lien, elles connaissaient les deux côtés et ça permettait une fluidité dans le travail, parce qu'elles les recevaient pendant la grossesse.... Et du coup, parfois c'était une orientation vers l'UT, parce qu'elles arrivaient à la maternité sans rien. Et ça pouvait être aussi dans ce sens là... Mais là, je ne sais pas trop ce qu'il va advenir de ces services là donc... Il y a eu un audit et on n'en sait pour l'instant pas plus mais... (...) Mais à Roubaix et à Jeanne de Flandre, il ne reste plus grand monde. Ce service là, je trouve que c'est vraiment dommage parce que pour ces femmes là, c'était aussi un repère important... (...) Donc maintenant, à Roubaix, c'est la sage-femme qui est l'interlocutrice entre la maternité et l'UT... Donc, on l'interpelle parfois pour des choses très sociales, notamment par exemple une femme qui n'a pas de logement. (...) C'est pas toujours facile pour les collègues je pense, avant on interpellait le service PMI et là maintenant, c'est elles qu'on interpelle quoi... ».*

Cette sage- femme indique, en outre : « *Ça simplifiait la prise en charge de ces femmes... Parce que là, c'est très compliqué... Vous voyez là, la maternité Jeanne de Flandre, elle fait 5000 et de brouettes d'accouchements... Un quart temps d'assistante sociale... Avant, elles étaient cinq. C'est quand même insuffisant...* »

Les SPM sont des dispositifs qui facilitent l'articulation entre médical et social. Leur ancrage au sein même des maternités permet une réactivité et une fluidité dans les prises en charge qui restent avant tout médicales, avec un renfort social selon les besoins des patientes. L'accompagnement est ainsi global et individualisé tout en étant inscrit dans le droit commun : « *Il ne s'agit pas en effet de créer des services spécialisés pour les personnes en situation précaire ; mais de permettre que ces dernières soient prises en charge comme (et avec) l'ensemble des citoyens, au nom de la mission de " service public de santé " confiée à l'hôpital* »<sup>71</sup>.

Un partenariat social-institutions de droit commun, par des interlocuteurs identifiés, permet un travail en coopération sur des situations individuelles. Certaines structures médico-sociales ont parfois des référents identifiés de manières formelles, comme c'est le cas dans la pratique de cette éducatrice de foyer maternel : « *(...) il y a des conventions qui sont faites pour certaines choses. Pour la Mission Locale, on sait qui interpeller. On a un interlocuteur privilégié pour la Sécu, pour la CAF. Mais c'est pareil, pour la Sécurité Sociale, on a pour Lille-Douai, mais on n'a pas pour Roubaix-Tourcoing, parce que c'est plus compliqué. Mais le jour où on tombera sur quelqu'un qui a envie de s'impliquer...* »

Le partenariat contractualisé avec une administration implique la coopération dans les missions de l'interlocuteur. Il connaît les particularités du public et se tient disponible pour être interpellé directement sur des situations. Il est repéré physiquement ou parfois juste nominativement et est joignable par téléphone ou mail. Ainsi, les situations complexes peuvent être évoquées directement et traitées plus rapidement. Dans le cadre de l'ouverture des droits santé, la généralisation de ce type de convention partenariale faciliterait l'accès plus rapide aux soins des femmes en situation administrative complexe.

71 Parizot I., *La prise en charge des malades démunis : entre univers médical et univers humaniste*, in Paugam S., *Repenser la solidarité*, Presses Universitaires de France « Quadrige », 2011, p. 747-763



## **IV - ALLER À LA RENCONTRE DES FEMMES**

### **POUR LES INFORMER**

Une démarche d' « aller vers » permet d'amener l'information aux femmes les plus éloignées de l'accès aux soins. Sur la métropole lilloise, des associations interviennent déjà à destination spécifique du public rom qui vit sur des terrains ou des bidonvilles dans des conditions de très grande précarité. MSL va à leur rencontre avec un bus aménagé qui permet les consultations et quelques soins de base. L'association Pédiatres du Monde réalise des sorties conjointes avec MSL et finance l'aide d'interprètes d'origine roumaine qui sont présents à chaque consultation.

En 2017, le bus médico-social a partagé son activité entre les terrains où se stationne la population roms à raison de deux sorties par semaine. Il a réalisé également deux sorties sur un site de Lille où s'étaient réunis de jeunes migrants. 926 consultations ont été réalisées. La gynéco-obstétrique concerne 15% des motifs de consultation du bus (contre 10% au centre MSL).

Début 2017, des sages-femmes de Pédiatres du Monde ont monté un projet d'accompagnement prénatal sur les terrains ayant pour support le bus de MSL. Ce suivi a pour but d'être complémentaire du suivi médical initié au bus en début de grossesse par un des médecins de MSL, en lien avec une maternité de secteur. Cet accompagnement prénatal se compose de deux visites en présence d'un interprète :

- la première porte sur les informations relatives à la grossesse et sur les messages d'éducation pour la santé en terme d'hygiène et de prévention des infections materno-foetales. En parallèle, le déroulé du suivi est expliqué et l'utilité de chaque type de consultation représenté. Cette première séance permet également le cas échéant d'ouvrir un dossier obstétrical unique qui sera ensuite repris par les consultants pour la suite du suivi.
- La seconde visite porte sur les motifs de consultation d'urgence, l'accouchement et la période post natale.

Cette action est pour le moment suspendue : les sages-femmes qui l'ont initiée étaient bénévoles et n'ont pu se ré-engager de la même manière à cause de contraintes professionnelles.

Sur certains autres territoires, des actions de formation sont menées. C'est le cas du réseau de santé précarité Louis Guilloux à Rennes qui propose aux femmes des ateliers sociaux linguistiques (ASL). Il s'agit de cours de français à destination des femmes enceintes migrantes. Ils visent à favoriser l'usage de la langue dans les démarches quotidiennes liées à la grossesse, au maternage et à la parentalité. Le but est pour ces femmes de mieux comprendre sa grossesse et de préparer l'arrivée de l'enfant au niveau social et médical et de leur permettre ainsi, un meilleur accès aux soins.

Les ateliers hebdomadaires de deux heures se déroulent tous les mardis dans les locaux du Réseau Louis Guilloux. Ce programme s'articule autour des différentes étapes de la grossesse, la naissance, les modes de garde, le suivi médical et les premiers jours du bébé. Un gynécologue et une sage femme interviennent régulièrement ainsi que des interlocuteurs extérieurs (CAF, CPAM, PMI, etc.). L'équipe accompagne aussi les stagiaires sur les espaces sociaux, culturels et institutionnels. L'équipe ASL *Ma maternité* se compose d'une formatrice FLE (Français Langue Étrangère), d'une bénévole de l'Association *Langue et Communication* (qui mène des actions de formation au français) et d'un coordonnateur du Réseau Louis Guilloux.

Tout autre action de prévention sur ce modèle pourrait être envisagée pour toucher ces femmes aux parcours de soins complexes. Il s'agit de sensibiliser et d'informer sur les possibilités qu'elles ont de se faire soigner et d'encourager ainsi à un suivi de la grossesse.

**Au-delà de l'hébergement stable qui lève des freins dans le recours aux soins des femmes enceintes, des dispositifs existants ont montré leur efficacité. Le réseau de périnatalité-précarité SOLIPAM souligne l'importance de la coordination des actions à destination de ce public. Le RSSLM et le réseau de périnatalité Ombrel pourraient en être porteurs. Des lits de repos sur le modèle des lits de soins (LHSS, LAM et ACT) permettraient aux femmes un congé maternité, pré et post-natal. L'accompagnement médico-social permet d'anticiper la suite du parcours. Les projets d'accompagnement pré-natal et plus largement de prévention lié à la grossesse privilégiant l'« aller vers » favorise l'accès aux soins des**

**femmes les plus éloignées du soin à cause notamment de la barrière de la langue. Enfin, le partenariat avec les institutions ouvrant les droits comme la Sécurité sociale sont à promouvoir de manière à faciliter le traitement des dossiers de demande. La présence de la PMI au sein des maternités, malgré le relais qu'elle constitue pour les professionnels, tend à diminuer. Pourtant, elle permet un travail de coopération médico-social autour des situations complexes, tout en maintenant les femmes dans le droit commun.**

## CONCLUSION

La CMAO et le RRSLM sont des acteurs centraux dans la prise en charge du public en situation de grande précarité sur la métropole lilloise. Ils travaillent en partenariat étroit et sont confrontés de plus en plus souvent à des situations de femmes enceintes à la rue dans un contexte global de saturation des dispositifs d'accueil.

Les femmes à la rue mettent en place des stratégies d'invisibilisation face à la pression normative que leur impose leur situation. En effet, elles sont perçues comme beaucoup plus vulnérables que les hommes et à ce titre, suscitent davantage de sympathie. Elles se retrouvent confrontées à des injonctions contradictoires, entre logiques de survie à la rue et normes genrées. La grossesse, par les représentations liées à la maternité, va renforcer ces contraintes.

Les femmes enceintes sans domicile sont très souvent étrangères et isolées. Elles trouvent des solutions d'hébergement ponctuels dans leur réseau personnel ou en structures d'hébergement. De leur situation administrative va dépendre l'ouverture de droits à l'hébergement et à la santé. La grossesse est couverte de la même manière par des dispositifs comme la PUMA ou l'AME, mais les démarches ne sont pas les mêmes en fonction de la régularité de la personne sur le territoire français.

La grossesse est reconnue médicalement comme une période de vulnérabilité et la précarité comme un facteur de risque. Cependant, être enceinte et sans domicile ne priorise pas la demande d'hébergement. Les manques d'offres et de moyens mettent en tension les rapports entre les acteurs du champ du médico-social comme c'est le cas dans la question de l'accueil en centre maternel.

Le parcours de grossesse de ces femmes va être clairement impacté par leur situation au regard de l'hébergement et des droits qu'elles ouvrent ou non, selon leur régularité sur le territoire.

Les dispositifs de périnatalité de droit commun ne leur sont pas adaptés, ce qui a pour conséquence des suivis tardifs et des ruptures du parcours. Ces femmes sont dans un non-recours subi aux soins qui découle de l'urgence et de la fragilité de leur situation. La priorisation de leurs besoins, la contrainte financière, un parcours de vie migratoire ou complexe ne permettent pas un suivi régulier de la grossesse. Le manque d'information, la barrière de la langue, les handicaps psychique et mental sont d'autres causes d'un non-recours aux soins issus d'une méconnaissance des droits. Enfin, les guichets à solliciter sont nombreux, entre médical et social, et des difficultés institutionnelles peuvent en découler. L'accès aux échographies est complexe et les représentations négatives de certains professionnels de santé peuvent éloigner du soin les femmes en situation de grande précarité.

Le RRSLM s'adresse à ces femmes de manière non spécifique, mais en son sein s'est développé un réseau informel de périnatalité. Les professionnels participants au RSSLM et prenant en charge ces femmes ont développé des partenariats externes et des pratiques qu'ils mettent en commun afin de faciliter le parcours de grossesse.

Une coordination de ce réseau permettrait de le formaliser et de l'enrichir via un partenariat contractualisé entre le RSSLM et le réseau de périnatalité du secteur, Ombrel. D'autres solutions existent pour un meilleur accès aux soins de ces femmes. Des lits de repos sur le modèle des LHSS et des LAM permettraient aux femmes un congé maternité, pré et post-natal, avec un accompagnement médical et social. Les programmes de prévention à destination des femmes roms, via des dispositifs mobiles qui vont sur les terrains, ou des sessions de sensibilisation avec interprétariat permettent d'informer les femmes les plus éloignées du soin. Enfin, des partenariats avec les institutions ouvrant des droits tels que la CPAM sont à créer afin de faciliter le traitement des dossiers. Le renforcement des équipes de PMI au sein des maternités n'est malheureusement pas une réalité à ce jour malgré l'efficacité avérée de ces services.

Les risques de vivre une grossesse en situation de précarité sont avérés et les solutions d'une meilleure prise en charge existent. Cependant, les tutelles des complexes « bureaucratique-assistanciel et sanitaire » ne s'en sont pas encore saisi. L'Agence Régionale de la Santé (ARS) a été interpellée par le RSSLM et la CMAO et se tient disponible à l'échange. Les autres institutions vont-elles être réceptives ou persévérer dans le déni de grossesse à l'égard de ces femmes ?

Enfin, il est nécessaire de ne pas oublier que la difficulté principale de ces femmes réside dans l'absence d'hébergement stable et que la résoudre permettrait de lever un grand nombre de freins dans le suivi grossesse, d'autant que l'accompagnement précoce permet la prévention. Le non-recours aux soins chez les femmes en situation de précarité concerne bien avant la grossesse, la santé gynécologique et la possibilité d'avoir recours à la contraception.

La politique de prise en charge des personnes sans domicile a ainsi besoin d'être repensée en favorisant l'accompagnement vers le logement. Cependant, le Ministère de la Cohésion des Territoires a confirmé son souhait d'opérer une coupe budgétaire de 20 millions d'euros dès 2018 sur le budget des CHRS. La gestion de l'urgence et de la mise à l'abri est pourtant onéreuse et son coût pourrait permettre un accompagnement au logement : *« Une telle gestion chronique de l' "urgence", en matière d'hébergement, entraîne des coûts qui laisse entier le problème : ainsi loger en hôtel une famille de sept personnes (les parents et cinq enfants) coûte près de 100 000 euros sur trois ans, argent avec lequel la famille aurait pu être définitivement relogée dans un appartement. On mesure là l'efficacité urgentiste et son incohérence économique »*.<sup>72</sup>

Le dispositif « Un chez soi d'abord » propose aux personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques sévères une orientation vers un logement ordinaire en leur assurant un accompagnement soutenu par une équipe médico-sociale pluridisciplinaire. La phase expérimentale a duré quatre ans (2011-2015) et a couvert quatre agglomérations (Lille, Marseille, Toulouse et Paris).

Le Ministère des Affaires sociales et de la Santé et le Ministère du Logement et de l'Habitat durable ont soutenu la généralisation de l'évaluation en 2017 à hauteur de 6 millions d'euros : *« Quatre ans après l'accès au logement de la première personne, les résultats de l'évaluation scientifique du programme sont sans ambiguïté. Réalisée à partir du suivi de 700 personnes, l'évaluation démontre à la fois l'amélioration de la situation des bénéficiaires mais aussi l'optimisation des moyens mobilisés par les pouvoirs publics »*<sup>73</sup>. Les ARS ont lancé des appels à projets l'an dernier pour déployer le programme sur l'ensemble du territoire national : 16 nouveaux sites sont programmés pour atteindre un objectif de 2 000 places. On peut espérer que les économies réalisées sur le financement des CHRS permettront une généralisation de ce dispositif...

72 Gaboriau P., Terrolle D., *SDF, Critique du prêt-à-penser*, Paris, éd. Privat, 2007

73 Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Ministère du Logement et de l'Habitat durable, *Communiqué de presse, Réinsertion par le logement : le dispositif innovant « Un chez-soi d'abord » étendu à l'ensemble du territoire*, 3 janvier 2017

# BIBLIOGRAPHIE

## ARTICLES DE REVUES ET CHAPITRES D'OUVRAGES COLLECTIFS

Amistani C., *Les femmes sans domicile : domination sociale et ambiguïté de la prise en charge*, in Gaboriau P. et Terrolle D. (dir), *Ethnologie des sans-logis*, Paris, l'Harmattan, 2003

Ancelot L., Bonnal L. et Depret M.-H., *Déterminants du renoncement aux soins des femmes durant leur grossesse*, *Revue française d'économie* 2016/4 (Vol. XXXI), p. 63-107

Aufran N., *Les PMI dans l'imPASS*, *ASH (Actualités Sociales Hebdomadaires)*, 6 avril 2018, n°3055

Clanché F., *Le classement des situations de logement : les sans-domiciles dans des nomenclatures générales*, *Notes méthodologiques*, In: *Sociétés contemporaines* N°30, 1998. pp. 181-196

Desprès C., Dourgnon P., Fantin R. et Jusot F. *Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique*, *Questions d'économie de la santé*, 170, novembre 2011

Hersch Korn-Barnu P., *Éditorial. Femmes enceintes et bébé sdf*, *Enfances & Psy* 2014/3 (N° 64), p. 6-8

Lanzarini C., *Survivre à la rue. Violences faites aux femmes et relations aux institutions d'aide sociale*, *Cahiers du Genre* 2003/2 (n° 35), p. 95-115

Mahieu Caputo D., *Prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés en situation de vulnérabilité sociale : faut-il une prise en charge spécifique ?*, *Gynécologie obstétrique et fertilité*, n° 38, 2010, p. 83-91

Mahieu-Caputo D., *Les femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale : quelle prise en charge ?*, in Roegiers L. et al., *Stress et grossesse*, Ères « Prévention en maternité », 2011, p. 183-188

Marpsat M., *Un avantage sous contrainte : le risque moindre pour les femmes de se trouver sans abri*, In: *Population*, 54<sup>e</sup> année, n°6, 1999. pp. 885-932

Parigi S., Laporte A., Herschkorn-Barnu P., *Le rôle du Samu Social de Paris*, *Réalités en gynécologie et obstétrique*, n° 149, novembre 2010, p. 1-4

Parizot I., *La prise en charge des malades démunis : entre univers médical et univers humaniste*, in Paugam S., *Repenser la solidarité*, Presses Universitaires de France « Quadrige », 2011, p. 747-763

Peretti-Watel P., *Lien social et santé en situation de précarité : état de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide*, In: *Économie et statistique*, n°391-392, 2006, pp. 115-130

Philibert M., Deneux-Tharoux C., Bouvier-Colle M.-H., *La surmortalité maternelle des femmes étrangères en France peut-elle être expliquée par une moindre qualité des soins obstétricaux ?*, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* Volume 56, n° 5S, septembre 2008

Sauvegrain P., *La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins*, *Revue Européenne des Migrations Internationales*, volume 28 (2), 2012, pp. 81-10

## OUVRAGES

Bayot I., *Le quatrième trimestre de la grossesse*, 1001 BB n°57, Ères, février 2018

Bresson M., *Sociologie de la précarité*, Paris, Armand Colin, collection Sociologie 128, 2007

Brosse C., Firdion J.M., Marpsat Maryse, *Les sans-domicile*, La Découverte, Paris, 2008



Castel R., *Les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*, Fayard, Paris, 1995

Dambuyant-Wargny G., *Quand on n'a plus que son corps*, Paris, Armand Colin, 2006

Damon J., *La question SDF. Critique d'une action publique*, Presses Universitaires de France, Le Lien social, 2012

Damon J., *L'exclusion*, PUF, Paris, 2008

Gaboriau P., Terrolle D., *SDF, Critique du prêt-à-penser*, Paris, éd. Privat, 2007

Marpsat M., Firdion J.-M., (dir.), *La rue et le foyer. Une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 90*, 2000, PUF, Paris

Mestre C., *Accueillir un enfant dans le deuil et l'exil*, dans *Devenir parent en exil*. ERES, 1999, pp. 41-59

Paugam S. (dir.), *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*, Presses universitaires de France, coll. « Quadrige Essais Débats », 2011, 980 p., 1ère éd.

Paugam S., *La Disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, PUF, 1991

Parizot, I., *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*. Presses Universitaires de France, 2003

Vexliard A. *Le clochard*, Paris, Desclée de Brouwer, 1998

## ÉTUDES

Blondel B., Coulm B. et Vilain A. (dir.), *Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situations et évolutions depuis 2010*

Brunet L., Carpentier S., Laporte A., Pourette D. et Guillon B., *Féminité, accès aux soins, maternité et risques vécus par les femmes en grande précarité. Une contribution à l'amélioration de leur santé gynécologique*, Observatoire du Samu Social de Paris, Rapport à la Direction générale de la Santé, juin 2005

Halfen S., *Situation sanitaire et sociale des « Roms migrants » en Île-de-France*, Rapport de l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France, 2012

Insee, *Recensement de la population 2015 en géographie au 01/01/2017 - Recensement de la population 2010 en géographie au 01/01/2012*

Marcillat A., *Femmes sans-abri à Paris Étude du sans-abrisme au prisme du genre*, mémoire de Master 2

Observatoire du Samusocial de Paris, *Rapport d'enquête ENFAMS, Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France*, octobre 2014

Rico Berrocal R. et Le Méner 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)*, Observatoire du Samusocial de Paris, 2016

Saurel-Cubizolles M.-J., Saucedo M., Drewniak N., Blondel B., Bouvier-Colle M.-H., *Santé périnatale des femmes étrangères en France*, Inserm Unité 953, Recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants, Hôpital Saint-Vincent de Paul, Paris, France

Scoazec C., *Grossesse et précarité : étude descriptive du réseau Solipam*, Gynécologie et obstétrique, 2011

Scheidegger S., Vilain A., *Disparités sociales et surveillance de grossesse*, Études et résultats, n°552, janvier 2007, DRESS

Yaouancq F., Lebrère Alexandre, Marpsat M., Régnier V. (Insee), Legley 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

## SOURCES OFFICIELLES

*Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations professionnelles*, Saint-Denis La Plaine, Haute autorité de santé, 2007

Comité de suivi de la loi DAHO, *Le droit au l'hébergement opposable en péril*, 2015

*Carnet de santé maternité*, Ministères des affaires sociales et de la santé

*Légifrance Code de l'action sociale et de la famille, Code de la sécurité sociale et législations en vigueur*

## LIENS INTERNET

CMAO: <http://samusocial-59.fr/>

Fonds de dotation Lecordier pour les femmes SDF : <https://www.fondslecordier.org/>

Ministère des affaires sociales et de la santé, *Carnet de santé maternité* : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet\\_de\\_maternite\\_\\_bd\\_2016v02.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_maternite__bd_2016v02.pdf)

Observation sociale 59/62: <http://www.observationsociale5962.org/>

RSSLM: <http://www.sante-solidarite.org/>

SOLIPAM: <http://solipam.fr/>

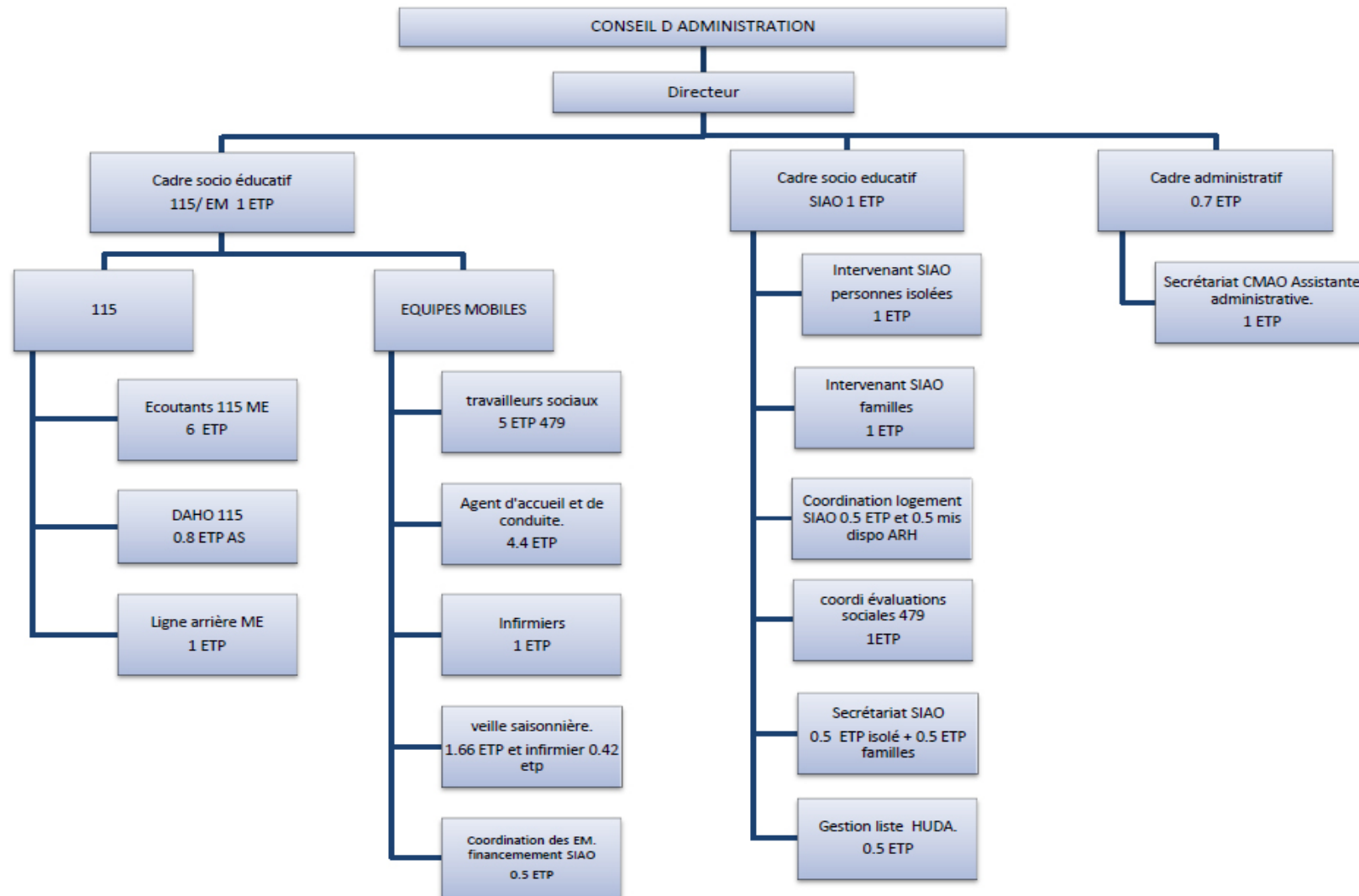
Samusocial de Paris: <https://www.samusocial.paris/>

# **ANNEXES**

**Tableau récapitulatif des entretiens de femmes sans domicile**

<b>NOM et AGE</b>	<b>SITUATION GROSSESSE</b>	<b>AUTRES ENFANTS</b>	<b>COUPLE</b>	<b>SITUATION ADMINISTRATIVE</b>	<b>RESSOURCES</b>	<b>COUVERTURE SANTE</b>	<b>TYPE D'HEBERGEMENT</b>
Mme M 26 ans	Enceinte de 8 mois (21/03/2018)	Non	Compagnon et père de l'enfant disparu	En demande d'asile, originaire de la République Démocratique du Congo	ATA	PUMA	CADA
Mme T 20 ans	Accouchement il y a 1 mois et demi (au 29/03/2018)	3 (2 ans et demi et jumeaux restés au pays)	Non	Situation irrégulière, originaire du Cameroun	AAA (Allocation d'Aide à l'Autonomie) par la structure	AME en cours	Appartement de foyer maternel
Mme J 23 ans	Enceinte de 3 mois (au 12/03/2018)	1 (20 mois)	Oui, pas de cohabitation	Française	RSA ASF	PUMA	CHRS
Mme E 30 ans	Enceinte de 4 mois (au 02/05/2018)	3 (9, 8 et 6 ans)	Oui	Visa pour raisons familiales, récépissé, originaire de Centrafrique	Salaire Monsieur et allocations enfants	AME en cours	Appartement associatif
Mme V 28 ans	Enceinte de 5 mois (au 03/05/2018)	Non	Non	Française	AAH	PUMA	Centre d'accueil d'urgence

# ORGANIGRAMME CMAO 2018



19/01/2018

# L'agenda de la grossesse

Mois	Étape	Démarches administratives	Conseils
	Date des dernières règles		
<b>1</b>	Début de la grossesse		
<b>2-3</b>	1 <sup>re</sup> consultation prénatale*	Déclarez la grossesse. Informez votre employeur : non obligatoire mais utile.	Renseignez-vous sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>• la préparation à la naissance et le projet de naissance (voir page 7 et fiche 1) ;</li> <li>• les professionnels de santé et/ou le réseau qui vont vous suivre ;</li> <li>• votre maternité (inscription et fonctionnement) ;</li> <li>• éventuellement, le mode de garde de l'enfant.</li> </ul> Informez éventuellement votre médecin du travail.
	1 <sup>re</sup> échographie (autour de 12 semaines d'aménorrhée)**		Respectez cette date.
	Entretien prénatal (individuel ou en couple)		Voir page 3.
<b>4</b>	2 <sup>e</sup> consultation prénatale		Réfléchissez au choix de l'alimentation du bébé (voir fiche 1). Au besoin, renseignez-vous auprès de votre mutuelle sur les conditions de remboursement de votre séjour en maternité.
<b>5</b>	3 <sup>e</sup> consultation prénatale 2 <sup>e</sup> échographie (autour de 22 semaines d'aménorrhée)**		Respectez cette date.
<b>6</b>	4 <sup>e</sup> consultation prénatale	Si vous n'êtes pas mariée, le père peut reconnaître l'enfant avant la naissance (voir page 21).	
<b>7</b>	5 <sup>e</sup> consultation prénatale		
<b>8</b>	6 <sup>e</sup> consultation prénatale 3 <sup>e</sup> échographie (autour de 32 semaines d'aménorrhée)**	Vous bénéficiez du congé prénatal (voir fiche 5 – « Droit des salariés : congé maternité »). Organisation du congé paternité.	Commencez à préparer votre séjour en maternité et les modalités de votre accouchement.
	Consultation avec l'anesthésiste	Elle est réglementaire.	Elle permet d'assurer la sécurité d'une éventuelle anesthésie.
<b>9</b>	7 <sup>e</sup> consultation prénatale		Renseignez-vous sur les documents à présenter, les modalités du séjour, le personnel présent en salle d'accouchement, etc.
	Accouchement et séjour à la maternité	Déclaration de naissance à faire dans les trois jours.	Informez-vous et discutez avec l'équipe des sujets suivants : modalités de surveillance et de sortie, dépistages néonataux, mise en route de l'allaitement ou d'un autre mode d'alimentation de l'enfant, méthode contraceptive...
	1 <sup>er</sup> examen médical de l'enfant (1 <sup>re</sup> semaine)	Certificat médical de l'enfant obligatoire.	Certificat médical établi par le pédiatre à la maternité ou par le médecin de votre enfant.
<b>6-8</b>	Consultation postnatale (entre 6 et 8 semaines après la naissance)	10 séances de rééducation périnéale* remboursées par la Sécurité sociale peuvent être utiles. Pensez à vérifier les dates de fin de congé postnatal.	Reprécisez votre méthode contraceptive.

\* Voir glossaire. \*\* Une information sur l'échographie vous sera délivrée et vous devrez donner votre accord à sa réalisation.