

PRÉCARITÉ

Quelles solutions pour le suivi des femmes enceintes en errance ?

Situation de tous les risques, pour la future mère et l'enfant à naître, la précarité sociale et résidentielle entrave le suivi de la grossesse des femmes à la rue. Face à la pénurie de places, les acteurs s'efforcent de maintenir la continuité de la prise en charge sanitaire et sociale et inventent des modes d'hébergement dédiés.



© AXELLE DERUSSE

Elles sont invisibles depuis la route. Près de 150 familles roms vivent sur la voie ferrée désaffectée qui borde Paris, où l'association Agir pour le développement de la santé des femmes (ADSF) mène des maraudes pour conseiller les femmes enceintes. Telle qu'Adriana, 20 ans, dont neuf en France, qui attend son second enfant... et n'avait bénéficié d'aucun suivi pour sa première grossesse.

Cette problématique des femmes enceintes, qu'elle concerne les Françaises ou les étran-

15 % des sous-mesures du plan 2005-2007 n'ont pas été réalisées

En 2013, le taux de mortalité était de 14 pour 1 000 naissances vivantes chez les femmes interrogées par l'Observatoire du Samu social de Paris, contre 9,2 pour 1 000 en population générale. Malgré une succession de plans de périnatalité depuis 1970, les inégalités persistent.

En 2012, la Cour des comptes* dressait un constat sévère. 15 % des sous-mesures du dernier plan 2005-2007 n'ont pas été réalisées, « principalement celles concernant les populations en situation de précarité ».

Un enjeu de plus pour la loi Santé.

* « La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation », in rapport public annuel 2012.

gères – en situation régulière ou non – reste peu étudiée à l'échelle nationale. Mais il est un fait que, depuis la fin des années 1990, la population à la rue ou en hébergement précaire compte un nombre important de familles. Une tendance qui s'accroît, selon le baromètre de novembre 2015 de la Fnars (Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale), qui recense les appels au 115 dans 45 départements. 2 400 femmes isolées – 10 % du public – ainsi que 1 500 avec enfants ont sollicité ce numéro d'urgence, « soit une hausse de 5 % en un an », précise Florent Guéguen, directeur général de la Fnars. À Paris, les familles représentaient même 35 à 40 % des personnes à la rue en 2013, selon l'Observatoire du Samu social (1).

Cette évolution intervient dans un contexte de saturation et d'obsolescence d'un parc d'hébergement, conçu pour des hommes seuls. S'y ajoutent des ruptures de cohabitation, qui pénalisent principalement les femmes : « Lorsqu'elles sont logées par un tiers, la grossesse est un des principaux motifs de mise à la rue », explique Pascaline Esteban, responsable régulation du pôle « familles » du Samu social de Paris.

Des grossesses qui relèvent souvent de l'urgence. D'une part, parce que la précarité génère une multiplication des facteurs de risque pour la mère et l'enfant à naître. D'autre part, parce qu'elle est synonyme d'insuffisance, voire d'inexistence du suivi médical. Avec pour conséquence, des complications, des décès périnataux...

Il faut des actions renforcées

Et pourtant, malgré le fait que la France offre une couverture complète de la grossesse, seules 20 % des femmes interrogées par l'Observatoire du Samu social de Paris (1) avaient assisté



LE POINT DE VUE

Docteur Christine Davoudian, médecin de PMI à Saint-Denis

« Nous ne sommes pas préparés à recevoir ces nouvelles figures de la précarité »

« Une grande partie de ces femmes enceintes précaires n'a pas de titre de séjour. Elles subissent des discriminations qui correspondent à une politique générale : à cause des discours tenus depuis une dizaine d'années, l'acceptabilité des services de santé envers les migrants sans papiers a baissé. Tout se passe comme si ces femmes ne pouvaient pas bénéficier des mêmes soins que les autres. Nous n'avons pas d'amplitude pour agir et travailler. Il n'existe pas de centres maternels dédiés aux femmes en situation irrégulière. Il n'y a ni travail, ni avenir pour elles. Et nous, professionnels médicaux et sociaux, ne sommes pas préparés à recevoir et écouter ces nouvelles figures de la précarité, victimes de traumatismes dans leur pays. »

au moins aux trois consultations recommandées. Les sages-femmes des services de protection maternelle et infantile (PMI) notamment, peuvent suivre les personnes dépourvues de protection maladie jusqu'au cinquième mois, puis en suite de couches.

Parmi les causes de ce non-recours, la méconnaissance des droits et du système de santé, la barrière de la langue ou encore l'instabilité résidentielle. « Tout en maintenant le droit commun, il faut des actions renforcées pour répondre au mieux aux besoins de ces publics », note la docteur Laurence Desplanques, responsable du département « promotion de la santé » à la délégation territoriale de Seine-Saint-Denis de l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France.

C'est le sens de la démarche développée dans le Valenciennois. L'enjeu ? Un double repérage, des grossesses et des situations de précarité, par un binôme : Anne-Sophie Taverne, assistante sociale de la permanence d'accès aux soins de santé (Pass) du centre hospitalier de Valenciennes et Thérèse Hennel, infirmière dans l'équipe mobile de l'hôpital créée en 2000. La soignante intervient dans les foyers d'hébergement ou les maraudes avec les partenaires locaux (Médecins du Monde, Croix-Rouge...). Elle prévoit alors les rendez-vous médicaux des femmes enceintes, voire y accompagne les moins autonomes : « Cela permet aussi de s'assurer que la patiente comprend bien les

explications du gynécologue », souligne Anne-Sophie Taverne, qui prend le relais pour les difficultés sociales. Si cette dernière identifie à la Pass une femme enceinte en hébergement ou à la rue, elle la signale à Thérèse Hennel.

Maillage social et sanitaire

Le Samu social de Paris a créé, en 2011, une équipe mobile, rattachée à son service « régulation ». La prise en charge des 240 familles de la file active repose sur la coordination des acteurs : un écoutant du 115 qui reçoit l'appel d'une femme enceinte transmet la demande d'hébergement, et l'information à l'équipe mobile en fonction du degré de vulnérabilité. Une des six travailleuses sociales visitera cette femme « à domicile », afin d'organiser le maillage social et sanitaire.

Ce domicile, c'est souvent le bidonville pour les Roms. Le soutien de la communauté et de la famille étendue s'y révèle prépondérant. « Certaines acceptent d'intégrer un hébergement. Mais cette solution, même temporaire, peut être vécue comme un isolement par d'autres. Si la personne n'y adhère pas, c'est à nous d'aller sur place. Sinon, notre suivi en pâтира », juge Pascaline Esteban.

Or, sa régularité se heurte à la mobilité subie par toutes ces femmes. Il arrive que des associations en perdent de vue. On observe aussi des désaffiliations répétées, du service social de secteur ou de la maternité. En outre, bien qu'aucun texte réglementaire ne l'impose, la sectorisation des services de PMI existe de fait. Financés par les conseils départementaux, ils se destinent à la population du département. Or, l'hébergement, en particulier en Ile-de-France, est saturé. Des femmes domiciliées au Samu social de Paris sont en réalité logées jusque dans les départements de la grande couronne. « Elles peinent parfois à le faire comprendre aux professionnels. »

Afin de maintenir la continuité de la prise en charge, « Solidarité Paris maman » (Solipam) accompagne leur errance dans toute la région, en recomposant le suivi de proximité au fur et à mesure de leurs déplacements et des signalements du 115.

Fondée en 2006, l'association compte deux assistantes sociales et deux sages-femmes travaillant en duo sur chaque dossier. Elles collaborent avec un réseau de consœurs référentes dans chaque maternité de l'Assistance

>>

49 %

des femmes isolées n'ont jamais été hébergées, malgré leurs demandes, et 51 % des femmes seules avec enfants.

Source : Baromètre national du 115, Fnars, novembre 2015.

LE POINT DE VUE

Docteure Laurence Desplanques, responsable du département « promotion de la santé », à la délégation de Seine-Saint-Denis de l'ARS d'Ile-de-France

« Les centres maternels ne constituent pas la solution idéale »

« Les critères d'admission dans les centres maternels, financés par l'aide sociale à l'enfance (ASE), dépendent de la politique de chaque conseil départemental. Mais le domaine de compétences de l'ASE concerne la prévention de la maltraitance. Il faut donc faire attention. On peut considérer que la précarité est dommageable pour la mère et l'enfant mais il est dangereux de laisser supposer qu'une femme, parce qu'elle est en situation de précarité sociale, est susceptible de maltraitance. De plus, ces centres ont une fonction d'accompagnement social et éducatif. Ils ne constituent pas la solution idéale pour tout le monde. Les femmes qui sont à la rue, ou en hébergement précaire, n'ont pas forcément besoin d'un soutien en matière d'éducation. »

>> publique-Hôpitaux de Paris, dans les services de PMI, au Samu social de Paris...

« Généralement, nous recevons les femmes enceintes une seule fois : nous évoquons longuement leur histoire, les antécédents sociaux et médicaux », explique Axelle Kiriloff, coordinatrice sociale de Solipam. L'association coordonne ensuite le suivi dans le droit commun, jusqu'aux trois mois du bébé.

Un dispositif d'appui peut suppléer transitoirement l'accompagnement social, « lorsque la grossesse est encore surveillée dans un service de PMI, qui ne dispose pas d'assistante sociale, ou parce que certains services sociaux de secteur n'accueillent pas les personnes sans titre de séjour ».

Stabilisation et immédiateté

Un véritable défi, lorsqu'on sait que ces femmes déménagent 4,6 fois en moyenne au cours de la grossesse, et jusqu'à onze fois ! (1) « Cette mobilité doit cesser, au moins au dernier trimestre de la grossesse, et près de la maternité où elles accoucheront », insiste la docteure Christine Davoudian, médecin de PMI à Saint-Denis (2). Il apparaît donc indispensable d'imaginer des modes d'hébergement spécifiques.

Le problème est soumis à un double impératif de stabilisation et d'immédiateté de la réponse. Certes, les centres maternels accueillent les femmes dès l'âge de 16 ans, et du 7^e mois de grossesse aux 3 ans de l'enfant. Mais leur admission implique un temps d'instruction

des dossiers et de vérification du statut des personnes, incompatible avec « l'irruption des besoins. Car on découvre souvent la situation de ces femmes au moment de l'accouchement », indique Patrice Fleury, administrateur du service intégré d'accueil et d'orientation (Siao) Interlogement 93.

Et ces places, financées dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance, ne sont pas régulées par les Siao. Quant au parc d'hébergement relevant de l'État, il est dominé par les hôtels sociaux, voués au provisoire.

Le législateur doit trancher

Alors, les acteurs innovent. Suite à une alerte du terrain en Seine-Saint-Denis (3), qui concentre ces difficultés, l'ARS et la DRIHL (direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement) ont mis en place des financements conjoints. En six ans, une quarantaine de places dédiées aux femmes enceintes et/ou aux sortantes de maternité appelant le 115 ont ainsi été créées dans des structures, dont certaines sont pourvues de postes infirmiers. Telles que ces deux appartements collectifs (huit chambres mères-enfants), gérés par l'association des cités du Secours catholique (Cité Myriam). Y sont logées des femmes enceintes présentant des pathologies obstétricales ou des maladies chroniques, au long du dernier trimestre de leur grossesse.

L'orientation est coordonnée par la « mission périnatalité » d'Interlogement 93. « Je transmets les demandes des maternités, avec une préconisation d'hébergement fléchée : proximité du lieu de soins, suivi social, etc. », détaille Pauline Geindreau, chargée de mission périnatalité. En 2015, le dispositif a concerné 313 sortantes de maternité. Mais seules 22 d'entre elles avaient été identifiées en amont de l'accouchement.

« Il reste complexe de mener un travail préventif », regrette Patrice Fleury. Actuellement, réaction et mise à l'abri ne sont guidées que par l'urgence. « L'État doit créer 5 000 places supplémentaires, notamment pour les femmes », plaide Florent Guéguen. Et clarifier les compétences. Condition sine qua non au « calibrage des politiques d'accueil et à l'engagement financier. Le législateur doit trancher » : qui, de l'État ou du département, est responsable des femmes enceintes sans domicile fixe ? ♦

Émilie Lay

REPÈRES

- (1) « **Enfants et familles sans logement** », Observatoire du Samu social de Paris, 2014.
- (2) **Coordinatrice de « Mères et bébés sans-papiers »**, éd. Erès, 2012.
- (3) « **Le 115 pour berceau** », de Sabine Pirrovani et Patrice Fleury, Interlogement 93, 2012.
- « **La grossesse et ses malentendus** », Observatoire du Samu social de Paris, 2015.
- « **Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité** », Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, 2014.
- « **Familles en errance** », film de Christine Davoudian et Jeanne Lorrain, 2013. Le demander à : christinedavoudian57@gmail.com