



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur D'Hôpital**

Date du Jury : *Décembre 2002*

---

**COMMENT ACCOMPAGNER LES MERES ET  
FUTURES MERES EN DIFFICULTE A  
L'OCCASION DE LA NAISSANCE DE LEUR  
ENFANT ?**

Etude d'opportunité et de faisabilité sur la  
mise en place d'une structure de prise  
en charge mères-enfants à Paris

---

**Anne HGOBURU**

*Réfléchir en homme d'action et  
agir en homme de réflexion*

*Bergson*

*En prenant l'enfant par la main,  
on prend la mère par le cœur*

*Proverbe danois*

---

# Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier **Chantal de SINGLY**, directrice de l'Hôpital Armand Trousseau, et **Evelyne VANDER-HEYM**, directrice de l'Hôpital des Métallurgistes, pour m'avoir proposé de travailler sur ce thème de mémoire extrêmement intéressant et pour m'avoir accompagnée tout au long de mon travail d'enquête et de réflexion.

J'adresse également tous mes remerciements à **Laetitia LAUDE**, qui m'a soutenue dès le départ dans mon souhait de travailler sur ce thème, et à **Michèle FERRAND**, qui m'a apporté un soutien méthodologique précieux.

Un grand merci enfin à **Gilles POUTOUT**, sans qui je ne serais peut-être pas élève-directeur d'hôpital aujourd'hui, et à **Guylaine COUDERT**, qui m'a fait découvrir avec beaucoup de patience et de gentillesse son travail quotidien d'assistante sociale de maternité.

---

# Sommaire

---

INTRODUCTION.....	8
-------------------	---

<b>PREMIERE PARTIE : IL EXISTE AUJOURD'HUI EN RÉGION PARISIENNE UN BESOIN INSATISFAIT DE PRISE EN CHARGE DES MÈRES EN DÉTRESSE .....</b>	<b>12</b>
--	-----------

<b>1 - LE PUBLIC VISÉ : DES MÈRES ET FUTURES MÈRES EN SITUATION DE PROFONDE DÉTRESSE .....</b>	<b>13</b>
--	-----------

1.1	DES SITUATIONS TRÈS PROBLÉMATIQUES.....	13
1.1.1	<i>Le point de vue des assistantes sociales de maternité.....</i>	13
1.1.2	<i>Le témoignage d'une jeune maman.....</i>	15
1.1.3	<i>Les rapports des associations de terrain.....</i>	16
1.2	DES SITUATIONS À RISQUE DE TROUBLE DE LA RELATION MÈRE-ENFANT .....	16
1.2.1	<i>La mise en évidence des enjeux de la relation mère-enfant .....</i>	17
1.2.2	<i>Les troubles de la relation mère-enfant .....</i>	18
1.2.3	<i>Un véritable enjeu de santé publique.....</i>	20

<b>2 - LA NÉCESSITÉ DE VENIR EN AIDE À CES MÈRES EN LEUR PROPOSANT UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE.....</b>	<b>21</b>
---	-----------

2.1	UNE PRISE EN CHARGE MÉDICO-PSYCHO-SOCIALE POUR PRÉPARER LA VENUE D'UN ENFANT.....	21
2.1.1	<i>Une étroite intrication entre problèmes sanitaires et problèmes sociaux.....</i>	21
2.1.2	<i>La dimension soin.....</i>	23
2.1.3	<i>La prise en charge psycho-sociale.....</i>	24
2.2	PROFITER DE CE MOMENT DE SENSIBILISATION POUR METTRE EN PLACE DES ACTIONS DE PRÉVENTION .....	25
2.2.1	<i>Un moment de sensibilisation et d'accès au système de santé.....</i>	25
2.2.2	<i>La prévention des troubles de la relation mère-enfant .....</i>	28
2.2.3	<i>La prévention des problèmes médicaux.....</i>	30

<b>3 - UN BESOIN UNANIMEMENT RECONNU, QUI NE TROUVE PAS DE RÉPONSE SATISFAISANTE AUJOURD'HUI EN RÉGION PARISIENNE .....</b>	<b>32</b>
---	-----------

3.1	UN BESOIN DIFFICILE À QUANTIFIER MAIS UNANIMEMENT RECONNU .....	32
3.1.1	<i>Un besoin très difficile à quantifier de façon précise.....</i>	32
3.1.2	<i>Un besoin de prise en charge qui fait l'unanimité.....</i>	36
3.2	ÉTAT DES LIEUX DES STRUCTURES D'ACCUEIL MÈRE-ENFANT EN RÉGION PARISIENNE....	39
3.2.1	<i>Les structures mère-enfant psychiatriques .....</i>	39
3.2.2	<i>Les centres maternels .....</i>	41
3.2.3	<i>L'hébergement d'urgence et les solutions de secours .....</i>	42
3.3	DES STRUCTURES SATURÉES, QUI PEINENT AUJOURD'HUI À APPORTER UNE RÉPONSE GLOBALE.....	44
3.3.1	<i>Des structures saturées.....</i>	44
3.3.2	<i>Des structures qui apportent des réponses partielles .....</i>	45

## **DEUXIEME PARTIE : UNE STRUCTURE MÉDICO-PSYCHO-SOCIALE INTÉGRÉE DANS UN RÉSEAU SEMBLE ÊTRE LA RÉPONSE LA PLUS ADAPTÉE À CE BESOIN..... 50**

### **1 - LES DIFFÉRENTES SOLUTIONS ENVISAGEABLES POUR RÉPONDRE À CE BESOIN..... 51**

1.1	QUELQUES LITS DE SOINS DE SUITE À PROXIMITÉ D'UNE MATERNITÉ .....	51
1.1.1	<i>Une solution pragmatique</i> .....	51
1.1.2	<i>Une solution qui ne règle pas les questions de fond et pose des questions déontologiques</i> .....	52
1.2	UNE STRUCTURE DE TYPE MÉDICO-SOCIAL EN LIEN DIRECT AVEC UNE MATERNITÉ .....	53
1.2.1	<i>Les avantages d'une structure de type médico-social</i> .....	53
1.2.2	<i>Les limites d'une structure de type médico-social</i> .....	55
1.3	UNE STRUCTURE HOSPITALIÈRE .....	56
1.3.1	<i>Les points forts d'une structure hospitalière</i> .....	56
1.3.2	<i>Les limites d'une structure hospitalière</i> .....	57

### **2 - LA STRUCTURE À METTRE EN PLACE : UNE STRUCTURE "MIXTE" MÉDICO-PSYCHO-SOCIALE INTÉGRÉE DANS UN RÉSEAU ..... 59**

2.1	LE STATUT JURIDIQUE .....	59
2.1.1	<i>Une structure expérimentale "médico-psycho-sociale"</i> .....	59
2.1.2	<i>Une évolution encouragée par les textes</i> .....	60
2.2	LES CARACTÉRISTIQUES DE LA STRUCTURE .....	61
2.2.1	<i>Le public accueilli</i> .....	62
2.2.2	<i>Le projet de prise en charge</i> .....	64
2.2.3	<i>Le mode de fonctionnement</i> .....	67
2.3	LES QUESTIONS D'ORDRE PRATIQUE ET LOGISTIQUE.....	70
2.3.1	<i>La taille de la structure</i> .....	70
2.3.2	<i>L'équipe</i> .....	71
2.3.3	<i>Les locaux et leur localisation</i> .....	72
2.3.4	<i>Le budget prévisionnel</i> .....	73

### **3 - COMMENT FAIRE NAÎTRE ET VIVRE CETTE STRUCTURE?..... 74**

3.1	LES POINTS FORTS DU PROJET .....	75
3.2	LES PROMOTEURS ET FINANCEURS ENVISAGEABLES.....	75
3.2.1	<i>Les partenaires institutionnels</i> .....	75
3.2.2	<i>Les partenaires associatifs</i> .....	76
3.2.3	<i>La question du financement</i> .....	77
3.3	LA STRATÉGIE À METTRE EN ŒUVRE.....	83
3.3.1	<i>Tirer les leçons des échecs précédents</i> .....	83
3.3.2	<i>La coopération entre projets</i> .....	84
3.3.3	<i>L'évaluation</i> .....	84

### **CONCLUSION..... 86**

### **BIBLIOGRAPHIE..... 89**

### **LISTE DES ANNEXES..... 94**

---

## Liste des sigles utilisés

---

**AEMO** : Assistance Educative en Milieu Ouvert  
**AME** : Aide Médicale d'Etat  
**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé  
**AP-HP** : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris  
**ASE** : Aide Sociale à l'Enfance  
**CADA** : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile  
**CAF** : Caisse d'Allocations Familiales  
**CCAS** : Centre Communal d'Action Sociale  
**CDI** : Contrat à Durée Indéterminée  
**CHIC** : Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil  
**CHRS** : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale  
**CMU** : Couverture Maladie Universelle  
**CMUC** : Couverture Maladie Universelle Complémentaire  
**CNS** : Conférence Nationale de Santé  
**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
**CPH** : Centres Provisoires d'Hébergement  
**CRAMIF** : Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France  
**CRG** : Centre de Recherche en Gestion  
**CRN** : Commission Régionale de la Naissance  
**CTCN** : Commission Technique Consultative de la Naissance  
**DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
**DRASS** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales  
**ENSP** : Ecole Nationale de la Santé Publique  
**ETP** : Equivalent Temps Plein  
**FAQSV** : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville  
**FNASS** : Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale  
**FNPEIS** : Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaires  
**HAD** : Hospitalisation à Domicile  
**MAP** : Menace d'Accouchement Prématuro  
**ORS** : Observatoire Régional de Santé  
**PMI** : Protection Maternelle et Infantile  
**PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information  
**PRAPS** : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

**RCIU** : Retard de Croissance Intra Utérine

**RMI** : Revenu Minimum d'Insertion

**SROS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

**URCAM** : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

---

# Introduction

---

## Le contexte

L'Hôpital d'Enfants Armand Trousseau, hôpital pédiatrique de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) dans lequel je suis en stage, se prépare à construire un bâtiment pour y transférer la maternité de l'Hôpital Rothschild, autre établissement de l'AP-HP voisin du premier. Outre ce transfert d'activités, l'Hôpital Trousseau va se rapprocher de l'hôpital des Métallurgistes<sup>1</sup> afin de constituer à l'horizon 2006 un nouveau pôle de périnatalité dans l'Est parisien, qui comprendra deux maternités et des services de néonatalogie et de réanimation néonatale.

Cette opération résulte d'une réflexion commune sur le plan médical, qui a conduit à dégager des axes de complémentarité : l'hôpital des Métallurgistes valorise en effet, à côté des soins médicaux, tout l'environnement de la naissance tandis que les services de l'AP-HP, sans oublier l'accueil familial, mettent plus en avant la dimension médicale, technique et universitaire. En outre, la question du développement et de la gestion commune d'un certain nombre d'activités a été abordée dans le but d'optimiser le service rendu à la population et de favoriser une prise en charge globale, adaptée, coordonnée et sécurisée de la femme et de l'enfant.

Mais ce projet se caractérise également par sa volonté d'innover pour mieux répondre aux besoins de la population. Un de ses objectifs est en effet de *"favoriser le développement d'activités nouvelles afin d'élargir le champ de couverture des besoins et d'améliorer le service rendu à la population"*<sup>2</sup>: il s'agit d'offrir une gamme large et innovante de prises en charge en soins périnataux avec deux maternités de niveaux complémentaires et une maison des naissances. L'adossement de ce pôle périnatal à un hôpital d'enfants disposant de tous les services de soins pédiatriques devrait en outre faciliter et optimiser la prise en charge et le suivi post-natal.

---

<sup>1</sup> Établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier, connu également sous le nom de "Maternité des Bluets".



## **Le thème du mémoire**

C'est dans cette perspective que les directrices des deux établissements partenaires, Chantal de Singly et Evelyne Vander-Heym, m'ont proposé de réfléchir à la mise en place en Ile-de-France d'une structure d'accueil de mères cumulant des difficultés d'ordre social et médical et de leurs familles, qui ont besoin d'être aidées autour de la naissance d'un enfant.

Cette idée de structure d'accueil est née de la nécessité de prendre en charge de façon adaptée et spécifique les futures mères et les mères cumulant des difficultés d'ordre social (étrangères sans papiers, sans domicile fixe, victimes de violences...) et d'ordre médical (maladie chronique, toxicomanie, handicap, invalidité, pathologies de la grossesse...). Or, parallèlement à ce besoin ressenti, il semblait que le système actuel de prise en charge des mères en difficultés en région parisienne souffre à la fois de capacités réduites et d'une inadaptation en terme d'objectifs. L'idée de départ des deux directrices était donc d'envisager la mise en place d'une "unité de soins de suite mère/enfant", qui accueillerait les mères et leurs enfants en pré et post-natal, à l'instar de ce qui existe aujourd'hui à l'hôpital du Vésinet, en banlieue parisienne (78).

## **Les objectifs du mémoire**

Ce sujet de mémoire m'a tout de suite paru intéressant : en échos aux questionnements abordés lors des modules de Santé Publique et de Stratégie suivis à l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP), il me conduisait en effet à évaluer d'une part l'opportunité de la mise en place d'une telle structure et d'autre part la faisabilité d'un tel projet.

Mon premier objectif dans le cadre de ce mémoire était de commencer mon raisonnement par une analyse qualitative et quantitative du besoin, comme chaque directeur d'hôpital est amené à le faire, en tant qu'acteur de santé publique, lorsqu'il bâtit un projet. L'identification d'une population-cible, de ses besoins et attentes non satisfaits à l'heure actuelle, préalable indispensable à toute réflexion stratégique, me semblait constituer une démarche très intéressante.

Une fois le besoin défini et analysé, mon mémoire me conduisait à m'interroger sur la réponse institutionnelle à y apporter : en effet, quelle structure répondrait au mieux au besoin mis en évidence ? Comment faire en sorte que la structure soit pensée par des

---

<sup>2</sup> Cf. "déclaration d'intention pour la constitution d'un pôle de périnatalité dans l'Est parisien" signée le 13 juin 2001 par l'ARHIF, l'Hôpital des Métallurgistes et l'Hôpital Trousseau

professionnels mais qu'elle corresponde véritablement aux attentes des usagers? Autant de questions qu'il est nécessaire de se poser pour juger de l'intérêt stratégique de mettre en place une telle structure au regard des besoins de santé publique de la population. Il était bien entendu avec Chantal de Singly et Evelyne Vander-Heym que je laissais ouverte la possibilité de conclure que l'hôpital n'avait pas à intervenir pour répondre au besoin mis en évidence, sans que "l'hospitalo-centrisme" ne vienne biaiser ma réflexion.

Dans un troisième temps, et pour poursuivre la réflexion sur un plan professionnel et opérationnel, je souhaitais étudier les conditions concrètes de faisabilité du projet. Au-delà des préconisations théoriques, il me semblait intéressant de voir comment la structure définie pouvait voir le jour, et de faire des propositions concrètes en terme de localisation, de financement, d'organisation, de partenariats... Cette étude se veut « professionnelle », en ce qu'elle doit permettre aux acteurs institutionnels d'agir, de prendre une décision. Je me suis donc efforcée d'aller au-delà d'une conclusion balancée, qui laisse ouvertes plusieurs possibilités, et de trancher comme doit nécessairement le faire un décideur.

Au-delà de l'intérêt de cette réflexion stratégique à partir des besoins de santé publique, ce thème de mémoire présentait l'avantage de porter sur une structure originale et innovante, à la frontière du médical et du social. Or, à l'heure où l'on parle de décloisonnement et où l'on insiste sur les liens étroits entre ces deux domaines, il me semblait intéressant de dresser un état des lieux de ce qui a été fait jusqu'à présent pour associer médical et social et de voir s'il était facile ou même possible de faire naître une telle structure "hybride".

Enfin, ce thème de mémoire me donnait l'opportunité de rencontrer des interlocuteurs très divers, qu'il s'agisse de soignants, de médecins, de travailleurs sociaux, de directeurs d'hôpitaux, de responsables institutionnels ou même de mères potentiellement concernées par la structure envisagée. C'est même ces personnes-ressources qui m'ont fourni l'essentiel des informations contenues dans ce mémoire, tant il est vrai que le thème abordé est un sujet sensible politiquement : si tout le monde reconnaît oralement qu'il existe de graves problèmes en terme de prise en charge des mères en difficultés, très peu d'écrits en font état. S'ajoute à cela le fait que la structure envisagée, qui se situe à l'articulation du sanitaire et du social, n'entre pas véritablement dans une catégorie de structure d'accueil existante : cela explique le faible nombre de ressources documentaires sur ce thème et le fait que ce mémoire repose essentiellement sur un travail d'enquête, de terrain.

## **Le plan adopté**

Nous verrons dans un premier temps qu'il existe un réel besoin de prise en charge des mères fragilisées en région parisienne (I), puis nous analyserons comment une structure de type médico-psycho-sociale, qui semble être la réponse la plus adaptée au besoin mis en évidence, peut naître à court terme à Paris (II).

---

## **PREMIERE PARTIE**

# **Il existe aujourd'hui en région parisienne un besoin insatisfait de prise en charge des mères en détresse**

---

L'objectif de cette première partie est de faire une analyse approfondie du besoin défini à grands traits par Chantal de Singly et Evelyne Vander-Heym quand elles m'ont proposé de travailler sur ce thème dans le cadre de mon mémoire.

En reprenant la démarche proposée au cours de ma formation à l'ENSP dans le module "Hôpital et Santé Publique", je souhaitais partir des données statistiques disponibles sur les femmes en situation de grande précarité vivant en région parisienne pour évaluer le nombre de femmes susceptibles d'avoir besoin d'un accompagnement conséquent à l'occasion de la naissance de leur enfant.

Je souhaitais d'autre part, outre cette "quantification" du besoin, en faire une analyse qualitative en rencontrant des professionnels de terrain (assistantes sociales, responsables associatifs...) voire des jeunes mères en situation difficile.

Même si cette tâche s'est révélée plus difficile que prévu, en particulier du fait de l'absence d'études et d'enquêtes spécifiques sur cette population précaire et fragilisée, j'ai tenté de définir, à travers les entretiens réalisés, quelle prise en charge il fallait proposer à ces jeunes mères compte tenu de leurs besoins non satisfaits à l'heure actuelle.

# **1 - Le public visé : des mères et futures mères en situation de profonde détresse**

Toute analyse de type stratégique doit commencer par une analyse de la population-cible. C'est ce que nous tenterons de faire dans cette partie, en établissant un profil de la mère susceptible d'avoir besoin d'un adossement professionnel pour établir une relation satisfaisante avec son enfant.

## **1.1 Des situations très problématiques**

L'idée de départ de ce projet était de répondre aux besoins de jeunes mères en situation de détresse, qui cumulent de graves difficultés d'ordre social et médical. A la sortie de la maternité, en particulier quand celle-ci est précoce, la plupart des femmes ont besoin d'un accompagnement : primipares, jeunes ou âgées, nombreuses sont celles qui ont besoin d'un interlocuteur pour les aider à assumer leurs difficultés de mères. Or, l'isolement, l'éloignement familial et les éventuelles difficultés socio-économiques sont des facteurs aggravants : les femmes fragilisées semblent donc avoir besoin, plus encore que les autres femmes, d'un accompagnement pour faire face à la naissance d'un enfant.

Mais qui sont au juste ces femmes dans une situation telle que tout suivi de grossesse et toute sortie de maternité "classiques" sont insatisfaisants voire impossibles ?

### **1.1.1 Le point de vue des assistantes sociales de maternité**

Confrontées quotidiennement aux problèmes de jeunes mères en situation de profonde détresse, les assistantes sociales de maternité sont des témoins-clés pour se faire une idée du public qui pourrait avoir besoin d'une prise en charge à l'occasion de la naissance d'un enfant.

### **Des femmes jeunes, étrangères, isolées**

Le service social hospitalier de l'AP-HP a mené en juin 2001 une étude sur le thème des femmes en grande exclusion qui présentent un problème d'hébergement au cours du suivi de la grossesse et/ou à leur sortie de l'hôpital. Cette étude, effectuée dans onze hôpitaux de l'AP-HP dont sept à Paris, est une source de renseignements intéressante pour définir le profil des femmes cumulant de graves difficultés d'ordre social et médical. On y apprend en effet que ces femmes en situation de grande précarité sont généralement très jeunes (un quart d'entre elles sont âgées de moins de 21 ans), totalement isolées (41%) et originaires d'un pays étranger (87% d'entre elles, dont 64% d'Afrique noire). Il est à noter que les solidarités liées aux origines géographiques, qui étaient autrefois importantes, semblent

aujourd'hui extrêmement réduites dans ces problématiques de femmes enceintes ou récemment accouchées. En outre, il faut souligner que ces femmes sont généralement inconnues du service social de secteur. Enfin, seules 21% de ces femmes sont en situation régulière, et 55% d'entre elles n'ont aucune ressource.

### **Le cumul de problèmes sociaux et médicaux**

Guylaine Coudert, assistante sociale au Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (CHIC), avait mené en 1998 une enquête sur les femmes enceintes présentant de graves difficultés médico-sociales. On retrouve là une population un peu différente des femmes repérées dans l'enquête de l'AP-HP : si ces femmes sont relativement jeunes (56% d'entre elles ont moins de 30 ans), elles sont pour la plupart originaires de France (68%) et mariées ou ayant une vie maritale (77%). Elles résident dans leur grande majorité dans le Val de Marne (82%), et sont assurées sociales à 92%. Les problèmes médicaux repérés sont divers : pathologies psychiatriques, antécédents de dépression, femmes séropositives, antécédents de fausses couches, mort fœtale in utéro, mort subite du nourrisson, toxicomanie, alcoolisme, handicap mental, grossesse gémellaire, accouchement prématuré... Ce qu'il est intéressant de relever, c'est qu'à ces problèmes d'ordre médicaux s'ajoutent bien souvent des problématiques d'ordre social : grossesse non suivie, non déclarée, non désirée, antécédents d'enfants placés, relation mère-enfant difficile, problèmes conjugaux, violence, logement, chômage, isolement, irrégularité du séjour, signalement judiciaire...

Dans tous les cas, les assistantes sociales rencontrées, qu'elles travaillent à l'hôpital Rothschild (AP-HP) ou au CHIC, sont confrontées aux mêmes problèmes : elles doivent gérer des situations quasi-insolubles, de jeunes femmes isolées, bien souvent en situation irrégulière, sans logement, et qui se présentent à la maternité au cours des derniers mois de grossesse, sans avoir bénéficié d'aucun suivi auparavant. La plupart du temps, difficultés d'ordre social et d'ordre médical se cumulent, sans que l'on puisse proposer de solution réellement satisfaisante à ces femmes. La situation a tendance à s'aggraver depuis dix ans, du fait de la disparition des solidarités communautaires qui existaient jusqu'alors et de la baisse de la durée d'hospitalisation en maternité.

Pour ces femmes en situation de grande détresse, le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD) obstétricale ou aux sages-femmes libérales n'est évidemment pas une solution envisageable, puisqu'elles n'ont pas de domicile ou que celui-ci est insalubre. En outre, ces femmes ne peuvent se contenter d'un soutien ponctuel car elles ont besoin d'une véritable prise en charge dans les semaines qui précèdent et suivent l'accouchement.

### 1.1.2 Le témoignage d'une jeune maman

J'ai souhaité rencontrer, dans le cadre de ce mémoire, une jeune maman à la recherche d'une structure d'accueil pour elle-même et son nourrisson, afin de mettre un visage sur toutes les situations dont on me parlait, afin d'entendre un témoignage de la bouche même d'une usagère potentielle de la structure à mettre en place. Guylaine Coudert, assistante sociale de la maternité du CHIC, a donc accepté de me mettre en relation avec une maman qui avait accouché dans cet hôpital quelques semaines auparavant.

#### **Une histoire douloureuse**

Hortense est une jeune femme de 34 ans, originaire du Congo Brazzaville. Elle a fui son pays à cause de la guerre, y laissant ses deux premiers enfants aujourd'hui âgés de 12 et 19 ans, et est arrivée en France au mois de décembre 2000. Elle a fait en mai 2001 une demande de réfugié et attend depuis lors un titre de séjour qui lui permettrait de travailler.

Cette jeune femme vit depuis son arrivée en France chez sa sœur, qui a elle-même quatre enfants en bas âge. Quand Hortense est tombée enceinte, sa sœur lui a expliqué qu'elle ne pourrait plus l'accueillir chez elle à la naissance du bébé. Hortense a alors commencé à faire des démarches pour trouver un logement avec l'assistante sociale de secteur, mais elle a dû essuyer des refus de la part des centres maternels démarchés.

#### **La grossesse, moment difficile**

La grossesse a été un moment très difficile pour Hortense : en plus des conditions de vie très précaires qu'elle avait chez sa sœur (couchage à même le sol...), elle vomissait tout ce qu'elle avalait et n'arrivait donc pas à prendre du poids. L'angoisse de ne pas savoir où elle serait accueillie après l'accouchement l'empêchait de dormir et de manger. En outre, Hortense a subi pendant la grossesse une opération au niveau de la gorge, puis quelques mois plus tard une césarienne pour la naissance de sa fille. Celle-ci pesait 940 grammes seulement à la naissance.

Au moment où j'ai rencontré Hortense, sa fille était encore hospitalisée et venait de subir une opération de la hanche. Hortense était encore provisoirement accueillie chez sa sœur, qui s'était laissée convaincre par l'assistante sociale de prolonger un peu son hébergement, mais se montrait très inquiète quant à l'avenir. Hortense, qui ne connaît que sa sœur en France, se demande où elle pourra être accueillie quand sa fille sortira de l'hôpital.

### 1.1.3 Les rapports des associations de terrain

Mais la situation d'Hortense n'est pas la seule ni même la plus terrible. Plusieurs associations humanitaires, comme Médecins du Monde, Les haltes des amis de la rue, La Croix rouge française ou encore le Samu social de Paris sont venues témoigner auprès de la Commission Régionale des Naissances (CRN) des situations extrêmement complexes qu'elles ont à gérer quotidiennement.

Ainsi, le Dr Odile Demeure, gynécologue à la Halte des femmes de la Gare de Lyon à Paris, témoigne : *"les femmes qui s'adressent à nous viennent le plus souvent "quand cela se voit". D'ailleurs, elles sont souvent dehors "parce que cela se voit", parce que leur compagnon refuse la grossesse, parce que leur famille ou leurs amis ne peuvent héberger plus longtemps cette femme qui grossit"*. Elle cite ainsi l'exemple de cette jeune femme abandonnée à 15 heures devant la gare de l'Est, enceinte de sept mois, par son compagnon qui la séquestrait depuis un an, la droguait et la prêtait à ses amis. De plus en plus de femmes arrivent de pays troublés, ayant perdu parents, mari, parfois tués devant elles, ayant fui en laissant leurs enfants, après avoir été torturées, violées...

Parfois, l'enfant n'est pas désiré, et dans ce cas, la grossesse peut être vécue dans une grande confusion qui se traduit par un déni de grossesse et par l'impossibilité pour la femme enceinte de voir un médecin. Les dénis les plus profonds, qui durent tout au long de la grossesse et se prolongent même parfois au-delà, se rencontrent chez les femmes qui nient leur corps et leur sexualité. Parfois, à l'occasion de la grossesse, peut également resurgir un traumatisme vécu pendant l'enfance<sup>3</sup>.

Ces femmes ont bien évidemment des grossesses à risque majoré, car fréquemment débutées dans la violence ou la peur et peu ou pas suivies. N'ayant pas de lieu de vie stable, elles ne peuvent se reposer et vivent dans des conditions extrêmement précaires. En outre, la grossesse est vécue avec beaucoup d'ambivalence et l'approche de l'accouchement réactive l'angoisse de la solitude, du déracinement, de l'avenir.

## **1.2 Des situations à risque de trouble de la relation mère-enfant**

Ces femmes en situation de grave détresse sont dans des situations à risque majoré de trouble de la relation mère-enfant.

---

<sup>3</sup> BONNET C. *Geste d'amour. L'accouchement sous X*. Paris : Odile Jacob, 1990.



La reconnaissance récente des compétences du nouveau-né (Lebovici, 1983) a en effet permis de prendre conscience des enjeux que représente la toute petite enfance dans la construction d'un individu. Tout ceci a conduit certains professionnels à proposer des améliorations de la prise en charge "psychique" du nouveau-né et à développer de nouvelles pratiques (Stoleru, Morales, 1989 ; Cramer, Palacio-Espasa, 1993).

### 1.2.1 La mise en évidence des enjeux de la relation mère-enfant

Depuis les années 1950, plusieurs chercheurs ont mis en évidence, dans les pays anglo-saxons puis en France, l'importance de la relation mère-enfant dès le début de la vie.

#### **Dans les pays anglo-saxons**

Le rapport de John Bowlby, "Soins maternels et santé mentale", présenté à l'Organisation mondiale de la Santé en 1951, mettait en avant les conséquences des séparations précoces, même brèves, à l'occasion d'hospitalisations de l'un ou l'autre séparément, du nouveau-né et de sa mère (Bowlby, 1951). En Angleterre, les travaux de R. Spitz et J. Bowlby ont permis de sensibiliser la communauté scientifique et l'opinion publique aux conséquences néfastes des séparations précoces mère-bébé.

Aux Etats-Unis, R. Spitz a décrit en 1965 la dépression anaclitique du nourrisson, chez des nouveau-nés ayant connu des carences de relations et de soins maternels (Spitz, 1965). Les travaux de M. Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters et al., 1978) ont décrit les différents modes d'attachement et ont ainsi renforcé ceux de J. Bowlby. D.W. Winnicott a lui mis en évidence la "préoccupation maternelle primaire", qui devait exercer une importante influence sur la pensée concernant le nourrisson, son développement et sa relation à sa mère (Winnicott, 1956).

#### **En France**

En France, on a d'abord étudié la souffrance des nouveau-nés déjà séparés de leur mère car placés en pouponnière (Appel, David, 1962). Suite à la découverte des carences dont ces derniers souffraient, le Ministère chargé des Affaires sociales a mis en place en 1978 "l'opération pouponnière" (Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1997), afin d'améliorer les conditions de vie des enfants dans ces établissements. Les travaux de S. Lebovici et de S. Stoleru, pédopsychiatres, ont mis en évidence les interactions parents-nourrisson, en précisant comment les effets qu'exerce le bébé sur ses parents en retour influencent à leur tour de manière active les soins qu'il reçoit. Les échanges entre M. Soule (Soule, 1977), psychiatre, et P. Kreisler (Kreisler, 1989), pédiatre, ont enrichi la connaissance de la

psychopathologie du tout petit enfant et ont permis d'insister sur l'intérêt de la prévention médico-psycho-sociale précoce.

Au début des années 1990, R. Clément dans *Parents en souffrance* s'est intéressé aux troubles de la parentalité ou "dysparentalité" (Clément, 1993). En 1998, le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité a mis en place un groupe de réflexion sur les enjeux de la parentalité, dirigé par D. Houzel, psychiatre et psychanalyste (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999). Ces travaux, menés à partir d'études de cas cliniques, ont permis de préciser les trois axes de la parentalité, afin de mieux apprécier où se situaient les dysfonctionnements et quelles solutions y apporter : il en ressort que dès la maternité, dans l'accompagnement des familles autour de la naissance, dans le champ de la petite enfance, de la médiation familiale et de la prévention de la maltraitance, le soutien à la parentalité doit être une priorité pour les professionnels médicaux et sociaux (Molenat, Toubin, 1996).

### 1.2.2 Les troubles de la relation mère-enfant

Une fois les enjeux de la relation mère-enfant ainsi mis en évidence, on comprend que les troubles de cette relation essentielle peuvent avoir des conséquences dramatiques sur le développement de l'enfant.

#### **Les manifestations de ces troubles**

Les troubles précoces de la relation mère-bébé peuvent recouvrir différents tableaux :

- ◆ Chez la mère :
  - un syndrome dépressif sévère du pré ou du post-partum ;
  - des troubles psychotiques aigus, survenant à l'occasion de la grossesse ou de la naissance (psychose du post-partum) ;
  - des antécédents de troubles psychotiques (connus et parfois suivis) décompensés au décours de la grossesse et/ou de l'accouchement (schizophrénie, psychose bipolaire, état limite) ;
  - des dysfonctionnements de la maternalité, troubles de l'attachement mère-enfant : il s'agit de femmes en détresse qui n'arrivent pas à construire une identité maternelle et à établir des liens satisfaisants avec leur bébé ;
  - des conduites addictives ;
  - des troubles somatiques de la grossesse dans un contexte socio-économique défavorable ;
  - une débilité.

- ◆ Chez l'enfant :
  - des troubles relationnels graves de la relation mère-enfant (maltraitance, défaut de stimulation, excès de stimulation) entravant ou menaçant la santé psychologique ou psychique de l'enfant ;
  - il n'existe cependant pas forcément de troubles visibles dans un premier temps. Il s'agit surtout d'éviter l'apparition de troubles psychiques ou somatiques, conséquence de la pathologie de la mère sur le développement de son enfant.

Les conditions socio-économiques difficiles, l'isolement, les crises familiales, les complications de grossesse, les traumatismes ou séparations précoces dans l'enfance même de la patiente sont autant d'évènements fréquemment impliqués dans la genèse de ces troubles.

### **Les conséquences de ces troubles**

Le développement harmonieux de l'enfant dépend surtout de la qualité des liens qui se tissent avec sa mère et avec l'environnement familial. Mais les soucis des adultes prennent souvent le pas sur la disponibilité et la capacité d'être suffisamment attentif. Devant les conflits normaux qui jalonnent la croissance d'un enfant, la mère, le père quand il est encore présent, baissent souvent les bras par lassitude, épuisement : certains craquent nerveusement et les enfants peuvent être malmenés, devenir la cible de la violence.

L'impact de la dépression maternelle du post-partum sur les capacités d'adaptation sociales et scolaires de l'enfant a été mis en évidence par Sinclair et Murray en 1998. Les effets négatifs d'une détresse maternelle sur le développement du bébé sont eux aussi connus : il a été démontré que 40% des enfants de parents ayant présenté des troubles affectifs autour de la naissance reçoivent un soin psychiatrique à un moment quelconque de leur vie d'adulte (Beardslee, Bemporad, Keller et al., 1983).

Par ailleurs, 25% des enfants dont la mère a subi une dépression pendant la grossesse ou en post partum présenteront des troubles sévères (risques de symptomatologie psychosomatique, de dépression du nourrisson, d'anomalies de structuration de la personnalité, de troubles du comportement...) voire un risque de maltraitance (carences ou maltraitance physique).

### 1.2.3 Un véritable enjeu de santé publique

Les troubles de la relation mère-enfant constituent un véritable enjeu de santé publique.

En effet, la plupart des recherches estiment qu'environ une mère sur dix est déprimée, au sens large de la dépression dans la nosographie pédiatrique, dans les mois qui suivent la naissance. Les conséquences de cette pathologie sur le développement affectif, intellectuel et social de l'enfant sont mieux connues aujourd'hui, grâce à plusieurs enquêtes (Keller et al., 1986; Murray, 1992; Weinberg et Tronick, 1995). Si on estime à 700 000 le nombre de naissances annuelles en France, la dépression post-partum touche plusieurs dizaines de milliers de femmes en France chaque année. Même si dans le meilleur des cas la dépression maternelle s'estompe, elle laisse des traces dans l'interaction, dans le mode d'attachement, dans l'estime d'elle-même de la mère, dans l'histoire familiale.

Par ailleurs, dans une naissance pour mille, la grossesse donne lieu à un effondrement psychotique marqué par la dépression mélancolique ou par la confusion délirante, nécessitant la plupart du temps une hospitalisation psychiatrique. Le risque de cet épisode psychotique dans le premier mois du post partum est trente cinq fois plus élevé que dans n'importe quel mois de la vie de la femme avant une naissance (Dugnat, 1999). Ces états d'effondrement psychotique dans le premier mois du post partum représentent donc un événement grave pour plusieurs centaines de femmes en France chaque année.

Pour les quelques milliers de femmes enceintes chaque année souffrant d'une schizophrénie et pour lesquelles les progrès de la prise en charge ont rendu possible une vie conjugale et familiale, la naissance d'un enfant est un droit mais aussi un facteur de déstabilisation. En 1979, la pouponnière départementale du Val-de-Marne, localisée à Sucy-en-Brie, accueillait 10% d'enfants en situation d'urgence du fait de la pathologie psychiatrique de la mère. Ce chiffre est passé à 30% en 1986 et était encore de 25% en 1991<sup>4</sup>.

Rappelons par ailleurs le chiffre de 35 000 enfants signalés en France soit à l'Aide sociale à l'enfance (ASE) soit aux autorités judiciaires, auquel viennent s'ajouter 250 000 enfants faisant déjà l'objet de mesures de protection et de soins en permanence<sup>5</sup>.

Les statistiques d'activité du service de soins en périnatalité du Vésinet montrent pour leur part que 6% des femmes accueillies avaient été victimes d'inceste pendant leur enfance et

---

<sup>4</sup> Actes des journées des UHMB, 1993.

<sup>5</sup> Groupe interministériel pour l'enfance maltraitée, mars-avril 1997

24% d'entre elles de maltraitance : c'est là la preuve qu'il faut accorder une attention particulière à ces jeunes femmes en difficulté et à leurs enfants dès les premiers jours de vie, afin de briser la reproduction de la violence et de la maltraitance de génération en génération.

Les troubles de la relation mère-enfant sont donc un phénomène grave et d'ampleur importante, que l'on se doit de prévenir en repérant de façon précoce les facteurs de risque et en proposant aux femmes fragilisées une prise en charge adaptée.

## **2 - La nécessité de venir en aide à ces mères en leur proposant une prise en charge globale**

Il s'agit d'offrir une prise en charge conjointe mère-enfant lorsque la situation psychologique et affective est trop précaire pour permettre le maintien de l'enfant auprès de sa mère sans adossement professionnel. L'objectif premier est d'assurer le bon déroulement de la grossesse d'un point de vue médical, psychologique et social, puis de procéder à une évaluation de la relation mère-enfant afin de préparer et d'accompagner la sortie.

### **2.1 *Une prise en charge médico-psycho-sociale pour préparer la venue d'un enfant***

Cette prise en charge vise avant tout à permettre à l'enfant de naître dans de bonnes conditions et à sa mère de vivre cet événement de la façon la plus satisfaisante possible.

#### **2.1.1 Une étroite intrication entre problèmes sanitaires et problèmes sociaux**

C'est cette étroite intrication entre problèmes sanitaires et problèmes sociaux qui justifie la mise en place d'un accompagnement médico-psycho-social global pour ces femmes enceintes et jeunes mères en difficulté.

Plusieurs études ont montré que précarité et pauvreté sont associées à un suivi médiocre ou nul des grossesses (Lejeune, 1998). Par ailleurs, indépendamment des autres facteurs sociaux, le suivi médiocre ou nul des grossesses est corrélé aux risques de prématurité – alors multiplié par 4.4 - et de petit poids de naissance – alors multiplié par 2.3 - (Blondel, Marshal, 1996).

Une étude récente menée par l'équipe du service de néonatalogie de l'hôpital Louis Mourier (AP-HP) à Colombes dans les Hauts-de-Seine souligne à quel point le manque d'accès aux soins des femmes enceintes les plus précaires a des conséquences dramatiques en terme

de prématurité. A partir de l'analyse de la situation de quatre villes socialement disparates du même département, cette enquête a permis de mettre en évidence une forte corrélation entre le taux de prématurité d'une part et le taux de chômage et la proportion de bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) dans la population locale. Ainsi, à Neuilly-sur-Seine, pour des taux de chômage de 8.6% et des bénéficiaires du RMI ne représentant que 0.8% de la population locale, le taux de prématurité constaté en 1999 était de 4.4%. La ville de Rueil présente en tout point des résultats similaires. En revanche, à Gennevilliers et Villeneuve-La-Garenne, villes aux profils plus populaires, des taux de prématurité beaucoup plus élevés, respectivement 6.4% et 7.7% répondent à des taux de chômage de 20.5% et 16.6% et des taux de RMI de 3.2% et 2.3%<sup>6</sup>.

Par ailleurs, à Paris en 1993, 9% des enfants issus de grossesses peu ou pas suivies avaient fait l'objet d'un placement judiciaire avant le neuvième mois de vie. Par contre, aucun des enfants issus de grossesses bien suivies<sup>7</sup> n'avait été placé. Une Assistance Educative en Milieu Ouvert (AEMO) avait été entamée pour 8% des enfants de mères n'ayant pas eu de suivi de grossesse et pour aucun enfant issu d'une grossesse bien suivie (Alfaro et al., 1996).

C'est d'ailleurs cette forte intrication entre problèmes d'ordre médical et d'ordre social qui fait parler le corps médical de "pathologies du social". C'est également cette idée qui se retrouve en toile de fond de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions<sup>8</sup>, qui a fait de cet objectif de lutte contre les exclusions une mission à part entière pour l'hôpital et a conduit à la mise en place de Permanences d'Accès aux Soins (PAS), symboles de la mission sociale de l'hôpital.

Toutes ces enquêtes justifient qu'une attention particulière soit apportée à ces jeunes mères qui rencontrent de graves difficultés sociales, afin d'éviter qu'apparaissent ou ne se développent des troubles de la relation mère-enfant aux conséquences parfois dramatiques. Or, les sorties de plus en plus précoces des maternités rendent toujours plus illusoire ce travail d'observation de la mère et de son nouveau-né, en particulier pour les femmes qui ne pourront pas être suivies à domicile en post-natal.

Ces situations à risque de troubles sévères de l'attachement mère-enfant, voire de maltraitance, nécessitent un lieu d'observation et de soutien de la relation mère-enfant pour

---

<sup>6</sup> Gantin K, Mères précaires, enfants prématurés, *L'Humanité Hebdo*, 10/08/2002, pp.5-6

<sup>7</sup> plus de trois consultations prénatales et première visite au cours du premier trimestre

<sup>8</sup> Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions

préparer une prise en charge en ambulatoire, une admission en centre maternel voire un placement alors mieux accepté par la famille. Dans ce contexte, on peut se demander quel type de prise en charge proposer à ces jeunes mères en situation de grande détresse.

## 2.1.2 La dimension soin

### **Une démarche de soin**

Un des besoins essentiels de ces femmes seules, isolées, en situation de grande précarité, malades, sans domicile fixe... est le soin, explique le Dr Delour, médecin-chef du service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Paris. Ces femmes ont besoin d'un "*sas d'attente, de bilan et d'évaluation*" pour que la pathologie dont elles souffrent se stabilise, pour que des équipes pluridisciplinaires aient le temps de soutenir la mise en place de la relation mère-enfant. L'objectif est de traiter la "phase aiguë" dans de bonnes conditions et de permettre le retour à un certain équilibre.

Le Dr Jean Ebert, pédopsychiatre responsable de l'association "Horizons", qui prend en charge depuis douze ans des parents et futurs parents toxicomanes, parle quant à lui de "*soins intensifs médico-psychosociaux*". Il insiste sur le fait qu'il ne s'agit pas seulement d'une problématique d'ordre sociale ou médico-sociale, car quand bien même des logements seraient disponibles pour ces femmes, "*leur fragilité psychologique et leur précarité médico-sociale ne leur permettrait pas d'offrir à leurs enfants des conditions d'épanouissement satisfaisantes*".

La finalité est d'offrir un temps d'élaboration, de réparation et de consolidation à la fois pour la mère et pour l'enfant. Une équipe pluridisciplinaire doit permettre d'accompagner la mère dans sa démarche de reconstruction et d'insertion, de veiller au bien-être de l'enfant et à la qualité du lien entre la mère et l'enfant. Les modalités d'intervention se doivent d'être résolument dynamiques : il ne s'agit pas simplement de pallier les difficultés sociales, passagères ou non, d'une femme enceinte ou avec enfant mais de permettre à partir de cette même difficulté d'engager un soin psychosocial intensif facilitant l'accès à la santé, aux soins et aux droits.

### **Des soins qui ne peuvent aujourd'hui être pratiqués en maternité**

Ce besoin en terme de soins se fait d'autant plus sentir que la durée d'hospitalisation en maternité après l'accouchement a tendance à se réduire de plus en plus, en France comme dans les autres pays d'Europe.

De nombreux travaux menés dans les pays anglo-saxons ont tenté de démontrer l'absence de risques associés aux sorties précoces de maternité des mères et de leurs enfants. Les conclusions de la plupart de ces études sont cependant controversées à cause de leur manque de rigueur méthodologique<sup>9</sup>. Certaines études ont au contraire montré une augmentation significative des hospitalisations des nouveau-nés après des séjours courts en maternité<sup>10</sup>. Les conséquences des sorties précoces sont en outre évaluées presque exclusivement en termes médicaux, à travers hospitalisations pour pathologie ou difficultés alimentaires en particulier. Aucune étude ne semble avoir travaillé sur d'éventuelles conséquences psychologiques et/ou sociales de ces sorties précoces.

En France, peu de travaux ont évalué les risques auxquels sont exposés les nouveau-nés et les mères sortis précocement de maternité. Or, selon les données du PMSI, les sorties de maternité ont lieu actuellement en Ile-de-France en moyenne à J4-5 pour un accouchement normal et J6-7 après une césarienne<sup>11</sup>. Certaines maternités publiques continuent à réduire les durées de séjour, et rien ne laisse à penser que cette tendance s'inversera.

Tout cela fait que les mères les plus fragiles ne peuvent plus aujourd'hui être aidées dans la construction de la relation avec leur enfant dans le cadre de leur séjour en maternité : cela justifie d'autant plus la mise en place de structures de soins spécifiques.

### 2.1.3 La prise en charge psycho-sociale

Autour de cette base de soin, les institutions se doivent d'organiser des modes d'intervention qui permettront aux patientes d'avoir accès à tout ce dont elles ont besoin.

Il s'agit là d'un véritable changement conceptuel, puisque l'on part du principe que ce sont les institutions qui doivent répondre simplement et efficacement aux besoins des patientes et non ces patientes fragilisées qui doivent faire des démarches vers les institutions. En outre, cette prise en charge globale doit permettre un travail d'équipe et une réelle continuité dans l'accompagnement, pour éviter que ces jeunes femmes n'aient affaire, comme c'est le cas aujourd'hui, à une dizaine de métiers différents et donc à plusieurs dizaines d'interlocuteurs dans le cadre de leur grossesse<sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup> Les deux principaux écueils portent sur la "sélection" des groupes autorisés ou non à sortir précocement et sur la petite taille des effectifs qui ne permettent pas de détecter de façon significative des conséquences potentiellement importantes.

<sup>10</sup> LEE K.S., PERLMAN M., BALLANTYNE M. et al. Association between duration of neonatal hospital stay and readmission rate. *J Pediatr* 1995, n°127, pp.758-766 et LIU L., CLEMENS C., SHAY D. et al. The safety of newborn early discharge : the Washington state experience. *JAMA*, 1997, n°278, pp.293-298.

<sup>11</sup> DRASSIF

<sup>12</sup> Estimation faite par le Dr Simonpoli, Hôpital Louis Mourier, Colombes (92)



La prise en charge psycho-sociale doit permettre aux mamans de se réparer, de se reconstruire suffisamment pour qu'elles puissent se saisir, s'approprier, utiliser les services déjà existants. En effet, certaines mères sont dans un tel état de déstructuration que les services socio-sanitaires existants s'épuisent à tenter d'assurer une prise en charge qui ne peut se mettre en place, malgré leurs efforts, faute de structure adaptée. Les professionnels à mobiliser dans le cadre de cette prise en charge sont bien entendu des assistantes sociales, mais également des pédiatres, des puéricultrices, des psychologues, des psychomotriciens, des éducateurs...

La prise en charge à proposer à ces femmes fragilisées doit donc être à l'articulation de différentes logiques : le social, le psychologique et le sanitaire, les intérêts de l'enfant et ceux des parents, le somatique et le psychique... Ces logiques différentes, mais qui ne doivent pas pour autant devenir divergentes ou étrangères les unes aux autres, impliquent un soutien lui aussi pluriel.

## ***2.2 Profiter de ce moment de sensibilisation pour mettre en place des actions de prévention***

Au-delà de la nécessité première de préparer la venue de l'enfant, la grossesse apparaît comme un moment fondamental en terme de prise en charge des femmes fragilisées : il s'agit donc de profiter de cette période-clé pour mettre en place des actions de prévention, tant des problèmes médicaux que des troubles de la relation mère-enfant.

### **2.2.1 Un moment de sensibilisation et d'accès au système de santé**

#### **La grossesse, moment de sensibilisation sur le thème de la santé**

La grossesse constitue pour toutes les femmes un moment privilégié de sensibilisation aux questions de santé : la future mère prend conscience que ce n'est plus seulement de sa propre santé qu'il s'agit, mais qu'elle est également responsable de la santé de l'enfant à naître. C'est vrai par exemple en matière de tabagisme pour les femmes fumeuses, mais c'est vrai également pour les mères en situation particulièrement difficile. Si en temps normal elles négligent quelque peu leur état de santé, faute de moyens ou de prise de conscience, le moment de la grossesse correspond souvent à une période charnière en terme d'accès aux soins : elles ne le font pas pour elles, mais "pour l'enfant".

## **Une occasion d'accéder au système de soins pour les femmes fragilisées**

Les obstacles rencontrés dans l'accès au système de santé pour les femmes en situation difficile

La Commission Technique Consultative de la Naissance (CTCN), puis la Commission Régionale des Naissances (CRN) d'Ile-de-France ont organisé depuis 1997 une réflexion sur le thème de l'accès aux droits et de l'accès aux soins des futures mères en situation de grande précarité. Les conclusions du groupe sont très claires : même si de grands progrès ont été faits en terme d'accès aux droits avec la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU), l'accès aux soins n'est malgré tout pas une évidence pour les mères fragilisées.

### *Des difficultés d'accès aux droits*

Les femmes bénéficiant d'une couverture sociale n'ont, d'un point de vue juridique, aucun problème pour le suivi de leur grossesse : à partir du sixième mois de grossesse, toute femme enceinte couverte par une caisse d'assurance maladie bénéficie d'une prise en charge remboursée à 100%. Elles ont en outre le choix d'accéder soit au secteur public soit au secteur privé. La mise en place de la CMU a par ailleurs constitué un progrès évident en terme d'accès aux droits des personnes les plus défavorisées. Bénéficiaires ou non d'une couverture sociale, toutes les femmes enceintes ont enfin accès aux services PMI, selon le dispositif rendu obligatoire pour les départements par la loi du 18 décembre 1989.

Des populations restent néanmoins exclues de tous les dispositifs d'accès aux droits. Ainsi, les personnes de nationalité étrangère, dont les droits au régime général ou à la CMU de base et à la CMU complémentaire (CMUC) étaient établis, perdent le bénéfice de la CMUC lorsqu'ils ne peuvent plus justifier de leur régularité sur le sol français. Alors que leurs droits au régime général ou à la CMU de base sont maintenus pendant une durée de quatre ans, leur droit à la CMUC n'est pas reconduit. Des droits à l'Aide Médicale Etat (AME) partielle peuvent alors être attribués.

Certains mineurs, enfants de bénéficiaires de l'AME, sont affiliés au régime général en vertu de l'article 37 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la Sécurité Sociale. Ce texte présente cependant un vide juridique quant à l'accès de ces mineurs à une couverture complémentaire. Les mineures âgées de moins de 16 ans, pour lesquelles aucun rattachement ne peut être établi, ne peuvent prétendre à aucune couverture sociale.

Celles qui parmi elles sont enceintes ne font le plus souvent pas suivre leur grossesse. De plus, en l'absence de solution, le nouveau-né sera lui aussi sans couverture sociale.

L'exclusion de certaines personnes est due aussi à la non-observance de l'obligation de domiciliation des CCAS, de constitution des dossiers d'AME et de CMUC. La complexité de la réglementation est source de différences dans le traitement des dossiers d'un département à l'autre. Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) déplorent de ne pas pouvoir cibler tous les bénéficiaires potentiels : selon elles, 20% d'entre eux sont encore exclus du dispositif. La non-prise en charge financière de l'accouchement peut établir une barrière à l'accès aux soins, y compris pendant la grossesse. En effet, certaines structures publiques ou privées sont réticentes à introduire dans leur circuit des femmes dont l'accouchement ne sera pas pris en charge financièrement et qui seront susceptibles de générer des créances irrécouvrables.

Par ailleurs, la prise en charge des grossesses pathologiques est l'objet de discussions : procède-t-elle de la prévention, et devrait-elle alors à ce titre être incluse dans la prise en charge PMI? Si la réponse est négative, de quel système de prise en charge relève-t-elle alors pour les femmes sans couverture sociale?

#### *Des difficultés d'accès aux soins*

L'accès aux soins ne se limite pas à l'accès aux droits. Il dépend également de l'accessibilité des structures de surveillance obstétricales, de barrières linguistiques et culturelles, liées aux différences de perception du corps et de la santé, et de la crainte d'une répression d'un statut illicite pour le séjour en France.

Certaines femmes n'accèdent pas aux soins par manque d'information sur les dispositifs existants et/ ou par méconnaissance de l'intérêt d'un suivi prénatal. Comme le soulignait le Haut Comité de la Santé Publique en 1998<sup>13</sup>, *"la précarité économique et sociale est un facteur important de non-consultation souvent mentionné, surtout pour celles qui sont étrangères, sans papier, sans emploi ou sans logement. Par ailleurs, on observe que celles qui ont été peu ou pas suivies durant leur grossesse sont plus souvent seules, sans emploi et sans protection sociale que les femmes mieux suivies"*.

Dans les expériences en cours de réseau ville-hôpital médico-social périnatal, on constate que la coordination des différents intervenants et en particulier du tissu associatif favorise le

---

<sup>13</sup> Rapport du Haut Comité de la Santé Publique, février 1998

repérage de ces femmes et leur accompagnement vers les structures de soins (Lejeune et al., 1997). Ainsi, le département de Seine-Saint-Denis est caractérisé par un taux de chômage, des dépenses d'aide médicale et un nombre d'allocataires du RMI bien supérieurs aux moyennes régionales et nationales. Pour autant, le développement des structures de consultation de PMI, bien connues de la population, permettent à ce département de se situer dans la moyenne nationale en terme de grossesses peu ou pas suivies.

L'accouchement, moment de prise en charge des femmes par le système de soins

La grande majorité des femmes accouche dans un établissement de santé, qu'il soit public ou privé : pour des femmes habituellement exclues du système de soins, c'est là une occasion d'être en contact avec des professionnels de santé et de bénéficier de soins.

La grossesse et l'accouchement sont donc des opportunités à saisir pour sensibiliser les jeunes mères aux enjeux de santé publique, repérer les facteurs de risques médicaux, psychologiques et sociaux et mettre en place des actions de prévention globale.

Une prise en charge médico-psycho-sociale satisfaisante des mères en situation de grande détresse, à la fois en pré et en post partum, permettrait ainsi d'éviter tant des troubles de la relation mère-enfant que des complications sur le plan médical.

## 2.2.2 La prévention des troubles de la relation mère-enfant

Un accompagnement des femmes enceintes et des jeunes mères en détresse permettrait de favoriser le repérage des situations à risque de troubles de la relation précoce mère-enfant et la mise en place d'actions préventives en ce domaine. L'objectif est d'éviter la maltraitance et de promouvoir la parentalité.

### **Comment sont repérés les facteurs de risque aujourd'hui ?**

Les indicateurs de risques médico-psycho-sociaux, tels qu'ils ont été rappelés dans le compte-rendu de la CRN de 1997<sup>14</sup>, sont bien identifiés et repris dans les "grilles" utilisées par certaines équipes.

L'équipe obstétricale en charge du suivi de la grossesse peut en effet disposer d'informations essentielles lors de la constitution du dossier et au cours des différentes consultations. Le lien établi entre l'obstétricien et/ou la sage-femme et la femme enceinte durant la grossesse est de nature privilégiée, propice à l'écoute, à la mise en évidence et à la prise en compte des difficultés sociales et psychologiques.

---

<sup>14</sup> Actes de la Deuxième Conférence Régionale de Santé d'Ile de France, DRASSIF, Paris, 1997

Le service de PMI, de par sa mission de protection en faveur des futures mères, est également un maillon essentiel du repérage : la sage-femme de PMI constitue un lien privilégié entre les différents partenaires de la ville et de l'hôpital pendant la grossesse. Elle intervient à domicile, sur avis de grossesse, après sollicitation de l'équipe de la maternité ou après concertation avec les autres partenaires institutionnels (service social polyvalent de secteur, inter-secteur de psychiatrie adulte ou enfant...).

Certains dispositifs inter-institutionnels spécifiques contribuent également à ce repérage des situations médico-psychosociales à risque : les avis de grossesse, les permanences des sages-femmes de PMI, les services polyvalents de secteur ou encore les certificats du huitième jour sont autant d'éléments qui peuvent être utiles.

Ces outils ont cependant leurs limites. Les grilles de repérage sont susceptibles de sensibiliser les équipes obstétricales. Cependant, si leur contenu n'est pas intégré dans une démarche de prise en charge globale de la femme enceinte, elles peuvent apparaître non seulement stigmatisantes mais surtout peu opérationnelles. Les informations contenues dans la déclaration de grossesse sont peu nombreuses. Le repérage par le "tri" des déclarations de grossesse peut ne pas être exhaustif, puisque certaines femmes ne déclarent pas leur grossesse, par exemple quand elles savent qu'elles ne peuvent bénéficier des allocations familiales, comme c'est le cas pour les femmes en situation irrégulière.

Ainsi, dans les Hauts-de-Seine, sur les 22 000 naissances domiciliées repérées par les certificats de santé, seules 15 000 déclarations de grossesse ont été reçues par le service de PMI en 2000 : cela signifie qu'un tiers des naissances n'a pas fait l'objet d'un repérage. Les liaisons maternité-PMI ne sont ni systématiques ni exhaustives. Enfin, le repérage individuel par analyse du certificat du huitième jour en PMI intervient tardivement et ne permet pas une anticipation suffisante pour des prises en charge pourtant nécessaires.

On peut regretter par ailleurs le désengagement des obstétriciens qui, dans le temps limité de leurs consultations, ne peuvent souvent aborder que l'aspect purement médical de la grossesse. Les assistantes sociales de maternité sont actuellement les acteurs essentiels du repérage, mais souvent en effectifs insuffisants, absentes des maternités privées, elles n'ont pas les moyens d'une intervention systématique. Enfin, l'intervention des psychologues trouve quant à elle ses limites dans l'absence de repérage en amont par l'équipe obstétricale et dans une disponibilité souvent réduite.

## **Eviter la maltraitance et promouvoir la parentalité**

On sait tout l'intérêt qu'il existe à repérer précocement les risques de troubles de la relation mère-enfant et à prendre en charge de façon satisfaisante les femmes fragilisées qui le requièrent : il s'agit d'éviter les situations de négligence, voire de maltraitance, et la reproduction des actes de violence de génération en génération.

Seule une prise en charge adaptée et globale des dyades mère-enfant à risque peut permettre d'éviter la maltraitance et de promouvoir la parentalité. Ce dernier concept, largement repris depuis quelques années, insiste sur le fait qu'il ne s'agit plus pour les institutions de se substituer à la famille, mais de mettre en œuvre une suppléance familiale, c'est à dire de faciliter et d'accompagner l'exercice de la fonction parentale. C'est là un véritable changement de perspective, qui porte sur l'interconnexion du familial et du social et nécessite de renforcer conjointement le lien familial et le lien social.

Il s'agit aujourd'hui de réunir les conditions permettant l'exercice d'une parentalité responsable, à savoir :

- ◆ veiller à la continuité de l'exercice de l'autorité parentale en cas de séparation des parents, de crise familiale... ;
- ◆ favoriser l'implication des parents dans toutes les procédures concernant leur enfant (école, justice...)
- ◆ soutenir l'expérience et la pratique de l'autorité parentale : l'objectif est de renforcer la parentalité en situation, c'est à dire de mettre en œuvre une dynamique de solidarité et d'échange afin de favoriser le dialogue au sein de la famille, et de celle-ci avec son environnement ;
- ◆ modifier l'accompagnement socio-éducatif de la parentalité : il ne s'agit plus d'aborder les parents en fonction de leurs insuffisances, voire de leur « démission » mais de repérer et mettre en valeur leurs potentialités, d'accompagner certaines situations de fragilité.

La promotion de la parentalité, objectif final de la prise en charge de ces jeunes mères en difficulté, est un enjeu de société majeur. Cependant, les conséquences positives de la prise en charge globale ne se limitent pas là : elle permettrait également de prévenir les problèmes graves sur le plan médical et d'avoir par là même un intérêt financier direct.

### **2.2.3 La prévention des problèmes médicaux**

Cette prise en charge globale permettrait en effet d'éviter des problèmes d'ordre médical, lourds de conséquences sur le plan humain mais également sur le plan financier.

## **La prévention de la prématurité**

L'accès à un suivi de grossesse "correct" pourrait ainsi contribuer à prévenir la prématurité. Des études américaines ont tenté de quantifier le "surcoût" associé au suivi médiocre ou nul des grossesses. En 1986, une grossesse non suivie "coûtait" 2100 dollars de plus qu'une grossesse suivie (Moore et al., 1986). Les dépenses engagées pour la prise en charge d'un prématuré de 25-27 semaines étaient de 280 000 dollars alors qu'elles n'étaient que de 9800 dollars pour un nouveau-né à terme (Luke et al., 1996).

En France, peu d'études ont estimé le surcoût associé au suivi insuffisant des grossesses. On peut toutefois rappeler que les soins néonataux d'un enfant issu d'une grossesse non suivie sont évalués en moyenne à 1800 euros, contre 680 euros pour les soins néonataux d'un enfant issu d'une grossesse suivie par trois consultations ou plus (Duthil et al., 1991).

## **La prévention des complications médicales**

Au-delà du suivi de la grossesse, plusieurs études ont montré les conséquences positives que pouvaient avoir de bonnes relations mères-enfants sur l'état de santé de ce dernier et ont favorisé des plans d'actions en ce sens. Ainsi, en 1975, un mère anglaise pouvait être hospitalisée avec son enfant dans les deux tiers des services de pédiatrie anglais. En cas d'intervention chirurgicale, elle pouvait accompagner son enfant jusqu'au bloc opératoire et l'attendre à la sortie. Dans 80% des services, les visites des parents étaient possibles à n'importe quelle heure du jour et de la nuit.

Ces mesures se sont également révélées intéressantes sur le plan financier pour le National Health Service. En effet, parmi les études menées sur les conséquences de la présence de la mère sur le rétablissement de l'enfant, une enquête effectuée sur 200 enfants ayant subi une amygdalectomie a montré une importante diminution du taux d'hémorragie et d'infections secondaires lorsque la mère était présente, source d'économies non négligeables par la diminution de la durée d'hospitalisation (Dugnat, 1999).

Une fois les enjeux de la prise en charge adaptée des femmes enceintes et des jeunes mères cumulant de graves difficultés d'ordre social et médical mis en évidence, il s'agit maintenant de voir combien de femmes sont susceptibles d'être concernées par ce problème en région parisienne aujourd'hui et comment elles sont prises en charge à l'heure actuelle.

### **3 - Un besoin unanimement reconnu, qui ne trouve pas de réponse satisfaisante aujourd'hui en région parisienne**

Après avoir analysé le besoin d'un point de vue qualitatif, l'objectif est d'essayer de le quantifier, de voir quelles sont les réponses qui y sont aujourd'hui apportées en région parisienne et de juger si elles sont satisfaisantes.

#### **3.1 Un besoin difficile à quantifier mais unanimement reconnu**

Il s'agit maintenant de fournir une estimation chiffrée du nombre de femmes parisiennes susceptibles d'avoir besoin d'une prise en charge médico-psycho-sociale à l'occasion de la naissance de leur enfant. Cette tâche s'est révélée à la fois difficile, tant il est vrai que les statistiques sur cette partie de la population sont rares et hétérogènes, et d'une extrême facilité, puisque le besoin en question est reconnu de façon nette et unanime par l'ensemble des personnes interrogées.

##### 3.1.1 Un besoin très difficile à quantifier de façon précise

#### **L'impossibilité de faire une évaluation exhaustive**

Il n'existe pas à l'heure actuelle d'enquête qui pourrait nous permettre d'évaluer précisément et de manière exhaustive le nombre de mères cumulant de graves difficultés d'ordre social et d'ordre médical en Ile-de-France. Les organismes sociaux et organismes de statistique consultés (Commission Régionale des Naissances, Observatoire Régional de la Santé, Caisse d'Allocations Familiales ...) n'ont pas été en mesure de nous fournir des données de ce type. Le service de PMI de Paris envisage de faire une telle étude, mais n'a eu jusqu'à aujourd'hui ni le temps ni les moyens de la réaliser.

Les seuls chiffres exhaustifs dont on dispose à l'heure actuelle sont les suivants : sur 170 000 naissances annuelles en Ile-de-France, on sait que 17 000 à 34 000 femmes présenteront une dépression pendant la grossesse, que 17 000 à 34 000 femmes présenteront une dépression post natale et que 4250 à 8500 enfants présenteront des troubles du développement.

Enfin, on estime que 1% des femmes sont peu ou pas suivies pendant leur grossesse (moins de quatre consultations) et que 11% d'entre elles n'ont jamais consulté l'équipe obstétricale avant l'accouchement<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Enquête périnatale 1995 DGS, PMI, SESI, INSERM



Pour obtenir une évaluation quantitative du besoin, il faut donc se contenter de données éparses et disparates, comme celles contenues dans les rapports d'activité des associations de terrain ou dans les enquêtes ponctuelles réalisées par des assistantes sociales de maternités.

### **Les données disponibles**

Les statistiques des associations de terrain et des maternités

L'association "Les Halles des Amis de la rue" s'est occupée en 2001 de 45 femmes enceintes et sans domicile à Paris, qui pour la plupart n'avaient eu aucun examen obstétrical, aucun bilan sanguin et aucune échographie. On peut penser que la grande majorité de ces femmes est susceptible d'avoir besoin d'un accompagnement médico-psycho-social à l'occasion de la naissance de leur enfant.

Le bilan d'activité du Samu Social de Paris<sup>16</sup> montre que 15 à 35 femmes enceintes et 150 à 330 femmes seules avec un ou plusieurs enfants sont hébergées chaque mois dans des "hôtels secs", faute de structure plus adaptée à leur état. On peut penser là encore qu'un grand nombre de ces femmes auront besoin d'un accompagnement important pour faire face à la naissance de leur enfant. Par ailleurs, plus de 100 nourrissons de moins d'un an sont pris en charge en permanence par le Samu social.

L'Antenne Premier Accueil Social Médicalisé de la Croix-Rouge française, installée dans le XIIIème arrondissement de Paris et au service des personnes sans couverture sociale en attente de droits, a effectué en 2001, malgré une fermeture de six semaines, 400 actes médicaux en gynécologie, pour 230 personnes dont 74 nouvelles. Vingt-trois femmes y étaient suivies en 2001 par manque d'accès aux services hospitaliers.

Compte-tenu des situations rencontrées par les équipes de PMI des 17<sup>ème</sup>, 18<sup>ème</sup>, 19<sup>ème</sup> et 20<sup>ème</sup> arrondissements de Paris en 1998, on peut évaluer à 225 le nombre de femmes qui auraient pu bénéficier d'une prise en charge médico-psycho-sociale, ce qui correspond à 2% des naissances domiciliées. Pour le département des Hauts-de-Seine, il y a eu selon Elisabeth Blanchard, qui travaille à la PMI de Seine-Saint-Denis, 128 demandes en lits de soins de suite non satisfaites en 1998, pour un besoin d'environ 400 femmes.

L'enquête réalisée par les assistantes sociales de l'AP-HP montre quant à elle que sur l'échantillon de 96 femmes ayant eu des problèmes d'hébergement au cours du suivi de la

---

<sup>16</sup> Samu social de Paris, Bilan d'activité pour 2001

grossesse et/ou à leur sortie de l'hôpital, 13% des personnes rencontrées étaient porteuses d'une pathologie associée (maladie mentale dans 3.5% des cas, pathologie grave ou chronique dans 9.5% des cas) nécessitant un suivi médical très régulier : on peut être sûr que ces personnes auraient tout intérêt à être prises en charge du point de vue médical, psychologique et social, même s'il s'agit là d'une estimation basse. En suites de couche à l'hôpital Robert Debré (AP-HP), les femmes en difficulté psycho-sociale représenteraient environ un quart des accouchements<sup>17</sup>.

Guylaine Coudert, assistante sociale à la maternité du CHIC et membre de la CRN, avait mené en 1998 une étude sur les femmes ayant nécessité une observation, une évaluation, une prise en charge en pré et post-natal du fait de difficultés médico-psycho-sociales. Sur les 2340 enfants vivants nés en 1998 au CHIC, 265 femmes enceintes soit 11.3% des patientes ont eu ou auraient eu besoin d'une prise en charge globale. Ce recensement n'incluait que les situations les plus préoccupantes et qui ont nécessité un investissement pluridisciplinaire important ainsi qu'un travail en réseau. Ce chiffre déjà élevé avoisinerait aujourd'hui les 20% selon les estimations de Mme Coudert. Même si la situation est un peu particulière au Centre Hospitalier de Créteil, qui accueille une maternité de niveau III, on voit bien qu'il existe un réel besoin de prise en charge médico-psycho-sociale de femmes en situation de détresse en Ile-de-France.

Une enquête menée par la DRASSIF sur la population accueillie dans les centres d'accueil d'urgence dans la nuit du 8 au 9 mars 2000<sup>18</sup> montre que parmi les 4593 personnes présentes ce soir-là, 992 étaient des femmes et 515 des enfants. Par ailleurs, une femme sur cinq (soit près de 200 femmes) était accompagnée d'un ou plusieurs enfants.

Les demandes d'admission auxquelles le Vésinet n'a pu donner suite

Un chiffre intéressant à analyser est celui des demandes adressées au service de soins en Périnatalité de l'hôpital du Vésinet (78), seule structure à proposer aujourd'hui en région parisienne une prise en charge globale aux mères et futures mères cumulant des difficultés d'ordre social et médical. Or, 217 demandes d'admission en 1999 et 204 demandes en 2000<sup>19</sup> n'ont pu être suivies d'admission, essentiellement par manque de place dans le service. A ce chiffre s'ajoutent toutes les femmes pour lesquelles les assistantes sociales de maternité ne contactent même pas le Vésinet, car elles savent par avance que le service est complet. Ce chiffre, s'il ne nous fournit pas à proprement parler une évaluation exhaustive du

---

<sup>17</sup> Document de travail de la CTCN.

<sup>18</sup> La population des centres d'accueil d'urgence dans la nuit du 8 au 9 mars 2000, enquête spécifique Ile-de-France. *Stat'if*, n°2, juin 2001.

besoin non satisfait, nous permet de nous assurer que le besoin de prise en charge est réel et significatif.

Les estimations de la CTCN/CRN

A partir de ces données, la CTCN puis la CRN ont prôné la création de lits de soins de suite périnataux en Ile-de-France. En 1998, la CTCN soulignait ainsi la nécessité d'ouvrir dans la région parisienne quatre centres de soins résidentiels pour des jeunes mères en grande vulnérabilité psychosociale dans le contexte de la périnatalité. La CRN, dans ses travaux encore en cours, confirme l'urgente nécessité de la création de ces centres, qui concernerait 1.5 à 2% de l'ensemble des naissances selon Elisabeth Blanchard, de la PMI de Seine-Saint-Denis.

### **Pourquoi une telle difficulté à évaluer le besoin?**

On peut se demander pourquoi l'estimation de ce besoin est aussi difficile. Plusieurs raisons peuvent être avancées pour expliquer la difficulté à trouver des données exhaustives et fiables.

La pauvreté des statistiques dans le domaine de la précarité

Tout d'abord, on peut souligner qu'il est très difficile d'obtenir des informations fiables dans le domaine de la précarité : ces femmes marginalisées sont souvent inconnues des services sociaux, et il est donc difficile de les recenser. Les travaux du Conseil National de l'Information Statistique (CNIS) ont montré que les sources statistiques habituelles se révèlent moins adaptées face aux problèmes de pauvreté ou de précarité. Enquêter auprès des personnes marginalisées est particulièrement difficile, et les études s'intéressent en outre moins aux femmes en situation de grande précarité, du fait qu'elles semblent être moins nombreuses<sup>20</sup>.

Les sources d'information hospitalières se sont également montrées peu utiles pour l'évaluation de ce besoin. En effet, l'interrogation des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) de certaines maternités parisiennes a montré que les "codages sociaux" étaient totalement négligés : ainsi, pour les deux hôpitaux étudiés, on dénombrait sur les années 2000 et 2001 :

- ◆ une femme ayant accouché par voie basse avec une grossesse peu suivie ;
- ◆ une femme ayant accouché par césarienne avec une grossesse peu suivie ;

---

<sup>19</sup> Sources : rapports d'activité du service de convalescence pré et post natale de l'Hôpital du Vésinet

- ◆ une femme ayant accouché et ayant un problème social ;
- ◆ aucune femme ayant accouché et sans couverture sociale ;
- ◆ aucune femme ayant accouché et connaissant des problèmes de logement.

Quand on sait où sont situés ces deux hôpitaux franciliens et quelle population ils reçoivent, on comprend que le "codage social" est totalement négligé aujourd'hui dans les hôpitaux, dans la mesure où il n'est pas comptabilisé dans l'activité de l'hôpital.

### Un sujet sensible

La prise en charge des femmes enceintes et futures mères en situation de grande détresse est enfin un sujet sensible : l'hébergement des femmes enceintes isolées devrait être une priorité pour les responsables politiques. Or, les chiffres auxquels on peut avoir accès nous prouvent que ce n'est pas le cas. Enfin, le débat prend une orientation clairement politique quand on rappelle que la grande majorité de ces femmes en détresse sont des personnes en situation irrégulière.

Cette analyse peut être rapprochée de celle que propose Didier Fassin<sup>21</sup>, quand il analyse l'augmentation rapide des demandes d'autorisation provisoire de séjour pour "raison humanitaire"<sup>22</sup>. Il explique en effet qu' *"il fut un temps, pas si lointain, où la maladie de l'immigré était illégitime : travailleur, s'il se plaignait de l'usure de son corps, on parlait volontiers de sinistrose, syndrome mal défini, éminemment suspect, aux confins de la simulation, et ce surtout si l'on entrevoyait l'éventualité d'une indemnisation au titre des conséquences du travail. Aujourd'hui au contraire, la maladie tend à devenir le dernier refuge légitime de l'étranger en quête de régularisation"*. Dans ce cadre, on comprend pourquoi peu d'enquêtes existent sur les femmes enceintes cumulant des problèmes d'ordre social et médical, à qui l'on ne pourrait décemment pas refuser une prise en charge correcte.

### 3.1.2 Un besoin de prise en charge qui fait l'unanimité

#### **Un besoin nettement ressenti par les professionnels**

Si le besoin de prise en charge des mères et futures mères en détresse est très difficile à estimer de façon précise, c'est pourtant un besoin qui fait l'unanimité. Tous les acteurs rencontrés, des assistantes sociales de maternité aux responsables de centres maternels, en passant par les médecins de PMI ou les responsables associatifs, affirment haut et fort la

---

<sup>20</sup> MARPASAT M. Un avantage sous contrainte : le risque moindre pour les femmes de se trouver sans abri, *Population*, 11-12/1999, V:54, N:6, pp. 885-932.

<sup>21</sup> Didier Fassin est anthropologue, sociologue et médecin, professeur à l'université Paris-XIII et directeur d'études à l'Ecole des hautes études en sciences sociales.

<sup>22</sup> FASSIN D. Le corps des immigrés, *Le Monde*, janvier 1999

nécessité de mettre en place une structure de prise en charge de ces jeunes mères en détresse.

L'exemple de l'hôpital Broussais (AP-HP) est à cet égard intéressant : 15 chambres ont été ouvertes pour les femmes demandeuses d'asile en octobre 2001. Après 10 jours, il n'y avait plus une place de libre.

Même si l'on ne peut pas fournir une estimation fine du besoin, étant donné l'absence totale de structure de ce type à Paris aujourd'hui, *"si l'on ouvrait un tel lieu à Paris aujourd'hui, on peut être sûr que les 20 places seraient prises dès le lendemain"*, affirme le Dr Delour.

### **La reconnaissance institutionnelle**

Outre le point de vue de l'actuel Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, qui suggérait en 2001 la création de *"maisons de repos ou de post-accouchement"*<sup>23</sup>, plusieurs rapports officiels ont reconnu au cours des dernières années l'urgente nécessité de répondre aux besoins insatisfaits des jeunes mères cumulant des difficultés d'ordre social et médical.

Les Conférences Régionales de Santé et la Conférence Nationale de la Santé

La Conférence Régionale de Santé d'Ile-de-France et la Conférence Nationale de Santé (CNS) ont souligné en 1997 la nécessité d'adapter les services sanitaires et sociaux aux besoins actuels des enfants, des adolescents et de leurs familles. La CNS déclinait cet objectif général en plusieurs axes de travail, en insistant plus particulièrement sur le fait que *"plusieurs méthodes permettent de mieux accompagner la grossesse dans sa dimension psycho-sociale, en identifiant tôt les difficultés propres à certaines mères en particulier les très jeunes mères, en dépistant tôt après la naissance les signes précoces de dépression, en organisant un appui au domicile, notamment en milieu rural, et chez les mères qui n'avaient pas adhéré à un suivi correct de leur grossesse avant la naissance"*.

La CNS plaidait également pour un meilleur accès à la surveillance prénatale et au suivi post-natal des femmes les plus vulnérables et pour une augmentation du nombre de lits "mère-enfants" spécialisés (toxicomanie, sida, alcoolisme, maladies mentales). En 1998, la Conférence Régionale de la Santé d'Ile-de-France a demandé aux professionnels *"d'utiliser au mieux la période de l'hospitalisation à la maternité, en tenant compte des besoins des*

---

<sup>23</sup> MATTEI J-F. *Santé sociale : ces absurdités qui nous entourent*. Editions Anne Carrère, 2001 ; 128 p.

*femmes, en organisant un suivi post natal de la mère et de l'enfant et d'adapter les durées de séjour en post partum au risque médico-psycho-social".*

#### Les travaux de la CTCN

Le rapport de la CTCN "*Naissance à risque : du médical au social*" a documenté les enjeux d'une prise en charge adaptée de cette population en ciblant particulièrement :

- ◆ les conditions socio-économiques ;
- ◆ les troubles de la relation mère-enfant ;
- ◆ la dépression maternelle ;
- ◆ les conduites à risque.

Le rapport du groupe II de la CTCN a proposé en avril 1998 la création de réseaux ville-hôpital, médico-psycho-sociaux périnataux, permettant de mieux coordonner la prise en charge globale et pluridisciplinaire des femmes enceintes et des familles en difficultés. Ces professionnels ont en outre insisté sur la nécessité d'engager une réflexion sur les besoins urgents de places de soins de suite mère-enfant. Ils suggéraient la création de structures de moyen séjour périnatales généralistes, ayant comme cibles la grossesse, le nouveau-né et la parentalité (et non spécifiquement la psychiatrie, le Sida ou la toxicomanie), outil supplémentaire indispensable du réseau médico-psycho-social périnatal.

#### La loi de lutte contre les exclusions

La loi n°98-657 du 29 juillet 1998, dite de lutte contre les exclusions, prévoit dans son article 74 des actions "*d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des mères de famille, et particulièrement les plus démunies*".

#### Le SROS 1999-2004

Ce besoin de prise en charge a par ailleurs été reconnu officiellement dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) pour 1999-2004, qui préconise "*le développement des soins de suite en pré et post partum (...) pour contribuer à la prévention des troubles psychopathologiques de la femme enceinte, du nouveau-né et des parents, des troubles de l'attachement mère/nouveau né qui peuvent conduire à la maltraitance, des séparations du nouveau-né et de ses parents voire des placements à l'aide sociale à l'enfance.*"

#### La défenseure des enfants

Enfin, nous pouvons d'ores et déjà signaler que la Défenseure des enfants, Mme Claire Brisset, insistera dans son rapport de novembre 2002 sur la nécessité de mettre en place

une structure d'accueil et de soin pour une prise en charge globale des femmes enceintes, des jeunes mères et de leurs enfants en situation de grande détresse.

### **3.2 Etat des lieux des structures d'accueil mère-enfant en région parisienne**

A ce stade de l'analyse, la question qui vient à l'esprit est la suivante : comment font ces jeunes femmes en détresse pour vivre à l'heure actuelle en région parisienne ? Il paraît indispensable de faire une analyse approfondie de "l'offre" qui existe aujourd'hui dans cette zone géographique en terme de structures d'accueil mère-enfant, et de voir ce qu'elles proposent réellement aux femmes fragilisées.

#### 3.2.1 Les structures mère-enfant psychiatriques

##### **Définition et historique**

De quoi s'agit-il ?

La première catégorie de structures susceptibles d'accueillir des jeunes mères en détresse et leurs nourrissons sont les structures de type psychiatrique. Il s'agit là d'unités situées dans des établissements de soins, qui ont pour vocation de traiter les problèmes d'ordre psychiatrique rencontrés par certaines mères, et qui peuvent s'aggraver à l'occasion de la naissance d'un enfant. Il s'agit en fait d'unités d'hospitalisation conjointe mères-enfants, auxquelles les professionnels ont recours lorsque la gravité de la situation fait soulever le problème de l'éventuelle séparation de la mère et de son bébé.

Cette hospitalisation mère-bébé en psychiatrie, généralement thérapeutique pour la mère et préventive pour le bébé, permet la prise en charge des psychoses puerpérales, des états dépressifs les plus graves et d'autres difficultés liées à des carences dans l'enfance de la mère. Elle se pratique en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour.

##### Historique

La première unité d'hospitalisation conjointe mère-bébé en psychiatrie a été créée dans la banlieue de Londres en 1959. Elle avait une capacité d'accueil de huit dyades mère-bébé. Les résultats obtenus dans cette unité confirmaient ce qui était observé pour les pathologies somatiques du jeune enfant, à savoir la diminution de la durée d'hospitalisation pour la mère et la diminution importante du nombre de rechutes des mères dans les six mois suivant leur sortie de l'hôpital. Ces unités se sont développées jusqu'en 1985 en Angleterre, où l'on dénombrait alors 300 places d'hospitalisation mère-enfant pour plus de 2000 séjours dans l'année. Ces structures avaient chacune de petites capacités (un à trois lits par établissement). En 1991, il ne restait que 133 places d'hospitalisation mère-bébé en

Angleterre. En France au même moment, les premières unités commençaient à apparaître pour une capacité totale d'à peine 20 places.

En France justement, le docteur Jean-Claude Racamier souhaitait dès 1961 la création d'unités de soins psychiatriques pour troubles mentaux de la maternité, organisées pour recevoir et traiter aisément les mères avec leur nourrisson ou avec leur jeune enfant. Il avait en effet expérimenté les premières hospitalisations conjointes à l'hôpital psychiatrique de Prémonté dans l'Aisne, repéré la dimension préventive de cette pratique, souligné la spécificité de la pathologie post partum et insisté sur la nécessité du travail entre psychiatres et obstétriciens à ce sujet (Racamier et al., 1961). La politique d'humanisation des hôpitaux inaugurée par Simone Veil dans les années soixante-dix a permis progressivement un meilleur accès des parents aux services de pédiatrie, diminuant la durée des séparations parents-enfants durant les hospitalisations des enfants. Mais c'est seulement en 1980 que s'est créée la première unité d'hospitalisation mère-bébé en psychiatrie, au Centre hospitalier général de Créteil.

### **Etat des lieux**

Seize unités d'hospitalisation mère-bébé existent à l'heure actuelle en France. Treize unités réalisent des hospitalisations complètes (43 places au total) et trois réalisent des hospitalisations de jour (36 places). Chacune de ces unités possède une capacité d'accueil de 2 à 6 places. En région parisienne, on dénombre aujourd'hui une vingtaine de lits mères-enfants dans des structures psychiatriques, qui se répartissent de la façon suivante :

- ◆ 6 lits et 4 places<sup>24</sup> d'hôpital de jour à l'Institut Théophile Roussel de Montesson (78) ;
- ◆ 5 lits à l'hôpital de St Cyr l'Ecole (78) ;
- ◆ 5 lits dans l'Unité d'hospitalisation "La Pomme" (Paris XVIII°) ;
- ◆ 4 lits dans l'Unité Médico-psychologique pour la Mère et l'Enfant du C.H.I.C. (94) ;
- ◆ 2 lits dans le service de psychiatrie de Hôpital Paul Brousse de Villejuif (94).

Depuis 1993, les unités d'hospitalisation mère-bébé françaises se réunissent tous les deux ans pour faire progresser leurs pratiques, avec d'autres unités européennes<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> Une place correspond à l'ensemble : un lit et un berceau pour la dyade mère-bébé.

<sup>25</sup> Actes des journées des UHMB 1993 ; 1995 ; 1997 ; 1999.



### 3.2.2 Les centres maternels

#### **Définition**

Le deuxième type de structures susceptibles d'accueillir des jeunes mères en difficultés et leur bébé sont les centres maternels. Historiquement, les "maisons maternelles" étaient des structures qui hébergeaient gratuitement des femmes enceintes d'au mois sept mois et des mères avec leur nouveau-né pendant ses trois premiers mois. Ensuite, un relais pouvait être pris par des "hôtels maternels", qui accueillait la mère et son enfant au maximum pendant les trois premières années de celui-ci. La tendance actuelle est de regrouper ces deux institutions en une seule : le "Centre maternel".

Ces établissements d'accueil mère-enfant sont aujourd'hui sous la compétence des départements et financés par eux au titre de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Ils répondent à la mission d'accueil et d'hébergement des femmes enceintes et des mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans, qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique.

Dotés de professionnels qualifiés dans les domaines éducatif, psychologique et de la petite enfance, ils sont organisés pour apporter à l'enfant et à sa mère en difficulté le soutien dont ils ont besoin sous diverses formes, en lien avec les services compétents : PMI, crèches, services sociaux et médico-sociaux notamment. Selon le cas, ils peuvent aider à la réinsertion sociale et professionnelle ainsi qu'à l'accès au logement, dans un projet qui inclut la prise en compte de la dimension familiale. Le but de ces structures étant la réinsertion, un prix de pension est fixé selon les ressources de la mère.

#### **Etat des lieux**

Les huit centres maternels qui existent aujourd'hui à Paris représentent une capacité d'accueil de 535 places mères et enfants (voir annexe 2), pour un total de 940 lits en Ile-de-France. Parmi eux, trois sont gérés directement par le département, les autres étant gérés par des associations.

Les centres maternels peuvent offrir un mode d'accueil traditionnel (hébergement plus crèche) ou plus spécialisé. Dans la plupart des cas, on remarque que l'accent est mis sur l'aspect réinsertion : la personne accueillie doit être apte au travail, doit pouvoir participer financièrement à sa prise en charge...

Cependant, il faut bien souligner que les conditions d'accueil dans ces centres maternels ne sont pas uniformes : certains accueillent les femmes qui ont des enfants âgés de moins de

trois, d'autres au contraire ne prennent en charge que les femmes avec les enfants de plus de trois ans.

En dépit du travail de recensement qui a été fait par l'Observatoire Régional de la Santé d'Ile-de-France, en partenariat avec la Préfecture et la Région Ile-de-France, on constate que toutes les structures d'accueil mère-enfant ne sont pas répertoriées. C'est en particulier le cas de certains centres, qui ne souhaitent pas que leur adresse soit éditée ou dont l'existence n'est pas connue officiellement. En outre, un réel flou existe, y compris pour les travailleurs sociaux, sur les modalités de fonctionnement de certaines structures.

### 3.2.3 L' hébergement d'urgence et les solutions de secours

#### **Les femmes qui ne peuvent être accueillies ailleurs**

Un certain nombre de femmes se trouvent totalement exclues des structures d'accueil mères-enfants existantes en Ile-de-France : il s'agit en particulier des femmes en situation irrégulière, qui ne peuvent être accueillies dans les structures de type centre maternel. Ces structures acceptent en effet les mères qui ont une chance de voir leur projet de réinsertion aboutir. Or, les femmes en situation irrégulière, qui n'ont parfois aucun espoir de régularisation, ne peuvent ni bénéficier des allocations familiales, ni espérer trouver un travail : elles n'ont donc aucune ressource et aucune perspective de retrouver à court terme une situation de droit commun.

#### **Le "bricolage" de solutions**

Pour ces femmes, peu de solutions existent. Les assistantes sociales essayent de les pousser à faire jouer les solidarités familiales et communautaires, mais ces femmes sont le plus souvent isolées voire rejetées du fait de leur grossesse.

##### Le recours à l'hospitalisation

La solution de secours consiste alors pour les assistantes sociales à faire hospitaliser ces femmes dans les services de court séjour d'obstétrique (unité des grossesses pathologiques) et/ou à prolonger au maximum la durée d'hospitalisation des jeunes mamans, pour leur accorder quelques jours de répit supplémentaire.

Malgré tout, on voit bien que cette solution n'est satisfaisante ni du point de vue de la patiente, pour qui le problème d'hébergement et de prise en charge n'est pas réglé, ni pour l'hôpital, qui voit un de ses lits de court séjour occupé sans véritable justification médicale.

Les soins et l'organisation apparaissent en outre inadaptés et excessifs au regard des besoins des femmes. Dans tous les cas, la prolongation de la durée de l'hospitalisation ne peut être que temporaire, et ces femmes devront obligatoirement sortir de l'hôpital à un moment ou à un autre. Par ailleurs, on ne peut que s'interroger sur la pertinence de l'utilisation de ces dispositifs très techniques dans ce type d'indication alors que les pratiques de transfert in utero doivent se développer et contribuer à alimenter lesdits services.

Les solutions alternatives en ambulatoire

#### *Les hôtels sociaux et résidences sociales*

Il s'agit de structures qui accueillent des personnes en voie d'insertion sociale, pour un hébergement de durée limitée. On pense en particulier au Samu social, qui propose des chambres d'hôtel au cas par cas.

Ces établissements n'assurent en général pas de suivi social (voir annexe 3). Si elle permet d'éviter qu'une jeune mère ne dorme dans la rue avec son nourrisson, cette solution reste une solution d'urgence qui s'apparente à du "bricolage" et ne permet pas un réel travail de prévention. En outre, l'état d'insalubrité de ces hôtels est souvent manifeste.

#### *Les CHRS*

Ces femmes peuvent également être provisoirement accueillies dans des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS). Ces structures ont pour vocation l'accueil des personnes et des familles qui connaissent de graves difficultés, notamment économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion, en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale. Elles sont financées par l'Etat (Aide sociale, dotation globale de financement), le Conseil Général en cas d'accueil d'enfants de moins de trois ans et l'éventuelle participation des résidents. Il existe également des CHRS spécifiques, qui sont les Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA) et les Centres Provisoires d'Hébergement (CPH). Seuls deux CHRS accueillant des femmes avec enfants sont aujourd'hui répertoriés à Paris (voir annexe 3). Il faut souligner que malgré cela, plus de 15% des personnes hébergées en CHRS sont des femmes isolées avec enfants<sup>26</sup>.

A l'heure actuelle, on dénombre entre 100 et 150 femmes enceintes qui sont hébergées dans ces centres d'urgence chaque nuit à Paris. Or, cette solution ne peut en aucun cas être comparée à la réelle prise en charge médico-psychosociale dont auraient besoin ces futures

---

<sup>26</sup> ORS Ile-de-France. L'accès au logement en Ile-de-France. *La santé observée en Ile-de-France*. 1998.

mères. Le recours au placement de l'enfant peut apparaître dans certaines situations comme la seule situation possible, faute de lieu d'évaluation de la relation parentale.

### **3.3 Des structures saturées, qui peinent aujourd'hui à apporter une réponse globale**

Au-delà du problème de saturation, qui est réel, il faut souligner que l'état des lieux de ces structures met en évidence une inadéquation aux indications relevées.

#### 3.3.1 Des structures saturées

Comme le souligne le Dr Jean Ebert, le nombre d'unités psychiatriques mères-bébés est aujourd'hui très restreint en France et en région parisienne, et dans tous les cas clairement insuffisant pour répondre aux besoins actuels de prise en charge des dyades mère-bébé souffrant de problèmes psychiatriques.

Même s'il n'y a pas eu de rapport officiel ou d'enquête spécifique sur le sujet, les rapports d'activité de l'Aide Sociale à l'Enfance de Paris montrent bien à quel point les centres maternels situés à Paris et en région parisienne sont eux aussi saturés. Ainsi, avec 315 femmes enceintes et jeunes mères et 307 enfants accueillis au 31 décembre 2001, les centres maternels parisiens étaient à leur taux d'occupation maximum (supérieur à 100%). A la même date, 54 parisiennes soit près de 18% des femmes concernées étaient accueillies hors de Paris (en Ile-de-France ou en province), faute de place disponible dans la capitale, en particulier pour les femmes isolées avec plusieurs enfants.

Les conclusions du rapport Uzan (1998) sont elles aussi très claires : *"les maisons maternelles sont actuellement en nombre insuffisant. Il n'en existe qu'une par département, et elles sont souvent dépassées par les demandes"*. Enfin, les assistantes sociales de maternité et l'équipe du Vésinet font face quotidiennement à cette saturation des centres maternels, qui les empêche d'orienter les jeunes femmes en détresse vers des structures adéquates. Ainsi, l'enquête réalisée par les assistantes sociales de maternité de l'AP-HP souligne que les demandes d'admission en centres maternels sont bien supérieures au nombre de places offertes. Cette saturation fait que les centres maternels n'accueillent pas les femmes avant six mois de grossesse.

La seule structure généraliste répondant aux besoins identifiés en Ile-de-France, le service de soins en Périnatalité de l'hôpital du Vésinet, est elle aussi saturée. En dépit de ses 41 lits (20 en prénatal et 21 en post-natal, dont 2 pour jumeaux), cette structure a d'importants délais d'attente et il est extrêmement difficile d'obtenir une prise en charge post-natale en

l'absence d'une admission en prénatal. Ainsi, l'Hôpital Delafontaine de Saint-Denis (93) a effectué en 1997 40 demandes d'admission au Vésinet : 10 admissions en prénatal ont pu être obtenues, mais aucune en post natal. Le taux d'occupation du service était de 97.6% pour les mères et de 108.08% pour les bébés en 2000, chiffre qui varie peu au fil des années. Sachant que le PMSI rend difficilement compte de l'ensemble du travail de prise en charge effectué dans ce service, on déduit de ce chiffre élevé que le service est totalement saturé.

### 3.3.2 Des structures qui apportent des réponses partielles

L'analyse des réponses actuelles fait apparaître le manque de structures pluridisciplinaires d'aide à la gestion de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-natale<sup>27</sup>, à l'articulation du sanitaire et du social. Du simple hébergement à la structure de soins psychiatriques spécialisés, aucune des structures recensées ne peut constituer un lieu adapté de soins et d'observation de la relation mère-enfant.

#### **Les structures psychiatriques: une indication médicale très particulière**

Les structures d'hospitalisation mère-enfant psychiatriques sont avant tout des structures de soins, qui ont vocation à traiter les graves problèmes psychiatriques de jeunes mères. Le soin repose sur une observation attentive par une équipe expérimentée des interactions entre la mère et le bébé, voire entre la mère, le bébé et le père, quand celui-ci est présent. Cette observation, essentielle pour l'organisation des interventions, se heurte à des difficultés particulières liées à la diffraction du transfert et du contre-transfert entre une équipe et une dyade mère-bébé. Dans un deuxième temps, le soignant fait le lien entre la mère et son enfant : il accompagne et soutient la mère dans les activités quotidiennes relatives à son bébé (toilette, alimentation, change) et l'aide à entrer dans son processus de maternité. Ces unités ont permis d'enrichir les modalités de prise en charge des troubles précoces de la relation mère-bébé.

Les hospitalisations psychiatriques conjointes mère-bébé ne sont cependant pas sans poser un certain nombre de questions. Certains rappellent à juste titre le poids de l'hospitalisation en psychiatrie, fût-ce dans le service de pédopsychiatrie d'un hôpital général équipé d'un département mère-enfant, ses limites, les dangers que cette hospitalisation de la mère et de l'enfant fait courir au couple déjà fragilisé par la pathologie maternelle ainsi que l'insuffisante réflexion sur les indications du point de vue clinique. Enfin, dans un registre différent, se pose également la question du coût de ces hospitalisations, qui fait que les hôpitaux sont

---

<sup>27</sup> UZAN M, Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes

bien souvent réticents à prendre en charge des jeunes femmes avec de graves problèmes sociaux.

Il s'agit en outre d'une prise en charge très spécialisée, destinée à traiter un problème d'ordre médical, et non d'une structure pluridisciplinaire visant à accompagner de façon globale la venue d'un enfant. Accueillant prioritairement les pathologies psychiatriques maternelles sévères et les psychoses puérpérales, ces unités restent encore mal connues de certains professionnels.

### **Les centres maternels : un héritage "démopatriotique" et une orientation éducative**

En dépit du secours important qu'ils apportent aux mères en situation de grande précarité, les centres maternels ne proposent pas de prise en charge globale médico-psycho-sociale. Pour comprendre les objectifs actuels des centres maternels, il est intéressant de se pencher sur leurs origines et le contexte de leur création.

Des héritiers du courant « démopatriotique » (N. Lefaucheur)

Il faut souligner que ces centres maternels sont les héritiers des "asiles de grossesse" et des "maisons maternelles" mises en places sous la III<sup>ème</sup> République par les tenants du modèle que Nadine Lefaucheur a qualifié de "démopatriotique" (Lefaucheur, 1993). Jusqu'au début du XX<sup>ème</sup> siècle, l'une des causes principales de la surmortalité des enfants illégitimes comme des enfants abandonnés était en effet l'absence d'allaitement maternel par suite de leur mise en nourrice. Pour les enfants illégitimes, le modèle démopatriotique, qui se développa dans la deuxième moitié du XVIII<sup>ème</sup> siècle et triompha sous la III<sup>ème</sup> République, s'organisa donc autour du maintien et du renforcement des liens mère-enfant et de la prévention de l'abandon à la naissance par l'assistance aux filles-mères.

Sa première inscription dans la législation fut l'œuvre de la Convention Nationale qui, en 1793, décida la création d'asiles de maternité et l'octroi de secours aux filles-mères. Le décret du 28 juin 1793 sur l'organisation des secours prévoyait en effet dans son titre II, relatif aux secours à accorder aux enfants abandonnés :

*"art.3 : il sera établi, dans chaque district, une maison où la fille enceinte pourra se retirer pour y faire ses couches ; elle pourra y entrer à telle époque de sa grossesse qu'elle voudra.*

*art. 7 : il sera fourni par la Nation aux frais de gésine et à tous ses besoins pendant le temps de son séjour, qui durera jusqu'à ce qu'elle soit parfaitement rétablie de ses couches."*

Si le décret prévoyait : *" il sera donné avis de la naissance de l'enfant à l'agence de secours, qui le placera de suite chez une nourrice "* (art.8), il proclamait aussi que *"toute fille qui*

*déclarera vouloir allaiter elle-même l'enfant dont elle sera enceinte, et qui aura besoin des secours de la nation, aura droit de les réclamer" (art.4) et que "pour les obtenir, elle ne sera tenue à d'autres formalités qu'à celles prescrites pour les mères de famille, c'est-à-dire, à faire connaître à la municipalité de son domicile ses intentions et ses besoins".*

Mais les maisons d'accouchement de district ne furent pas plus créées que les Secours de la Nation ne furent réellement institués, et cette politique ne se concrétisa réellement qu'un siècle plus tard, avec l'inscription au budget de l'Etat en 1869 des secours préventifs d'abandon. Jusqu'en 1889, les seuls asiles où les filles-mères et les femmes adultères pouvaient accoucher secrètement restaient, avec la Maternité – Ecole d'accouchement de Paris, de rares salles d'hôpitaux, des chambres chez des sages-femmes privées et quelques refuges pour filles repenties fondés au XIXème siècle par des congrégations religieuses.

Par contre, entre 1889 et 1894, de nombreux asiles s'ouvrirent, en particulier à Paris : outre le refuge privé non confessionnel fondé par la Société de l'allaitement maternel, quatre asiles publics de grossesse ou de convalescence de maternité et d'allaitement y furent alors créés par les assemblées locales. Leurs promoteurs se référaient généralement au décret de 1793, même s'ils critiquaient parfois son laxisme et préconisaient de subordonner l'hébergement et les secours à la mise au travail des femmes hébergées.

Le climat de crainte de dépopulation était à l'époque tel qu'un publiciste pouvait alors écrire : *"s'il n'y avait pas de filles-mères, le nombre des naissances annuelles serait inférieur de près de cent cinquante mille au nombre des décès. Si le devoir de maternité est assimilable, devant la Patrie, au devoir du sang pour les hommes, la femme mariée qui devient mère est pareille au sort du conscrit qui suit le sort de sa classe – mais la fille-mère, c'est la volontaire qui devance l'appel. il faut lui rendre les honneurs ... Sans la fille-mère, il n'y a plus de France – dès lors il faut réhabiliter ce rôle".*<sup>28</sup>

On peut voir dans cette création d'asiles de maternité le symbole du triomphe du modèle "patriotique" de résolution de la question sociale posée par l'illégitimité, modèle organisé autour de l'assistance aux filles-mères et détrônant un modèle "angélique", organisé autour de l'assistance aux enfants trouvés.

---

<sup>28</sup> Charles de Rouvre, "Les filles-mères et la Patrie", *La Rumeur*, 1927

## Une orientation éducative et de réinsertion

Même si les centres maternels ne sont plus aujourd'hui les "asiles" ou les "refuges" d'autrefois qui recueillaient les filles mères et leurs enfants mis au ban de la société, cet héritage permet de mieux comprendre les objectifs actuels de ces établissements. Il s'agit en effet de structures à visée éducative, qui ont pour finalité la réinsertion de la jeune mère dans la société. Cet héritage se lit également à travers le peu de place laissé aux hommes en général et aux pères en particulier<sup>29</sup>, même si les centres maternels sont aujourd'hui dans une dynamique de changement.

Les objectifs d'un séjour en centre maternel sont les suivants :

- ◆ apporter à la jeune mère l'aide matérielle dont elle a besoin en matière d'hébergement et de garde d'enfant ;
- ◆ rompre l'isolement de la jeune mère et lui proposer une aide psychologique et éducative afin, notamment, de mieux se situer par rapport à la maternité, à la vie de couple ou de mère célibataire et de former un projet de vie pour elle et son enfant ;
- ◆ permettre une formation et la réalisation d'un projet d'insertion ou de réinsertion sociale et professionnelle ;
- ◆ permettre à la jeune mère d'acquérir une certaine autonomie.

Les résultats des centres maternels dans le domaine de la réinsertion sont relativement bons : ainsi, selon le rapport d'activité 2001 de l'ASE de Paris, 53.5% des jeunes mères sorties en 2001 avaient une activité au moins provisoire ou partielle, chiffre en progression par rapport à l'année 2000. Par ailleurs, 49.2% des femmes avaient un logement autonome à la sortie, contre 1.4% à l'admission.

Ces objectifs posés, on comprend pourquoi les responsables de ces structures donnent la priorité aux jeunes femmes qui sont aptes au travail, qui ont quelques ressources financières et se montrent relativement autonomes ou ont des dispositions pour le devenir. Cela signifie par contre que les femmes qui ont le plus besoin d'être aidées, qu'elles soient malades et/ ou en situation irrégulière, ne sont pas acceptées – ou très difficilement - dans ce type de structure.

Ainsi, l'enquête menée par les assistantes sociales des maternités de l'AP-HP souligne que *"sont prioritairement accueillies dans les centres maternels les femmes pour lesquelles il*

---

<sup>29</sup> DONATI P., MOLLO S., NORVEZ A. et al. *Les centres maternels, réalités et enjeux éducatifs*. Paris: l'Harmattan, 1999, coll. "Logiques sociales", 314p.



*existe une perspective de régularisation de la situation de séjour (quand l'enfant est reconnu par un père de nationalité française par exemple). Quelques centres accueillent des femmes en situation irrégulière, mais sur un quota très limité car leur présence risque de bloquer le fonctionnement de la structure quand la mission d'insertion qui leur est confiée se révèle impossible à mener à bien (absence de projet)".*

Par ailleurs, il faut souligner l'absence de véritable accompagnement psychologique dans ce type de structure, ainsi que les difficultés que rencontrent les femmes de plus de trente ans et/ou accompagnées d'enfants de plus de trois ans pour y trouver une place.

\*\*\*

Cette analyse du besoin nous a permis de mettre en évidence qu'il y avait aujourd'hui en région parisienne un certain nombre de femmes, en situation de grande détresse sociale et médicale, qui avaient besoin d'une prise en charge médico-psycho-sociale pour préparer la venue au monde de leur enfant.

Or, les structures d'accueil mères-enfants sont aujourd'hui en nombre insuffisant en région parisienne, et n'ont de toutes façons pas pour objectif une prise en charge globale de la mère et de l'enfant autour de la naissance.

Il s'agit maintenant de voir quelle réponse institutionnelle on peut apporter à ce besoin de prise en charge insatisfait.

---

## DEUXIEME PARTIE

### **Une structure médico-psycho-sociale intégrée dans un réseau semble être la réponse la plus adaptée à ce besoin**

---

Une fois le besoin de prise en charge évalué et analysé, il s'agit de voir quelle réponse institutionnelle on peut lui apporter.

Rappelons en préambule que l'objectif est de contribuer à la prévention :

- ◆ des pathologies périnatales (prématurité, retard de croissance intra-utérine...);
- ◆ des troubles psychopathologiques de la femme enceinte, de la mère et de l'enfant ;
- ◆ des troubles de l'attachement mère-enfant et de la maltraitance ;
- ◆ des séparations de la mère et de son nouveau-né et des placements mal acceptés à l'aide sociale à l'enfance.

La politique actuelle d'amélioration du dépistage des situations à haut risque psychosocial ne peut qu'accentuer le besoin en structures adaptées.

Nous chercherons dans cette deuxième partie à travailler sur les différents scénarii envisageables, en mesurant à la fois les avantages et les limites de chacune des solutions possibles. Nous avancerons suite à cela une proposition concrète en terme de profil de structure à mettre en place et de stratégie pour faire naître et vivre cette structure, afin de nous situer résolument dans l'action.

Il faut préciser dès maintenant que plusieurs projets de structures s'inscrivant dans la même thématiques ont vu le jour au cours des dernières années. Le dernier en date est un projet de "Centre résidentiel de soins", destiné à prendre en charge les femmes cumulant de graves difficultés d'ordre social et médical, défendu par l'association Horizons. Nous avons bien entendu pris connaissance de ces projets, et nous avons intégré leur analyse dans la réflexion qui suit.

# **1 - Les différentes solutions envisageables pour répondre à ce besoin**

L'objectif de cette sous-partie est de faire un "inventaire" des différentes solutions qui pourraient permettre de répondre aux besoins de ces jeunes mères en situation de grande détresse, puis de les analyser et de les comparer à partir d'exemples concrets.

## **1.1 Quelques lits de soins de suite à proximité d'une maternité**

Pour le Professeur Claude Lejeune, Président de la Fédération Nationale des pédiatres néonatalogistes, Président de la Commission Régionale des Naissances d'Ile-de-France et chef du service de néonatalogie à l'hôpital Louis Mourier (AP-HP), la première réponse que l'on pourrait apporter à ces femmes en situation de grande détresse serait de mettre en place, dans les maternités ou à proximité, quelques lits de soins de suite.

### **1.1.1 Une solution pragmatique**

L'ouverture de quelques lits de soins de suite dans une structure hospitalière permettrait de limiter les prolongations d'hospitalisation en maternité et serait par là même une source d'économies non négligeable.

#### **Une alternative aux prolongations d'hospitalisation**

Cette solution ouvrirait la possibilité, pour les femmes qui ne peuvent faute d'hébergement sortir de maternité 3 à 5 jours après leur accouchement, de prolonger un peu leur séjour en maternité. La création de ces lits pourrait permettre à ces femmes en difficulté de bénéficier à la fois d'un hébergement et d'un accompagnement par une équipe de professionnels déjà connus avant de réintégrer un circuit de droit commun (attente de place en centre maternel, relais familial...). Ceci représente une alternative au maintien en court séjour de maternité de femmes fragilisées, tout en contribuant à l'amélioration de la surveillance post-natale et à la prévention des pathologies périnatales.

Cela permettrait également d'officialiser une situation qui existe aujourd'hui, à savoir les prolongations d'hospitalisation de mères venant d'accoucher, le plus souvent à la demande des assistantes sociales de la maternité. Cette pratique, à laquelle les travailleurs sociaux ont fréquemment recours, fait aujourd'hui l'objet d'une étude par une équipe du Centre de Recherche en Gestion (CRG) de l'Ecole Polytechnique, à partir de l'exemple de l'hôpital Louis Mourier de Colombes (AP-HP).

Outre cette "régularisation" de la situation actuelle, la mise en place de ces lits serait également sources d'économies car les mères seraient hospitalisées au titre des soins de suite et non en unité de court séjour, plus coûteuse. On peut en effet noter que le coût d'une hospitalisation en court séjour est d'environ 4000 francs par jour, contre 500 à 1000 francs en soins de suite.

### **Facilité de mise en place**

Cette solution aurait en outre l'avantage d'être relativement facile à mettre en place : il s'agit d'ouvrir "administrativement" quelques lits de soins de suite dans un hôpital existant, sans qu'il soit nécessaire de créer ex nihilo un nouvel établissement, avec toutes les infrastructures logistiques que cela implique.

#### **1.1.2 Une solution qui ne règle pas les questions de fond et pose des questions déontologiques**

Ces quelques lits de soins de suite constitueraient à l'évidence une solution "de dépannage" utile en cas de crise. Cependant, ils ne peuvent être présentés comme une véritable réponse aux besoins mis en évidence.

### **Un simple déplacement des problèmes**

Le risque existe tout d'abord que ces lits, s'ils sont situés au sein même du service de maternité, soient "réquisitionnés" pour des problèmes purement médicaux.

Par ailleurs, comme l'explique Mme Coudert, assistante sociale au CHIC, ces lits seraient probablement pris d'assaut dès leur mise en place, et occupés pendant des périodes relativement longues. En effet, les problèmes des femmes susceptibles d'être hospitalisées dans ces lits se résolvent difficilement en quelques jours. En outre, la saturation actuelle des structures d'accueil en aval des maternités, de type centres maternels, fait qu'il sera très difficile de transférer ces patientes ailleurs et de libérer ces lits pour d'autres femmes. Ce système ne ferait en fait que repousser le problème, sans rien modifier de fondamental sur le plan de la prise en charge.

### **Des questions d'ordre déontologique**

Par ailleurs, cette solution pose le problème de l'équipe de professionnels qui prend en charge la mère et son enfant. Le Dr Micheline Blazy, médecin-chef du service de soins en périnatalité de l'hôpital du Vésinet, estime "*qu'il ne faut pas tout mélanger*". Elle pense qu'il n'est pas souhaitable que l'équipe qui prend en charge les mères en pré et post natal s'occupe aussi de l'accouchement : "*c'est se donner trop de pouvoir par rapport à ces*

*femmes, qui sont en pleine quête affective'*, explique-t-elle. L'accouchement est un acte symboliquement fort, et il semble préférable que l'équipe qui s'occupe de l'accouchement ne soit pas la même que celle qui aidera la mère à prendre en charge son enfant.

Ceci ne signifie pas que le personnel soignant des maternités doit se désintéresser des femmes connaissant des problèmes médico-psycho-sociaux, mais qu'il doit concentrer ses efforts sur le relais entre la maternité et une structure d'accueil externe à la maternité.

L'étude menée par le CRG à partir du cas de l'hôpital Louis Mourier montre que les 30 cas repérés comme ayant posé un problème d'ordre médical (toxicomanie, VIH, grossesse pathologique) et un problème d'hébergement ont entraîné le refus d'une centaine d'accouchements sans complication : dans un contexte de hausse de la natalité, de problèmes de capacité des maternités et de volonté de faire baisser les durées de séjour, on comprend tout l'intérêt qu'il y aurait à créer une véritable structure d'accueil de ces femmes cumulant des problèmes d'ordre social et médicaux.

## **1.2 Une structure de type médico-social en lien direct avec une maternité**

Le premier type de structure envisageable pour prendre en charge ces femmes serait une structure de type médico-social, qui travaillerait en lien direct avec une maternité.

### 1.2.1 Les avantages d'une structure de type médico-social

#### **Correspond aux missions d'une telle structure**

La loi du 2 janvier 2002

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale dispose que *"l'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en œuvre par l'Etat, les collectivités locales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales"*.

On peut donc penser que la prise en charge des femmes enceintes, des jeunes mères et de leurs enfants en grande détresse relève de l'action médico-sociale.

### Le point de vue de la DDASS Etat

Le Dr Anglade, responsable du secteur périnatalité à la DDASS de Paris, considère pour sa part que la structure qui doit être mise en place pour répondre aux besoins de ces femmes est avant tout une structure médico-sociale. Elle explique en effet que si la femme présente une véritable grossesse à risques ou de graves problèmes d'ordre médical après l'accouchement, elle doit être soignée dans un hôpital général ou psychiatrique. Si ses problèmes médicaux sont moindres, elle peut bénéficier d'un suivi très régulier à domicile ou dans une structure d'hébergement plus classique si elle n'a pas de domicile. La structure à mettre en place est donc, selon elle, une structure de type médico-sociale qui travaillerait en collaboration étroite avec des professionnels du monde de la santé (puéricultrices, infirmières, sages-femmes, psychologues...).

### **Des avantages sur le plan symbolique**

Une structure de type médico-sociale peut également apparaître plus adaptée du point de vue "symbolique".

#### Le statut des femmes accueillies

En effet, si les femmes sont accueillies dans une structure de soins de type hospitalière, elles acquièrent de fait le statut de malade pour toute la durée de leur séjour. Il est dès lors très difficile de responsabiliser ces femmes, qui ont tendance à s'enfermer dans ce statut beaucoup plus "confortable". La frontière entre l'aide et l'assistanat est très mince : si l'on veut que ces jeunes femmes s'insèrent ou se réinsèrent dans la société à moyen terme, ce n'est peut-être pas leur rendre service que de leur proposer une prise en charge totale sans aucune responsabilisation. Or, cette responsabilisation des personnes accueillies est beaucoup plus facile à mettre en place dans une structure de type sociale ou médico-sociale que dans un hôpital, en particulier à travers la participation à la vie de la structure.

#### Le refus de la "ghettoïsation"

Enfin, le fait d'accueillir ces femmes dans une structure de type médico-social et de leur permettre, par des accords de partenariat avec des structures de soins, d'aller consulter des médecins comme tout un chacun est peut-être moins stigmatisant pour ces femmes. On évite ainsi le travers de la "ghettoïsation", et on permet à ces femmes de ne pas se couper totalement des circuits classiques. Cette solution permet de ne pas "exclure les exclus", de ne pas créer "*des espaces marginaux pour des gens marginaux*", pour reprendre l'expression de Danièle Dunckel, responsable du service social à l'hôpital Lariboisière (AP-HP).

## 1.2.2 Les limites d'une structure de type médico-social

L'idée de mettre en place une structure médico-sociale pour prendre en charge ces femmes en difficultés ne fait cependant pas l'unanimité.

### **Néglige probablement l'aspect sanitaire des choses**

Les membres du corps médical rencontrés dans le cadre de ce mémoire ont tous insisté sur la dimension "soin" de la prise en charge à proposer à ces femmes. Pour eux, négliger cet aspect reviendrait véritablement à passer à côté du problème, et à proposer une solution inadaptée aux besoins de ces femmes. Or, même si elle travaille en lien direct avec un établissement hospitalier, une structure de type médico-social n'est pas une structure de soins : elle ne peut répondre aux besoins de type sanitaire de ces femmes, et ne constitue donc pas en ce sens la structure la plus appropriée.

### **Les éventuels problèmes de financement**

Les modes de financement des établissements sociaux et médico-sociaux relevant de la loi du 2 janvier 2002 sont très divers et dépendants de la population accueillie dans la structure.

Ainsi, les établissements d'accueil mère-enfant, qui reçoivent des femmes enceintes ou des mères isolées en difficulté et qui leur permettent pendant leur séjour de bénéficier d'une formation professionnelle adaptée, de rechercher ou d'exercer un emploi, sont financés par le Département au travers de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). C'est le Président du Conseil Général qui est compétent en matière d'autorisation et de tarification.

Si l'on prend l'exemple des centres spécialisés de soins aux toxicomanes, qui assurent la prise en charge médico-psychologique, sociale et éducative du toxicomane en accueil de jour, on constate par contre que c'est l'Etat qui est alors le financeur, à travers la dotation globale de financement.

Si l'on s'intéresse enfin aux foyers médicalisés, qui proposent aux personnes lourdement handicapées un hébergement, une surveillance médicale et des soins, on constate que la partie "hébergement" est prise en charge par la personne accueillie et subsidiairement par l'aide sociale du Département (prix de journée), tandis que la partie soins est prise en charge par l'Assurance maladie (forfait annuel et forfait journalier). Les compétences sont donc partagées, puisque c'est le Président du Conseil Général et le Préfet qui sont compétents en terme d'autorisation, alors que la tarification relève du Président du Conseil Général pour la partie hébergement et du Préfet de département (DDASS) pour la section soins.

Etant donné que la structure envisagée est une structure qui propose une prise en charge à la fois sociale et médicale pour des mères et des enfants, ces trois financeurs doivent être partie prenante : on aurait donc un triple financement Etat-Département-Assurance Maladie, qui peut se révéler relativement compliqué à gérer. Ce mode de financement est dans tous les cas moins "stable" qu'un financement par dotation globale, comme celui dont bénéficient les hôpitaux. Ceux-ci reçoivent en effet la dotation globale, qui représente environ 80% de leur budget, par douzième tous les mois de la part des caisses-pivots de l'assurance maladie.

### **1.3 Une structure hospitalière**

Pour ce qui est de cette troisième possibilité, l'analyse critique est d'autant plus facile qu'il existe en France une structure médico-psycho-sociale hospitalière qui accueille des femmes enceintes et des jeunes mamans en situation de grande détresse. Cette structure est en fait un service de soins de suite de l'hôpital du Vésinet (78), en banlieue parisienne. Les réflexions qui suivent sont issues des entretiens réalisés avec l'équipe du service de soins en périnatalité du Vésinet et avec les professionnels qui travaillent en lien direct avec eux. Il faut souligner que c'est ce type de structure de soins que Jean Ebert, responsable de l'association Horizons, souhaiterait mettre en place.

#### 1.3.1 Les points forts d'une structure hospitalière

##### **Du soin et un accompagnement pluridisciplinaire**

L'objectif de la structure à mettre en place est d'assurer le bon déroulement de la grossesse d'un point de vue médical, psychologique et social, puis de procéder à une évaluation de la relation mère-enfant afin de préparer et accompagner la sortie.

Le Dr Delour, médecin-chef de la PMI de Paris, insiste sur la nécessité d'offrir à ces mères une prise en charge pluridisciplinaire mais centrée sur le soin. Elle défend avec conviction l'idée de lits médico-psycho-sociaux. Or, on peut penser qu'une structure hospitalière, qui propose à la fois une prise en charge médicale et psycho-sociale, répond de façon globale aux problèmes de ces jeunes mères.

Ainsi, l'équipe du Vésinet comprend à la fois des soignants (un gynécologue-accoucheur, un pédiatre, un psychiatre, des cadres infirmiers et infirmières, des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture...) mais également des psychologues, des assistantes sociales, des animateurs et une formatrice qui dispense entre autres des cours de français (voir annexe 4).



## **Un mode de financement relativement stable**

Le service de soins en périnatalité de l'hôpital du Vésinet est financé par dotation globale, comme toute structure hospitalière : ce système fait que l'hôpital reçoit environ 80% de son budget par mensualités, ce qui lui permet de fonctionner dans un cadre relativement sécurisé. Ce mode de financement apparaît dans tous les cas comme beaucoup plus stable que celui d'un établissement de type médico-social, qui dépend pour la totalité de son budget de multiples financeurs.

L'équipe du Vésinet insistait toutefois sur le fait que l'un des problèmes majeurs rencontré par le service était celui du financement, puisque interviennent à des degrés divers la Sécurité Sociale, la CMU, l'Aide médicale d'État et l'Aide Sociale à l'Enfance. En outre, et en vertu de la séparation du sanitaire et du social, il arrive que l'ASE refuse une prise en charge sous prétexte que la situation est "trop médicale", alors que la Sécurité sociale considèrera le cas comme " trop social".

### **1.3.2 Les limites d'une structure hospitalière**

La question que posent certains est la suivante : est-ce à l'hôpital de prendre en charge ces femmes, sachant qu'elles ne sont hospitalisées que parce qu'elles ne peuvent être prises en charge à domicile? Dans cette hypothèse, est-ce que ce n'est pas le social qui justifie le médical?

## **Des règles de fonctionnement très contraignantes**

La mise en place d'une structure hospitalière est en outre très contraignante en terme d'autorisation et de respect de la réglementation. En effet, les règles de fonctionnement d'une structure sanitaire sont très strictes, en terme d'hygiène par exemple. Ainsi, une cuisine qui était à la disposition des jeunes mères a dû être fermée à l'hôpital du Vésinet suite à la visite des experts-visiteurs de l'ANAES. Mme Rzewuski, cadre du service, insistait sur le drame que représentait la fermeture de cette cuisine pour des femmes fragilisées, qui ont souvent des difficultés pour se nourrir et qui ne peuvent plus se cuisiner les plats traditionnels dont elles ont envie. Cet exemple illustre parfaitement la *"tension forte qui peut exister entre les politiques hospitalières et des pratiques inhospitalières"*, pour reprendre l'expression de Didier Fassin.

A cet égard, on peut noter également que le PMSI ne peut rendre compte de façon satisfaisante d'une prise en charge globale médico-psychosociale lorsqu'elle est effectuée dans une structure hospitalière. Celui-ci repose en effet sur une cotation en terme d'actes

médicaux, et ne peut comptabiliser l'accompagnement psycho-social lorsqu'il ne prend pas cette forme.

### **Le coût relativement élevé d'une telle prise en charge**

Une prise en charge par une structure de type hospitalière est en outre relativement coûteuse.

Il est possible d'avancer une estimation financière du coût de la prise en charge dans une structure médico-psycho-sociale hospitalière grâce à l'exemple du service de soins en périnatalité du Vésinet. Ainsi, en 2001, ce service a coûté en fonctionnement environ 19 550 000 francs (soit environ 2 980 000 euros), qui se répartissaient de la façon suivante :

- ◆ 9 880 000 francs pour le personnel ;
- ◆ 577 000 francs pour les dépenses médicales ;
- ◆ 30 000 francs de dépenses hôtelières ;
- ◆ 19 000 francs pour les dépenses financières et d'amortissement ;
- ◆ 2 565 000 francs de charges indirectes (imagerie, laboratoires, kinésithérapeutes, restauration, blanchisserie) ;
- ◆ 6 500 000 francs de frais de logistique et administration générale.

On constate que l'essentiel des charges correspond aux dépenses de personnel (voir annexe 4), même si ce service fonctionne avec des effectifs extrêmement serrés.

Le nombre de journée étant d'environ 13 500, le coût d'une journée de prise en charge dans ce service peut être estimé à 1500 francs environ. Le directeur des finances de l'hôpital du Vésinet estime que ce coût n'est pas véritablement justifié par l'état des patientes, qui auraient selon lui besoin d'un accompagnement médico-social plus léger et moins technique.

Au terme de cette sous-partie, on constate que ni la mise en place de lits de soins de suite, ni la création d'une structure médico-sociale ou hospitalière ne constitue la réponse idéale aux besoins de ces femmes : c'est ce qui nous pousse à réfléchir à la définition d'une structure nouvelle, plus adaptée à la prise en charge médico-psycho-sociale.

## **2 - La structure à mettre en place : une structure "mixte" médico-psycho-sociale intégrée dans un réseau**

Le rapport Uzan<sup>30</sup> proposait dès 1998 la mise en place de *"structures pluridisciplinaires d'aide à la gestion de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-natale"*, qui *"impliqueraient des équipes de terrain, des réseaux associatifs, les services de PMI, les services hospitaliers et les services socio-éducatifs"*. C'est exactement dans cet esprit que nous allons tenter de définir la structure à mettre en place.

### **2.1 Le statut juridique**

Une étude de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) d'Ile-de-France, commandée conjointement par la Direction Générale de la Santé et la Direction de l'Action Sociale, a été menée en 1999 sur le thème des lits d'hébergement pour soins en Ile-de-France. Selon l'ORS, la prise en charge des personnes très désocialisées en raison de l'alcoolisme, des troubles psychologiques ou du comportement et des maladies chroniques dont elles peuvent être atteintes met en évidence *"le fonctionnement inadapté des services de soins de suite, des services sociaux des hôpitaux et des structures sociales de réadaptation, qui dans leur majorité n'auraient pas les moyens de les accompagner"*. Ce constat souligne la nécessité d'inventer de nouvelles formes de prise en charge pour les personnes en difficulté sociale et médicale : c'est ce que nous allons proposer dans les paragraphes suivants.

#### **2.1.1 Une structure expérimentale "médico-psycho-sociale"**

La seule solution pour dépasser les cloisonnements qui existent aujourd'hui entre secteur sanitaire et secteur médico-social serait de mettre en place une structure "mixte" expérimentale. En créant une structure d'un type nouveau, on sort en effet des classifications administratives et on permet aux professionnels des deux secteurs, qui ont des compétences complémentaires, de s'associer dans l'intérêt des personnes en difficultés, pour une meilleure coordination et une meilleure qualité de l'offre de prise en charge.

Pour cela, l'idée serait d'utiliser une structure souple, de type associatif ou de type groupement de coopération, pour réunir et faire travailler ensemble des professionnels de chacun des deux secteurs et proposer aux femmes une prise en charge adaptée, à la fois véritablement sanitaire et véritablement sociale.

---

<sup>30</sup> UZAN M, Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes, 1998

Cette structure de coopération entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social serait gérée par un tiers "neutre" par rapport aux deux secteurs, comme une association œuvrant déjà pour la prise en charge des populations défavorisées.

### 2.1.2 Une évolution encouragée par les textes

Les textes incitent d'ailleurs fortement à ce type de rapprochements entre secteur sanitaire et secteur social.

L'ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 évoquait déjà, dans son article 6, la possibilité de mener des actions expérimentales dans le domaine médical ou médico-social en vue de promouvoir *"des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination de cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention"*. Elle précisait que ces actions pouvaient consister à mettre en œuvre des filières de soins, des réseaux de soins expérimentaux ou tous autres dispositifs répondant aux objectifs énoncés, et que les institutions sociales et médico-sociales pouvaient participer à ces actions expérimentales. La loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 dite de lutte contre les exclusions met elle l'accent dans ses articles 154 et suivants sur la nécessité d'une coordination, seule garante d'une cohérence de l'aide non seulement sur le plan politique et administratif mais aussi entre les intervenants.

Plus récemment, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a rappelé dans son article 21 que les personnes physiques ou morales gestionnaires d'une structure sociale ou médico-sociale peuvent, *"afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement (...) conclure des conventions (...) avec des établissements de santé (...), créer des groupements d'intérêt économique et des groupements d'intérêt public et y participer (...), créer des groupements de coopération sociale et médico-sociale"*. Il est par ailleurs précisé que *"les établissements et services sociaux et médico-sociaux peuvent conclure avec des établissements de santé des conventions de coopération telles que mentionnées au 1° de l'article L. 6122-15 du Code de la Santé Publique"* : cet article ouvre la possibilité aux établissements médico-sociaux d'adhérer à une formule de coopération sanitaire, opérant ainsi un décroisement entre la loi hospitalière et la loi sociale.

Enfin, la loi du 2 janvier 2002 insiste sur l'élargissement des missions de l'action sociale et sur la diversification des prises en charge, des établissements et des services. Son article 9 mentionne même *"les structures expérimentales n'entrant pas dans la nomenclature"*. L'objectif est de conforter les pratiques et les structures innovantes.

L'article L. 6122-15 du Code de la Santé Publique incite quant à lui les établissements de santé à s'engager dans des actions de coopération. Il précise en effet qu'en vue d'adapter le système hospitalier aux besoins de la population et de préserver leur qualité dans l'intérêt des malades au meilleur coût, par un redéploiement de services, activités ou équipements hospitaliers, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut demander à deux ou plusieurs établissements publics de santé :

- 1° de conclure une convention de coopération ;
- 2° de créer un syndicat interhospitalier ou un groupement d'intérêt public ;
- 3° de prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés.

La demande du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation doit être motivée. Les conseils d'administration des établissements concernés se prononcent dans un délai de trois mois sur cette création ou cette convention. Dans la mesure où sa demande ne serait pas suivie d'effet, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut, après avoir recueilli avis de la section compétente du conseil régional de santé, prendre les mesures appropriées pour que les établissements concluent une convention de coopération, adhèrent à un réseau de soins ou créent un syndicat interhospitalier ou un groupement d'intérêt public, ou prononcer la fusion des établissements publics de santé concernés.

Tous ces textes nous confortent dans l'idée qu'il faut mettre en place une structure expérimentale, ne rentrant pas dans le schéma actuel de séparation entre le sanitaire et le social, et ce afin d'améliorer la qualité de la prise en charge offerte aux femmes en difficulté. Cette structure de coopération entre le secteur sanitaire et le secteur social, gérée par un tiers associatif, constituerait une véritable innovation dans le secteur de la prise en charge des personnes fragilisées, et pourrait ouvrir la voie à d'autres structures de ce type, que ce soit dans le domaine du handicap ou encore de la prise en charge des personnes âgées.

## **2.2 Les caractéristiques de la structure**

S'il semble aussi important de dépasser les querelles entre le secteur sanitaire et le secteur social et médico-social, c'est pour permettre à l'ensemble de ces acteurs de s'associer pour proposer aux mères en situation de détresse une prise en charge qui corresponde véritablement à leurs besoins. Et si la question du statut juridique de la structure à mettre en place est importante, c'est essentiellement la prise en charge qu'elle va proposer aux femmes concernées qui va la définir.

### 2.2.1 Le public accueilli

Le repérage et l'orientation vers la structure des femmes enceintes et jeunes mères ayant besoin d'une prise en charge médico-psycho-sociale se ferait par les services sociaux de secteur ou de maternité, comme c'est le cas aujourd'hui.

Les femmes qui seront prises en charge dans la structure seront des femmes enceintes ou des jeunes mères connaissant un problème médical et ne pouvant être prises en charge à domicile, car celui-ci est inexistant ou trop précaire. Seront accueillies en priorité les femmes qui ont besoin de stabiliser l'évolution de leur maladie ou pathologie, d'évaluer leur orientation, de trouver des ressources et enfin qui ont besoin de temps pour soutenir la mise en place de la relation avec leur enfant.

#### **Les indications de prise en charge**

En prénatal, les indications seront les suivantes :

- ◆ situations de crise : souffrance psychique, dépression, violences conjugales et / ou familiales ;
- ◆ problèmes médico-psycho-sociaux ne pouvant être pris en charge en ambulatoire par le réseau et nécessitant une évaluation multidisciplinaire pour la mise en place d'un projet individualisé de soutien post natal ou la préparation d'une séparation jugée inévitable (accouchement sous X ou consentement à l'adoption) ;
- ◆ pathologies :
  - psychiatriques ;
  - VIH : traitement préventif de la transmission verticale, bilan de la situation psycho-sociale ;
  - conduites addictives : évaluation des consommations, de la prise en charge et des problèmes psycho-sociaux ; indication et réalisation d'une substitution ;
  - obstétricales : menace d'accouchement prématuré (MAP), retards de croissance intra-utérins (RCIU), toxémies, placenta previa... ne pouvant bénéficier de l'HAD à cause de problèmes de couverture sociale et / ou de conditions de logement très précaires.

En post-natal, les indications de prise en charge mère-enfant seront les suivantes:

- ◆ nécessité d'une évaluation et d'une amélioration de la relation mère-enfant ; bilan pluridisciplinaire pour établir un projet de vie ultérieur, en maison maternelle ou appartement thérapeutique ;

- ◆ problèmes psychologiques et / ou psychiatriques : attente d'une place en centre spécialisé mère-enfant ; dépression post-natale ; analyse de la relation mère-enfant et des capacités parentales pour des mères ayant des problèmes psychiatriques ou psychologiques graves ;
- ◆ Sida : mère et / ou enfant malade ;
- ◆ toxicomanie : poursuite de la mise en place d'une substitution ; travail sur la relation mère-enfant après un syndrome de sevrage néonatal ; conception d'un projet de vie individualisé ;
- ◆ situations de crise nécessitant une prise en charge mère-enfant en urgence : toxicomanes en rechute, violence familiale... sans limite d'âge pour l'enfant.

Pour ce qui est des tendances, l'exemple du Vésinet montre une constante augmentation du nombre de femmes atteintes du Sida (12.5% des femmes accueillies en 2000). La pathologie psychiatrique et post-traumatique représente également une part importante des prises en charge, puisque parmi les mères accueillies en 2000 dans ce service :

- ◆ 24% avaient des antécédents de maltraitance dans l'enfance ;
- ◆ 20% étaient atteintes de schizophrénie ou état limite ;
- ◆ 13% présentaient une déficience mentale ou psychose infantile ;
- ◆ 11.5% étaient concernées par une toxicomanie substituée.

Il est à noter que les femmes prises en charge en pré-natal ne reviendront pas forcément en post-natal : c'est le cas en particulier pour les femmes qui avaient un problème obstétrical résolu par l'accouchement et pour celles qui se préparent à faire adopter le bébé qu'elles portent.

## **Les femmes accueillies**

### L'âge des femmes accueillies

Les statistiques d'activité du service de soins en périnatalité du Vésinet montrent, conformément au profil que l'on avait tenté d'établir en première partie, que la population qui sera accueillie dans la structure sera relativement jeune. Ainsi, un quart des femmes prises en charge au Vésinet en 2000 avaient moins de 20 ans. A l'inverse, 3% des femmes accueillies avaient plus de 40 ans. Ces chiffres sont d'une grande importance, dans la mesure où les âges extrêmes font que l'installation de la parentalité est plus longue, et que la charge de travail de la structure d'accompagnement s'en trouve accrue.

## Les origines géographiques des femmes accueillies

On peut penser qu'une majorité des femmes accueillies seront originaires de Paris intra-muros, car il n'existe actuellement pas de telle structure de prise en charge à Paris. En effet, on constate que près de la moitié (49.3%) des femmes adressées en prénatal au service de soins en périnatalité du Vésinet par des maternités sont envoyées par des maternités parisiennes. Parmi les femmes hospitalisées en post-natal sans prise en charge en prénatal, 65% étaient originaires de Paris. Ces chiffres confirment bien le besoin de prise en charge qui existe à l'heure actuelle sur Paris.

Outre cette population parisienne, des femmes domiciliées en banlieue parisienne sont également susceptibles d'être prises en charge dans cette structure, du fait des possibilités réduites d'accueil dans l'ensemble de la région parisienne et du fait de "l'effet d'appel" qu'induirait automatiquement la mise en place de cette nouvelle structure.

### La possibilité d'accueillir des femmes en situation irrégulière

L'analyse de la population susceptible d'être accueillie dans la structure à mettre en place montre qu'une grande partie de ces femmes (près de 80% des femmes interrogées dans le cadre de l'enquête AP-HP) est en situation irrégulière : il est donc important de préciser dès le départ que le statut des femmes n'entrera pas en ligne de compte dans les critères d'admission dans la structure.

## 2.2.2 Le projet de prise en charge

Le projet de prise en charge est sans doute l'élément le plus important à définir avant de mettre en place la structure. Cette prise en charge se doit d'être adaptée, innovante, mais également modulable pour permettre aux femmes et enfants accueillis de se préparer à un retour à la vie quotidienne.

### **Une prise en charge adaptée et innovante**

La mise en place d'une nouvelle structure est une occasion de proposer aux jeunes mères accueillies et à leurs enfants une prise en charge adaptée et innovante.

#### Une adaptation aux besoins de la mère et de l'enfant

La prise en charge proposée par la structure devra reposer sur le principe d'interaction entre le social et l'individuel, entre l'amont et l'aval, entre la mère et l'enfant. Sans d'attente, de bilan et d'évaluation, la structure permettra de traiter ce que les médecins appellent la "phase



aiguë" des problèmes de la dyade mère-enfant dans de bonnes conditions et de faciliter le retour à un équilibre.

Cette structure doit être capable de prendre en charge les mères quand elles en ont besoin, que ce soit en pré ou en post natal. On peut envisager que toute femme enceinte, quel que soit le terme de sa grossesse, et toute femme accompagnée de son enfant de 0 à 6 mois soit admise dans la structure. Dans tous les cas, il faudra garder une certaine souplesse de fonctionnement en envisageant par exemple la possibilité d'accueillir une femme qui "décompresse" plusieurs mois voire quelques années après la naissance de son enfant. Cette admission devra être demandée par un professionnel : il n'y aura ni admission spontanée, ni admission de nuit.

Par ailleurs, il est indispensable de prévoir un service de garde de l'enfant, afin de permettre à la mère comme à l'enfant de "se reposer" des moments fusionnels, d'introduire un peu d'espace entre eux pour qu'ils puissent se retrouver avec plaisir.

#### Des techniques innovantes

Le travail sur la relation mère-enfant pourra reposer sur des techniques innovantes comme l'haptonomie. L'haptonomie<sup>31</sup> est en effet la science des interactions et des relations affectives humaines, c'est-à-dire en un mot la science de l'affectivité. Développé par Frans Veldman, chercheur en Science de la Vie depuis 1945, ce contact haptonomique a pour but de *"confirmer affectivement l'autre dans le Bon qu'il représente ou peut représenter, de l'affermir dans son existence pour établir un état de sécurité de base, afin qu'il puisse s'épanouir et développer son identité propre"*. On comprend tout l'intérêt que peut avoir cette pratique dans le cadre de situations à risque de trouble de la relation mère-enfant. L'haptonomie est d'ailleurs déjà pratiquée à l'hôpital du Vésinet et dans certains centres maternels, comme La Maison de Tom Pouce.

D'autres techniques innovantes pourraient être mises à profit pour intervenir pendant ce moment très fécond sur le plan psychique qu'est la maternité. Ainsi, le service de soins en périnatalité de l'hôpital du Vésinet s'est lancé dans un "projet vidéo", qui permet une prise en charge thérapeutique intéressante à partir d'un enregistrement vidéo des interactions mère-bébé.

---

<sup>31</sup> Haptonomie provient de la conjonction des termes grecs "hapsis", qui désigne le tact, le sens, le sentiment, et "nomos", qui signifie, la loi, la règle, la norme.

Un autre axe de travail séduisant est celui de la cuisine thérapeutique. En effet, comme le soulignaient divers responsables rencontrés, un grand nombre de femmes africaines seraient susceptibles d'être accueillies dans la structure. Or, il est culturellement très important pour ces femmes d'afficher des rondeurs. Quand on connaît les problèmes qu'ont les personnes atteintes du Sida pour se nourrir, et l'amaigrissement qu'elles subissent la plupart du temps, on comprend à quel point il est important pour le moral de ces jeunes femmes de leur permettre de manger la nourriture qui leur fait le plus envie, celle du pays d'où elles viennent. Un atelier de "cuisine thérapeutique" apparaît ainsi un complément très utile pour les aider à se maintenir en forme.

### **Une prise en charge décroissante pour préparer la sortie**

#### Une prise en charge modulable

Il faut envisager une prise en charge décroissante, afin de faciliter la sortie de la mère et sa "réinsertion" dans la vie normale. Pour cela, la création de 3 à 5 places de jour semble un bon relais avant une sortie définitive et un suivi à domicile. L'intérêt est que cette prise en charge, même si elle est décroissante, est faite toujours par la même équipe ce qui assure une réelle continuité. Dans tous les cas, une certaine souplesse de fonctionnement devra exister afin de moduler la prise en charge en tenant compte de l'environnement familial.

La sortie des mères de la structure devrait se faire le plus souvent avec leur enfant, et dans de bonnes conditions de logement. Ce résultat est atteint dans 2/3 des cas à l'heure actuelle au Vésinet. Cependant, un travail particulièrement approfondi doit être prévu dans les cas où l'enfant doit sortir sans sa mère, afin de permettre à cette dernière de s'approprier la décision, de réduire le risque d'une nouvelle grossesse immédiate, qui serait suivie inéluctablement d'un nouveau placement.

#### La durée de séjour et la sortie

La durée de séjour est une question complexe, car il s'agit de prévoir le "bon moment" de la sortie. Si l'on imagine ce séjour comme partie intégrante du parcours de vie d'une famille, cette sortie ne doit pas être appréhendée comme une fin ni une rupture. Elle doit être préparée dès avant l'admission comme lien symbolique entre institutions, mais aussi entre l'institution et la ville, dans un continuum de vie.

La durée moyenne de séjour dans le service de soins en périnatalité de l'hôpital du Vésinet était en 2000 de 63 jours, durée en augmentation par rapport aux années précédentes du fait du fort taux de gémellité, des sorties de plus en plus précoces de maternité, des prises

en charges de plus en plus lourdes qui s'imposent au service et enfin du manque d'institutions relayant le travail effectué dans les situations de relations mères-enfants difficiles. Ce chiffre correspond à une durée moyenne de séjour de 42 jours en prénatal et de 76 jours en post-natal.

L'expérience du Vésinet et les objectifs de la structure laissent envisager des durées de séjour certes variables mais dont la limite supérieure se situerait aux alentours de trois mois, éventuellement renouvelable. Il s'agit de donner le temps à la mère et à l'enfant de résoudre la crise, à l'abri dans la structure, et de mettre en place des repères extérieurs.

### 2.2.3 Le mode de fonctionnement

Si le mode de fonctionnement de la structure doit se caractériser avant tout par de la souplesse, certaines règles doivent malgré tout être posées, en interne comme en externe.

#### **En interne : les règles de fonctionnement**

##### La durée du séjour

La première règle à établir est celle qui concerne la durée de séjour. Comme l'explique le Dr Blazy, la structure doit être "*comme un utérus : on sait dès l'entrée approximativement à quelle date on va en sortir*". Les femmes accueillies doivent savoir dès l'admission que la structure dans laquelle elles rentrent est une structure de prise en charge intensive, et non une structure d'hébergement type centre maternel dans laquelle elles pourraient rester des mois voire des années.

##### Les règles de vie

D'autres règles de vie dans la structure devront nécessairement être établies, de préférence en collaboration avec un groupe de femmes enceintes et de jeunes mères. Elles permettront de prévenir les difficultés qui se posent naturellement dans un lieu de vie collectif, tant en ce qui concerne le séjour de la mère et de l'enfant que la préservation des locaux ou les relations entre les personnes qui y vivent et celles qui y travaillent.

Ces règles de vie devront organiser les moments de vie partagés, comme les repas. Elles devront également porter sur le partage et l'entretien des espaces communs (salle à manger...), les visites médicales et consultations, les réunions, les sorties, les visites... Une fois ces règles de vie élaborées, elles devront faire l'objet d'un engagement réciproque entre les responsables de la structure et la jeune maman dès l'admission de celle-ci. Ce "contrat

de prise en charge" est absolument indispensable au bon fonctionnement de la structure et à la responsabilisation de la mère par rapport à elle-même et à son enfant.

#### La place des autres membres de la famille

Une réflexion particulière devra être menée sur ce dernier thème : en effet, que proposer à une jeune femme qui a d'autres enfants que celui à naître ou celui qui vient de naître ? quelle place accorder au père du bébé, lorsque celui-ci est présent aux côtés de la jeune mère ? Il semble dommage de priver une jeune femme en train de se "reconstruire" du soutien que peut représenter un conjoint, ou de séparer inutilement les membres d'une fratrie. Des dispositions particulières (studios, appartements...) devront être trouvées pour permettre l'accueil des familles.

#### **En externe : le travail en réseau**

Il ne s'agit pas simplement de créer une institution supplémentaire dans le champ de la périnatalité, mais plutôt de combler un vide, de créer le chaînon manquant qui tiendrait compte de l'amont et préparerait l'aval. La structure à naître doit s'insérer dans le tissu de prise en charge socio-sanitaire existant, en posant la nécessité d'une articulation avec des partenaires. Le service de soins en périnatalité de l'hôpital du Vésinet, mais aussi les assistantes sociales de maternités rencontrées, sont d'ailleurs très enthousiaste à l'idée de voir naître une autre structure médico-psycho-sociale de prise en charge des femmes en difficulté en région parisienne.

#### Les partenaires du réseau

La structure devra pouvoir bénéficier d'un plateau technique à proximité et des compétences de professionnels du réseau. Elle devra travailler, au travers de conventions, avec :

- ◆ les maternités publiques et privées de Paris et la région parisienne, pour organiser l'accouchement et permettre des transferts aisés en cas de problème médical grave nécessitant une hospitalisation ;
- ◆ les services de néonatalogie et de pédiatrie ;
- ◆ les services de psychiatrie adulte et intersecteurs de pédopsychiatrie ;
- ◆ les services de PMI, ASE, service sociaux territoriaux ;
- ◆ le service de soins en périnatalité de l'hôpital du Vésinet (78) ;
- ◆ les centres maternels ;
- ◆ la DDASS ;
- ◆ les réseaux ville-hôpital (VIH, toxicomanie...) ;
- ◆ un centre d'information sur les droits, comme ceux gérés par la Croix Rouge.

Des liens particulièrement forts seraient naturellement tissés entre cette structure et le pôle de périnatalité de l'Est parisien qui verra le jour en 2006. Cela permettrait à la structure médico-psycho-sociale de bénéficier d'un adossement à des structures de soins, aussi bien en obstétrique qu'en pédiatrie, ce qui renforcerait la crédibilité du projet et la qualité de la prise en charge proposée.

Ce travail en réseau est également indispensable pour garantir une sortie des mères et des enfants dans des conditions satisfaisantes. On peut souligner qu'un effort important doit encore être fait dans ce domaine, puisque 24% des mères qui quittent aujourd'hui le service de soins en périnatalité de l'hôpital du Vésinet n'ont pas d'adresse au moment de la sortie.

Un travail de réseau à initier dès maintenant et à formaliser

La mise en place de ce réseau doit commencer dès maintenant, sans attendre l'ouverture de la structure envisagée. Cela passe par des rencontres entre les professionnels concernés, afin que la connaissance mutuelle progresse et que le travail de partenariat puisse se mettre en place sur la base de la confiance. Des rencontres sont d'ores et déjà envisagées entre l'association Horizons et les professionnels qui travailleront dans le futur pôle de périnatalité de l'Est parisien.

Ce travail en réseau doit en outre être formalisé : en effet, on constate qu'à l'heure actuelle, le travail de réseau qui est fait repose essentiellement sur des liens privilégiés entre individus. Ce système a l'avantage de la souplesse de fonctionnement, mais il se révèle très fragile. En effet, lorsque les responsables changent, c'est tout le travail effectué qui est remis en cause. Pour éviter cela, le travail en réseau doit prendre la forme de conventions précises.

La structure ne pourra à elle seule résoudre les problèmes de l'ensemble des femmes enceintes en situation de détresse médico-psycho-sociale : cette initiative doit être accompagnée d'efforts similaires dans les départements limitrophes et d'un développement du travail en réseau pour avoir des effets significatifs.

On peut à cette occasion souligner le progrès que constituerait le fait, pour les maternités partenaires, de réserver un certain nombre de places (10 à 15%) à ces femmes en détresse, qui se trouvent bien souvent sans lieu d'accouchement du fait de leur prise en charge très tardive. Cette démarche, effectuée à l'heure actuelle par la maternité des Diaconesses, gagnerait à être reprise par d'autres maternités.

## **2.3 Les questions d'ordre pratique et logistique**

### 2.3.1 La taille de la structure

#### **Une petite unité (15 à 20 lits)**

La structure à mettre en place doit être suffisamment grande pour prendre en charge un nombre conséquent de femmes. Cependant, l'accompagnement sera de meilleure qualité et la gestion plus aisée si la structure n'est pas trop importante. Le nombre maximum de lits suggéré par la CRN est de 20, auquel s'ajouteraient 3 à 5 places de jour.

Monika Rzewuski, cadre du service de soins en périnatalité de l'hôpital du Vésinet, suggérait quant à elle la mise en place de petites unités de taille familiale, accueillant par exemple une dizaine de mères. La taille souhaitable semble en définitive être d'environ 12 lits adultes et 12 berceaux, plus 3 lits d'adulte et 3 berceaux d'urgence et de crise. En effet, même si cette structure ne peut être considérée uniquement comme un centre d'hébergement d'urgence, elle doit néanmoins pouvoir répondre à cette urgence, qu'elle provienne des patientes ou des institutions partenaires.

Cette taille permettrait, si l'on part sur une durée de séjour maximum de 3 mois, de prendre en charge entre soixante et quatre-vingt femmes par an : même si ce chiffre est loin de couvrir l'ensemble du besoin, il constituera quand même un progrès notable en terme de prise en charge de ces femmes en détresse. En outre, il sera possible, si l'évaluation de cette structure est positive, de mettre en place par la suite d'autres unités d'une quinzaine de lits en région parisienne.

#### **Une atmosphère familiale**

La mise en place d'une telle unité, de taille "humaine", permettrait d'y créer une ambiance de type "familiale", comme ce qui existe à l'heure actuelle dans un centre maternel comme La Maison de Tom Pouce, en Seine-et-Marne. Avec de tels effectifs, il est en effet possible pour les mères de partager les repas autour d'une même table, mais également de participer aux petits travaux ménagers et d'entretien du lieu de vie. Ces femmes sont alors responsabilisées, et retrouvent ou découvrent les gestes de la vie quotidienne.

## 2.3.2 L'équipe

### **La composition de l'équipe**

Pour assurer une véritable prise en charge médico-psycho-sociale, les professionnels qui travaillent au sein de la structure doivent être divers. La CTCN avait déjà réfléchi en 1999 aux personnels qui devraient être mobilisés pour prendre en charge ces femmes. Son évaluation est la suivante :

- ◆ Une sage-femme jour et nuit ;
- ◆ Une infirmière psychiatrique jour et nuit ;
- ◆ Un psychologue le jour ;
- ◆ Une assistante sociale le jour ;
- ◆ Des puéricultrices le jour ;
- ◆ Des auxiliaires de puériculture jour et nuit ;
- ◆ Des aides-soignants jour et nuit ;
- ◆ Un pédopsychiatre le jour ;
- ◆ Un psychiatre adulte le jour ;
- ◆ Un pédiatre à temps partiel ;
- ◆ Un gynécologue-obstétricien vacataire à temps partiel ;
- ◆ Des éducateurs de jeunes enfants jour et nuit ;
- ◆ Une conseillère en économie sociale et familiale ;
- ◆ Un psychomotricien, vacataire à temps partiel ;
- ◆ Des intervenants en toxicomanie, alcoologie, VIH en collaboration avec un réseau Ville-Hôpital.

On peut suggérer le recrutement d'un psychologue diplômé d'ethnopsychologie, comme on en trouve à l'Hôpital Robert Debré (AP-HP) ou à Bobigny. En effet, sur l'ensemble des femmes prises en charge au Vésinet, 45.27% sont originaires d'Afrique Noire et 32% seulement de métropole.

En terme financier et de gestion, le fait que ces personnels ne soient pas forcément des membres de la fonction publique hospitalière constitue une marge de manœuvre supplémentaire. Enfin, le partenariat avec les structures de soins pourrait prendre la forme de mises à disposition de personnel soignant, ce qui faciliterait grandement le travail en réseau de la structure.

## **Des professionnels solides et motivés**

Il faudra cependant accorder une attention particulière au recrutement, dans la mesure où le personnel de la structure sera soumis à une forte tension. Les actions de promotion de la santé destinées aux populations en situation de précarité nécessitent en effet un savoir-faire important et une culture partagée entre les professionnels et les bénéficiaires d'une prise en charge.

Comme le rappelle le Guide d'élaboration et de suivi des actions de promotion de la santé destinées aux populations en situation de précarité<sup>32</sup>, ces populations présentent une triple spécificité :

- ◆ elles nécessitent plus d'investissement et d'engagement des professionnels dans leurs actions ;
- ◆ elles leur demandent des efforts soutenus d'adaptation à une réalité complexe et mouvante ;
- ◆ elles leur demandent aussi une réflexion éthique renforcée par leur caractère marginalisé.

Autant de raisons pour que les compétences en matière de savoir-être soient mobilisées au même titre que les compétences professionnelles dans une perspective de long terme, et pour que les professionnels et les décideurs parviennent à élaborer un langage commun qui aille au-delà de la seule relation financière.

L'exemple du Vésinet montre lui aussi que la prise en charge médico-psycho-sociale de ces jeunes mères est extrêmement éprouvante sur le plan psychologique pour le personnel. Il faut absolument *"une équipe qui ne se cache pas derrière son savoir"*, comme l'explique le Dr Blazy. Il faudra donc veiller à recruter du personnel "solide", et à lui offrir des lieux d'échange et de parole pour qu'il puisse partager les problèmes rencontrés et évacuer les tensions accumulées.

### 2.3.3 Les locaux et leur localisation

#### **Les locaux nécessaires**

La structure à mettre en place doit comprendre :

- ◆ une quinzaine de chambres, de préférence individuelles, pour accueillir les femmes enceintes, les mamans et leurs nourrissons tout en respectant leur intimité ;

---

<sup>32</sup> Guide d'élaboration et de suivi des actions de promotion de la santé destinées aux populations en situation de précarité, DRASSIF, avril 2002



- ◆ un ou deux studios, pour accueillir les femmes ayant plusieurs enfants et éventuellement le père des enfants ;
- ◆ une salle à manger / un salon où les femmes pourront se retrouver ;
- ◆ un cabinet médical, où se dérouleront les consultations ;
- ◆ des bureaux (médecins, psychologues, assistants sociaux, responsable administratif) ;
- ◆ un secrétariat médical et social ;
- ◆ une grande salle d'animation ;
- ◆ éventuellement une salle de cours pour l'alphabétisation et les ateliers d'écriture ;
- ◆ éventuellement un coin cuisine pour permettre aux femmes de cuisiner.

La surface nécessaire serait au total d'environ 1000 mètres carrés. L'idée de reprendre les locaux d'une ancienne clinique semble tout à fait intéressante.

### **La localisation**

Comme nous l'avons vu supra, la structure à mettre en place pourrait se situer de façon très pertinente dans Paris intra-muros. Dans la mesure où elle se définit comme une structure "mixte", elle doit de préférence être localisée dans un lieu neutre : il semble préférable de la mettre en place dans la ville, en dehors de tout établissement de santé.

Etant donné l'inadéquation actuelle entre les besoins des jeunes mères et l'offre de prise en charge en région parisienne, on peut être sûr que cette structure accueillera des jeunes femmes quelle que soit sa localisation géographique. Malgré tout, dans la mesure où elle s'adresse à des jeunes mères en détresse, il semble souhaitable dans la mesure du possible de l'installer dans un quartier populaire de Paris.

L'objectif est d'éviter de reproduire ce qui existe au Vésinet, à savoir un lieu d'accueil pour jeunes femmes en difficulté, mais situé dans un quartier bourgeois et résidentiel, loin de Paris et à trente minutes du premier supermarché, car on voit bien que cela pose des problèmes en terme de rupture avec l'environnement habituel de ces jeunes femmes.

#### **2.3.4 Le budget prévisionnel**

Il est possible d'ores et déjà de proposer une estimation approximative du budget prévisionnel de fonctionnement de cette structure, en se basant sur le budget du service de soins en périnatalité du Vésinet.

Dépenses	Montant
Charges de personnel	1 300 000 euros
Charges médicales	121 000 euros
Charges hôtelières et générales	200 000 euros
Charges financières et amortissement	5 000 euros
Logistique et administration générale	700 000 euros
<b>TOTAL</b>	<b>2 330 000 euros</b>

Le coût de fonctionnement d'une telle structure serait d'environ 2 330 000 euros, soit un peu plus de 15 millions de francs par an. Cela correspond à un budget un peu inférieur à celui du Vésinet, mais qui n'est cependant pas proportionnel au nombre de lits du fait de l'existence de charges indivisibles.

### 3 - Comment faire naître et vivre cette structure?

L'idée de mettre en place une structure d'accueil et de soins pour des femmes enceintes et des jeunes mères en situation de grande détresse n'est pas neuve. Cependant, aucun des projets élaborés jusque-là n'a vu le jour : c'est dire à quel point la question de la faisabilité administrative du projet est importante.

Le premier projet de ce genre est né il y a une dizaine d'années, à l'occasion de la fermeture de la maternité de l'Hôpital Nord de Villeneuve-la-Garenne (92). Les locaux étaient disponibles, et l'idée d'y installer un service de moyen séjour pour des femmes atteintes du Sida, toxicomanes..., qui auraient été prises en charge par des sages-femmes, est née. Mais en dépit de l'accord du directeur de l'hôpital, ce projet n'a jamais vu le jour car les locaux ont été retenus pour le transfert du service de rééducation neurologique de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP).

Une deuxième tentative a été faite en 1993 dans le département de Seine-Saint-Denis (93), à l'initiative d'Elisabeth Blanchard, d'un médecin de PMI et de l'obstétricien chef de service de l'Hôpital de Saint-Denis. Ce projet est allé assez loin, puisque les locaux ont été prévus – l'hôpital de Pierrefitte allait fermer - et le promoteur désigné (une personne de statut privé qui finançait la mise en place du projet et se remboursait sur le prix de journée). Cependant, c'est sur le problème du financement que ce projet a achoppé. En effet, la question du financement de l'investissement n'a pas été résolue, et le Conseil Général s'est retiré du projet par peur de payer l'ensemble du prix de journée. Le problème mis en évidence est

donc celui de l'engagement des différents partenaires (Etat, Sécurité sociale et Département).

Enfin, une autre réflexion a été lancée il y a un ou deux ans avec la DDASS des Hauts-de-Seine, mais le projet n'a pas abouti.

### **3.1 Les points forts du projet**

Les points forts du projet, qui devront être mis en avant pour le défendre devant les partenaires potentiels et les instances de tutelle, sont les suivants :

- ◆ le caractère novateur d'une structure à la frontière du sanitaire et du social, qui propose aux femmes enceintes et aux futures mères une prise en charge globale ;
- ◆ un accompagnement médico-psycho-social qui correspond bien aux préconisations des différentes instances de réflexion dans le cadre de la santé et de la précarité ;
- ◆ une prise en charge intégrée, qui permet aux femmes d'avoir accès à tout ce dont elles ont besoin, sans être obligées de multiplier les démarches ;
- ◆ une structure qui s'inscrit dans le cadre d'un réseau médico-psycho-social périnatal ;
- ◆ un projet qui permettra de faire des économies, de par la diminution des prolongations d'hospitalisation en court séjour, des hébergements d'urgence inadaptés mais coûteux et à travers la prévention des problèmes médicaux et psycho-sociaux de l'enfant ;
- ◆ une amélioration très nette de la qualité de la prise en charge offerte aux femmes et aux enfants concernés et donc un progrès en terme de santé publique ;
- ◆ une souplesse de fonctionnement et une réelle capacité d'adaptation aux besoins à travers l'évaluation.

### **3.2 Les promoteurs et financeurs envisageables**

#### **3.2.1 Les partenaires institutionnels**

La périnatalité, à travers la protection maternelle et infantile et l'aide sociale à l'enfance, est un champ de compétence partagé entre le Conseil Général et l'Etat. Le département a une mission de soutien des femmes enceintes avec leur enfant de moins de trois ans lorsqu'elles sont en difficulté sur le plan matériel et/ou psychologique. L'amélioration de l'organisation du dépistage et de la prise en charge des troubles précoces de la relation mère-bébé passe par un réel partenariat entre ces institutions, dans lequel la DRASS peut occuper la place de coordonnateur en liaison avec les DDASS.

Un tel projet mobilise donc les compétences et la responsabilité de :

- ◆ l'Etat, au titre de la prise en charge des questions relatives aux addictions, aux troubles psychopathologiques et à la précarité ;
- ◆ le département et la ville de Paris, puisqu'il s'agit du devenir d'enfants en situation de grande vulnérabilité et de mères en grande souffrance ; il pourrait être envisagé un financement "petite enfance" des personnels et des outils destinés aux enfants ;
- ◆ la Sécurité sociale, pour ce qui est de la dimension soin.

### 3.2.2 Les partenaires associatifs

Outre ces partenaires institutionnels, ce type de structure est susceptible d'intéresser un certain nombre d'associations caritatives qui gèrent déjà ce genre de structures. On peut citer à titre d'exemple l'Ordre de Malte, la Croix Rouge française ou encore l'association Horizons.

Les Œuvres Hospitalières Françaises de l'Ordre de Malte sont une association issue de la loi de 1901 et reconnue d'utilité publique. Héritière des engagements des premiers hospitaliers, cette association veille à apporter son aide à tous ceux qui, en France et dans le monde, en ont le plus besoin.

Les Œuvres Hospitalières Françaises luttent aujourd'hui contre les nouvelles exclusions de notre société, en agissant là où les manques sont les plus cruels. À Paris, par exemple, une péniche héberge les personnes sans domicile fixe, et les aide dans leurs efforts de réinsertion sociale ; à Nice, une maison accueille des personnes âgées isolées ou désorientées. Le Centre pédiatrique de rééducation et de réadaptation fonctionnelles de Roquetaillade (Gers) offre aux enfants et adolescents victimes de maladies ou d'accidents handicapants, un cadre de convalescence accueillant et motivant. Outre des soins médicaux et de rééducation, les enfants hospitalisés peuvent poursuivre leur scolarité jusqu'au niveau pré-professionnel et participer à de nombreuses activités sportives.

On peut donc penser qu'une structure médico-psycho-sociale de prise en charge des femmes enceintes et des jeunes mères pourrait potentiellement intéresser l'Ordre de Malte.

Un autre partenaire envisageable est la Croix Rouge Française. Une des missions essentielles de la Croix Rouge est en effet le soutien des familles vulnérables et en détresse. Elle gère à l'heure actuelle 45 établissements pour adultes en difficulté, qui accueillent des personnes sans logement et sans ressources, afin de leur permettre de se recomposer dans un cadre de vie réconfortant et restructurant. Ses maisons de l'enfance recueillent et

accompagnent des enfants placés au titre de l'ASE ou de la protection judiciaire. Ses centres maternels et services de placement familial apportent un appui aux parents en difficultés.

A titre d'exemple, la Croix Rouge Française gère à Migennes (89) un pôle d'établissements sociaux (quatre CHRS, deux centres maternels, une résidence sociale, un service d'accueil d'adolescentes mères, des services d'urgence, un espace petite enfance). Plongés au cœur des détresses humaines et sociales, les professionnels de ces centres soutiennent au quotidien des familles expulsées et sans moyens, des mères seules avec enfants, des migrants en errance, des jeunes désorientés ou sous protection judiciaire.

La Croix rouge peut donc se prévaloir d'une véritable expertise et d'un intérêt certain pour ce qui touche à la prise en charge des femmes et enfants en situation de grande détresse : elle apparaît en conséquent comme un partenaire de choix pour ce projet.

L'association Horizons apparaît peut-être comme le partenaire associatif le plus sensibilisé à ces problématiques de femmes enceintes en situation de grande détresse. Un partenariat avec le centre Horizon serait d'autant plus intéressant que celui-ci dispose d'une réelle expérience dans un domaine spécialisé, celui de la toxicomanie. Depuis plus de douze ans, le Centre Horizons met en effet en œuvre une prise en charge pour les parents et futurs parents toxicomanes. Ce travail tente de prendre en compte à la fois la réalité de la dépendance à la drogue et celle de la parentalité. En effet, ces parents ou futurs parents, s'ils ne peuvent à cet instant remettre en cause leur addiction aux produits, souhaitent la plupart du temps élaborer un projet de vie dans lequel leurs enfants auraient leur place. Si les soins concernent plus fréquemment les mères, l'institution tente de conserver une place pour le père de l'enfant. Parallèlement, l'Unité de Coordination-Horizons, en place depuis cinq ans, a pour mission de favoriser l'articulation et la coopération des différents secteurs travaillant dans le champ de la naissance et de la petite enfance.

On peut dès lors envisager qu'une de ces associations crée la structure médico-psycho-sociale définie ci-dessus, dans laquelle travailleraient des professionnels du secteur médico-social et du secteur sanitaire, et qui serait financée par les partenaires institutionnels cités.

### 3.2.3 La question du financement

#### **Investissement et fonctionnement**

Il faut prévoir tout d'abord le financement de l'investissement, à savoir essentiellement :

- ◆ l'acquisition de locaux pour installer la structure ;
- ◆ les travaux d'aménagement ;
- ◆ l'équipement ;

- ◆ les installations techniques ;
- ◆ le système d'information (logiciels, matériel informatique...).

L'objectif est de limiter au maximum le recours à l'emprunt, afin que les remboursements ne pèsent pas trop sur la situation financière de la structure. L'investissement pourrait être financé par des dons et dotations de la part d'associations ou d'autres partenaires. Le soutien de fonds européens, tel le Fonds Social Européen, n'est pas à exclure.

Au-delà du financement initial de l'investissement, il est nécessaire de trouver une ou plusieurs sources de financement stables et pérennes pour les dépenses de fonctionnement si l'on souhaite faire vivre cette structure. A noter que le coût de l'évaluation de la structure doit également être pris en compte.

### **Les sources de financement mobilisables**

Un certain nombre de pistes de financement peuvent être envisagées.

L'article L. 632-31 du Code de la sécurité Sociale

Etant donné le caractère novateur de la structure, on peut tout d'abord penser au mécanisme institué par l'article L. 632-31 du Code Sécurité Sociale, qui porte sur les dispositifs expérimentaux prenant en compte la dimension sociale, sanitaire et psychologique de la prise en charge. Ce financement au titre de l'expérimentation peut constituer une source de financement majeure pour la structure, mais l'attribution des fonds reste soumise à une stricte sélection.

D'autres sources de financement, bien que moins importantes, apparaissent comme plus facilement mobilisables. On peut les regrouper en trois catégories selon le volet auquel elles se rattachent :

Le volet social

Pour ce qui est du volet social, il est possible de solliciter le pôle Assistantes sociales de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France (CRAMIF) ainsi que la Mairie de Paris.

Le volet éducation à la santé et prévention

Pour ce qui est du volet éducation à la santé et prévention, la DRASS, la DASES (service santé du département), la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris et l'Union

Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Ile-de-France (URCAMIF) peuvent être sollicitées à travers les fonds d'action suivants :

◆ Le Fonds National d'Action Sanitaire et Social (FNASS), qui permet de financer des actions dans les domaines de l'éducation pour la santé, de la prévention du Sida, de la lutte contre l'alcoolisme, de l'aide aux handicapés, aux malades, à l'enfance et à la famille. Les initiatives subventionnées par ce fonds sont sélectionnées et actualisées au regard des priorités déterminées par la Commission d'Action sanitaire et sociale de la CRAMIF. Tout projet ayant trait à la santé publique et présentant un caractère innovant, comme c'est le cas pour le projet qui nous intéresse, peut être financé par ce fonds.

◆ Le Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaires (FNPEIS) peut lui aussi apporter une subvention au projet. Relais des programmes nationaux de promotion et d'éducation pour la santé arrêtés chaque année par la CNAMTS aux termes d'une circulaire, les domaines d'action subventionnés par ce fonds concernent la prévention du tabagisme, de la consommation excessive d'alcool, des accidents de la vie courante, des maladies sexuellement transmissibles, du Sida ainsi que l'éducation nutritionnelle et l'hygiène bucco-dentaire.

A noter qu'une procédure de demande de subvention commune Etat/Assurance maladie a été mise en place pour les associations.

◆ Les Programmes Régionaux de Santé (PRS), qui résultent des travaux du Conseil Régional de Santé, concernent en Ile-de-France les domaines :

- de la prise en charge périnatale ;
- de la lutte contre les addictions ;
- de la prévention et de l'accès aux soins des personnes les plus démunies ;
- de la lutte contre le saturnisme infantile ;
- de la prise en charge des personnes âgées.

Or, le projet qui nous intéresse peut se rattacher aux quatre premiers axes d'action des PRS : on peut donc raisonnablement espérer en tirer une source de financement.

◆ Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) en direction des personnes en situation de précarité ont été institués par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions (art. 71). Les PRAPS de première génération couvraient les années 2000, 2001 et 2002. La circulaire DGS/DS6D n°2002/100 du 19 février 2002 vise à préparer les PRAPS de deuxième génération (2003 à 2006).

Les PRAPS constituent un outil de concertation et de coordination permettant d'associer de multiples partenaires : associations, mutuelles, organismes d'assurance maladie, hôpitaux, organismes professionnels, collectivités locales et services de l'Etat. Leur objectif est d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité. L'élaboration des PRAPS repose sur un dialogue entre le niveau régional et le niveau local. Les DRASS et les DDASS coordonnent l'intervention des divers partenaires. Plus de mille actions très variées (lieux d'écoute, formation, consultations, réseaux...) sont aujourd'hui financés dans le cadre des PRAPS, avec la participation de l'Etat, des collectivités locales, des organismes de sécurité sociale, d'associations...

En Ile-de-France, trois des quatre objectifs généraux des PRAPS concernent directement le projet qui nous intéresse, qu'il s'agisse de l'accès à la prévention et aux soins primaires, de l'hôpital et de son environnement ou encore de l'accès aux droits.

Parmi les priorités d'action, des axes comme :

- repérer les problèmes de santé des personnes résidant dans les habitats précaires ;
- prendre en charge les problèmes de santé repérés ;
- développer l'interpénétration réciproque ville/hôpital pour favoriser l'accès à la prévention et aux soins ;
- favoriser un accueil permanent et une orientation de nature médico-sociale à l'hôpital pour l'accueil, l'écoute, le diagnostic ;
- constituer des équipes mobiles de liaison et d'appui santé-précarité ;
- développer le suivi des traitements post-hospitaliers ;
- organiser un hébergement post-hospitalier adapté pour les sans-domicile-fixe afin de permettre la continuité des soins ;

correspondent exactement au projet envisagé.

#### Le volet sanitaire

Pour ce qui est du volet sanitaire, le soutien de l'AP-HP est envisageable, à travers par exemple la mise à disposition de personnel, tout comme celui de la PMI et du réseau libéral et de ville. Ce partenariat aurait en outre pour avantage de favoriser le travail en réseau, puisque les professionnels concernés travailleraient à la fois pour la structure médico-psycho-sociale et pour une autre institution du réseau.



A cet égard, le soutien du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV)<sup>33</sup> peut être sollicité pour financer des interventions de médecins libéraux et de ville dans la structure. Créé au sein de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs salariés (CNAMTS) par l'article 25 de la loi du 23 décembre 1998<sup>34</sup>, le FAQSV participe à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville et contribue au financement d'actions concourant notamment à l'amélioration des pratiques professionnelles et à leur évaluation, à la mise en place et au développement de formes coordonnées de prise en charge et notamment des réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé. Le fonds peut financer notamment les dépenses d'équipement des professionnels de santé ou de regroupements de ces professionnels ainsi que les dépenses d'étude et de recherche menées pour ce compte. L'attribution de l'aide est subordonnée à l'engagement du ou des professionnels signataires de la convention d'établir une évaluation de l'action financée. La gestion du FAQSV est exercée par un comité national de gestion placé au sein de la CNAMTS et par des comités régionaux placés au sein des URCAM. Il est également possible d'obtenir des financements au niveau européen, à travers le Fonds Social Européen par exemple.

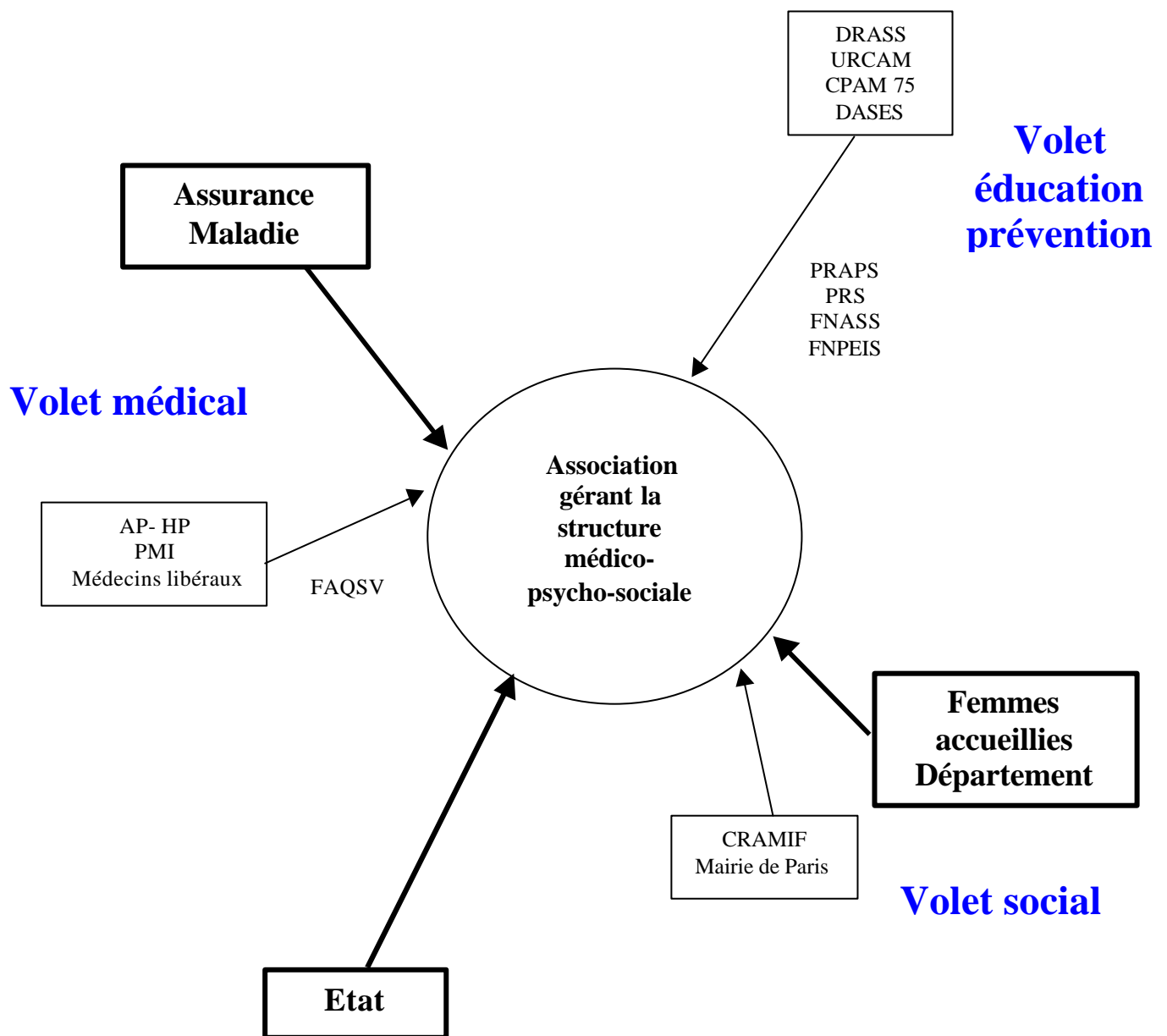
### **La nécessité d'assurer un financement stable et pérenne**

Si l'ensemble de ces fonds peut être mis à contribution pour financer la structure, il est nécessaire de pouvoir compter sur deux ou trois financeurs principaux, qui assureront l'essentiel des rentrées financières de l'établissement. Il faut à tout prix éviter le travers que subissent certaines associations, comme Horizons, qui dépend aujourd'hui de 27 financeurs différents. Cela signifie que les sources de financement sont extrêmement instables, et que le travail en terme de comptes-rendus sur l'utilisation des sommes versées est extrêmement important.

A l'instar de ce qui existe dans certaines structures médico-sociales, on peut envisager que les charges correspondant à la prise en charge sanitaire des femmes soit financées par l'assurance maladie (dépenses de soins, personnels et matériaux médicaux et paramédicaux), et que ce qui relève de la prise en charge "sociale" et de l'hébergement soit prise en charge par les résidentes et par le département (ASE). A cela pourrait s'ajouter une contribution de l'Etat (aide médicale, financement des "lits d'hébergement pour soins"... ) et de la région. Ces différentes participations doivent naturellement se matérialiser sous la forme de conventions de partenariat, passées entre la structure et chacun de ses partenaires.

---

<sup>33</sup> Décret n° 99-240 du 12 novembre 1999 relatif au fonds d'aide à la qualité des soins de ville



*Schéma 1 : les sources de financement envisageables*

<sup>34</sup> Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999

### **3.3 La stratégie à mettre en œuvre**

#### 3.3.1 Tirer les leçons des échecs précédents

##### **Trouver des locaux**

Le problème sur lequel a échoué le premier projet de structure est celui des locaux : c'est en effet une question centrale, en particulier si l'on souhaite que la structure s'installe dans Paris intra muros. Il convient donc de s'assurer dès le début du projet que l'on pourra disposer de locaux adéquats.

A cet égard, le déménagement de la maternité des Bluets sur le terrain de la rue Lasson constitue une occasion à saisir. Les locaux sont en effet ceux d'une structure médicalisée, en plein cœur de Paris, dans le 10<sup>ème</sup> arrondissement et qui conviendraient parfaitement à l'usage évoqué. Cela répondrait en outre au souhait de la Direction de l'établissement que ces locaux restent au service de la prise en charge médico-sociale des mères et enfants de l'Est parisien.

##### **Associer les décideurs à la réflexion**

La deuxième tentative a échoué du fait du désengagement soudain des partenaires : il paraît donc important d'associer les décideurs au projet pour établir un climat de confiance et éviter des désengagements de dernière minute. C'est d'ailleurs un travail qui a été engagé dans le cadre de ce mémoire. Cela ne pourra que faciliter le passage devant les instances de tutelle et l'octroi d'un financement.

##### **Fonctionner sur la base d'une convention**

Il semble intéressant de fonctionner sur le mode de la convention, mode d'organisation qui a été retenu dans la réforme récente de la tarification des établissements d'hébergement accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Celle-ci serait conclue entre la structure et ses principaux financeurs (Etat, assurance maladie, Département) pour une durée de 3 ou 5 ans, avec des avenants annuels.

Elle définirait les conditions de fonctionnement de l'établissement :

- ◆ sur le plan financier ;
- ◆ sur le plan de la qualité de la prise en charge et des objectifs d'évolution de la structure (contrat d'objectif) ;
- ◆ sur le plan de l'évaluation (critères...).

### 3.3.2 La coopération entre projets

On peut aisément deviner que les autorités de tutelle ne soutiendront pas à court terme plusieurs projets proches, ayant tous pour finalité de proposer aux mères fragilisées une prise en charge médico-psycho-sociale globale. Il est donc nécessaire que les différents porteurs de projets se rencontrent, échangent sur leur vision des choses et se mettent éventuellement d'accord sur les modalités d'un partenariat.

On voit bien que la structure Horizon, qui a une expérience très spécifique, aurait tout à gagner à travailler avec un partenaire plus "généraliste" pour permettre à des compétences complémentaires de s'associer pour faire naître ensemble cette structure.

Une première rencontre a eu lieu entre Jean Ebert, responsable de l'association Horizons, et Evelyne Vander-Heym, directrice de l'hôpital des Métallurgistes, qui laisse penser qu'un partenariat est possible en vue de la création d'une structure médico-psycho-sociale. Outre la question des locaux, les Bluets peuvent en effet se prévaloir d'une longue expérience au service des mères et enfants en difficultés, ce qui fait d'eux des co-promoteurs tout à fait légitimes.

### 3.3.3 L'évaluation

#### **L'intérêt de l'évaluation**

La mise en place d'une évaluation, envisagée dès la formulation du projet, est là encore un gage de confiance pour les partenaires et une assurance que la structure sera remise en cause régulièrement au regard des objectifs posés au départ. Pour qu'une structure vive et soit utile, elle doit être régulièrement évaluée et modifiée, afin de s'adapter dans la souplesse à un environnement et à des besoins en perpétuel changement.

L'évaluation doit donc être mise en place dès le départ du projet, sous deux formes :

- ◆ une évaluation de "routine", effectuée en continu, qui permet de s'assurer que le projet se déroule correctement et que les moyens prévus sont effectivement mobilisés. Elle compare ce qui est réellement fait à ce qui était déclaré dans la formulation du projet ;
- ◆ une évaluation transversale, qui peut être intermédiaire et/ou finale, dont le but est de mesurer l'atteinte des objectifs. Elle compare l'état actuel de la population aux données de l'analyse de la problématique.

## Les critères de l'évaluation

Il est important de garantir la cohérence entre les objectifs et les indicateurs, outils de mesure de l'atteinte de ces objectifs. Ces critères ou indicateurs, quantitatifs et/ou qualitatifs et définis à l'avance, pourraient être les suivants :

- ◆ bilan de l'état de santé de la mère et de l'enfant à la sortie de la structure ;
- ◆ état de la relation mère-enfant à la sortie ;
- ◆ modes de sortie (vers un centre maternel, famille, amis...) ;
- ◆ durée moyenne de séjour de la mère et des enfants ;
- ◆ taux d'occupation de la structure ;
- ◆ bilan du travail en réseau ;
- ◆ vie dans l'établissement (repas, qualification du personnel, qualité de vie...).

\*\*\*

La structure à mettre en place est donc une structure médico-psycho-sociale expérimentale, qui permettrait la collaboration des professionnels des secteurs sanitaire et social pour une prise en charge globale et adaptée des mères en enfants en situation de détresse. Cette structure, financée essentiellement par le Département, l'Assurance Maladie et l'Etat, se doit d'avoir un mode de fonctionnement souple et de se remettre en question de façon continue à travers l'évaluation.

Pour finir, il faut souligner que si elle constituerait un progrès notable en terme de prise en charge des mères cumulant des difficultés d'ordre médical et d'ordre social, la mise en place de cette structure ne résoudrait pas l'ensemble des problèmes. Le manque criant de structures d'aval devra en effet être en partie résorbé pour que la situation de ces jeunes mères s'améliore véritablement.

---

## Conclusion

---

L'objectif de ce mémoire était de réfléchir à la façon de répondre au mieux aux besoins de femmes enceintes et de jeunes mères cumulant de graves difficultés d'ordre social (problèmes d'hébergement, de statut politique ...) et médical (grossesse à risque, problèmes psychiatriques ou de dépendance...).

L'analyse du besoin fait apparaître qu'il y a aujourd'hui en région parisienne un certain nombre de femmes en situation de grande détresse, qui ont besoin d'une prise en charge médico-psycho-sociale pour préparer la venue au monde de leur enfant. Or, les structures d'accueil mères-enfants sont aujourd'hui en nombre insuffisant en région parisienne, et n'ont dans tous les cas pas pour objectif une prise en charge globale de la mère et de l'enfant autour de la naissance.

Il paraît donc indispensable de mettre en place à Paris une structure médico-psycho-sociale, dans laquelle interviendraient professionnels du monde de la santé et professionnel du secteur médico-social. Cette structure innovante, à l'articulation du sanitaire et du social, doit fonctionner en étroite collaboration avec l'ensemble des acteurs du réseau de prise en charge périnatale.

Au-delà de la réponse au problème posé au départ qu'il m'a permis de formuler, le travail effectué dans le cadre de ce mémoire m'a également conduit à tirer un certain nombre d'enseignements.

Il m'a tout d'abord permis de toucher du doigt la **difficulté qu'il y a à élaborer des analyses stratégiques** : difficulté à cerner et à évaluer la population-cible, difficulté à trouver des informations sur les structures existantes, difficulté à définir le besoin du point de vue qualitatif... "*Le besoin est là*", nous dit-on, mais tout devient plus flou lorsque l'on cherche à analyser véritablement ce besoin.

Cette difficulté est probablement liée au champ d'étude, celui de la périnatalité, qui voit intervenir de nombreux acteurs, tant institutionnels qu'associatifs. S'ajoute à cela les

contraintes spécifiques liées aux questions de la précarité et de l'accès aux soins, dans la mesure où les populations précaires sont très mal connues à l'heure actuelle. Toutes ces raisons font qu'il a été très compliqué de partir d'une analyse exhaustive et précise du besoin pour proposer une prise en charge adaptée.

Mais ce qui a été le plus difficile à comprendre au cours de mon analyse, ce sont les "**querelles de clochers**" qui existent entre les tenants du secteur **médico-social** et ceux du secteur **sanitaire**.

Cette spécificité française se traduit par une méconnaissance et un dénigrement mutuels des professionnels des deux secteurs : les membres du secteur médico-social considèrent en effet que la prise en charge proposée par le secteur médical est purement technique, limitée et insatisfaisante. Les membres du corps médical ont quant à eux un certain mépris pour une prise en charge qu'ils considèrent comme secondaire et légère. Ce manque de considération est ainsi durement ressenti par l'équipe du service de soins en périnatalité de l'hôpital du Vésinet, qui appartient pourtant au secteur sanitaire.

A l'heure où l'on réaffirme la mission sociale de l'hôpital, on ne peut que s'étonner des différences de culture qui existent entre ces deux secteurs, et des difficultés à faire naître une structure qui ne rentre pas dans les classifications administratives traditionnelles. La Fédération Hospitalière de France est d'ailleurs actuellement en train de mener une réflexion sur la façon de dépasser cette logique de frontières, de franchir une étape supplémentaire après le travail en réseau et en définitive de créer une culture commune.

Ce mémoire m'a permis de mesurer les efforts qui restent à accomplir pour proposer une véritable prise en charge globale aux patients quels qu'il soient.

A côté de ces difficultés, que j'avais probablement sous-estimées au départ, ce mémoire m'a apporté beaucoup de choses, d'un point de vue professionnel mais aussi humain.

Il m'a permis de solliciter une grande partie des **connaissances** acquises au cours de ma scolarité à l'ENSP, que ce soit dans les modules de stratégie, de santé publique, de finances ou encore de gestion des ressources humaines, et de les mettre en application pour monter un projet concret. Ce mémoire m'a ainsi conduit à faire le lien entre tous ces enseignements, et à les confronter aux exigences de terrain.

Toujours sur un plan professionnel, cette étude m'a permis de travailler avec des **professionnels très différents**, qu'il s'agisse de médecins, d'assistantes sociales,

d'associations ou de "décideurs ". Elle m'a permis d'approfondir les connaissances que j'avais de chacun de ces métiers et de sentir la difficulté qu'il pouvait y avoir parfois à "mettre en musique" les logiques de ces différents professionnels. Or, on voit bien aujourd'hui la nécessité qu'il y a à raisonner de façon transversale, pour une meilleure prise en charge du patient. Ce mémoire m'a permis de mesurer le travail qui reste encore à accomplir pour faire tomber les cloisons entre le corps médical et les "administratifs" , entre les acteurs de terrain et les "décideurs".

Enfin, ce mémoire m'a permis de mieux comprendre les **situations de détresse** dans lesquelles se trouvent certains de nos concitoyens aujourd'hui. Aucune des situations rencontrées ne peut laisser insensible. Tout le défi est de réussir à transformer cette émotion que nous ressentons sur le plan humain en énergie pour agir et proposer une meilleure prise en charge à ces jeunes mères et à leurs enfants.



---

# Bibliographie

---

- ◆ AINSWORTH M.D.S, BLEHAR M.C., WATERS E. et al. (1978) *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale : Erlbaum, 1978.
- ◆ ALFARO C., KIND E., BONNEFOI M-C. *Devenir des enfants issus de grossesses peu ou pas suivies, nés et domiciliés à Paris en 1993*. Rapport : Département de Santé Publique, Faculté Xavier Bichat, Paris, 1996.
- ◆ ANGELINO I. *L'enfant, la famille, la maltraitance*. Paris : Editions Dunod, 1997.
- ◆ ANGLADE C. *Dépistage et prise en charge des troubles précoces de la relation mère-bébé en Limousin. Apport de l'unité d'hospitalisation mère-bébé en psychiatrie*. Mémoire MISP : ENSP, 2001. 66p.
- ◆ APPEL G., DAVID M. Etude des facteurs de carence affective dans une pouponnière. In *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, IV*. Paris : PUF, 1962.
- ◆ ASSOULINE J., DURAND G., HOUYVET A. et al. *Pour un accueil sans violence, dynamique et problématique des institutions*. IXèmes journées nationales des lieux d'accueil mères-Enfants. 1995, n°35-36.
- ◆ BAUBY C. *Le nouveau-né et ses parents, de l'attente à l'accueil lors de la naissance. Rôle des professionnels de PMI*. XIX° colloque SNMPMI, Paris: 1994.
- ◆ BEARDSLEE W.R, BEMPORAD J., KELLER M.B. et al. Children of parents with a major affective disorder : a review. *Am J Psychiatr*, 1983, n°140, pp.825-832.
- ◆ BELLAMY E., GABEL M., PADIEU H. *Protection de l'enfance : mieux comprendre les circuits, mieux connaître les dangers*. ODAS, SNATEM, avril 1999.
- ◆ BEN SOUSSAN P., BROTHIER J., DAYAN J. et al. *La parentalité exposée*. Ramonville Saint-Agne : Editions Erès, 2000.
- ◆ BLONDEL B., MARSHAL B. Les femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse, résultats d'une étude dans 20 départements. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1996, n°25, pp.729-736.
- ◆ BONNET C. *Geste d'amour. L'accouchement sous X*. Paris : Odile Jacob, 1990.
- ◆ BOWLBY J. *Soins maternels et santé mentale*, Genève : Organisation mondiale de la santé, 1951.
- ◆ BRUEL A. *L'éducation à la parentalité est-elle institutionnellement soutenable ?* Séminaire AVVEJ, 22 au 24 septembre 1999, pp 1-9.
- ◆ BUCOURT M., PAPIERNIK E. *Périnatalité en Seine-Saint-Denis : savoir et agir*. Paris : Flammarion, 1998.

- ◆ CLEMENT R. *Parents en souffrance*. Paris : Ed Stock, 1993.
- ◆ CRAMER B., PALACIO-ESPASA F. *La pratique des psychothérapies mères-bébés : Etudes cliniques*. Paris : PUF, 1993. Le fil rouge
- ◆ DELASUS J.M. *Le sens de la maternité*. Paris : Dunod, 1995.
- ◆ DONATI P., MOLLO S., NORVEZ A. et al. *Les centres maternels, réalités et enjeux éducatifs*. Paris : l'Harmattan, 1999, 314p. Coll. "Logiques sociales".
- ◆ DRASSIF. *Actes de la Deuxième Conférence Régionale de Santé d'Ile de France*, Paris, 1997.
- ◆ DRASSIF. La population des centres d'accueil d'urgence dans la nuit du 8 au 9 mars 2000, enquête spécifique Ile-de-France. *Stat'if*, juin 200, n°2.
- ◆ DRASSIF. *Guide d'élaboration et de suivi des actions de promotion de la destinées aux populations en situation de précarité*, avril 2002.
- ◆ DUBASQUE D. Le travail social face à la parentalité. *Le lien social*, 31 août 2000, n°541, pp. 4-6.
- ◆ DUGNAT M., *L'hospitalisation mère-bébé*. Ramonville : Ed Erès, 1999.
- ◆ DUGNAT M. / introd, DUGNAT A., LALANNE J., MARINOPOULOS S. et al. *Des bébés exposés : séparation, placement, abandon*. Paris : Editions Erès, 1999.
- ◆ DUTHIL P., BONDEL B., DELOUR M. et al. *Les femmes sans surveillance prénatale ou peu suivies pendant la grossesse. Le cas des femmes ayant accouché à Tenon*. Rapport DASES. Paris : 1991.
- ◆ ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE. (E.N.S.P.) *La prévention des mauvais traitements à enfants : Rôle des réseaux de soutien à la parentalité*. Rennes : 2001.
- ◆ FASSIN D. Le corps des immigrés. *Le Monde*, janvier 1999.
- ◆ GANTIN K. Mères précaires, enfants prématurés. *L'Humanité Hebdo*, 10 août 2002, pp. 5-6.
- ◆ GARREC-GLOANEC N, LIBERT M. et al.. La périnatalité. *L'information psychiatrique*, janvier 2001, V:77, n°1, pp.9-69.
- ◆ GOUTTEBESSIS A. Etre parent aujourd'hui, la participation de la DDASS à la mise en place d'un réseau. *IASS la revue*, décembre 2000, n° 31, pp. 33-36.
- ◆ GREINER G. *Fonctions maternelle et paternelle*. Paris : Editions Erès, 2000.
- ◆ HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, Rapport, février 1998.
- ◆ JEULIN F., WAGNER C/dir. "S'insérer", une injonction institutionnelle. *Le cas des mères isolées accueillies au Centre Maternel Marie Béquet de Vienne*. Paris : 10/1998, 115p.
- ◆ KELLER M.B., BEARDSLEE W.R., DORER .J. et al. Impact of severity and chronicity of parental affective illness on adaptative functioning and psychopathology in children. *Arch Gen Psychiatry*, 1986, n°150, pp.662-673.

- ◆ KREISLER L. L'expression somatique dans la psychopathologie du nourrisson, in LEOVICI S. et WEIL-HALPERN F. (éds), *Psychopathologie du bébé*. Paris : PUF, 1989.
- ◆ LEOVICI S. *Le nourrisson, la mère et la psychanalyse – Les interactions précoces*. Paris : Le Centurion, 1983.
- ◆ LEE K.S., PERLMAN M., BALLANTYNE M. et al. Association between duration of neonatal hospital stay and readmission rate. *J Pediatr*, 1995, n°127, pp.758-766
- ◆ LEFAUCHEUR N. "Modèle "angélique" et modèle "patriotique" : des enfants trouvés aux filles-mères" In THERY I. et BIET C. (éds), *La famille, la loi, l'Etat, de la Révolution au Code Civil*. Paris : Imprimerie nationale, 1989, pp. 491-502.
- ◆ LEFAUCHEUR N. La famille monoparentale et l'Etat : petite généalogie du traitement social des "risques familiaux". In de SINGLY F. et SCHULTHEIS F. (éds), *Affaires de famille, affaires d'Etat*. Nancy : Editions de l'Est, 1991, pp. 117-130.
- ◆ LEFAUCHEUR N. Le maintien des liens, de l'angélisme au patriotisme. *Dialogue*, 1993, n°119, pp. 8-19.
- ◆ LEJEUNE C., MONTAMAT S., GUITON C. Etablissement d'un réseau médico-social ville-Hôpital périnatal. *Gynécologie internationale*, 1997, n°6, pp.97-98.
- ◆ LEJEUNE C. Grossesse et précarité . In *Pédiatrie en maternité*, Paris : Editions Flammarion, 1998.
- ◆ LEJEUNE C. L'évolution des modalités de prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants. *Ouvertures*, 2001, n°102, pp.14-15.
- ◆ LEMAIGNAN B. *L'accueil familial pour mère et enfant : ressource nouvelle pour un centre maternel*, Mémoire ENSP, 1994.
- ◆ LEMAY M. *J'ai mal à ma mère. Approche thérapeutique du carencé relationnel*. Paris : Editions Fleurus, 1999.
- ◆ LE NESTOUR A. Une psychiatrie périnatale, pourquoi ? La périnatalité. *Information psychiatrique*, 2001, V : 77, n°1, pp. 25-33.
- ◆ LIU L., CLEMENS C., SHAY D. et al. The safety of newborn early discharge : the Washington state experience. *JAMA*, 1997, n°278, pp.293-298.
- ◆ LUKE B., BIGGER H., LEURGANS S., SIETSEMA D. The cost of prematurity : a case-control study of twins vs singletons. *Am J Public Health*, 1996, n° 86, pp.809-814.
- ◆ MARPASAT M. Un avantage sous contrainte : le risque moindre pour les femmes de se trouver sans abri. *Population*, nov-déc. 1999, V:54, n°6, pp. 885-932.
- ◆ MARTIN, C. La responsabilité des familles. Le sentiment de responsabilité parentale. *Informations sociales*, 1999, n°73-74, pp. 112-123.
- ◆ MATHES B. *Mettre en synergie un CHRS et un centre maternel pour améliorer l'accompagnement de familles monoparentales*. Mémoire ENSP, 1998.

- ◆ MATTEI J-F. *Santé sociale : ces absurdités qui nous entourent*. Editions Anne Carrère, 2001, 128 p.
- ◆ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Direction de l'action sociale, Comité de pilotage de "l'opération pouponnière", *L'enfant en pouponnière et ses parents*. Paris : La Documentation française, 1997.
- ◆ MINISTERE DE L'EMPLOI ET LA SOLIDARITE. *Rapport « Les enjeux de la parentalité »*, mai 1998.
- ◆ MINISTERE DE L'EMPLOI ET LA SOLIDARITE. « *Assurer les bases de l'autorité parentale pour rendre les parents plus responsables* », *synthèse des 19 propositions du groupe de travail présidé par Alain BRUEL*, mai 1998.
- ◆ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Direction de l'Action Sociale, sous la direction de HOUZEL D. , *Les enjeux de la parentalité*. Ramonville : Ed Erès, 1999.
- ◆ MOLENAT F., TOUBIN R.M. La naissance occasion d'un réaménagement de l'identité des parents : intérêt d'un réseau de soins précoces. *Parents en souffrance. Prisme*, 1996, n°6, pp.22-39.
- ◆ MOORE T., ORIGEL W., KEY T., RESNIK R. The perinatal and economic impact of prenatal care in a low socioeconomic population. *Am J Public Obstet Gynecol*, 1986, n°154, pp.29-33.
- ◆ MURRAY L. The impact of postnatal depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatr*, 1992, n°33, pp.543-561.
- ◆ OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE. L'accès au logement en Ile-de-France. *La santé observée en Ile-de-France*. 1998.
- ◆ OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE D'ILE-DE-France. *Guide des lieux d'accueil pour personnes en difficulté*, décembre 2001.
- ◆ De PARSCAU L. Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant. L'installation précoce de la relation mère-enfant et son importance. Troubles de l'apprentissage. *La revue du praticien*, 01/02/2002, V : 52, n°3, pp. 319-326.
- ◆ PAZ O., Assurer les bases de l'autorité parentale pour rendre les parents plus responsables, pp 1-4.
- ◆ POILPOT M.P./dir., CAUSER J.Y., LASSUS P., CHAUVET E. et al., *Etre parents en situation de grande précarité*. Ramonville Sainte-Agne : Editions Erès, 2000.
- ◆ RACAMIER P.C, SENS C., CARRETIER L. La mère et l'enfant dans les psychoses du post partum. *L'évolution psychiatrique*, 1961, n°26, pp.525-570.
- ◆ RIBES B. Pour une approche de l'action sociale renouvelée. *Vie sociale*, 2001, n°1, pp. 13-25.

- ◆ SAUDER M-C. *Créer un service d'accompagnement pour réussir le projet familial de mères adolescentes en établissement social*. Mémoire ENSP, 1999.
- ◆ SINCLAIR D., MURRAY L. Effects of postnatal depression on children's adjustment to school. *Br J of Psychiatry*, 1998, n°172, pp.525-570.
- ◆ SOULE M. La prévention médico-psycho-sociale précoce – nécessités et difficultés. *La ville et l'enfant*. Paris : 1977, pp. 201-209.
- ◆ SPITZ R.A. *De la naissance à la parole*. Paris : PUF, 1968.
- ◆ STOLERU S., MORALES M. *Psychothérapies mères-nourrissons dans les familles à problèmes multiples*. Paris : PUF, 1989.
- ◆ TOTEVA-DENEVA N. *Création d'établissements d'accueil pour mères célibataires et jeunes filles seules*. Mémoire ENSP, 1994.
- ◆ UZAN M. *Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes*, 1998.
- ◆ WEINBERG M.K., TRONICK E.Z. Maternal depression and infant maladjustment : a failure of mutual regulation. In NOSHPITZ J. ed. *The handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. New York : John Wiley and Sons, 1995.
- ◆ WINNICOTT D.W. La préoccupation maternelle primaire in *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris :Payot, 1969.

#### **Documents non publiés:**

- ◆ Actes des journées des Unités d'Hospitalisation Mère Bébé, 1993 ; 1995 ; 1997 ; 1999.
- ◆ Enquête de Guylaine Coudert, assistante sociale au Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, sur les femmes enceintes présentant de graves difficultés médico-sociales (1998)
- ◆ Rapports d'activité du service de convalescence pré et post natale de l'Hôpital du Vésinet (1999 et 2000)
- ◆ Enquête du service social hospitalier de l'AP-HP sur le thème des femmes en grande exclusion qui présentent un problème d'hébergement au cours du suivi de la grossesse et/ou à leur sortie de l'hôpital (juin 2001)
- ◆ Bilan d'activité du Samu social de Paris pour 2001
- ◆ Forum "Hôpital et précarité", Hôpital Expo, 24 mai 2002
- ◆ Enquête du Centre de Recherche en Gestion de l'Ecole Polytechnique sur les séjours longs en maternité à l'Hôpital Louis Mourier (septembre 2002)

---

## Liste des annexes

---

- ◆ Annexe 1 : liste des personnes rencontrées
- ◆ Annexe 2 : état des lieux des centres maternels parisiens
- ◆ Annexe 3 : état des lieux des centres d'hébergement d'urgence pour femmes avec enfants à Paris
- ◆ Annexe 4 : l'équipe du service de soins en périnatalité de l'hôpital du Vésinet (78)

### Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées

Nom	Fonction
Chantal de Singly	Directrice de l'Hôpital Armand Trousseau
Evelyne Vander-Heym	Directrice de l'Hôpital des Métallurgistes
Pr Claude Lejeune	Président de la CRN
Mmes Payraudeau et Fauquet	Assistances sociales à la maternité de l'hôpital Rothschild (AP-HP)
Equipe du centre maternel Maison de Tom Pouce à Gretz-Arminvilliers	
Dr Micheline Blazy	Médecin-chef du service de Soins en périnatalité de l'hôpital du Vésinet (78)
Monika Rzewuski	Cadre du service de Soins en périnatalité de l'hôpital du Vésinet (78)
Jean-Pierre Foubert	Directeur des finances de l'hôpital du Vésinet (78)
Guylaine Coudert	Assistante sociale à la maternité du CHI de Créteil et membre de la CRN
Hortense	Jeune maman rencontrée au CHI de Créteil
Dr Marcelle Delour	Médecin-chef du service de PMI de Paris
Marie-Sophie Dessaulle	Présidente de l'APF et responsable du projet gérontologie à l'AP-HP
Dr Cécile Anglade	Responsable du secteur périnatalité à la DDASS de Paris
Nicolas Ovigny	Directeur adjoint, Ordre de Malte
Yves Derenne	Chargé de mission à la Croix Rouge Française
Dr Jean Ebert	Responsable de l'association Horizons
Gilles Poutout	Directeur adjoint de l'URCAM Ile-de-France
Laure Amar et Sihem Jouini	Chercheuses au Centre de Recherche en gestion de l'Ecole Polytechnique

## Annexe 2 : état des lieux des centres maternels à Paris

### 1. Les établissements maternels départementaux

Nom	Arrdmt	Nbre de places	Dont urgence	Particip. financière	Accomp. social	Accueil médical	Conditions
Centre maternel Michelet	13ème	70 (mères et enfants)		oui	oui		A partir de 18 ans. Femmes enceintes ou avec enfant – de 3 ans
Centre maternel départemental "Nationale"	13ème	98 (mères et enfants)		oui	oui	oui	A partir de 17 ans Femmes enceintes ou avec enfant – de 3 ans
Centre maternel Marie Bequet de Vienne	17ème	88 (mères et enfants)		oui	oui	oui	A partir de 18 ans Femmes enceintes (7ème mois) ou avec enfant – de 2 ans
<b>TOTAL</b>		<b>256 places</b>					

Source : rapport d'activité 2001 de l'ASE de Paris

### 2. Les établissements maternels associatifs

Nom	Arrdmt	Nbre de places	Dont urgence	Particip. Financière	Accomp. Social	Accueil médical	Conditions
Les acacias Association Accueil de la Mère et de l'Enfant	13ème	38 mères et 38 enfants		oui	oui		18-30 ans Femmes enceintes de plus de 6 mois ou avec enfant – de 3 ans
Mission maternelle	17ème	20 mères et 5 enfants		oui	oui		Accueil en prénatal et mères avec enfant – de 3 ans
Maison de la mère et de l'enfant – Société philanthropique	18ème	33 mères et 30 enfants		oui	oui		A partir de 18 ans avec un seul enfant



Les lilas – Armée du Salut	19 <sup>ème</sup>	37 mères et 33 enfants	7	oui	oui		18-30 ans. Accueil au 7 <sup>ème</sup> mois de grossesse ou enfant de moins de 15 mois. Pas d'urgence
SESAME Association Accueil de la Mère et de l'Enfant	20 <sup>ème</sup>	45 (mères et enfants)		oui	oui		18-40 ans. Ressources financières indispensabl es. Insertion socio- professionnel le
<b>TOTAL</b>		<b>279 places</b>					

Source : rapport d'activité 2001 de l'ASE de Paris

Il convient de signaler également des prises en charge au cas par cas par l'association "Horizons" (10<sup>ème</sup>) concernant des jeunes mères ayant des problèmes de toxicomanie et par "Jonas Ecoute", pour les mineures en placement familial (en attente de conventionnement).

**Annexe 3 : état des lieux des centres d'hébergement d'urgence ouverts aux femmes avec enfants à Paris**

**1. Les CHRS**

Nom	Localisation	Nombre de places	Dont urgence	Particip. financière	Accomp. social	Accueil médical	Conditions
CHRS Cité St Martin	4 <sup>ème</sup> arr.	44 + 60 en appartement (titulaires de CDI)	44	oui	oui	oui	A partir de 18 ans
CHRS Flandre - Emmaüs	19 <sup>ème</sup>	50		oui	oui		A partir de 18 ans. Familles de 4 pers. maximum

Source : ORS, décembre 2001

**2. Les hôtels sociaux et résidences sociales**

Nom	Localisation	Nbre de places	Dont urgence	Particip. financière	Accomp. social	Accueil médical	Conditions
Hôtel social d'urgence – Cité St Martin	4 <sup>ème</sup>	55	40		oui	oui	18-60 ans
Hôtel social Caspotel-Cretet	9 <sup>ème</sup>	55		oui	oui		A partir de 18 ans. Accueil prioritaire parisiens en insertion prof. Pas d'enfants de moins de 2.5 ans
Hôtel social de Montmartre (Ville Paris)	9 <sup>ème</sup>	55		oui	oui		A partir de 18 ans. Admission sur dossier
Hôtel Le Richemont	11 <sup>ème</sup>	127		oui			A partir de 18 ans. Admission sur dossier
Hôtel social Midi	12 <sup>ème</sup>	74		oui			20-60 ans. Admission sur dossier
Résidence sociale Calipso	13 <sup>ème</sup>	26		oui	oui		A partir de 18 ans. Femmes qui travaillent et enfants jusqu'à 12 ans.
Résidence sociale Caspotel	17 <sup>ème</sup>	45		oui	oui		A partir de 25 ans. Accueil prioritaire parisiens en insertion prof.
Hôtel Richemont de Montmartre	18 <sup>ème</sup>	55		oui	oui		A partir de 18 ans. Admission sur dossier.

Résidence Pauline Roland (CAS Paris)	19ème	207		oui	oui		18-65 ans. Admission sur dossier social. Femmes aptes au travail
Hôtel social Le Richemont	19ème	175		oui	oui		A partir de 18 ans. Admission sur dossier

Source : ORS, décembre 2001

### 3. Autres

Nom	Localisation	Nbre de places	Dont urgence	Particip. financière	Accomp. social	Accueil médical	Conditions
Pension de famille - Emmaus	9ème	34 en appartement		oui			A partir de 18 ans
Service Larch	10ème	22 chambres d'hôtel					18-50 ans. Situation de désinsertion récente
Résidence La Fayette - Accueil	10ème	60 en appartement		oui	oui		18-50 ans
Casotel Tillier	12ème	60		oui	oui		18-55 ans. Parisiens en insertion prof. Familles 2 personnes / enfant + de 3 ans
Centre Baudricourt	13ème	24 +43 en appartement		oui	oui		A partir de 18 ans. Enfants de plus de 3 ans.
Centre israélite de Montmartre	18ème	70 + 44 en chambres d'hôtel					25-60 ans. Familles avec actions d'insertion.
Centre d'accueil d'urgence	19ème	123	40		oui	oui	18-65 ans. Age garçons limité à 14 ans
Travail et vie	20ème	12 + 13 appartement +5 hôtel		oui	oui		30-55 ans. Personnes aptes au travail.
Centre Soleillet	20ème	10+24 en appartement		oui	oui		A partir de 18 ans
Centre Chenal St Blaise	20ème	50 en appartement		oui	oui		A partir de 18 ans
Centre Olivier Metra	20ème	37 en appartement		oui	oui		A partir de 18 ans. Mères autonomes, aptes au travail. 3 enfants maxi dont un de plus de 3 ans.

Source : ORS, décembre 2001

#### **Annexe 4 : Le personnel de l'équipe du service de soins en périnatalité de l'hôpital du Vésinet (78)**

- ◆ 1 ETP chef de service gynécologue-obstétricien
- ◆ 1 vacation par semaine de gynécologie
- ◆ 1 pédiatre temps partiel
- ◆ 1 vacation par semaine pour le VIH
- ◆ 1 psychiatre temps partiel
- ◆ 2 ETP assistants de médecine générale
- ◆ 2.5 ETP de secrétaires médicales
- ◆ 1 ETP et 2 vacations de psychologues
- ◆ 2 ETP d'assistantes sociales
- ◆ 1 ETP cadre supérieur sage-femme
- ◆ 0.8 ETP animateur
- ◆ 1 ETP sage-femme cadre
- ◆ 5 ETP sages-femmes
- ◆ 1 ETP cadre infirmier
- ◆ 3.5 ETP infirmières
- ◆ 9.1 ETP d'aides-soignants / auxiliaires de puériculture
- ◆ 5.5 ETP d'agents de service hospitalier