



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Promotion 2005

Précarité et sortie de maternité questions posées

Michèle BRIAN

Remerciements

Je remercie tous les professionnels que j'ai interrogés pour l'aide qu'ils m'ont apportée dans la compréhension des enjeux actuels en périnatalité.

Je remercie également ma famille et mes collègues pour leur soutien durant la réalisation de ce mémoire professionnel.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LE CONTEXTE NATIONAL ET REGIONAL	5
1.1 Les évolutions récentes de la périnatalité	5
1.1.1 Le programme de périnatalité des années 1970	5
1.1.2 Entre deux plans, la périnatalité n'est plus une priorité des politiques publiques ...	7
1.1.3 Un second plan de périnatalité en 1994	8
1.1.4 La réorganisation du secteur.....	9
1.1.5 Le malaise des professionnels.....	10
1.1.6 Les difficultés rencontrées par les usagers	10
1.1.7 Des préconisations.....	11
1.1.8 Le plan périnatalité 2004	14
1.1.9 Le travail de planification en cours :	15
1.2 La situation de la région Ile de France	16
1.2.1 Des besoins régionaux importants.....	16
1.2.2 Une offre de soins sous tension.....	18
1.3 L'émergence d'un problème : des femmes et des enfants en situation de précarité.....	21
1.3.1 Données socio-démographiques	21
1.3.2 Données qualitatives	22
1.3.3 Les difficultés rencontrées à la sortie de maternité	23
2 RESULTATS ET ANALYSE.....	23
2.1 Méthodologie	23
2.2 Les représentations de la précarité pour les professionnels.....	25
2.2.1 L'insécurité des professionnels	25
2.2.2 Des situations problématiques	27
2.2.3 Le cumul de problèmes sociaux et médicaux.....	28
2.2.4 La question des pères	31
2.2.5 L'engagement des professionnels	31
2.2.6 Représentations de la précarité par les femmes elles-mêmes	33
2.3 Les effets de la précarité sur l'état de santé de la mère et de l'enfant.....	35
2.3.1 Une étroite corrélation entre problèmes sanitaires et problèmes sociaux	35

2.3.2	Mal-être et souffrance psychique	37
2.3.3	La question de la protection de l'enfance.....	39
2.4	L'accès aux soins en périnatalité	40
2.4.1	Le repérage des femmes en situation de précarité.....	40
2.4.2	Des dispositions légales	41
2.4.3	Les centres de protection maternelle et infantile.....	41
2.4.4	Les maternités.....	42
2.4.5	Des trajectoires spécifiques.....	43
2.5	Les souhaits des professionnels.....	43
2.5.1	Développer ou renforcer les réseaux existants	44
2.5.2	Renforcer la collaboration médico-psychologique	46
2.5.3	Des mesures spécifiques pour favoriser l'accès.....	47
2.5.4	Créer des structures d'hébergement.....	47
2.5.5	Développer l'évaluation	48
3	DISCUSSION ET PROPOSITIONS	49
3.1	Discussion de la méthode	49
3.2	Reprendre une étude plus approfondie	50
3.3	Le renforcement des réseaux.....	50
3.3.1	Des transferts in utero au réseau de santé	50
3.3.2	Les aspects qualitatifs des réseaux de santé	51
3.4	Des structures d'hébergement en lien avec des équipes de soins.....	52
3.5	Le rôle du Médecin Inspecteur de Santé Publique dans les services déconcentrés de l'Etat	53
3.5.1	Un rôle d'information et d'échanges	54
3.5.2	Un rôle d'évaluation	54
3.5.3	Une participation à la planification	55
3.5.6	Un rôle de coordination.....	56
	CONCLUSION	57
	Bibliographie	61
	Les textes législatifs et réglementaires.....	61
	Les ouvrages imprimés (monographies)	62
	Les articles de périodiques.....	63
	Les thèses et mémoires.....	64
	Les documents électroniques.....	65

Liste des annexes.....	I
------------------------	---

Liste des sigles utilisés

AME	Aide Médicale d'Etat
AP-HP	Assistance Publique Hôpitaux de Paris
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
AUDIPOG	Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU	Centre d'Hébergement en Urgence
CMU	Couverture maladie universelle
CRN	Commission Régionale de la Naissance
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS	Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASSIF	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile de France
HAD	Hospitalisation à Domicile
HCSP	Haut Comité de la Santé Publique
INED	Institut National d'Etudes Démographiques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique
PASS	Permanences d'Accès aux Soins de Santé
PMI	Protection Maternelle et infantile
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la prévention et aux Soins
PRS	Programme Régional de Santé
RCB	Rationalisation des choix budgétaires
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
SAE	Statistiques d'Activité des Etablissements
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
T2A	Tarification à l'activité

INTRODUCTION

Le secteur de la périnatalité a fait l'objet de politiques publiques successives visant à réduire les risques pour la mère et l'enfant ainsi que de nombreux débats intéressant professionnels et usagers sur l'accompagnement de la naissance. Ce secteur contient en effet, de par son objet : la mise au monde, une activité médicale qui s'étend de la prévention à la réanimation ainsi qu'une approche nécessairement psycho-sociale. Cette double problématique fait la complexité et l'intérêt de ce domaine qui intéresse, peu ou prou, tout un chacun.

Dans l'histoire, le risque attaché à la naissance en faisait un événement à la fois redouté et espéré, et bien qu'actuellement le risque vital soit éminemment plus rare, la prévention de la mortalité et de la morbidité périnatale constitue le fondement de toute politique de santé publique dans ce domaine. Une des premières mesures remonte au XV^e siècle avec la création du corps des sages-femmes, l'introduction de mesures généralisées d'hygiène pour éviter les infections puerpérales à la suite des travaux de Semmelweis en fut une autre illustration. L'évolution a été marquée, depuis deux siècles et demi par une baisse très importante de la mortalité infantile qui a été divisée par environ cinquante et par une espérance de vie à la naissance multipliée par trois. Ces améliorations sont liées pour une part aux mesures spécifiques prises à l'occasion des naissances, mais aussi plus généralement au recul progressif des épidémies et des famines, à l'élévation continue du niveau de vie et de culture des populations.

Tous ces facteurs furent complétés dans une seconde phase, à partir de 1945, par la mise en place d'une politique globale de prise en charge, médicale et sociale, de la femme enceinte et du nouveau-né accentuant encore la chute de la mortalité maternelle et infantile, celle-ci a été divisée par plus de onze au cours des cinquante dernières années passant de 51,9 pour 1000 naissances en 1950, à 4,6 en 2000.

Au début des années 70, le premier programme de périnatalité est élaboré dans un contexte de forte croissance économique, son application va modifier la pratique dans le sens d'une médicalisation de la grossesse et d'un regroupement de structures. Cette évolution vers une technicité soulève des questions qui continuent encore d'être posées par certains professionnels, les sages-femmes notamment, ainsi que par des parents inquiets d'être en quelque sorte dépossédés d'un moment important de leur vie familiale.

L'amélioration étant jugée imparfaite au regard notamment des progrès réalisés dans d'autres pays, un second plan est élaboré en 1994 afin d'améliorer la sécurité sanitaire autour de la naissance d'un point de vue somatique et diminuer le nombre de femmes

enceintes peu ou pas suivies durant leur grossesse. Ce plan fixe des objectifs quantifiés et contient des mesures d'organisation sanitaires toujours en vigueur : l'établissement de réseaux entre les maternités pour les transferts in utero, la mise au point de nouvelles normes applicables aux maternités publiques et privées définies dans les décrets de 1998.

L'application de ce plan va entraîner de vives réactions, la fermeture de petits établissements se heurte à l'hostilité de certains élus. D'autre part, le malaise des professionnels de santé s'accroît sous l'effet notamment de la diminution des effectifs. Cette situation de tension est ressentie par les usagers qui rencontrent des difficultés dans le suivi obstétrical avant et dans les suites de l'accouchement, et qui se sentent peu écoutés.

Une mission nationale sur la périnatalité a été lancée en 2002 face à l'évolution mitigée des indicateurs de santé et au mécontentement des professionnels. Elle a rendu ses conclusions en 2003, celles-ci ont été reprises dans le plan Périnatalité présenté à l'automne 2004 par le Ministre de la Santé, de la Famille et des Affaires sociales. Ce plan émet des préconisations pour lutter contre le risque périnatal et maintenir un haut niveau de qualité des soins qui le situent dans la continuité des politiques poursuivies depuis plus de trente ans. Il va plus loin dans la prise en compte du contexte psychosocial dans lequel se déroule la naissance. Le plan périnatalité donne des directives pour une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance ainsi qu'un soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité.

L'élaboration des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire de troisième génération (SROS III), à laquelle participent les Médecins Inspecteurs de Santé Publique (MISP) des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) permet d'analyser les modalités de mise en œuvre sur les territoires de la politique de santé définie dans le secteur de la périnatalité.

La question de l'accès aux soins pour les femmes en situation de précarité revient souvent lors de ces réunions de travail ce qui témoigne à la fois d'un problème existant et d'une volonté d'y remédier. Elle se discute beaucoup autour de l'inscription de ces femmes dans les maternités pour pouvoir bénéficier d'un suivi en consultations prénatales et de la difficulté à trouver une solution d'hébergement à la sortie de maternité. Les effets de la précarité sur la santé des nouveaux nés et de leurs mères constituent également un sujet d'inquiétude pour les professionnels. Les soignants qui participent aux travaux d'élaboration du SROS sont tous d'accord pour reconnaître que ces problèmes surviennent de plus en plus fréquemment et qu'ils ne disposent pas de solution satisfaisante ce qui met régulièrement les équipes en difficulté. Ces difficultés

apparaissent d'autant plus aiguës dans un contexte de raccourcissement des durées de séjour en maternité et d'introduction de la tarification à l'activité ou T2A.

L'accueil des femmes en situation de précarité a déjà produit des changements dans les structures périnatales, notamment dans les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ou les maternités publiques implantées dans des zones défavorisées. Les prises en charge des jeunes mères en situation de précarité conduisent sur le terrain à des collaborations entre le secteur périnatal, le secteur social et les services de psychiatrie publique. Cependant, ces liens apparaissent encore plus de l'ordre de l'initiative d'acteurs de soins motivés par la question que de véritables réseaux.

Les équipes sanitaires semblent se saisir des opportunités offertes dans le cadre de l'élaboration du SROS III pour envisager des collaborations formalisées et novatrices nécessaires dans ce domaine. En effet, la situation des femmes en situation de précarité à la sortie de maternité pose une question de santé publique pour laquelle les réponses individuelles ne suffisent pas. Une articulation entre les acteurs de la périnatalité et du secteur social et médico-social apparaît indispensable mais la forme de cette organisation n'est pas encore définie.

La situation du MISP dans une DDASS, qui est une administration sanitaire et sociale par définition, lui permet de faciliter les échanges entre ces deux secteurs notamment lors de l'élaboration des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins ou PRAPS ainsi que des Programmes Régionaux de Santé ou PRS. Son rôle de coordination et d'évaluation lui permet aussi de contribuer à l'élaboration de propositions dans le travail de planification entrepris actuellement dans les services déconcentrés de l'Etat.

Dans ce mémoire, nous tenterons de décrire les questions posées par la situation de précarité de jeunes mères à la sortie de maternité ainsi que les réponses données actuellement et celles qui sont envisageables. En raison des délais impartis, ce travail est limité à la période du post-partum qui comprend les quelques jours suivant l'accouchement. Nous n'aborderons ce qui se passe durant la grossesse et l'accouchement que sur le versant de la prévention de la situation en post-partum. De même, nous ne traiterons des premiers mois de l'enfant qu'en termes de conséquences des interactions nouées entre la mère et l'enfant dans les jours qui suivent la naissance. Nous avons également limité notre étude au niveau de la région Ile de France pour des raisons de faisabilité dans les délais impartis.

Dans une première partie, nous présenterons le contexte national et régional de la périnatalité, nous évoquerons les grands axes des mesures prises depuis 1970, puis l'émergence du problème de la précarité.

Dans une seconde partie, nous présenterons la méthodologie ainsi que les résultats des entretiens menés auprès de quinze professionnels et de deux mères. Le décloisonnement des structures sanitaires et sociales, leur adaptation aux besoins spécifiques d'une population afin que le principe d'équité soit respecté constituent les axes fondamentaux des réflexions de ces acteurs. Il faut préciser que les professionnels interrogés travaillent dans des structures de soins ou médico-sociales accueillant des jeunes mères en situation de précarité et que leur avis peut être marqué par cette forme d'exercice.

En nous appuyant sur ces propositions émanant du terrain, nous tenterons, dans une troisième partie, d'apporter quelques éléments de réponse aux questions suivantes : quel type de prise en charge ou de soutien faut-il mettre en place pour les jeunes mères en situation de précarité ? quel est le rôle du MISP dans ce travail de réflexion et de planification ? A ce propos, nous formulerons quelques hypothèses avec toutes les réserves que ce travail présente.

1 LE CONTEXTE NATIONAL ET REGIONAL

1.1 Les évolutions récentes de la périnatalité

1.1.1 Le programme de périnatalité des années 1970

En 1970, les niveaux de mortalité et de handicaps liés à la naissance préoccupent les responsables politiques, le gouvernement réunit un groupe de travail qui attribue la « priorité des priorités aux problèmes de la naissance (Ministère de la Santé publique et de la Sécurité Sociale, 1971).¹ Le bureau de rationalisation des choix budgétaire (RCB) au ministère de la Santé a mené une étude fondée sur des techniques économiques mettant en relation les moyens nécessaires pour agir et les résultats envisageables. Après avoir fixé des objectifs, le groupe RCB propose des actions spécifiques de prévention et de soins, en chiffrant pour chacune d'elles : le coût, ce qui est efficace, le bénéfice attendu et ce qui est risqué. Les décisions furent prises sous la forme d'un programme finalisé : le programme périnatalité dans le cadre du VI^e plan. Les principales actions retenues sont les suivantes :

- formation et perfectionnement du corps médical, augmentation du nombre d'obstétriciens
- information statistique et recherche sur la grossesse et l'accouchement
- vaccination contre la rubéole des femmes exposées et des jeunes filles de treize ans
- intensification de la surveillance prénatale
- surveillance intensive de l'accouchement dans les centres hospitalo-universitaires et rénovation des maternités
- réanimation des nouveaux-nés à la maternité et création de nouveaux centres de réanimation néo-natale

Ce programme est largement diffusé auprès des professionnels de la santé, les médias s'en font l'écho et des incitations financières sous forme de crédits d'équipements et de personnel sont largement répandues. Marie-Thérèse Chapalain, qui est à l'origine du bureau d'études de RCB parle à ce sujet d'incitation budgétaire et réglementaire donnée par l'Etat au fonctionnement « spontané » du système de prévention et des soins. Elle ajoute, en évoquant cette période : « Les professionnels de santé concernés

¹ L'effet des politiques publiques sur les résultats périnataux en France, Rumeau-Rouquette C., in Santé, Société et Solidarité : Naître en France et au Québec, 2004.

obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, puéricultrices, ont parlé du « souffle mobilisateur » existant alors. »¹. Ce premier programme s'inscrit dans un contexte de forte croissance économique rythmée par les plans quinquennaux, le VI^e plan (1971-1975), il est le signe d'un véritable tournant dans la planification, la notion de fonction collective santé apparaît. Il convient de faire fonctionner au mieux les investissements déjà existants et d'élaborer une réflexion globale sur le système de santé. Dans un contexte de rationalisation des choix budgétaires, on choisit des objectifs ainsi que des actions prioritaires et on développe des actions préventives.

Une très nette amélioration des indicateurs de santé a suivi l'application de ce programme, L'étude des statistiques de mortalité et celle des résultats des enquêtes nationales de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) conduites en 1972, 1976 et 1981 montrent une diminution importante de la mortalité périnatale qui passe de 21,3 pour 1000 en 1972 à 12,3 pour 1000 en 1981. La prématurité recule de 8,2 à 5,6% au cours de la même période ainsi que le pourcentage d'enfants pesant moins de 2500 grammes.

Les enquêtes nationales indiquent un changement dans les pratiques. Le nombre de consultations prénatales augmente : en 1981, 55% des femmes ont plus de sept consultations, elles n'étaient que 22% en 1972. Ces visites sont de plus en plus souvent effectuées par des accoucheurs et la continuité du suivi médical de la grossesse à l'accouchement, dans le même établissement, devient plus habituelle. La recherche épidémiologique et la recherche clinique avancent, soutenues par des crédits en augmentation.

Sur le plan de l'organisation des soins, les bases de l'obstétrique actuelle sont fondées dès cette époque avec le renforcement du suivi prénatal, la fermeture de petites maternités et l'afflux des femmes dans les grandes maternités, la prise en compte d'un haut et d'un bas risque pour les grossesses.

Pour ce qui concerne les résultats, à côté des progrès constatés, la situation pose question sur deux points :

Tout d'abord, les inégalités sociales restent importantes et tendent même à s'accroître. Les femmes les plus instruites et celles qui résident en zone urbaine sont mieux suivies que les autres et bénéficient plus souvent des techniques récentes. Il existe également des inégalités entre les régions. La mortalité périnatale est plus importante dans le nord du pays et dans quelques départements du sud, les nouvelles techniques progressent d'est en ouest avec un certain retard dans les zones rurales.

¹ La santé : valeur économique, valeur sacrée, CHAPALAIN M-T, 1996.

Enfin, la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement paraît dans l'ensemble bien accueillie en raison de la sécurité qu'elle apporte. Cependant les changements que cela a entraînés dans les positions des couples, nécessairement dépossédés d'une partie du caractère privé de cet événement familial, ne semblent pas avoir été pris en compte et l'insatisfaction d'une partie des couples face à cette technicité commence à s'exprimer.

1.1.2 Entre deux plans, la périnatalité n'est plus une priorité des politiques publiques

Durant les années 80, le contexte politique et social est moins favorable à l'élaboration de plans ambitieux dans le domaine de la santé. Les mesures sociales liées à l'augmentation du chômage augmentent considérablement d'importance, la vie politique est marquée par d'autres priorités, en particulier les premières lois de décentralisation et la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé qui est inscrite comme objectif au VII^e plan. D'autre part, on constate, au début des années 90, une certaine désaffection pour les professions médicales en obstétrique et en réanimation. Dans le champ de l'obstétrique proprement dit, la réalisation, en France, de la première fécondation in vitro et la généralisation du diagnostic prénatal conduisent à des affrontements. La loi sur la bioéthique ne sera votée qu'en 1994. Ces débats semblent avoir occupé le devant de la scène et laissé au second plan les questions tournant autour de la périnatalité.

A la fin des années quatre-vingt, une activité importante d'enquêtes est relancée à la suite de sollicitations de spécialistes inquiets devant l'évolution de la situation. Celles-ci attirent l'attention sur les points suivants :

- la mortalité maternelle, dont les taux ont augmenté en 1990 en raison d'une amélioration de l'enregistrement, est plus élevée en France que dans la plupart des pays européens. (La mortalité maternelle ne figurait pas dans les objectifs de 70, la sous-estimation de ses taux avait engendré l'optimisme),
- le rang de la France pour la mortalité périnatale a régressé et l'ensemble des indicateurs de mortalité ne diminue plus aussi vite qu'ils le faisaient entre 1970 et 1980
- le taux de prématurité augmente légèrement, il passe de 5,6% en 1981 à 5,9% en 1995.
- la fréquence des handicaps de l'enfant d'âge scolaire reste relativement constante pour les générations nées entre 1972 et 1985.

Certains dysfonctionnements sanitaires sont également constatés : il existe encore des petites maternités effectuant moins de 300 accouchements par an et insuffisamment équipées. La décentralisation de la PMI a eu des résultats très inégaux. Devant ce qu'ils considèrent comme une carence des politiques, des professionnels mettent en place des

réseaux informels. Ils vont permettre l'organisation des transferts in utero, c'est-à-dire les transferts des futures mères avant l'accouchement pour faire naître l'enfant près du centre de réanimation.

1.1.3 Un second plan de périnatalité en 1994

En 1993, le gouvernement saisit le Haut Comité de Santé Publique des problèmes dans le domaine de la périnatalité. Dans le rapport que celui-ci remet en 1994, il fait état d'une situation française non satisfaisante quant aux indicateurs périnataux. La mortalité maternelle est estimée à 13,9 pour 100 000 naissances en 1994 (deux fois plus élevée que celle de certains pays européens) et la mortalité périnatale nationale à 7,4 pour 1 000 naissances en 1994 (13^e rang des pays de l'OCDE). Un plan gouvernemental de périnatalité est lancé pour la période 1995-2000 (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, 1994), il est publié en avril 1994. Les décisions politiques semblent reprendre le rythme de 1971 mais la situation est largement différente pour ce qui concerne le contexte économique et social. Aucun financement particulier n'est prévu pour le nouveau plan de périnatalité dans une situation économique qui reste difficile.

Il fixe quatre objectifs à atteindre en cinq ans :

- diminuer la mortalité maternelle de 30%
- abaisser la mortalité périnatale d'au moins 20%
- réduire le nombre d'enfants de faible poids de naissance de 25%
- réduire de moitié le nombre de femmes enceintes peu ou pas suivies au cours de la grossesse.

Les décrets du 9/10/98 viennent définir les nouvelles normes applicables aux établissements publics et privés. Le premier décret précise que « l'autorisation ne peut être accordée ou renouvelée que si l'établissement justifie d'une activité minimale annuelle constatée, ou prévisionnelle en cas de demande de création, de 300 accouchements par an. » Le second décret définit les exigences en matière de personnel et de locaux. On note en particulier que la continuité des soins doit être de 24 heures sur 24 dans tous les établissements et que l'unité de néonatalogie doit être située sur le même site que l'unité d'obstétrique. Ces textes prévoient trois types d'établissements :

- l'unité d'obstétrique isolée (type I)
- l'unité d'obstétrique associée à une unité de néonatalogie (type II)
- l'unité d'obstétrique associée à une unité de néonatalogie et une unité de réanimation néo-natale (type III)

Ils sont parus en même temps que d'importantes concertations s'engageaient entre les professionnels et l'administration sanitaire pour l'élaboration des **SRoS II**, l'objectif étant d'adapter le niveau de risque au niveau de soin et surtout d'offrir un niveau III pour les

accouchements prématurés ou présentant des risques. Des études françaises montrent que les résultats néonataux, pour la mortalité et l'incidence des handicaps semblent moins bons quand le transfert est post-natal même si celui-ci a été réalisé dans de bonnes conditions par un SMUR pédiatrique¹. Il apparaît donc fondamental d'orienter les futures mères vers les maternités de niveau III si un risque pour l'enfant est décelé durant la grossesse.

Les SROS II prévoient que ces maternités complémentaires de niveau I à III s'organisent en réseau afin d'offrir une réponse graduée et coordonnée aux besoins de santé, le niveau de prise en charge des maternités étant défini par le niveau de soins pédiatriques associés dans le même établissement. **Le risque psycho-social** est pris en compte dans les SROS II et cela conduit à l'ouverture du réseau périnatal sur la ville au travers des PMI, des services sociaux, des services de psychiatrie et des associations orientées vers des problèmes de santé publique (alcoolologie, toxicomanie). également.

1.1.4 La réorganisation du secteur

Les adaptations nécessaires des établissements pour se mettre aux normes des décrets de 1998 sont difficiles à réaliser en l'absence de financement spécifique et dans une période où la pénurie de personnel commence à se faire sentir. Entre 1996 et 2000, 29 maternités ont fermé chaque année, dont 61% de maternités privées. Le nombre de lits pour 1000 accouchements est donc passé, durant la même période, de 34,2 à 30,6. Le processus de restructuration et de concentration amorcé dans les années 70 s'est prolongé ces dernières années avec une augmentation de la part des maternités réalisant plus de 1500 accouchements de 13% en 1996 à presque 24% en 2000²

Dans ce contexte, les pratiques obstétricales évoluent également avec un double mouvement de médicalisation et de raccourcissement des séjours en maternité. Les données collectées par le Réseau National d'Information sur la Naissance montrent une augmentation du nombre de césariennes pratiquées lors des accouchements de jumeaux, le chiffre passe de 27,6% en 1999 à 50,1% en 2003. Le taux de sortie précoce passe de 1.7% en 1994-95 à 7.0% en 2002 pour les accouchements par voie basse, et de 1.6% à 6.9% dans la même période pour les césariennes³

¹ La périnatalité- A propos des décrets du 9 octobre 1998, LERAILLEZ J.

² Perspectives de développement de l'hospitalisation à domicile en périnatalité en région Ile de France, KAMEL A., 2004.

³ La santé périnatale en 2002-2003, MAMELLE N., Evaluation des pratiques médicales, Réseau National d'Information sur la Naissance.

La mise en place des réseaux suscite des questions : un réseau constitue-t-il une sectorisation imposée au public pour l'accès aux soins ?, y a-t-il un seul modèle de réseau ? Un autre problème est posé par l'intégration des partenaires non hospitaliers des réseaux : PMI, services sociaux, ainsi que des équipes de psychiatrie. Dans la plupart des cas des réseaux pour les transferts in utero se sont créés ou officialisés pour ceux qui fonctionnaient déjà, sans s'élargir aux autres acteurs.

1.1.5 Le malaise des professionnels

La situation démographique des professionnels est difficile, tous les corps de métiers sont concernés qu'il s'agisse des gynécologues obstétriciens, des pédiatres, des anesthésistes, des sages-femmes, des infirmières ou des puéricultrices. L'application de la loi sur les 35 heures de travail hebdomadaire, le respect de la directive européenne imposant un repos de sécurité après les gardes sont invoqués comme des facteurs aggravants des effets du *numerus clausus* limitant l'accès aux professions médicales.

D'autre part, la mise en cause relativement fréquente de la responsabilité médicale en périnatalité et la flambée des primes d'assurance diminuent l'attractivité de ces professions et accentue le malaise de ceux qui les pratiquent. Des mouvements de revendication se manifestent pour la réorganisation des services publics et la revalorisation des honoraires dans le secteur privé sans que des mesures concrètes puissent être apportées.

Concernant le manque d'effectifs, certains distinguent la situation des sages-femmes, puéricultrices, pédiatres qui révèle une véritable pénurie de celle des obstétriciens¹. Pour eux, il ne manque pas d'obstétriciens en France, en témoigne le nombre moyen d'accouchements annuels par praticien et qui se situe dans la moyenne des autres pays européens. La différence réside dans le fait que les accouchements normaux sont réalisés par des obstétriciens en France, notamment dans le secteur privé alors qu'ils le sont par des sages-femmes ou des infirmières spécialisées dans les autres pays. Cela tient à la conception française selon laquelle toute grossesse est potentiellement à risques « d'où ipso facto la nécessité de faire appel systématiquement à leur expertise » avance cet auteur.

1.1.6 Les difficultés rencontrées par les usagers

Ces tensions dans le secteur de la périnatalité sont ressenties par les usagers dès l'inscription en maternité qui devient difficile faute de place, puis les consultations

¹ La crise des maternités : quelques réflexions sur une faillite prévisible, NAIDITCH M., 2003.

surchargées ne permettent pas toujours une écoute attentive aux difficultés rencontrées par la mère ou le couple. La médicalisation du suivi associé au raccourcissement des séjours vont également dans ce sens alors même que, dans le public, se dessine une aspiration à vivre la grossesse et l'accouchement comme des moments heureux dont le caractère privé est respecté. Les femmes se plaignent, en particulier, d'une surcharge des services, de la multiplicité et du manque de coordination des intervenants, de la surmédicalisation de l'accouchement. Elles souhaitent être prises en charge, de la grossesse au post-partum, par une seule sage-femme ou une équipe réduite ¹.

Ces difficultés sont ressenties de manière plus aigüe par les femmes en difficulté sociale ou présentant des troubles psychiatriques qui peuvent se retrouver en marge du suivi périnatal préconisé. En 1998, 1,8% des femmes ont dit qu'elles avaient renoncé à des consultations ou des examens pour des raisons financières et 9,7% des femmes ont eu moins de 7 consultations, c'est-à-dire moins que le nombre fixé par la loi pour une grossesse à terme ².

1.1.7 Des préconisations

La précarité semble gagner durablement une fraction non négligeable de la population française dans les années quatre-vingt. Le Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale ainsi que le Secrétaire d'Etat à l'Action Humanitaire d'Urgence saisissent **le Haut Comité de la Santé Publique** (HCSP) afin d'étudier les problèmes de santé publique et d'organisation des soins, présents et futurs liés à la précarité et au phénomène de précarisation sociale et de présenter des recommandations est-il noté dans l'introduction. Le rapport que le HCSP rendra en février 1998 ³ pointe le caractère multifactoriel du problème : « les rapports entre santé et précarité relèvent d'interactions multiples, où se mêlent des données sociales, des faits objectifs et des vécus subjectifs. Ces interactions s'inscrivent dans la durée, le temps étant une dimension essentielle de la santé comme de la précarité. » Selon le HCSP, il n'y a pas de pathologie précise déclenchée par les situations précaires, il faut plutôt concevoir la précarité comme un processus qui menace la santé en exposant les individus à des facteurs de risque,

¹ Accoucher et naître en France : propositions pour changer les naissances, MARIA B., DAUPTAIN G., GAUCHERAND P., 2003.

² Perspectives de développement de l'hospitalisation à domicile en périnatalité en région Ile de France, KAMEL A., 2004.

³ La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, Haut Comité de la Santé Publique, février 1998.

comme la tuberculose ou le saturnisme par exemple, en dégradant progressivement leur capital santé et en limitant leur accès à la prévention et aux soins.

Le retentissement psychologique est mis en exergue dans ce texte : « Un des fils conducteurs pour la description de ces transformations de l'état de santé sous l'effet des processus de précarisation est celui de souffrance psychique. Il ne s'agit pas d'affection psychiatrique, dont le rapport précise que la fréquence n'est pas plus importante qu'en population générale, mais d'un état psychologique pénible qui va du mal-être à la souffrance psychique. Ces tableaux s'enracinent dans «l'épuisement qu'engendre le combat quotidien contre la précarisation » dont l'effet est renforcé par la déqualification sociale qui l'accompagne et qui induit une dégradation de l'image des personnes en situation précaire, à leurs propres yeux comme dans le regard de leurs proches ou des autres plus généralement.

Ce rapport balaye le domaine de la santé au sens large sans traiter spécifiquement de la périnatalité, mais il apporte cependant des réflexions intéressantes dans ce domaine. Un regard dynamique est porté sur les problèmes de santé de l'enfant : « Une politique de santé publique doit, en la matière, considérer l'enfance comme le moment de constitution du « capital-santé », et s'attacher à combattre toutes les fragilités qui pourraient se mettre en place à ce moment. .

Les conséquences de la précarité sont également évoquées dans le cadre de la grossesse : « 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. » et « Parmi les femmes n'ayant eu aucune surveillance prénatale, on a constaté qu'un an après leur naissance, 1/3 des enfants étaient abandonnés, placés ou gardés par d'autres personnes que leurs parents. »

Ce rapport émet des préconisations qui dépassent le champ sanitaire car le HCSP considère, en effet, que « les problèmes de santé et d'accès aux soins ne sont que des manifestations de logiques inégalitaires et de processus de précarisation qui débordent largement le seul champ de la santé et concernent l'emploi, les revenus, la protection sociale, le logement, les droits sociaux, la vie familiale et l'ensemble des relations sociales... Ce rapport recommande un certain nombre de mesures qui tiennent à la fois de la politique sociale en général et de la politique de santé en particulier. » visant à rétablir une équité dans l'accès aux prestations sociales et aux soins. Certaines sont plus particulièrement ciblées vers la périnatalité ou la parentalité ::

- Améliorer les conditions de prise en charge périnatale pour les femmes en situation de précarité
- Garantir à tous le droit à un logement décent, entreprendre une politique de rénovation des logements qui sont source de saturnisme pour les enfants

- Aider les parents à assumer leurs responsabilités par la multiplication des dispositifs d'écoute et d'accompagnement

Dans le secteur de la périnatalité également, des experts informent les pouvoirs publics des aspects inquiétants de la situation. Dans ce sens, l'**AUDIPOG**, réseau sentinelle obstétrical, dépose deux rapports, en 2002 et 2003, sur la situation de la périnatalité en France. En mai 2004, les résultats présentés par l'AUDIPOG donne les indicateurs 2003¹, ils sont alarmants, 7,1% des naissances avant 37 semaines de gestation et 1,6% de naissances avant 33 semaines. «La situation reste critique concernant les possibilités d'accueil des mères de grands prématurés dans les maternités de niveau III, seulement 65% des enfants de moins de 33 semaines de gestation naissent dans une maternité de niveau III, alors que l'objectif de régionalisation est d'atteindre 80%. »

La modification des pratiques sous l'effet de la pénurie est également pointée : « Cette situation de débordement des maternités, qui n'a pas été solutionnée depuis 4 ans que médecins et épidémiologistes la dénoncent a conduit à proposer aux femmes qui viennent d'accoucher un retour précoce à leur domicile...Alors que le retour précoce à domicile concernait seulement 2% des accouchements il y a 10 ans, celui-ci concerne maintenant 7% des femmes qui viennent d'accoucher...Ce sont les centres hospitaliers généraux (CHG) de niveau III qui sont le plus touchés par ces conditions de surcharge, les conduisant à pratiquer ce retour précoce après 20% des accouchements par voie basse et 13% des accouchements par césarienne. » L'augmentation continue des taux de césarienne attribuée aux risques médico-légaux est également notée.

En conclusion, les auteurs du rapport d'avril 2004 dénoncent l'insuffisance des moyens mis en œuvre pour la naissance des enfants au regard de l'augmentation de la natalité (plus de 800 000 naissances en 2000 et 2001), de la prématurité et de l'attente légitime de la population.

D'autres voix s'élèvent pour décrire une situation inquiétante en périnatalité, le Comité d'experts sur la mortalité maternelle observe que le taux de décès observé en France n'a pas baissé depuis une dizaine d'années, il reste autour de 10 pour 100 000 naissances c'est à dire le double des taux observés dans certains pays nordiques. D'après ces experts, plus d'un tiers des décès maternels sont évitables par une amélioration de l'organisation des soins.

¹ La santé périnatale en 2002-2003, MAMELLE N., Evaluation des pratiques médicales, Réseau National d'Information sur la Naissance, 2004.

Par ailleurs, les restructurations effectuées dans les maternités, la situation démographique des professionnels de la santé, l'application des décrets de 1998 puis de la loi sur les 35 heures et de la directive européenne sur le repos de sécurité après les gardes ont créé des conditions d'exercice de plus en plus difficiles et des difficultés de plus en plus grandes pour les usagers. « C'est dans ce contexte » que le Ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées a créé une « **mission périnatalité** » qui a remis son rapport en septembre 2003 ¹. Elle contient vingt propositions qui seront reprises dans le plan périnatalité qui va suivre la remise de ce rapport. Les auteurs proposent une prise en charge différenciée entre le bas risque et le haut risque périnatal avec l'idée de faire bénéficier le haut risque des soins les plus performants et d'abandonner des techniques non indispensables pour la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement normaux.

Les difficultés de prise en charge des femmes enceintes ou jeunes mères en situation de précarité dans des maternités surchargées sont également abordées lors des **Etats Généraux de la Naissance** ² qui se sont déroulés en juin 2003 avec la participation de nombreux professionnels ainsi que des usagers. L'insatisfaction des professionnels notamment des infirmières puéricultrices et des sages-femmes est également rapportée dans les conclusions de ces travaux. Les tensions sur les effectifs les obligent à recentrer leurs activités sur les soins techniques au détriment de l'accompagnement.

1.1.8 Le plan périnatalité 2004

Ce plan, présenté par le Ministre de la Santé et de la Protection sociale en novembre 2004 s'appuie sur les différents rapports d'experts ainsi que sur le souhait des femmes et des couples d'un environnement de la naissance plus à l'écoute de leurs préoccupations. Il s'inscrit également dans le contexte de la Loi relative à la politique de Santé Publique qui prévoit de réduire la mortalité périnatale à un taux de 5,5 pour 1000 et la mortalité maternelle à un taux de 5 pour 100 000. « Il comporte une série de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Il vise également à améliorer la connaissance du secteur et à mieux connaître les professionnels qui y travaillent. » lit-on dans sa présentation.

La mesure nouvelle de ce plan et qui était préconisée dans le rapport de la mission périnatalité est constituée par **l'entretien individuel du 4^e mois** qui « sera systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes, aux futurs parents, au cours

¹ Mission périnatalité, BREART G., PUECH F., ROZE J-C, septembre 2003.

² Etats Généraux de la naissance, Conclusions, juin 2003.

du 4^e mois, afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant. »

Le caractère novateur de ce plan par rapport aux deux précédents est de donner une grande importance aux mesures « pour plus d'humanité, de proximité » .

Deux préconisations nous intéressent plus particulièrement dans ce plan , ce sont :

- la meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance avec le renforcement ou la mise en place de véritables collaborations médico-psychologiques. Le recrutement de psychologues en maternité est prévu.
- le soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité. Le rapport du HCSP est explicitement cité comme référence et les mesures proposées couvrent effectivement les champs social et sanitaire dans le but de favoriser l'accès à un suivi de grossesse. La mobilisation de dispositifs existants est préconisée : programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins ou PRAPS, permanences d'accès aux soins de santé ou PASS, interprétariat.

1.1.9 Le travail de planification en cours :

L'élaboration du **Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de troisième génération** ou SROS III, selon les orientations fixées par la circulaire 2004/101 du 5 mars 2004, constitue l'un des axes importants du travail, actuellement, dans les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) et les services déconcentrés de l'Etat. Les médecins inspecteurs de santé publique sont impliqués dans cette tâche, ils concourent à effectuer l'état des lieux concernant l'offre de soins au regard des besoins, ils animent les réunions avec les partenaires et rédigent les compte rendus qui serviront de base pour l'élaboration du document final.

Deux concepts novateurs apparaissent dans ces SROS : le territoire et les objectifs quantifiés. Les secteurs sanitaires sont remplacés par les territoires, l'objectif d'une telle réforme est de permettre d'identifier des territoires pertinents pour l'organisation des soins dont les frontières tiennent compte des réalités locales, indépendamment des limites administratives (départements ou régions). Le SROS fixe les grandes orientations stratégiques de l'évolution de l'offre de soins en fonction de l'évaluation régionale et territoriale des besoins de santé. Il comporte une annexe qui précise les objectifs quantifiés de l'offre de soins dans chaque territoire de santé par activité de soins y compris les sous la forme d'alternative à l'hospitalisation, le développement des réseaux de santé est incité.

La périnatalité fait l'objet d'une circulaire spécifique qui constitue l'un des volets obligatoires du SROS III.

A côté du SROS destiné à structurer l'offre de soins, existe un autre outil de planification sanitaire : **le plan régional de santé publique** ou PRSP. Celui-ci définit les objectifs et les priorités de santé publique dans chaque région. La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique donne un cadre réglementaire au PRSP et prévoit qu'il soit arrêté par le préfet de région après avis de la conférence régionale de santé. Cette loi prévoit une articulation étroite entre SROS et PRSP, le SROS devant prendre en compte les objectifs du PRSP. D'autre part, la circulaire DGS/SD1 n°2004-454 du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique demande un rapprochement des démarches du soin et de la santé publique afin de rendre SROS et PRSP complémentaires, un point d'étape global est fixé pour septembre 2005. Ce dispositif propose une démarche intégrant l'ensemble de la prise en charge, depuis la prévention jusqu'à la délivrance des soins sur la base d'un diagnostic régional partagé avec une déclinaison par territoire de santé. Dans les services déconcentrés de l'Etat, le médecin inspecteur de santé publique participe à l'élaboration des SROS et du PRSP,

L'élaboration des **Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins** (PRAPS) de deuxième génération sollicite également la participation des DDASS et des DRASS. L'objectif des PRAPS est de mieux combattre l'ensemble des difficultés d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité, ils ont été prévus par l'article 71 de la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Conduisant à une réflexion sur les déterminants de la santé, les PRAPS peuvent apporter un éclairage sur l'impact sur la santé des autres politiques sectorielles de l'Etat. Il n'ont donc pas pour vocation à créer ex nihilo un dispositif, mais à évaluer les réussites locales, les manques, les compléments à apporter, en un mot, à coordonner et à améliorer l'efficacité du système sanitaire et social de manière à ce qu'il réponde mieux aux besoins des populations en situation de précarité ¹. Le PRAPS est un outil d'aide au changement. Il vise à décloisonner les politiques sectorielles ayant un impact sur la santé et les pratiques professionnelles. L'articulation des PRAPS avec l'ensemble des programmes régionaux doit être systématiquement recherchée.

1.2 La situation de la région Ile de France

1.2.1 Des besoins régionaux importants

Les données socio-démographiques : la région Ile de France est une région jeune et peuplée, elle accueille plus de 11 millions d'habitants, soit 18,67% de la population

¹ Synthèse des PRAPS, TRONCHET C., DIRECTION GENERALE de la SANTE, 2001.

française (données Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques ou INSEE au 1^{er} janvier 2001).

La région est divisée administrativement en 8 départements : le département de Paris (75), 3 départements en petite couronne (92, 93, 94) et 4 départements en grande couronne (91, 95, 77, 78). La région Ile de France est une région jeune : on recense 25,2% de moins de 20 ans contre 24,6% dans la population française.

Le nombre de femmes en âge de procréer est important, le poids de cette population dans la population totale est supérieur à la moyenne nationale (26,8% contre 24,7%), cette proportion est relativement constante sur la région.

Le taux de fécondité (nombre de naissances pour 1000 femmes de 15 à 49 ans) en Ile de France est supérieur à la moyenne nationale et situe sur ce point cette région au premier rang des régions françaises. La rapide augmentation des naissances observée en Ile de France jusqu'à 2000 inclus a tendance à se ralentir depuis cette date, entre 2000 et 2002 ce chiffre est resté globalement stable autour de 174 000 naissances par an. D'après l'enquête DGS INSERM 1998, la proportion de femmes de plus de 35 ans est significativement plus élevée en Ile de France (17,9%) que sur le reste du territoire (14,7%). La proportion de mères de moins de 20 ans en Ile de France a baissé d'un peu plus de 20% entre 1992 et 1997 comme dans le reste de la France. En 1998, cette proportion est de 1,7% de l'ensemble des mères donc inférieure à la moyenne nationale (France métropolitaine : 2,5%) avec des disparités départementales (2,7% en Seine-Saint-Denis et 1% dans les Hauts-de-Seine).

Le niveau d'études supérieur au baccalauréat est plus élevé en Ile de France : 51,7% du total et surtout à Paris (68,2%) qu'en France entière (42,6%)¹ mais cette région rassemble les extrêmes en terme de situation socioprofessionnelle. La précarité se développe dans la région, 9,4% des ménages franciliens sont concernés par les minima sociaux (au 31/12/2001), les ménages pauvres représentent près de 13% des ménages franciliens . Selon le rapport de la Mission Interministérielle sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale sur l'état de la pauvreté et de l'exclusion sociale en Ile de France, les zones les plus marquées se situent au nord de Paris, au nord des Hauts-de-Seine, au sud-est du Val d'Oise et sur la quasi totalité de la Seine-Saint-Denis¹.

Les indicateurs de santé sont le reflet des difficultés de la région en périnatalité : la mortalité maternelle et infantile y sont supérieures à la moyenne nationale.

Si l'on rapporte le nombre de décès maternels au nombre de naissances vivantes (taux pour 100 000 naissances), les taux bruts en Ile de France pour la période 1995-1999 est

¹ Enquête Nationale Périnatale 2003, MINISTERE des SOLIDARITES, de la SANTE et de la FAMILLE, INSTITUT NATIONAL de la SANTE et de la RECHERCHE MEDICALE.

nettement supérieur au taux national (13,2 contre 10). Le niveau de mortalité maternelle reste plus élevé même lorsque l'effet de structure par âge des naissances est gommé.

Le taux de mortalité infantile francilien est de 4,9 décès d'enfants de moins de 1 an pour mille naissances vivantes alors qu'il est de 4,5 pour mille pour la France métropolitaine. De plus, il y a de fortes disparités départementales, la situation est particulièrement défavorable en Seine-Saint-Denis et à Paris.

L'Enquête Nationale Périnatale 2003 ne relève pas de différence significative entre l'Ile de France et les autres régions pour les taux de prématurité et de poids de naissance inférieurs à 2500g.

Concernant l'adéquation du niveau de prise en charge au risque, la région Ile de France se situe à un niveau moyen par rapport aux autres régions de France : en 2000, 25% des enfants de poids de naissance insuffisant sont nés en maternité de type 1 contre 27% en France métropolitaine, et 28,5% des enfants nés de naissance multiple contre 33% en France métropolitaine ¹.

Les données sur les suivis de grossesse issues de l'enquête périnatale 2003 montrent que les surveillances prénatales comprenant moins de 7 consultations sont peu nombreuses en Ile de France (9,2%) et varient peu sauf en petite couronne : 12 ;1% ².

La préparation à la naissance est moins fréquente en Ile de France (63,7%) et surtout en petite couronne (59,1%) qu'en France où elle est de 66,6%.

1.2.2 Une offre de soins sous tension

Le nombre de maternités est passé de 145 en 1998 à 110 en 2003, cette baisse correspond à la fermeture de maternités de niveau I situées dans des établissements privés.

Les capacités ont évolué également vers la baisse, passant de 5254 lits et places en 1999 à 4713 lits et places en 2004, soit une diminution de 10% sur la région en 5 ans.

La répartition géographique reste inégale, le taux d'équipement (rapporté à la population de femmes en âge de procréer) est en moyenne de 1,62 pour la région, il varie de 1,23 en Seine et Marne à 1,95 à Paris. Cette inégalité apparaît encore plus criante entre les territoires : 2,59 pour Paris Est à 1,2 pour les territoires de Seine et Marne et 1 pour Villejuif (94) et Yerres/ Villeneuve Saint Georges (91) (source inventaire Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales ou DRASS).

¹ Schéma régional de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion d'Ile de France-2003, DRASSIF.

² Le réseau des maternités entre 1996 et 2000, DIRECTION de la RECHERCHE, des ETUDES, de l'EVALUATION et des STATISTIQUES, mars 2003.

Les niveaux d'activité des maternités de la région sont très hétérogènes. 36 établissements ont réalisé moins de 1000 accouchements, 23 entre 1000 et 1500, 20 entre 1500 et 2000, 25 entre 2000 et 2500 et 6 plus de 2500 (source Statistiques d'Activité des Etablissements- SAE 2003). L'activité globale des maternités a augmenté de 1,47% entre 1999 et 2002 (nombre de Résumés Standardisés d'Activité- RSA séjours de plus de 24h du pôle Obstétrique). Cette augmentation d'activité est surtout portée par les établissements publics, les cliniques privées ont subi une réduction de capacité autorisées de 23%, les Hôpitaux Privés Participant au Service Public ou PSPH ont eu, quant à eux, une progression du nombre de lits et places autorisées de 15%.

On note une tension vive sur certains établissements avec des difficultés d'inscription, une diminution de l'offre de suivi prénatal et des sorties très précoces. D'après les données du réseau sentinelle AUDIPOG ¹, le taux de sorties précoces en Ile de France est significativement supérieur à la moyenne nationale en 2001, le taux de sortie avant ou à 3 jours pour les accouchements par voie basse est de 15,7% pour une moyenne nationale à 7% et le taux de sortie avant ou à 5 jours pour les césariennes de 14,5% pour une moyenne nationale à 6,9%.

Ces tensions se retrouvent en amont et en aval des établissements sans véritable organisation régionale :

- les réseaux inter hospitaliers se sont essentiellement développés, depuis 1998, autour des transferts in utero, ils sont centrés sur les maternités de type III. Certains réseaux ont développé aussi des spécificités, comme le réseau du Sud et Ouest francilien pour la prise en charge des bébés à risque de handicap. Quelques réseaux ville hôpital se sont structurés comme le Réseau Médico-Psycho-Social du 92 Nord .
- les services de PMI sont organisés et dotés de façon disparate entre les départements, certains centres de PMI estiment ne pas pouvoir assumer des prestations actuellement non couvertes par certains établissements hospitaliers (suivi prénatal de grossesses pathologiques à domicile...).
- Il n'y a qu'un seul établissement de soins de suite et de réadaptation en périnatalité en Ile de France, la création d'un second centre axé sur les problèmes de toxicomanie dans le cadre de la périnatalité est prévu.
- L'Hospitalisation à Domicile ou HAD est plus développée en Ile de France que dans les autres régions, 2350 places en 2002 soit la moitié des capacités de la France métropolitaine. Cette HAD en périnatalité est marquée par une grande disparité , tant

¹ La santé périnatale en 2002-2003 : évaluation des pratiques médicales, Réseau National d'Information sur la Naissance, avril 2004.

géographique que statutaire (privé à but lucratif, public), structurelle (sages-femmes salariées ou libérales avec présence ou non d'autres catégories professionnelles). Elle est majoritairement organisée vers le suivi du post-partum. Ces structures sont inégalement réparties dans la région.

- Les professionnels libéraux ont été traditionnellement peu impliqués et sont à présent réinvestis de fait dans des conditions à améliorer (formation, intégration dans un réseau)
- Les difficultés d'hébergement des femmes en situation de précarité entraîne des hospitalisations prolongées sans raison médicale faute de relais social.

La démographie médicale et paramédicale en périnatalité pose, au niveau régional comme au niveau national en général, des problèmes pour le fonctionnement des services ainsi que pour le suivi de la grossesse et du post-partum en ville. Les réalités démographiques constituent l'un des facteurs qui freinent l'accès au suivi de grossesse.

L'Ile de France compte 1263 gynécologues obstétriciens dont 714 hommes et 549 femmes, l'âge moyen est de 49,4 ans. Les trois-quarts exercent en secteur libéral, un quart en tant que salarié hospitalier, le rapport libéral/salarié est plus élevé que dans le reste de la France. La densité de gynécologues obstétriciens, rapportée au nombre de femmes de 15 à 49 ans, est plus élevée que dans le reste de la France (respectivement 43 contre 35 pour 100 000 femmes) mais cette densité est hétérogène selon les départements, elle passe de 30 pour 100 000 femmes dans le Val de Marne à 74,5 à Paris. Depuis 1999, la Gynécologie Obstétrique est filiarisée, les étudiants qui entrent dans cette discipline après le concours de l'internat deviendront gynécologues obstétriciens. Cette évolution est favorable à l'Ile de France qui voit ses effectifs d'étudiants doubler en moins de 4 ans : 17 postes au concours internat en 1999-2000 et 42 en 2003-2004.

Le nombre de sages-femmes en Ile de France est de 2703 pour 15 122 en France métropolitaine soit 18% et une densité de 91 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans (densité nationale de 104). Il existe de grandes variations géographiques : 153 à Paris contre 64 dans le Val de Marne. La féminisation en Ile de France est de 99,4%. La part de sages-femmes libérales croît depuis une dizaine d'années, après une forte réduction, pour atteindre environ 14% de l'effectif. Les quotas de formation sont en augmentation avec une perspective de gonflement des sages femmes en fonction dans quelques années.

De grosses difficultés de recrutement existent actuellement pour les métiers de pédiatres néonatalogistes, d'anesthésistes en maternité, de puéricultrices, d'infirmières en néonatalogie, le manque de personnel est souvent à l'origine de non ouverture de lits autorisés ou de fermeture de lits durant les congés du personnel. Le faible nombre de

postes à l'internat en pédiatrie et en anesthésie-réanimation, relativement à l'étendue des besoins laisse craindre des tensions dans quelques années (source fichiers Adeli, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, 2002).

1.3 L'émergence d'un problème : des femmes et des enfants en situation de précarité

1.3.1 Données socio-démographiques

Le niveau de vie de la population française a progressé de façon spectaculaire à la fin du XX^e siècle mais cet enrichissement global n'a ni éradiqué la pauvreté ni supprimé les inégalités. Dans les années quatre-vingt, la montée de la « nouvelle pauvreté » a mis en lumière les failles de l'Etat providence et du système sanitaire. L'exclusion d'une partie de la population est devenue encore plus visible au début des années quatre-vingt dix : la mendicité a envahi les grandes villes, les formes les plus extrêmes de l'exclusion ont été relayées par les médias. Récemment, l'incendie d'un hôtel social dans lequel plusieurs enfants sont décédés a attiré l'attention du grand public sur la précarité de familles pouvant mettre en danger parents et enfants. Le phénomène semble s'installer dans la durée et même prendre de l'ampleur, la persistance d'un taux de chômage important apparaît inéluctable.

Cependant, les personnes les plus en difficulté sont difficiles à cerner dans les enquêtes générales. Les indicateurs de la pauvreté ne permettent pas de saisir « les multiples dimensions et la diversité des situations de précarité et d'exclusion »¹ dont « les causes et les effets vont bien au-delà de la population des exclus. »² Il est donc important de clarifier les concepts d'exclusion sociale, de pauvreté et de précarité, nous nous appuyons sur les définitions apportées par les deux ouvrages cités dans ce paragraphe.

L'exclusion est un processus social qui commence par une privation précise : exclu du droit à l'emploi, au logement, cette rupture ne devient dangereuse que parce qu'elle active et révèle d'autres fragilités présentes dans l'histoire de l'individu ou des populations. En fait, l'exclusion pose bien d'autres problèmes que la seule absence de ressources financières qui peut être compensée par des aides financières. Le problème essentiel est que l'exclusion est intimement liée à des sentiments d'inutilité sociale et de dévalorisation de soi qui entraînent une intense souffrance psychique et la difficulté à s'insérer dans un

¹ Synthèse des PRAPS, TRONCHET C., DIRECTION GENERALE de la SANTE, mai 2001.

² La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, Haut Comité de la Santé Publique, 1998.

tissu relationnel. Le rapport du HCSP estime le nombre d'exclus à environ 0,4-0,5% de la population française soit au maximum 300 000 personnes (chiffres de 1998).

La pauvreté est définie comme l'état d'une personne ou d'un groupe qui dispose de peu de ressources, il s'agit d'une définition relative par rapport à un seuil qui varie selon les époques et les pays. Dans notre pays, le seuil de pauvreté correspond à la moitié du niveau de vie médian, soit 11% des ménages ou 5 millions de personnes d'après le rapport du HCSP. Les études de l'INSEE révèle quelques caractéristiques des ménages en situation de pauvreté monétaire : la composition du revenu des ménages pauvres révèle une forte dépendance par rapport aux prestations sociales, le taux de pauvreté est particulièrement élevé pour les familles monoparentales et lorsque la personne de référence (majoritairement une femme) a moins de 25 ans (19,7%). Le seuil de grande pauvreté correspond, quant à lui, au tiers du niveau de vie médian.

La précarité est définie comme l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits. Le HCSP estime qu'environ 20 à 25% de l'ensemble de la population française, soit 12 à 15 millions de personnes sont touchées par la précarité.

1.3.2 Données qualitatives

Les situations de précarité que connaissent un nombre croissant de personnes et de familles sont le résultat de transformations structurelles dont les effets sur les trajectoires individuelles- professionnelles et familiales - se manifestent dans la durée. La précarité ne peut s'envisager uniquement sur la base d'indicateurs objectifs immédiatement repérables tels que : la perte d'un emploi , la perte des droits sociaux ou de l'accès aux soins. Les processus de précarisation résultent de situations intriquées, de fragilisations réciproques, de ruptures en chaîne qui peuvent mener jusqu'aux portes de l'exclusion. La faillite de l'insertion, l'absence de reconnaissance sociale et l'impossibilité de donner du sens à l'avenir portent atteinte à la construction de l'identité, et au-delà, à la santé en favorisant l'émergence de conduites à risques, de violences, d'addictions... Dans les faits, ces processus de précarisation se manifestent toujours à travers des configurations particulières où interfèrent histoire personnelle, milieu social, niveau de formation et de qualification, réseaux d'appartenance et valeurs de référence. Par là même, les situations vécues donnent lieu à des interprétations et à des stratégies différenciées. Ces processus peuvent se traduire par un cumul de handicaps ou de difficultés menant vers l'exclusion,

ou au contraire donner lieu à des tentatives de réappropriation des situations permettant de neutraliser ou de compenser les expériences de fragilisation.

Nous employons le terme de femmes en situation de précarité qui nous paraît plus adapté que celui de femmes précaires au caractère processuel, non figé, de la précarité ainsi qu'à la diversité des trajectoires personnelles.

1.3.3 Les difficultés rencontrées à la sortie de maternité

Lorsque la mère se retrouve sans logement, sa sortie de maternité est problématique pour elle et son enfant mais aussi pour l'équipe soignante qui n'a pas de solution à lui proposer. En effet, il n'y a pas de structure spécialisée dans l'accueil des femmes en post-partum pour lesquelles aucune solution n'a pu être élaborée durant la grossesse. La plupart du temps, les équipes se tournent vers le « 115 », le numéro d'appel au SAMU social qui délivre une prestation « a minima » de mise à l'abri, en général dans un hôtel social pour quelques nuits. Il existe environ 8 000 lits d'hébergement d'urgence sur l'Île de France dans différents types de structures : centres d'hébergement d'urgence ou CHU, hôtels sociaux, centres d'hébergement et de réinsertion sociale ou CHRS qui disposent de quelques places d'accueil en urgence. L'accueil de mères avec leur enfant fait l'objet d'une attention particulière de la part du SAMU social qui les oriente plutôt vers un hôtel social qu'en CHU où la promiscuité peut soulever des difficultés. n'est pas évidente. Les mères « demandeurs d'asile » sont orientées vers un CHU spécialisé : l'AUDA, les déboutés du droit d'asile sont dirigés vers le 115.

2 RESULTATS ET ANALYSE

2.1 Méthodologie

Pour tenter d'analyser les questions qui se posent à la sortie de maternité pour les mères en situation de précarité, nous avons choisi de rencontrer des femmes ayant rencontré ces difficultés ainsi que des professionnels ayant affaire à ces questions et travaillant dans le champ sanitaire ou social.

Au total, nous avons mené quinze entretiens au cours desquels nous avons interrogé dix-sept personnes, deux entretiens s'étant déroulés avec deux professionnels appartenant au même corps de métier (deux puéricultrices de PMI et deux psychologues de centre maternel). Nous avons consulté : deux femmes en situation de précarité ayant accouché dans les mois précédents et présentées par une équipe de PMI (94), un médecin inspecteur de santé publique (75), un médecin obstétricien chef de service, maternité de niveau IIb (94); une sage-femme cadre de maternité de niveau I (75); un pédiatre néonatalogiste chef de service, maternité de niveau IIb qui va bientôt passer en niveau

III (92); une assistante sociale travaillant dans une maternité de niveau III (94); une assistante sociale travaillant dans un service d'obstétrique et en néonatalogie, niveau IIb (92); un pédo-psychiatre responsable de l'Unité mobile pluridisciplinaire (75); un pédiatre responsable des PMI au niveau d'un département (94); un pédiatre responsable d'une PMI (92); deux puéricultrices de PMI (94); une directrice de centre maternel (75); deux psychologues de ce centre maternel (75); un médecin épidémiologiste travaillant dans un Conseil Général (93). Il n'a pas été possible d'obtenir un entretien avec un membre de l'équipe du service hospitalier recevant des femmes enceintes et des jeunes mères pour des séjours de plusieurs semaines.

L'ensemble de ces interlocuteurs exercent dans des structures accueillant régulièrement des jeunes mères en situation de précarité, une organisation spécifique afin de répondre le plus possible à leurs difficultés y est prévue. Les deux maternités de niveau IIb ainsi que les deux centres de PMI où nous avons conduit les entretiens sont situés dans des quartiers défavorisés de banlieue.

Le pédiatre néonatalogiste, l'assistante sociale de maternité et de néonatalogie, le pédiatre de PMI font partie du Réseau Périnatal Nord 92.

Ces entretiens ouverts portaient sur les conditions de fonctionnement de la structure, le rôle de la personne interrogée, l'organisation mise en place pour les femmes en situation de précarité, les motifs de mise en place de ce système plutôt que d'un autre, les freins rencontrés, les relations et partenariats avec les autres acteurs de la périnatalité, les attentes des acteurs vis à vis de mesures spécifiques pour ces situations. Des notes ont été prises aussi précisément que possible afin de permettre l'analyse du contenu de ces entretiens.

Cette étude a été complétée par la participation à une « sortie périnatalité » organisée par Médecins du Monde, Mission banlieue, au cours de celle-ci nous avons rencontré des jeunes mères appartenant à la communauté des Roms et vivant dans un camp en banlieue parisienne (93). L'équipe pluridisciplinaire de cette mission était composée d'une sage-femme, d'un pédiatre, d'une infirmière puéricultrice, d'une médiatrice et d'une interprète.

Les personnes interrogées ont été choisies en fonction de leur action dans le domaine de la précarité après les avoir rencontrées dans les réunions d'élaboration du SROS périnatalité, au niveau territorial et régional, ou dans le groupe de travail périnatalité et précarité de la DRASSIF auxquels nous avons participé. Nous avons rencontré des acteurs du champ sanitaire : médecins, sage-femme et assistantes sociales, ainsi que des acteurs du champ médico-social : pédiatres et puéricultrices de PMI, directrice et psychologues d'un centre maternel, médecin épidémiologiste d'un Conseil Général. Nous avons également rencontré un médecin inspecteur de santé publique ayant plus particulièrement à traiter du dossier de la précarité dans ses missions. Ces questions

touchant à la fois le domaine des soins ainsi que celui des dispositifs sociaux, il nous est apparu impossible de nous limiter à une approche exclusivement sanitaire ou sociale du problème, c'est pourquoi nous avons rencontré des professionnels des deux secteurs : sanitaire et médico-social

Notre étude concerne quatre départements de l'Île de France : le Val de Marne, la Seine Saint Denis, les Hauts de Seine et Paris.

2.2 Les représentations de la précarité pour les professionnels

Les problèmes rencontrés lors de la sortie de maternité de jeunes mères en situation de précarité sont différents selon que la jeune mère est sur le point de sortir ou déjà sortie. Dans le premier cas, c'est essentiellement l'absence de logement qui constituera l'urgence pour le service d'obstétrique et qui conduira à la prolongation du séjour tant qu'une solution sociale ne pourra prendre le relais de l'accueil hospitalier. Dans le second cas, c'est la qualité du lien mère-enfant qui est source de préoccupation pour les puéricultrices ou sages-femmes intervenant à domicile ou dans la structure d'hébergement. A ce titre, les mères mineures bénéficient aussi d'une attention particulière même lorsqu'il y a un hébergement familial.

Les professionnels de la périnatalité que nous avons interrogés sont apparus très mobilisés par cette question de la précarité qui se pose régulièrement à eux dans la pratique. Dans cette deuxième partie du mémoire, nous restituons le contenu des entretiens que nous avons menés avec une analyse qui reste brève étant donné le peu de temps dont nous avons disposé. Il nous est apparu important, dans ce travail, de passer par les représentations du problème que se font les acteurs car il nous semble que celles-ci conditionnent leurs propositions. Nous avons également donné une place aux propos de jeunes mères qui ont vécu cette situation car, de notre point de vue, ces témoignages sont à prendre en compte dans l'élaboration d'une politique de santé publique

2.2.1 L'insécurité des professionnels

Lorsque l'on pose la question aux professionnels travaillant en maternité : comment définiriez-vous la précarité à partir de votre pratique ? leurs premières réponses témoignent de leur propre inquiétude et de leurs difficultés à gérer ces situations. Le principal danger pour ces professionnels réside dans le fait qu'ils ne peuvent mettre en route les procédures de soins ou de prévention habituellement indiquées quand les femmes en situation de précarité rentrent tardivement dans le suivi de grossesse (à partir de 7 mois de grossesse) ou refusent un suivi psychologique. Pour eux, les difficultés rencontrées au moment de la sortie de maternité sont liées à leur impossibilité de travailler, durant la grossesse, des projets pour ces jeunes mères et leur enfant. Nous

parlons de professionnels et pas seulement de soignants car les assistantes sociales de maternité se trouvent elles aussi confrontées à ces difficultés.

Il apparaît bien à la lumière de ces entretiens que les professionnels confrontés à des femmes enceintes ou jeunes mères en situation de précarité sont aussi en situation d'insécurité. « On est toujours sur la corde raide, on vit nous aussi dans l'angoisse du lendemain » explique une assistante sociale en évoquant la recherche d'un toit pour les femmes sortant de maternité. Le risque est différent selon la position que chacun occupe dans le dispositif sanitaire et social.

Pour les assistantes sociales hospitalières le risque majeur est d'avoir à trouver un hébergement en urgence pour une femme venant d'accoucher. Dans ces situations, les assistantes sociales contactent en premier lieu les structures offrant un hébergement sur une durée de plusieurs mois « parce que c'est plus correct de leur offrir un endroit où elles pourront se poser et s'occuper de leur enfant ». Dans la quasi totalité des cas, elles essuient un refus de ces structures qui sont surchargées de demandes et qui n'accueillent pas de femmes en urgence. Ces démarches mobilisent beaucoup de temps et d'énergie de la part des assistantes sociales qui finissent, au bout de quelques jours par se résigner à « faire le 115 », c'est à dire appeler le SAMU social « ce n'est pas une bonne solution, la femme devra rappeler souvent, ils accordent un hébergement pour 3 nuits. ». L'une d'elles résume ainsi ce qu'elle vit dans ces moments : « C'est la galère aussi pour nous (travailleurs sociaux). Des fois, j'ai l'impression de me prostituer pour trouver une place ». « En plus, les femmes croient qu'on a le pouvoir de leur trouver quelque chose, elles pensent qu'il n'est pas possible dans la société française de laisser une mère et son enfant à la rue ». Entre la toute puissance qui leur est accordée par les jeunes mères et la pénurie de logements sociaux, les assistantes sociales se sentent découragées. « C'est décourageant, on repart toujours de zéro, depuis des années qu'on dénonce cette situation." La difficulté de leur position ne se résume pas à trouver un hébergement en urgence pour les femmes sans domicile fixe ou SDF. En effet, l'assistante sociale hospitalière reste référente de la mère sans domicile fixe y compris lorsqu'une solution d'hébergement transitoire a été trouvée. car, dans ce cas, il n'y a pas d'assistante sociale de circonscription pour prendre le relais du suivi social puisque la femme n'a pas de domicile (donc pas de circonscription de référence). « Il y a une mère qui a laissé sa poussette dans mon bureau durant plusieurs semaines car elle n'avait pas de lieu fixe où la mettre, tous les jours, je voyais cette poussette, je me demandais où elle en était ».

Face à ces situations de crise, l'ensemble du service d'obstétrique est mobilisé et le séjour est rallongé de quelques jours par rapport à la durée moyenne de séjour. Tous les professionnels interrogés s'accordent à dire « qu'on ne peut mettre une femme dehors

sans solution d'hébergement , appeler le 115, c'est vraiment le minimum. « , l'obligation d'assistance à une jeune mère apparaît à tous comme une évidence indiscutable.

2.2.2 Des situations problématiques

Les obstétriciens sont dans une position différente mais également problématique quand la femme enceinte se présente à la maternité sans avoir été suivie, dans les dernières semaines de sa grossesse voire pour accoucher. Ils n'ont pu effectuer un bilan dans les délais habituels et prévoir de mettre en œuvre les moyens adaptés au risque éventuel que présente la situation.

Leur sentiment d'insécurité est corroboré par certains indicateurs de santé périnatale. A ce titre, les premiers résultats d'une « Etude de faisabilité de la mise en place d'indicateurs périnataux en Ile de France à partir des premiers certificats de santé » menée par l'INSERM U 149 pour la commission régionale des naissances ou CRN sont tout à fait intéressants. Ils ont été présentés puis discutés lors d'une réunion du SROS périnatalité régional. Ils montrent que 60% des femmes qui accouchent avant 34 semaines et qui sont issues de milieux socio-économiques défavorisés accouchent dans un établissement de niveau III contre 80% pour les femmes issues de milieux socio-économiques favorisés. Dans ce groupe de travail, un médecin responsable des SMUR pédiatriques a évalué à plus de 600 le nombre de transferts annuels de prématurés nés avant 32 semaines dans des établissements de niveau I ou IIa, la mère s'étant présentée trop tard pour qu'un transfert in utero puisse être réalisé (nous avons évoqué précédemment les bénéfices reconnus en terme de santé pour l'enfant des transferts in utero). Ces chiffres représentent la situation en Ile de France pour une année et ils n'ont pas tendance à diminuer.

Lorsque l'accueil des femmes en situation de précarité a pu être préparé, leur séjour en maternité, puis leur sortie, sont vécues de manière beaucoup plus sereine par l'ensemble des professionnels de la naissance. Leur accueil est revendiqué comme une tâche noble du service public. « Nous recevons en majorité des femmes qui n'ont pas de problèmes, des grossesses désirées, c'est tout à fait normal que nous recevions des femmes en difficulté, nous voulons participer à l'effort régional et prendre notre part » explique la sage-femme cadre d'une maternité parisienne qui réserve un quota de places pour ces femmes. Dans ce cas, les futures mères sont adressées par les PMI dans le cadre d'un dispositif défini par avance. « On les entoure, pour une fois, on s'occupe d'elles, elles peuvent souffler, on les garde plus longtemps après l'accouchement, elles sont chouchoutées » L'insécurité des soignants qui accompagne l'arrivée en urgence d'une femme en situation de précarité n'apparaît pas dans les propos de cette sage-femme cadre même si elle décrit une trajectoire semblable : prolongement du séjour en post-partum, appel du 115 en l'absence d'autre solution.

2.2.3 Le cumul de problèmes sociaux et médicaux

La définition de la jeune mère en situation de précarité par chacune des personnes interrogées comprend plusieurs critères qui grosso modo se recoupent avec des particularités selon les fonctions.

Les assistantes sociales évoqueront plus particulièrement le manque de logement, de papiers, de ressources, les puéricultrices se montreront plus sensibles à la culture d'origine car les conduites de maternage varient selon les traditions familiales et culturelles. Il y a consensus sur la définition contenue dans le rapport du HCSP en 1998, à savoir l'absence d'une ou plusieurs sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires, dans le cas présent il s'agit des responsabilités maternelles, et de jouir de leurs droits fondamentaux. Les jeunes mères en situation de précarité n'ont pas de logement, pas d'emploi, beaucoup sont étrangères. Cependant, aucun de ces critères n'est significatif, c'est l'accumulation de ce type de problèmes sociaux avec une absence de soutien familial et parfois des problèmes de santé qui infléchissent leur trajectoire vers la précarité. Le groupe régional de travail pour l'élaboration du SROS a décidé de formuler une définition large de la précarité afin de pas favoriser de nouvelles exclusions des dispositifs prévus pour des femmes qui ne répondraient pas aux critères définis mais qui n'en seraient pas moins en situation de précarité.

Les professionnels rencontrés ont décrit les difficultés rencontrées par les jeunes mères en situation de précarité essentiellement sur un mode qualitatif, nous allons reprendre plus en détail ce qu'ils disent à propos des deux problèmes les plus importants de leur point de vue : le manque de logement et la difficulté à établir un lien mère-enfant.

Le manque de logement stable est certainement le problème crucial. L'errance peut avoir débuté après un rejet de la part de parents qui n'acceptent pas la grossesse de leur fille, de la part d'un mari qui répudie sa femme après avoir appris qu'elle est séropositive. Les histoires sont multiples avec deux points communs : le rejet et l'absence de solidarités familiales. Toutes les personnes interrogées relèvent que les solidarités liées aux origines géographiques, qui étaient autrefois importantes, semblent aujourd'hui extrêmement réduites dans ces problématiques de femmes récemment accouchées. Certains professionnels se demandent si le fait d'accorder des aides dans ces situations ne contribue pas à ce mouvement. A. Lazarus souligne cette évolution des solidarités : « nous voulons aller plus loin dans la solidarité vis-à-vis des personnes précaires par les institutions, mais nous n'avons pas encore reconstruit les modes de vie et les coutumes

qui nous permettent d'y répondre directement. » ¹ Les assistantes sociales peuvent d'ailleurs être amenées à rappeler aux pères leurs obligations, prévues par la loi, vis à vis de leur enfant. Un certain nombre de ces jeunes mères ont été accueillies par un membre de leur famille ou une connaissance durant leur grossesse mais cette solution n'est plus envisageable avec un enfant « Tant que cela ne se voyait pas ça allait, après j'ai eu la vie dure »

Les équipes de PMI sont confrontées non à l'absence de logement mais à des logements inadaptés : exigus, insalubres ou à des squatts.

Les femmes étrangères sont nombreuses, une assistante sociale cite les résultats d'une étude effectuée par le service social de l'AP-HP du 1^{er} au 30 juin 2001 sur 11 hôpitaux de Paris et de la banlieue sur « les 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 ». Dans cette étude, 87% de ces femmes viennent de l'étranger et dans une proportion importante (sans plus de précisions) d'Afrique noire.

Les puéricultrices différencient les mères en fonction de leur pays d'origine : « Les femmes qui viennent d'Afrique Noire ont des problèmes financiers, elles vivent dans les squatts de la rue X, mais elles sont solidaires entre elles. Elles vivent dans de très mauvaises conditions mais leurs bébés sont propres, elles s'en occupent bien. Pour l'allaitement, on aurait des leçons à prendre. Cela vient de leur culture. Nous la population qui nous pose problème, c'est celle des jeunes magrébines dans la cité Y. Des jeunes français issus de l'émigration, qui ont fait des bêtises, se tournent vers la religion, ils vont chercher une jeune fille au pays, elles sont voilées, enfermées chez elles, elles ne parlent pas le français, il faut un interprète. Elles sont déprimées et les enfants ont des problèmes ». Ces réflexions rejoignent celles du HSCP dans son rapport de 1998 quand il note la variabilité des réactions face aux événements précarisants. Les africaines vivant dans les squatts et dont la plupart sont sans papiers sont dans une situation objectivement plus précaire que les jeunes magrébines vivant dans une cité mais l'isolement de ces dernières constitue le post-partum comme une période de risque pour l'instauration de la relation mère-enfant. Comme le souligne A. Lazarus dans l'article précité : « La précarité ne concerne pas seulement les plus exclus. Le phénomène de la précarité ne s'arrête pas seulement aux populations les plus marginales ».

Dans certains cas, la précarité réside dans **la difficulté à établir un lien mère-enfant**, nous venons de le voir. Cette problématique apparaît fréquente lorsque les jeunes mères sont mineures. « A la maternité, on a l'impression qu'elles s'occupent bien de leur bébé,

¹ Les conséquences de la précarité du point de vue sociologique, LAZARUS A., 2000.

mais ça ne tient pas quand elles rentrent chez leurs parents, et quand le nouveau-né est hospitalisé en néonatalogie, elles ne vont pas le voir, on a des appels des pédiatres ». Le déni de grossesse apparaît également plus fréquent chez les jeunes femmes de moins de 20 ans. A ce propos, une psychologue raconte l'histoire d'une jeune mère qui a été hospitalisée à la suite d'un accident de voiture, sa grossesse a été découverte, à sa grande surprise, à cinq mois lors des investigations réalisées à cette occasion. Lorsqu'elle en a parlé à ses parents, ils l'ont mise à la porte sans rien vouloir entendre ce qui l'a fait basculer dans la précarité. En cas de non mariage, le rejet des familles semble être beaucoup plus fréquent dans les familles musulmanes vivant en France que dans les autres selon les interlocuteurs que nous avons rencontrés.

Le post-partum constitue aussi une épreuve déstabilisante pour les mères toxicomanes et en situation précaire, la rencontre avec l'enfant réel moins gratifiant que le bébé thérapeutique qu'elles attendaient peut majorer leurs difficultés psychologiques et leur précarisation. «Quand elles sont enceintes, elles croient qu'elles vont être restaurées quand elles seront mères par un bébé espoir, porteur de vie, elles ont effectué des IVG (interruptions volontaires de grossesse) avant ». Ces problématiques semblent bien connues des équipes de PMI qui se sentent en mesure d'aider ces femmes qui acceptent de parler de leurs problèmes et de se faire aider sur le plan psychologique. «Les toxicomanes, maintenant, on sait s'y prendre, c'est pas le cas pour les alcooliques ».

Dans l'expérience des équipes de PMI, l'alcoolisme des jeunes mères est associé à des troubles psychologiques et souvent de problèmes sociaux. «C'est là qu'on a le plus de problèmes, on est dans le quart monde français, elles ne connaissent rien du corps ni des bébés, elles ne veulent pas parler de leur alcoolisme, c'est très difficile de les aider ». Ces femmes ont souvent subi elles-mêmes des placements dans leur enfance et toute intervention d'une assistante sociale est vécue comme une menace de placement pour leur enfant. Lorsque les équipes de PMI ont repéré des troubles de relation entre la mère/ou les parents et le bébé suffisamment inquiétants pour laisser penser que cette relation est précaire, toute la difficulté est de mettre en place un soutien psychologique. « Les familles les plus en difficulté pour des raisons sociales et psychopathologiques ne demandent pas d'aide, ne consultent pas dans le cadre habituel des CMP (centres médico-psychologiques) pour enfants, bien qu'elles soient souvent connues et adressées par les services médicaux et sociaux. » Dans ces situations, également, les équipes se sentent en situation de fragilité ne pouvant mettre des moyens de prévention ou de soins en regard d'une situation à risques.

2.2.4 La question des pères

Ils semblent absents dans le discours de nos interlocuteurs, mais le sont-ils réellement ou est-ce un effet des dispositifs d'aide qui sont plus spécifiquement orientés vers l'accueil mère-enfant ? Là encore, les réponses sont variables en fonction des places et fonctions de chacun. Les sages-femmes ne voient pratiquement jamais les pères en salle de naissance ou lors du suivi prénatal. Les assistantes sociales des mêmes services reçoivent, quant à elles, quelques pères « souvent pour leur rappeler leurs responsabilités, ce n'est pas à l'Etat d'assumer leurs charges », « les femmes les couvrent, elles trouvent que c'est déjà bien qu'ils reconnaissent leur enfant, elles ne veulent pas rentrer en conflit avec eux et leur demander plus ».

Par contre, les personnes travaillant dans un centre maternel côtoient beaucoup les pères « ils vivent souvent dans des foyers ou des squatts alors ils passent leurs journées au centre, officiellement ils ne sont pas là car il n'y a pas de prix de journée. » Les centres maternels reçoivent des femmes enceintes et jeunes mères avec leur enfant jusqu'au trois ans de celui-ci ¹, les séjours durent souvent plusieurs années et permettent aux personnels de mieux connaître ces mères.

A la lumière de ces réponses, peut-on penser que la distance des pères dans la période de périnatalité est déterminée par des raisons culturelles étant donné le fort taux de femmes d'origine africaine dans cette population ? Dans les faits, l'image de la femme seule en situation de précarité ne semble représenter qu'une partie de la réalité, dans un certain nombre de cas, il faudrait plutôt parler de couples en situation de précarité. Dans ce mémoire, nous parlons de mères ou de familles en fonction des éléments apportés par les entretiens, mais cette distinction nous apparaît imprécise dans la mesure où la même femme pourra être présentée comme une mère isolée ou en couple selon les interlocuteurs.

2.2.5 L'engagement des professionnels

La prise en charge de jeunes mères en situation de précarité demande aux professionnels une disponibilité importante. En effet, le système sanitaire a élaboré des procédures précises afin de garantir la qualité et la sécurité des soins. Ces procédures supposent que la femme enceinte entre suffisamment tôt dans le dispositif de soins pour que les soignants puissent évaluer les risques éventuels et mettre en place les mesures préventives et/ou thérapeutiques adaptées. En périnatalité, ce dispositif s'appuie essentiellement sur les 7 consultations et les 3 échographies prévues pendant la

¹ Guide du secteur social et médico-social, JAEGER M., 2004.

grossesse. Or, une femme en situation de précarité entre très rarement dans ce cadre, la déclaration de grossesse est rarement effectuée durant le premier trimestre, elle rencontre des difficultés à s'inscrire dans une maternité ce qui limite souvent le nombre de consultations prénatales et le manque de ressources ne lui permet pas de bénéficier d'échographies dans le secteur privé.

Lors des réunions SROS périnatalité, ces difficultés d'accès au suivi prénatal ont souvent été évoquées, la saturation des maternités qui ne peuvent recevoir toutes les demandes que ce soit en consultations ou pour des échographies pénalise en premier lieu les femmes en situation de précarité. Au cours de nos entretiens ainsi que des réunions de travail pour l'élaboration du SROS périnatalité, nous avons rencontré des professionnels tolérants pour ces jeunes mères qui n'ont pas accédé au suivi prénatal consensuel et qui les confrontent à des situations d'urgence médico-sociales au moment de l'accouchement ainsi qu'en post-partum. Leur priorité est d'organiser le fonctionnement du système sanitaire afin que ces femmes y soient accueillies dans de bonnes conditions, c'est-à-dire sans manifestations de rejet et avec une offre de soins qui soit adaptée au niveau de risque qu'elles présentent. "Il ne faut pas rêver, elles ne se présenteront pas au 4^e mois, mais au moins si elles ne sont pas renvoyées quand elles appellent ou quand elles se présentent en urgence pour un suivi prénatal, on pourra les connaître pendant leur grossesse et ainsi prévoir une solution pour la sortie de la maternité". Comme le note Isabelle Parizot : dans l'univers médical, "les intervenants agissent au nom d'une logique et de valeurs professionnelles, si bien que leur pratique n'est pas différenciée, dans sa forme ni dans sa signification, selon qu'elle concerne ou non des malades en situation de précarité." ¹

Cependant, il nous semble que le souci des professionnels dépasse le caractère strictement sanitaire de leur intervention car il ne s'arrête justement pas à la réalisation des actes médicaux concernant l'accouchement. Ils se préoccupent de ce qui va se passer à la sortie du service d'obstétrique et ils ne peuvent envisager qu'elles sortent du service d'obstétrique sans abri. Le danger réel que la rue représente pour un nouveau-né en est une raison, la "sympathie" pour la jeune mère en est une autre. Nous employons ici la notion de "sympathie" dans le sens où Maryse Marpsat l'emploie (son travail est cité lors de la rencontre sur l'accueil des femmes en grande exclusion de janvier 2005). Elle utilise cette notion "pour analyser les représentations des femmes sans domicile en tant que personnes à protéger particulièrement. Elle réunit un certain nombre de facteurs à même d'éclairer les raisons de la différence de regard et de pratiques à l'égard des

¹ Soigner les exclus, PARIZOT I., 2003.

hommes et des femmes sans domicile." ¹Les professionnels que nous avons interrogés nous ont, en effet, décrit ces jeunes mères en termes de personnes vulnérables, dépendantes de l'aide qu'on leur apporte du fait de leur statut de jeune mère, de la valeur morale que représente leur protection. Les équipes peuvent s'engager dans des prises en charge aux limites de leur capacité quand ce sentiment de « sympathie » est suscité lors de la rencontre avec la personne : « On a l'impression qu'on peut s'engager avec cette dame, alors on prend des risques ».

2.2.6 Représentations de la précarité par les femmes elles-mêmes

Nous avons rencontré deux femmes ayant vécu dans une situation de précarité durant leur grossesse, l'une d'entre elles a pu être admise dans un centre maternel au 7^e mois de grossesse, l'autre a vécu dans des hôtels jusqu'au 2^e mois de son enfant, soutenue par une assistante sociale de circonscription puis elle a bénéficié d'un logement social. La première d'entre elles que nous appellerons Magali a découvert sa grossesse à deux mois dans un contexte de vomissements importants ayant nécessité l'appel d'un médecin en urgence, elle venait d'avoir 18 ans. Magali entretenait alors une relation suivie avec son « copain » sans contraception et elle vivait chez ses parents, sans qualifications, elle était à la recherche d'un emploi. Lorsqu'elle a annoncé sa grossesse à ses parents, ceux-ci l'ont mise dehors prétextant qu'ils en avaient déjà assez fait et qu'ils n'allaient pas en plus « s'emmerder avec son gosse ». Elle a été hébergée quelques semaines chez la mère de son ami qui a accepté de prendre « ses responsabilités ». Ils l'ont aidé à prendre contact avec une assistante sociale qui a, immédiatement, effectué des démarches pour obtenir une place en centre maternel. « On n'avait pas d'argent, on pouvait pas se lancer dans la vie comme ça, il me fallait un centre pour commencer ». Elle décrit des sentiments d'inquiétude concernant son avenir durant sa grossesse « tant que je n'étais pas rentrée dans un centre, il ne fallait jurer de rien me répétait l'assistante sociale, ça me faisait peur car la mère de mon ami m'avait prévenu, pas question pour elle de me garder avec l'enfant ». Cependant, le sentiment de soulagement « d'être sortie de ma famille, vous pouvez pas savoir, quel soulagement ! du jour au lendemain, je me suis sentie mieux, disparues les angoisses ! ». « En fait, j'ai toujours eu confiance, c'était quelque chose de bien qui m'arrivait ! » Magali semble avoir vécu cette période de manière euphorique, s'appuyant sans difficultés sur les soutiens qui lui étaient offerts. Son ami l'a accompagnée tout au long de sa grossesse, « ça le rendait heureux lui aussi ». Ce qu'elle a apprécié le plus, c'est l'attention qu'on lui portait « j'étais devenue quelqu'un, c'était bien

¹ L'accueil des femmes en situation de grande exclusion, MISSION d'INFORMATION sur la PAUVRETE et l'EXCLUSION SOCIALE en Ile de France (MIPES), 2005.

la première fois qu'on me parlait comme à une dame, pour moi aussi j'étais devenue quelqu'un ». »Avant, j'avais rien réussi ! ». Elle a été admise dans un centre maternel au 8^e mois, « juste le temps de préparer la naissance, j'avais rien prévu avant, je n'y arrivais pas ». Dans cette structure, elle a bénéficié du soutien pluridisciplinaire du centre « Heureusement que j'ai été aidée, je savais pas m'y prendre avec un bébé, j'avais l'impression de pas l'aimer, les premiers jours, je pleurais beaucoup, et puis j'ai récupéré petit à petit, j'ai pris la main ! ». Le rôle préventif du centre maternel vis à vis des troubles de la relation mère-enfant a certainement contribué à soutenir Magali dans l'investissement de sa fonction maternelle.

Toute autre est l'histoire de Martha, celle-ci a eu un premier enfant qui est né prématuré (à 32 semaines d'aménorrhée), le père de cet enfant ne l'a jamais reconnu et n'a jamais aidé Martha d'une quelconque manière. Elle vivait alors en Guyane, dont elle est originaire, dans une grande pauvreté, très isolée et sans emploi. Elle est venue en France quand son fils avait 5 ans, croyant trouver plus facilement un travail et des aides pour son fils dont le retard de développement commençait à l'inquiéter. Sa sœur l'a accueillie quelques semaines, en dépannage, puis elle a suivi un homme qui lui a fait miroiter un mariage, la mésentente entre eux s'est rapidement installée et s'est aggravée quand elle s'est retrouvée enceinte. Elle s'est enfuie après avoir subi des violences, elle s'est réfugiée quelques temps chez sa sœur en sollicitant l'aide d'une assistante sociale de circonscription. Celle-ci lui a fourni des «bons d'hôtel» pendant plusieurs mois, ne pouvant solliciter une admission en centre maternel étant donné l'âge du premier enfant (supérieur à trois ans). « L'assistante sociale m'a dit qu'il n'y avait pas d'autre solution pour moi, ma sœur aussi, des fois j'avais vraiment faim, c'est pas évident de tout faire avec si peu d'argent, je devais faire plein de démarches pour trouver un logement et pour faire soigner mon fils, j'étais épuisée, je pouvais pas me reposer, j'avais peur d'avoir un autre enfant prématuré, en même temps ça me forçait à sortir sinon je serai restée toute la journée à pleurer sans rien faire, j'avais honte, personne ne voulait de moi. » Martha fait un lien entre cette deuxième rupture sentimentale et son abandon par son père : « Mon père, il a fait pareil, il a abandonné ma mère quand elle était enceinte de moi, aujourd'hui je n'ai plus que ma sœur, ma mère est morte quand j'avais quinze ans ». Elle avait seize ans quand son premier enfant est né. Martha s'étend peu sur son angoisse du lendemain, probablement par pudeur et peut-être aussi par crainte d'un placement de ses enfants. « Mes enfants, ils n'ont jamais manqué de rien, je préférerais me priver de manger ». La solution de l'hôtel : « c'est un toit, c'est déjà énorme, mais on ne peut y rester dans la journée avec un enfant, il ne peut pas bouger ». Ses seuls contacts étaient cette assistante sociale et les soignants de son premier fils : « tout le monde a essayé de m'aider, ça m'a aidé à tenir ». L'accouchement : « j'étais seule, j'avais peur que ça se passe mal, quand j'ai vu que le bébé était en bonne santé, j'ai été très heureuse, c'était le

signe que tout allait mieux se passer pour moi, un signe de ma mère peut-être. » L'investissement du nouveau né a été massif : « Mon bébé, c'était tout pour moi, tout ce que je possédais et je voulais tout lui donner ».

Au-delà des différences de trajectoires individuelles et des équipes rencontrées, ces deux récits montrent l'importance du soutien des femmes en situation de précarité durant leur grossesse pour l'établissement d'une relation de qualité entre mère et enfant. Grâce à cet étayage, elles ont toutes deux bénéficié d'un suivi prénatal et l'accouchement s'est déroulé sans problème obstétrical. Sur le plan psychologique, l'assurance d'avoir un hébergement et l'attention de professionnels leur ont permis de trouver les ressources nécessaires à l'établissement des premiers liens avec leur bébé en dépit de leurs situations sociales précaires. Elles n'ont pas présenté de dépression post-natale alors que l'une et l'autre présentaient, à la fois dans leur histoire et dans leur symptomatologie durant leur grossesse des facteurs de risque. Nous citerons rapidement : le rejet familial, la précarité, les difficultés d'insertion, l'isolement et le vécu de dévalorisation de Martha. Il apparaît même que ces deux grossesses ont été l'occasion pour ces femmes l'occasion d'accéder à une autonomie ainsi qu'à un statut de mère plus gratifiant que celui qu'elles avaient auparavant. Ces réflexions rejoignent celles des membres de l'équipe d'un centre maternel qui voient dans la périnatalité une période propice aux réaménagements positifs pour les femmes en situation de précarité qui bénéficient d'un soutien conséquent.

2.3 Les effets de la précarité sur l'état de santé de la mère et de l'enfant

2.3.1 Une étroite corrélation entre problèmes sanitaires et problèmes sociaux

L'expérience clinique des médecins (obstétriciens, pédiatres néonatalogistes) ainsi que des sages-femmes que nous avons rencontrés les amène à exprimer les idées suivantes :

- il n'existe pas de pathologie spécifique de la précarité tant pour la mère que pour l'enfant.
- mais il y a plus d'hospitalisations pour les femmes enceintes ou jeunes mères en situation de précarité et ces séjours sont plus longs que pour la moyenne des femmes
- et il y a une association entre précarité et suivi médiocre ou nul des grossesses.

Ces données sont corroborées par les premiers résultats de l'étude menée par l'INSERM pour la CRN que nous avons cités plus haut. Dans son mémoire, Anne HégoBURU ¹ cite une autre étude récente menée par l'équipe du service de néonatalogie de l'hôpital Louis Mourier (AP-HP) à Colombes dans les Hauts-de-Seine. 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 ainsi que le taux 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%.

Par ailleurs, le rapport du HCSP de 1998 indique la corrélation, indépendamment des autres facteurs sociaux, entre le suivi médiocre ou nul des grossesses aux risques de prématurité (multiplié par 4,4), et au petit poids de naissance (multiplié par 2,3),

Les difficultés d'accès aux soins ont également fait l'objet de recherches, l'insuffisance ou l'absence de suivi durant la grossesse touche environ 9.000 femmes par an selon ce rapport du HCSP. Des travaux tournés vers les populations vulnérables ont montré que ces problèmes se retrouvent, d'une manière générale, chez les personnes en situation de précarité.

Une enquête a été réalisée en février-mars 1995 par l'Institut National des Etudes Démographiques (INED) en région parisienne afin de comparer l'hospitalisation et les soins de médecine des personnes démunies à celles de la population des «ménages ordinaires » habitant la même région, à partir de différentes sources statistiques². Dans ce travail, une personne sans domicile permanent n'est pas une personne sans abri de façon permanente, l'enquête a été réalisée auprès de personnes fréquentant des services d'hébergement ou de restauration pour les plus démunis. 56% des enquêtés déclarent ne pas avoir de problèmes de santé. Mais la relecture des dossiers, et en particulier la prise en compte d'informations concernant les difficultés à réaliser certains actes de la vie quotidienne, les motifs de recours aux soins et les observations de l'enquêteur, modifient

¹ Comment accompagner les mères et futures mères en difficulté à l'occasion de la naissance de leur enfant ?, HEGOBURU A., 2002

² Recours aux soins et morbidité des personnes sans domicile permanent en région parisienne, in Santé et pauvreté, Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 1997.

ce résultat et ramènent à 46% la proportion d'enquêtés sans problème de santé décelable. Il ressort également des données de l'enquête que les personnes sans domicile ont un taux de recours aux soins ambulatoires proche de la population générale et un taux d'hospitalisation nettement plus important (environ le double). Les auteurs voient dans ces résultats la double conséquence des conditions de vie précaires et dangereuses des personnes sans domicile :

- la nécessité de les hospitaliser plus souvent pour subir des examens, suivre des traitements dans des conditions d'hygiène satisfaisantes, hospitalisations qui n'auraient pas lieu d'être pour des personnes normalement logées
- la délivrance essentiellement de soins de première urgence tandis qu'en population générale, les soins prodigués visent à traiter des pathologies aiguës certes, mais surtout chroniques, et à assurer une prévention.

Les constats cliniques et les résultats de cette enquête convergent sur deux points : la plus grande proportion d'hospitalisations et la moindre déclaration de la morbidité. Par contre, les données concernant le recours aux soins ambulatoires divergent, les femmes enceintes en situation de précarité ont un suivi de grossesse médiocre ou nul alors que, dans l'enquête, population démunie et population générale ont un même taux de recours aux soins ambulatoire. En ce domaine, on peut se demander si les difficultés d'accès aux maternités ne sont pas à l'origine de cette inégalité.

2.3.2 Mal-être et souffrance psychique

Autre volet des effets de la précarité sur la santé, à la fois symptômes et déterminants de l'état de santé, mal-être et souffrance psychique constituent des problèmes de santé à part entière, rappelle le rapport du HCSP de 1998. La période périnatale est considérée comme une période de vulnérabilité pour l'ensemble des femmes et des couples, dans un contexte de précarité ce moment s'accompagne d'une souffrance psychique plus importante. »Elles ne vont pas bien, on le sent«. Pour les professionnels, une des difficultés est de faire la part entre ces tableaux qui sont liés à la précarité et des troubles psychiatriques à proprement parler. « Je dois voir une femme qui est très excitée quand elle ne pleure pas, est-ce que c'est psy ou pas ? la psychologue parle d'état limite, mais qu'est-ce que ça veut dire ? » une autre assistante sociale de maternité précise « On est perdus pour les diagnostics psy, elles paraissent tristes, avec des angoisses, est-ce que c'est de la psy ou leurs conditions de vie ? ».

Selon le rapport du HCSP de 1998, la fréquence des affections psychiques classiques lourdes (psychoses par exemple) n'est pas plus grande qu'en population générale. Par contre, la fréquence des troubles psychiques sévères (manifestations d'angoisse, phobies, dépressions majeures) est beaucoup plus grande que dans la population générale. A titre d'exemple, les symptômes évoquant une dépression sévère surviennent

avec une fréquence de près de 20% chez des hommes RMIstes contre moins de 3% en population générale. Le rapport du groupe de travail mis en place par le secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion, en 2003, a également traité cette question ¹ « Le lien de causalité est évident, mais la nature et la combinatoire des processus à l'œuvre dans la survenue de troubles mentaux chez les exclus et les précaires est d'une grande complexité... Le système de causalité est, là, un système pluridéterminé, où les déterminants individuels se conjuguent à des déterminants collectifs. »

Les professionnels travaillant en maternité se sentent démunis face à l'expression de cette souffrance dont l'origine leur apparaît effectivement complexe « Moi ce que je vois c'est que normalement la naissance d'un enfant est un événement heureux, pour ces femmes c'est très triste, mais nous qu'est-ce qu'on peut faire ? »

Les puéricultrices qui suivent des familles en situation de précarité, dans le cadre du suivi à domicile en post-partum, observent beaucoup d'états dépressifs, de manifestations d'angoisse chez les mères, et parfois chez les pères, qu'elles visitent. Elles sont très attentives au repérage de ces signes et elles adressent ces familles vers les services de pédo-psychiatrie lorsqu'elles les observent. « Mme A. est une femme sans tonus, quand son bébé pleure, elle ne réagit pas, je ne l'ai jamais vue sourire » « Une autre mère, Mme B. a tellement de problèmes matériels qu'on se demande comment elle peut avoir un peu de tranquillité dans sa tête pour s'occuper de son bébé. »

Dans les maternités, ce repérage apparaît moins évident « on est obnubilés par le problème de l'hébergement, le reste c'est secondaire ». Un effort est toutefois réalisé dans ce sens, notamment de la part des sages-femmes : « On essaie d'être attentives, de prévenir la PMI quand on perçoit un problème de précarité ».

Lorsque la jeune mère est accueillie avec son enfant dans un Centre maternel, ils bénéficient de l'attention et du soutien d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans le soutien à la parentalité, ces ressources se retrouvent rarement dans des structures non spécifiques telles que les CHRS.

Pour ces professionnels, dépression maternelle, troubles anxieux récurrents, insécurité des parents sont à l'origine d'une souffrance pour la mère, éventuellement aussi pour le père mais ils ont surtout des conséquences pour l'enfant. La pédo-psychiatre que nous avons rencontré parle des conséquences graves de la désorganisation familiale liée à la précarité sur la structuration même du psychisme des jeunes enfants, les placements d'enfants sont également plus fréquents. La souffrance psychique de la mère engage des troubles de la parentalité, empêchant les jeunes mères d'aborder leur rôle maternel dans

¹ Souffrance psychique et exclusion sociale, Rapport du groupe de travail mis en place par Mme Dominique VERSINI, Secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion, 2003

de bonnes conditions. La mise en place de soins psychologiques appropriés demande un « aménagement de nos cadres thérapeutiques habituels de soin. Ces familles ne viennent pas consulter au Centre Médico-Psychologique (CMP) même si elles y ont été adressées par les puéricultrices ou la maternité ». « Ces familles ont un problème de lien, avec des problèmes d'attachement souvent dans des répétitions transgénérationnelles. C'est à nous d'être porteurs du lien soignant et d'aller vers ces familles et leurs nourrissons. » Les visites à domicile semblent constituer un mode adapté de prise de contact pour ces familles exclues des filières de soins habituelles¹.

2.3.3 La question de la protection de l'enfance

L'ensemble des acteurs rencontrés se montrent vigilants par rapport à la survenue de mauvais traitements et tentent de repérer les situations à risque. Dans leur ensemble, ils considèrent la précarité comme un facteur de risque de maltraitance et non une cause : « La précarité n'est pas une cause de signalement, c'est un facteur de risque » « On ne fait un signalement que s'il y a plusieurs facteurs de risque associés tels que la toxicomanie, des violences, la précarité ». Ils sont prudents dans leurs interprétations par crainte d'une stigmatisation hâtive des parents en situation de précarité dans leur incompetence à élever leurs enfants : « On suit plus les familles démunies, c'est normal qu'on trouve plus de cas de maltraitance dans ces milieux, mais il y a aussi des familles aisées qui maltraitent leurs enfants. » et l'un de ses professionnels conclut : « On n'est pas là pour faire du contrôle social. »

Ces réflexions ne correspondent pas tout à fait aux données produites en 1998 par l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS)². Celles-ci montrent un lien entre conditions économiques défavorables et mauvais traitements, avec une différence très marquée entre la structure des familles d'enfants en danger et le profil des familles françaises en général. La monoparentalité, l'absence de vie professionnelle, les revenus liés aux allocations, sont des facteurs plus fréquemment retrouvés dans les familles où il y a eu un signalement que dans la moyenne.

En pratique, les professionnels de la périnatalité s'appuient sur un ensemble de critères pour dépister les situations à risque de maltraitance, la précarité en fait partie de même que des facteurs qui peuvent y être associés (mère mineure, antécédents parentaux de maltraitance, prématurité, hospitalisations prolongées, déni de grossesse...) mais elle

¹ Nourrissons et familles en situation d'exclusion, BRENGARD D., 1998.

² De la pauvreté à la maltraitance : où placer la prévention, Informations sociales, 1999.

n'est pas considérée comme une cause. La plupart d'entre eux se réfèrent aux travaux de Diquelou sur cette question ¹.

Si tous les professionnels rencontrés envisagent la période périnatale comme un moment de vulnérabilité, ils remarquent aussi une acceptation plus facile d'une authentique relation de soutien durant la grossesse et l'accouchement, ce qui permet de mettre en place des mesures préventives « Au final, on ne fait pas plus de signalement dans les familles en situation de précarité que dans les autres, on travaille avec elles avant que les problèmes se manifestent ». « Après l'accouchement, c'est plus dur, les familles ou les mères ont peur qu'on leur retire leur enfant, le simple fait de proposer une assistante sociale, ça déclenche la panique ». Ces intervenants se démarquent des positions de l'Aide sociale à l'enfance : »Nous, on préfère maintenir le lien mère-enfant et soutenir la mère dans ce sens, on pense que c'est mieux pour l'avenir de l'enfant, à l'ASE, ils s'affolent et décident rapidement de placer l'enfant » « l'ASE recherche le risque zéro ».

Les équipes de suivi ambulatoire sont prêtes à se mobiliser pour soutenir ces familles et les deux femmes que nous avons rencontrées ont décrit le soutien des intervenants pendant la période qui suit l'accouchement. La différence d'appréciation de la situation entre les personnes que nous avons interrogées et l'ODAS tient peut-être au fait que les familles entrant dans les statistiques de l'ODAS ne sont pas suivies pour la plupart.

2.4 L'accès aux soins en périnatalité

2.4.1 Le repérage des femmes en situation de précarité

Sachant qu'il existe une forte corrélation entre la précarité, un suivi médiocre ou nul de la grossesse et une augmentation des pathologies périnatales, les acteurs en périnatalité tentent de repérer le plus tôt possible les femmes enceintes en situation de précarité afin de pouvoir mettre en place les mesures nécessaires pour assurer une meilleure sécurité périnatale et un accueil en post-partum. Lorsque la future mère est déjà suivie, ses interlocuteurs habituels (équipe de psychiatrie, de l'ASE...) l'accompagnent dans son parcours obstétrical, depuis les consultations jusqu'à l'accueil de l'enfant. Dans ces cas, les interlocuteurs psychiatriques ou éducatifs travaillent en collaboration avec l'équipe obstétricale et l'accueil de la mère et du nourrisson après l'accouchement est organisé par avance. Une admission dans un centre maternel, un service mère-enfant peuvent être

¹ Facteurs de risque de mauvais traitements à enfants pendant la période périnatale, DIQUELOU J-Y, 1996.

réalisées. Certaines populations comme les Roms peuvent aussi être l'objet d'une attention particulière de la part d'interlocuteurs, associatifs en l'occurrence, qui facilitent leur accès au suivi de la grossesse et du post-partum.

2.4.2 Des dispositions légales

La circulaire n° 141 du 16 mars 2005 va certainement réduire le nombre de femmes qui ne pouvaient accéder au suivi de grossesse pour des problèmes financiers. Ce texte prévoit, en effet, la prise en charge de tous les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse ainsi que les soins à la femme enceinte et au nouveau-né pour les étrangers en situation irrégulière pendant les trois premiers mois de résidence sur le territoire français et ceux ne bénéficiant pas de l'AME. Il faut noter que les étrangers en simple séjour en France titulaires d'un visa de court séjour, les ressortissants de l'Union européenne ne sont pas visés. Ces limites excluent les Roms de Roumanie qui ne sont en possession que d'un visa touristique du fait des dispositions de leur pays d'origine.

2.4.3 Les centres de protection maternelle et infantile

Les PMI ont fait un gros effort de réorganisation ces dernières années afin d'offrir un accès facile et gratuit pour les femmes enceintes et les jeunes parents. Ainsi, sur les 19 500 naissances qui ont eu lieu en 2004 dans le département du Val de Marne, 28% des femmes enceintes ont été suivies par des sages-femmes à domicile, 33% des nouveaux nés ont été suivis par des puéricultrices à domicile. En plus des activités organisées (consultations, accueils parents/bébés), des plages d'accueil sans rendez vous sont prévues dans les PMI afin de favoriser l'accueil des jeunes parents pour venir peser l'enfant aussi souvent que souhaité ou pour questionner lorsqu'un problème du quotidien se pose concernant le nourrisson ou son environnement.

Cette souplesse du dispositif d'accueil a renforcé l'implantation locale des PMI. Dans le Val de Marne, par exemple, près d'un enfant sur deux âgés de moins de 2 ans consulte dans l'un des 82 centres de PMI.

Le bilan d'activité de l'année 2002 du service de PMI de Seine Saint Denis montre que plus de 60% des enfants de moins de deux ans ont consulté au moins une fois dans l'année dans un centre de PMI ¹. Une étude menée en 2002 dans ce département a montré qu'une forte proportion d'enfants sans médecin traitant (en dehors du médecin de PMI) présentaient les caractéristiques suivantes :

¹ Etude sur l'existence d'un médecin traitant chez les enfants consultant dans les centres de PMI de Seine Saint Denis, SERVICE DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE, 1993.

- les familles n'avaient pas de couverture sociale ou une couverture incomplète ou bénéficiaient de l'AME ou de la CMU. Par rapport au groupe ayant la sécurité sociale avec une complémentaire santé, le risque pour l'enfant de ne pas avoir un médecin traitant est deux fois plus important (IC=[1,28-3,45]) pour le groupe ayant seulement la sécurité sociale, trois fois plus grand (IC=[1,71-4,83]) pour le groupe bénéficiant de la CMU, six fois plus grand (IC=[3,03-12,62]) pour le groupe bénéficiant de l'aide médicale Etat (AME) et dix fois plus grand (IC=[3,61-27,33]) pour le groupe sans couverture sociale.
- les personnes qui les accompagnaient avaient une maîtrise difficile de la langue française et n'ont pas pu bénéficier d'un interprète, 29,6% versus 12,5% pour les enfants accompagnés d'une personne maîtrisant la langue française ou aidée par un interprète.

Les résultats de cette étude montrent la place privilégiée qu'occupent les PMI de la Seine Saint Denis dans l'accès aux soins des populations défavorisées. Ces résultats correspondent aux missions de prévention, de soins et de promotion de la santé qui sont assignées aux PMI depuis leur création en 1945 ². Il serait intéressant de mener ce type d'enquête au niveau national pour savoir si l'on peut extrapoler ces données à l'ensemble du territoire.

2.4.4 Les maternités

Des dispositifs facilitant le recours aux soins des personnes en situation de précarité sont prévus au sein des hôpitaux, des consultations de PMI hospitalières sont ouvertes à Paris, en. Seine Saint Denis et des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ont été ouvertes dans un certain nombre d'hôpitaux. Les PASS, institués par la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, « doivent impulser dans l'hôpital un nouvel état d'esprit, l'appropriation par ce dernier de la problématique de l'exclusion afin de pouvoir accompagner les personnes fragilisées vers le système de santé de droit commun et la reconnaissance de leurs droits. » ³ Dans les faits, leur fonctionnement est très inégal ce que l'un de nos interlocuteurs a résumé ainsi : « Les PASS sont prévus par la loi mais l'application dépend des établissements »

² La protection maternelle et infantile, MORELLEC J., ROUSSEY M., 2000.

³ Les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation précaire, JOHANNA H., 2001-2002.

2.4.5 Des trajectoires spécifiques

Ensuite, il faut que ces femmes soient identifiées au sein du dispositif de soins car elles ne relèvent pas, la plupart du temps d'un suivi banal. Le risque de prématurité, de retard de croissance in utero, de difficultés à établir un lien mère-enfant sont plus importants qu'en population générale, « la précarité met en danger la vie de la mère et de l'enfant », « toutes les femmes enceintes précaires devraient être orientées vers une maternité de type II ou III parce qu'il y a un service de néonatalogie ou de réanimation infantile mais aussi parce qu'il y a des psychologues, des psychiatres, plus d'assistantes sociales dans ce type d'établissement. » Dans le cadre de l'élaboration du SROS les professionnels de la périnatalité ont demandé à ce que toute grossesse chez une femme en situation de précarité soit considérée comme une urgence afin de pointer l'importance de moyens que requière l'accueil de ces femmes.

Ce repérage peut s'effectuer lors des consultations prénatales, en PMI cela paraît plus facile en raison de la connaissance du milieu environnant et d'une plus grande disponibilité.

Certaines maternités se sont dotées d'un double système de repérage « pour ne pas passer à côté et parce qu'il y a des médecins que ça n'intéressent pas » « On reprend tous les dossiers de consultations et on fait du dépistage sur dossiers. » La recherche, effectuée par les assistantes sociales, porte sur neuf indicateurs qui peuvent servir de « clignotants » : nom, âge, adresse, présence ou non du père, multiparité, multigesticité, toxicomanie, alcoolisme, absence de profession. A la suite de cet examen, elles proposent, si elles le jugent nécessaire, un premier contact avec une assistante sociale, un pédopsychiatre ou une travailleuse familiale (multiparité).

Suivant la même préoccupation de repérage précoce, des réunions inter-équipes sont réalisées entre les équipes de PMI, les secteurs de pédopsychiatrie et les maternités, leur organisation ainsi que leur fréquence diffèrent d'un territoire à l'autre. Dans certains cas, elles entrent dans le cadre d'un réseau de santé formalisé, le Réseau Périnatal Nord 92 par exemple. Dans d'autres cas, ces échanges sont entretenus par des partenaires soucieux de discuter autour de situations difficiles. L'axe central des échanges est le même : reconnaître les femmes en situation de précarité et les amener à rencontrer les interlocuteurs adaptés à leurs difficultés.

En dépit de tous ces efforts, un nombre non négligeable de femmes ne bénéficient pas ou très tardivement d'un suivi prénatal. Bien qu'aucune étude quantitative n'existe sur ce sujet, le chiffre de 500 femmes par an pour Paris a été annoncé lors d'une réunion SROS.

2.5 Les souhaits des professionnels

Les professionnels que nous avons rencontrés ont été amenés à modifier leurs pratiques en fonction des restructurations des services d'obstétriques. Plusieurs types de facteurs

se sont conjugués au cours de ces dernières années pour diminuer la disponibilité des équipes de maternité, reportant une partie du suivi sur les acteurs de ville. Nous citerons les principaux pour mémoire : la concentration de l'offre de soins, le raccourcissement de la durée de séjour en post-partum, la démographie médicale et paramédicale, l'application de la durée de travail à 35 heures. Les réorganisations importantes réalisées dans le cadre des PMI, l'installation de sages-femmes en secteur libéral ont considérablement amélioré le suivi des femmes à la sortie de maternité, notamment pour les plus précaires d'entre elles. Cependant, la question de l'hébergement reste problématique et la perspective de la tarification à l'activité (T2A) risque de rendre ce problème encore plus aigu. Les médecins hospitaliers craignent, en effet, de ne plus être en mesure de prolonger des séjours en obstétrique pour des raisons sociales avec la T2A, « les directeurs nous diront qu'on ne peut plus garder une femme et son bébé sans forfait, mais alors où iront-elles avec leurs nourrissons ? ne va-t-on pas vers un retour des placements alors qu'on sait que c'est plus néfaste qu'autre chose ? »

Les acteurs pensent qu'il faut poursuivre dans la voie des changements d'organisation afin de sauvegarder l'accès au suivi post-natal des femmes et plus particulièrement des femmes en situation de précarité qui se montrent les plus dépendantes des aides externes. Les résultats de nos entretiens sont très homogènes, l'ensemble des acteurs en périnatalité pensent qu'il faut faire évoluer le dispositif dans cinq directions :

- renforcer les réseaux existants et en créer dans les territoires où il n'y en a pas
- renforcer la collaboration médico-psychologique
- prendre des mesures spécifiques pour favoriser l'accès aux soins des femmes en situation de précarité
- ouvrir des structures d'hébergement pouvant accueillir des femmes ou des familles à la sortie de maternité
- développer l'évaluation

2.5.1 Développer ou renforcer les réseaux existants

Cette organisation a été initialement mise en place pour le transfert anté-natal (in utero) des grossesses à haut risque vers les maternités de niveau III. Les acteurs de la périnatalité qui suivent des femmes en situation de précarité souhaitent étendre ce type d'organisation à l'ensemble des partenaires. « On ne parvient à trouver des solutions dans l'urgence que si on connaît déjà les partenaires ».

Nous avons rencontré des participants à l'un des réseaux ville-hôpital fonctionnant depuis plusieurs années, le Réseau Périnatal Nord 92, son organisation a été décrite lors d'un

colloque sur les réseaux en périnatalité¹. Ce dispositif prévoit une collaboration entre les maternités, les puéricultrices et les sages-femmes de PMI et d'HAD, les sages-femmes libérales ainsi que des associations (Femmes Relais, Médecins du Monde) pour individualiser les indications de court séjour en maternité et organiser l'aide médico-sociale à domicile, pour les mères et les nouveaux-nés, surtout pour les familles socialement défavorisées. Dans les faits, dans ce réseau, cette collaboration est quasiment impossible avec une maternité qui ne prend pas en compte les demandes de la PMI : sorties décidées unilatéralement, appel pour une femme en situation de précarité la veille de sa sortie. Par contre, elle est fructueuse avec d'autres établissements de même qu'avec certaines équipes de psychiatrie.

Une pédiatre propose des échanges de personnel entre la PMI et la maternité afin que les pratiques soient mieux connues des uns et des autres, espérant ainsi limiter les cloisonnements entre structures. Selon elle, des groupes pluri-institutionnels sont à promouvoir comme l'organisation des séances de préparation à la naissance avec des sages-femmes de PMI et du secteur libéral. D'autres groupes fonctionnent déjà et devraient être généralisés : groupe parole à destination des parents dans une PMI animé par une sage-femme de PMI et une psychologue du CMP. La participation des intervenants de PMI et de psychiatrie aux staffs de parentalité qui ont lieu dans les services hospitaliers apparaît également importante à tous pour définir la fonction de chacun dans les suivis compliqués.

Cette pédiatre fait partie du groupe de travail de la Direction de l'Hospitalisation et des Soins (DHOS) œuvrant à l'élaboration du cahier des charges des réseaux périnataux et elle nous a donné la liste des prestations indispensables que doit fournir un réseau périnatal :

- une permanence téléphonique avec un numéro d'appel unique
- la liste des professionnels exerçant sur la commune de résidence remise à la sortie de maternité
- une formation des médecins généralistes à l'examen des nourrissons de moins de dix jours
- la visite d'une sage-femme à la sortie de maternité
- une permanence de sage-femme à la PMI le jour de la pesée
- l'intervention d'une travailleuse familiale si besoin

¹ Périnatalité : les réseaux, entre lien technique et lien social, XXVIII^e colloque, Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile, 2002.

La continuité des interventions apparaît importante pour les équipes de PMI et de pédopsychiatrie « du prénatal au post-natal », « c'est plus facile de faire du suivi à domicile en post-partum quand on connaît déjà la dame, elles sont plus disponibles avant l'accouchement, après elles ont peur qu'on place leur enfant, mais si on les connaît avant, on peut plus en parler. » D'autre part , « la multiplication des intervenants réactive les expériences d'abandon qu'ont souvent éprouvé ces familles », « quand on les connaît, c'est plus facile d'aborder leur relation avec leur enfant, de les aider, de dédramatiser, on les connaît mieux, nous aussi on panique moins et il y a très peu de signalements ». Enfin, cette continuité permet un travail d'accompagnement plus individualisé et, par conséquent, plus efficace pour la mise en route de l'allaitement, des conseils de prévention (consommation de drogue, soins au nouveau-né). La question est compliquée lorsque la mère ou la famille se déplace hors du champ d'intervention des PMI ou du secteur psychiatrique. Une équipe mobile pluridisciplinaire de pédopsychiatrie est envisagée pour répondre à cette question, mais il ne semble pas y avoir de solution pour les équipes de PMI qui se voient contraintes de passer la main à l'équipe possédant la compétence territoriale.

Les professionnels souhaitent créer des réseaux de santé au sens où ils sont définis selon l'article L 6321-1 du Code de la Santé Publique, institués par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé : Les réseaux de santé ont pour objectif de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins.

2.5.2 Renforcer la collaboration médico-psychologique

La nécessité d'une collaboration est acquise pour l'ensemble des personnes interrogées y compris pour les soignants hospitaliers ce qui correspond d'ailleurs à l'évolution générale de l'obstétrique : « La prise en charge des situations de vulnérabilité psychologique des mères (et plus largement des futurs parents) durant la période de la grossesse est désormais un des aspects nouveaux de l'obstétrique actuelle. » ¹ Pour les soignants que nous avons interrogés, la collaboration médico-psychologique est fondamentale dans les jours qui suivent l'accouchement pour les mères en situation de précarité, si possible dans la continuité des actions menées lors de la grossesse lorsque la future mère a pu

¹ Le point actuel sur la collaboration entre obstétriciens et spécialistes de psychologie périnatale. Questions en suspend, BOULOT P., 2004.

rencontrer l'équipe. «Une grossesse peut devenir à risque, et donc compromettre la santé de la mère et de l'enfant, du seul fait de problèmes psychologiques.» La collaboration en maternité s'effectue facilement quand les intervenants travaillent régulièrement ensemble. L'obstétricien rencontré a prévu deux postes de psychologues et un de pédopsychiatre pour l'unité de maternologie en projet, « il faut des gens attachés au service, on ne peut pas travailler avec plusieurs secteurs à la fois ». La répartition des tâches entre psychiatres et psychologues est vue sous l'angle suivant : « Une psychologue pour la précarité et quand c'est vraiment psychiatrique, on appelle la pédopsychiatre ». La suspicion de mauvais traitements ou les carences de soins au nouveau-né sont aussi l'occasion d'appeler la pédopsychiatre.

Les professionnels extra-hospitaliers avaient déjà intégré cette nécessité depuis plusieurs années, certaines équipes de PMI ainsi que le centre maternel ont leur propres psychologues. D'autres font appel aux services de psychiatrie adulte ou infanto-juvénile avec une fortune diverse en fonction de l'intérêt : « Le psychiatre m'a répondu qu'il traitait une patiente pas une mère », et de la disponibilité des partenaires « au CMP, il y a deux mois d'attente pour un RDV ». Lorsque la collaboration peut s'effectuer, tous en saluent les résultats positifs sur l'investissement de la mère pour l'enfant et le dépassement de situations qui auraient probablement débouché, sans cette intervention, sur un signalement.

2.5.3 Des mesures spécifiques pour favoriser l'accès

.Actuellement, les femmes en situation de précarité rencontrent d'énormes difficultés pour s'inscrire dans une maternité, et souvent pour trouver un lieu d'hébergement adapté. « Il faut imposer un quota de femmes précaires à chaque maternité » « sinon on la renvoie ailleurs, on refuse déjà beaucoup d'inscriptions de femmes non précaires, et elle finit par ne pas être suivie ». Sur cet aspect de la question, les professionnels de la périnatalité attendent une formalisation par les tutelles qui s'impose à chacun, le SROS III leur semble constituer une opportunité.

2.5.4 Créer des structures d'hébergement

Le manque d'hébergement à la sortie de maternité constitue un problème majeur pour l'ensemble des professionnels que nous avons interrogés. Les solutions imaginées par chacun d'entre eux sont fondées sur l'adaptation du système dans lequel il travaille. Les médecins hospitaliers évoquent des lits de suite dans un centre hospitalier ou une unité de maternologie comprenant des accueils à la journée. Les pédiatres de PMI voient plutôt un suivi à domicile conséquent dans le cadre d'un réseau de santé quand il y a un

domicile, même précaire, ou bien des centres maternels bénéficiant d'un personnel formé à la périnatalité pour des séjours plus ou moins longs selon les besoins.

Les puéricultrices de PMI se demandent si la régularisation des sans papiers, qui forment une part importante de ces femmes, ne serait pas une solution pertinente car plus humaine et moins coûteuse au final (le coût d'un hôtel social dépasserait les 1 000 euros par mois). Elles évoquent aussi l'intérêt de résidences pour jeunes familles à l'image des résidences pour personnes âgées qui ont l'avantage d'offrir des prestations, d'accueillir aussi les pères, sans imposer de promiscuité.

Enfin les psychologues travaillant dans un centre maternel soulignent à quel point cette structure est adaptée durant la première année de vie de l'enfant en raison du soutien à la parentalité qu'elle offre. Mais trois ans de séjour apparaissent trop longs compte tenu de la promiscuité et des contraintes de vie institutionnelles qui y sont imposées, des appartements associatifs ou en baux glissants leur semblent plus adaptés.

L'ensemble de ces professionnels, sachant qu'ils ne décident pas des créations de structures, attendent des pouvoirs publics des décisions dans ce sens « le logement, on n'a pas de pouvoir de décision, on peut simplement essayer de leur montrer que payer un hôtel ça coûte très cher ».

2.5.5 Développer l'évaluation

Les résultats de l'enquête périnatale 2003 (DGS-INSERM) ont montré la validité des opinions des cliniciens quant aux effets de la précarité sur la mortalité et la morbidité périnatale. Ils ne disposaient pas de chiffres fiables jusqu'alors « il y a des enquêtes de cohorte à l'étranger, surtout au Canada, mais pas en France ». Les médecins des services d'obstétrique et de PMI souhaitent poursuivre ce type d'évaluation afin de préciser leurs actions avec une meilleure connaissance des facteurs de risque liés aux situations de précarité .

L'évaluation des actions entreprises est aussi une demande des professionnels sur les aspects médicaux et sociaux des prises en charge « on ne connaît pas les effets des placements à l'ASE ». Elle est rendue difficile par le petit nombre de cas, la mobilité de ces familles « Il suffit qu'ils aillent vivre à deux stations de métro pour qu'ils ne relèvent plus de mon secteur », la charge de travail « on n'a pas le temps de lire, de s'informer, j'essaie quand même de faire mes statistiques à la main ». Le travail en réseau permet des échanges inter équipes qui permettent d'apprécier les effets du suivi engagé à l'intérieur du réseau mais cette mesure ne s'effectue que sur un nombre limité de cas.

3 DISCUSSION ET PROPOSITIONS

3.1 Discussion de la méthode

L'étude réalisée pour ce mémoire vise à réaliser un état des lieux concernant les questions posées à la sortie de maternité dans le cadre de la précarité et à apporter, à partir des entretiens réalisés, des éléments de réflexion concernant les réponses envisageables. Ce travail nous a permis d'analyser les facteurs favorisant ou freinant la mise en place de réponses adaptées du point de vue de quelques professionnels du champ sanitaire et social ainsi que leurs attentes en matière de décisions de planification sanitaire et de mesures sociales.

Nous aurions présenté une vision plus complète de la situation si nous avions pu réaliser des entretiens avec des professionnels du travail social dans des structures d'hébergement de type CHRS, SAMU social, dans une pouponnière, à l'ASE ainsi que des acteurs de justice.

Les CHRS se sont organisés depuis plusieurs années afin d'accueillir des mères, parfois des familles, avec leurs nourrissons. Devant la montée en charge du nombre de familles pauvres, le SAMU social et les assistantes sociales se sont tournées vers ces centres qui ont dû s'adapter à ces nouvelles demandes. Il aurait été intéressant d'évaluer les difficultés qu'ils ont à résoudre pour accueillir de jeunes mères avec un nourrisson dans des centres qui étaient prévus à l'origine pour des adultes presque toujours célibataires, mais aussi l'effet mobilisateur de ce nouveau type d'accueil et les changements de pratiques que cela a provoqué.

Des professionnels de pouponnière auraient pu donner des éléments concernant les possibilités, pour ces familles de renouer ou non des liens avec l'enfant placé, de mieux comprendre les trajectoires menant à des séparations peu après la naissance.

Des acteurs de justice auraient pu nous éclairer sur les décisions d'aide éducative, de placement, sur les outils qu'utilise la justice pour évaluer les risques encourus par ces nouveaux nés et leur famille. Les décisions de l'ASE ont été critiquées lors des entretiens que nous avons menés, qu'en est-il réellement ? la politique de l'ASE est-elle effectivement fondée sur la notion du risque zéro ?

Une étude portant sur l'action de différentes associations donnerait une vision plus précise des conditions d'accès aux soins des femmes en situation de précarité.

Concernant l'avis des usagers, un entretien avec deux femmes ayant vécu cette situation n'apporte qu'un éclairage partiel lié, dans une certaine mesure, à la trajectoire personnelle de ces mères.

Il aurait été intéressant d'aborder la question des dispositifs à élaborer sous l'angle économique car ce domaine contient des facteurs favorisant ou freinant qui sont décisifs dans le domaine de la planification..

La comparaison des différentes manières de traiter ce problème au sein des pays européens et hors européens aurait pu apporter un éclairage intéressant. Toute comparaison est bien sûr difficile dans ce domaine où le contexte culturel joue un grand rôle, mais il serait tout de même intéressant d'examiner comment les déterminants de santé liés à la précarité sont pris en compte dans d'autres pays. Les organisations élaborées dans ces situations pourraient également alimenter la réflexion.

3.2 Reprendre une étude plus approfondie

Le caractère incomplet de l'étude réalisée ayant été mis en évidence, des études complémentaires seraient intéressantes à mener, portant en particulier sur :

- le recensement des questions posées à la sortie de maternité pour les femmes en situation de précarité dans la région Ile-de-France
- le nombre de jeunes mères en situation de précarité
- le recensement des organisations déjà mises en place pour ces situations par les acteurs des secteurs hospitalier, médico-social et associatif de la région Ile-de-France.
- Les résultats en terme d'indicateurs de santé et de satisfaction des familles
- Les perceptions et les besoins des usagers
- Les freins et facteurs favorisant la mise en place d'organisations adaptées du point de vue des acteurs hospitaliers, médico-sociaux, associatifs, de la justice
- Les besoins et attentes de la part des professionnels en incluant dans cette étude les changements prévisibles avec la mise en place de la tarification à l'activité
- Les freins et facteurs d'ordre économique favorisant le développement d'organisations ou de structures périnatales tournées vers l'accueil de jeunes mères en situation de précarité, les conséquences prévisibles de la mise en place de la tarification à l'activité

3.3 Le renforcement des réseaux

3.3.1 Des transferts in utero au réseau de santé

D'après le résultat de notre étude, les réseaux périnataux construits autour des transferts in utero fonctionnent sur le territoire francilien. D'autre part, l'ensemble des services périnataux travaille en collaboration avec d'autres acteurs afin d'optimiser la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. Il ne s'agit pas de véritables réseaux pour autant dans la mesure où l'organisation n'est pas formalisée par des conventions, les

transferts s'effectuent en fonction des initiatives individuelles des praticiens qui ne peuvent s'appuyer sur une cellule ou une personne assurant la coordination.

Par ailleurs des réseaux de soins se sont constitués, ces dernières années, en Ile de France fondés sur une meilleure articulation ville-hôpital et dont l'un des objectifs est d'orienter les femmes enceintes vers les lieux de prise en charge adaptés à leur niveau de risque ou à celui de leur nouveau-né. Le Réseau Périnatal 92 Nord a l'ambition d'aller plus loin avec la constitution d'un réseau Ville-Hôpital médico-psycho-social périnatal..

Le soutien adapté des jeunes mères en situation de précarité et de leurs nourrissons est fortement dépendant, nous l'avons vu, de la possibilité qu'ont eu les acteurs de santé périnatale à pouvoir mettre en place des solutions durant la grossesse. Les études montrent également une corrélation entre précarité et absence/insuffisance de suivi prénatal. Un réseau intégrant l'action des associations en contact avec ces femmes sur le terrain (Femmes Relais, Médecins du Monde, Resto du Cœur...), ainsi que d'autres acteurs sociaux (CHRS, SAMU social...), offre certainement une ouverture permettant leur accès au suivi pré et post-natal.

Nous nous retrouvons dans la configuration des réseaux de santé qui prévoient :

- l'accès aux prises en charge sanitaires spécifiques pour certaines populations
- une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention (ce qui est fondamental en l'occurrence), du diagnostic que des soins.

3.3.2 Les aspects qualitatifs des réseaux de santé

- la proximité : les réseaux doivent pouvoir s'appuyer sur des intervenants de première ligne accessibles facilement sur le plan géographique et par la qualité de leur accueil
- la continuité des actions : l'interdisciplinarité ne doit pas être synonyme de dispersion, l'élaboration du projet de naissance nécessite une cohérence des interlocuteurs autour des souhaits et des besoins de la famille
- la collaboration médico-psychologique trouve naturellement sa place dans ce dispositif, une circulaire actuellement en élaboration en fixera le cadre. Une mission a été mandatée par la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins, les premiers résultats de ses travaux indiquent que cette collaboration doit s'effectuer dans le respect mutuel des positions de chaque intervenant et qu'il s'agit bien plus de « rencontrer les mamans » plutôt que de les dépister ¹.

¹ Périnatalité et prévention en santé mentale, Collaboration médico-psychologique en périnatalité, MOLENAT F., 2004.

- Les spécificités du suivi aux femmes en situation de précarité doivent être connues de l'ensemble des membres du réseau que ce soit au niveau des mesures légales, financières visant à favoriser l'accès aux soins ainsi qu'aux prestations sociales, ou au niveau des effets de la précarité sur la santé. Une culture de réseau est à promouvoir sur ce plan pour donner les moyens aux acteurs de comprendre les situations et d'user des mesures existantes. La prévention des urgences liées à la précarité passe par cette éducation des professionnels.

3.4 Des structures d'hébergement en lien avec des équipes de soins

Le besoin de structures pouvant accueillir les jeunes mères en situation de précarité à la sortie de maternité ne fait aucun doute pour les acteurs de la périnatalité qui pensent, en outre, que ce besoin va être accentué par l'application de la T2A. Il s'agit de voir quelle réponse, institutionnelle ou non, on peut apporter. Rappelons simplement que nous ne traitons pas, dans ce mémoire, des mères relevant d'une unité mère-enfant d'un service de psychiatrie, ni de l'aspect économique de la discussion. Au-delà de la diversité des propositions émises par les professionnels, nous avons dégagé 2 points communs concernant les besoins qui peuvent servir d'axes de travail :

- un hébergement adapté
- la possibilité pour les familles de bénéficier de soins médico-psychologiques et d'un soutien social

Les différentes solutions envisageables pour répondre à ce besoin :

- quelques lits de suite à proximité d'une maternité offriraient 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. Ces lits risqueraient d'être très rapidement bloqués car la saturation actuelle des structures d'accueil en aval des maternités fait qu'il sera très difficile de transférer ces jeunes mères et de libérer ces lits pour d'autres. Ce système ne ferait en fait que repousser le problème, sans rien modifier de fondamental sur le plan de la prise en charge¹. D'autre part, le statut hospitalier entraîne souvent une déresponsabilisation des usagers ce qui n'est absolument pas l'effet escompté dans la période périnatale où l'on cherche à aider la femme ou le couple à assumer son rôle de mère/parents.
- une structure de type médico-social de type centre maternel en collaboration étroite avec des professionnels du monde de la santé (PMI, secteurs de psychiatrie, maternités...) et du secteur social (assistante sociale de circonscription notamment).

¹ Comment accompagner les mères et futures mères en difficulté à l'occasion de la naissance de leur enfant ?, HEGOBURU A., 2002.

Ce type de structure a l'avantage de pouvoir accueillir la mère durant les derniers mois de la grossesse et de préparer avec elle la venue de l'enfant dans la continuité. En outre, la richesse de l'équipe pluridisciplinaire permet un accompagnement médico-psycho-social de qualité au travers d'un réseau constitué autour de chaque résidente en fonction de ses difficultés et de son projet de naissance. Cependant, la lourdeur des contraintes institutionnelles, même au sein de séjours plus courts, la mise à l'écart du père de l'enfant constituent des freins à la généralisation de cette réponse. Ne faut-il pas la réserver à des situations où l'isolement et la désinsertion sociale sont au premier plan ?

- des appartements associatifs permettraient d'accueillir officiellement les pères et n'imposeraient pas de contraintes institutionnelles aussi fortes. L'intégration dans un réseau de santé ouvrirait l'accès aux soins et au soutien social. Cette organisation serait suffisante dans bon nombre de cas où le problème essentiel est la précarité.
- Un accès facilité aux soins ainsi qu'à un soutien social par le renforcement de l'action associative apparaît suffisant pour d'autres mères qui sont très liées à leur groupe familial où elles puisent sécurité affective et continuité de leurs investissements. Nous évoquons par là, sans prétendre à l'exhaustivité, les femmes Africaines vivant dans des squatts ou les femmes Roms. Dans ces situations, il faut aussi envisager la possibilité de faire appel au réseau périnatal ou au service d'hospitalisation à domicile.

Sans nous prononcer sur la durée optimale de ces prises en charge, propos qui excèderait les limites de ce travail, il nous semble toutefois important de souligner l'intérêt préventif d'ouvrir l'accès de ces accueils durant la grossesse dans une visée préventive. Les centres maternels ainsi que les appartements associatifs entrent dans le cadre des structures médico-sociales dont les missions ont été fixées par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ce texte 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. »

En conclusion, l'adaptation des réponses aux difficultés rencontrées par les mères en situation de précarité semble plus pertinente qu'une solution unique.

3.5 Le rôle du Médecin Inspecteur de Santé Publique dans les services déconcentrés de l'Etat

Dans le domaine qui nous intéresse, l'action du médecin inspecteur de santé publique se fonde sur une série de textes et de rapports. En premier lieu la loi du 9 août 2004, relative à la santé publique stipule que toute femme enceinte, sans restriction, bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et de l'accouchement. Le Plan Périnatalité présenté par le Ministre de la Santé et de la Protection sociale en novembre 2004

introduit l'amélioration de la prise en charge des femmes et des couples en situation de précarité dans ses priorités. Des rapports remis aux pouvoirs publics attirent l'attention sur les effets de la précarité en périnatalité, nous en citerons deux qui nous semblent fondamentaux. Le rapport du HCSP «Violences et santé » ¹ met l'accent sur la période de fragilité que constitue la grossesse vis à vis des violences conjugales. Un certain nombre de mères en situation de précarité ont fui ces violences, d'autres ont été mises dehors du fait de leur grossesse. Le rapport de la commission Familles, Vulnérabilité, Pauvreté ² propose 15 résolutions pour éradiquer la pauvreté des enfants, l'une d'entre elles concerne le logement des familles l'un des problèmes majeurs des familles en situation de pauvreté. «Droit au logement opposable, couverture maladie universelle : deux manières différentes de dire la même chose » cette commission propose d'intégrer le droit au logement dans les droits sociaux.

3.5.1 Un rôle d'information et d'échanges

Au sein des services déconcentrés de l'Etat, le MISP a un rôle d'animation dans le cadre de l'élaboration des politiques de santé publique, nous ne traiterons que le niveau départemental qui a constitué notre terrain de stage. Il peut mettre en place un groupe de travail réunissant l'ensemble des acteurs concernés par la question des jeunes mères en situation de précarité : les PMI, le secteur hospitalier, associatif, des représentants des usagers, des services déconcentrés de l'Etat, de l'assurance maladie. Des représentants libéraux peuvent également être invités peut-être plus à des fins de sensibilisation que participatives étant donné le peu de contact des femmes en situation de précarité avec des professionnels libéraux.

Au travers de ces échanges avec les intervenants en périnatalité, le MISP contribue à faire un état des lieux des actions engagées pour les jeunes mères en situation de précarité, recenser les expériences actuellement en cours, le type de collaboration engagée, les procédures utilisées, les intervenants mobilisés, les facteurs facilitant ou freinant la mise en place d'accueils spécifiques. Confrontées aux données documentaires disponibles et aux expériences déjà conduites, ces données peuvent être évaluées en termes d'indicateurs de santé, de satisfaction des femmes.

3.5.2 Un rôle d'évaluation

L'importance du problème posé est difficile à mesurer, les chiffres fournis par les acteurs en périnatalité ne représentent que l'activité de leur propre structure. En outre, ces

¹ Violences et santé, Haut Comité de la Santé Publique, 2004.

² La nouvelle équation sociale, quinze propositions pour combattre la pauvreté des enfants, 2005.

données ne sont pas homogènes en l'absence de définition univoque de la précarité. En l'absence de données régionales fiables, une étude quantitative concernant les jeunes mères en situation de précarité apparaît indispensable pour quantifier plus précisément les besoins. Le MISP peut participer à la mise en place de ce travail en raison de sa connaissance des partenaires et des axes de recherche actuels concernant les corrélations entre précarité et périnatalité.

Une première étude a été menée en mars 2005 dans les maternités parisiennes de l'AP-HP à l'initiative d'un MISP et de professionnels. Une seconde va être conduite dans les services d'obstétrique de deux départements de banlieue (92 et 94) en utilisant la même grille (cf Annexe 1) afin de faciliter les comparaisons, à l'automne 2005. Ces travaux constituent le début d'une approche plus rigoureuse du problème dans le but de fournir des données plus fiables en vue de la planification sanitaire.

3.5.3 Une participation à la planification

Le volet périnatalité du SROS 3 est actuellement en cours d'élaboration dans les DDASS d'Ile-de-France, les documents élaborés dans chaque territoire doivent être adressés à l'ARH en juillet 2005. La participation du MISP est sollicitée pour l'animation de la mise en œuvre de ces schémas, il peut aider les professionnels à formaliser leurs propositions et à les intégrer au sein du territoire en cohérence avec celles des autres structures. Une organisation plus lisible des réseaux, l'amélioration de la prévention et la prise en charge des difficultés médico-psycho-sociales font partie intégrante des actions à mener dans ce cadre. La prise en charge des jeunes mères en situation de précarité a été discutée dans les groupes réseaux et offre de soins par l'ensemble des intervenants en périnatalité. Cette question a permis de faire avancer les discussions sur la structuration des réseaux de santé qui apparaissaient sous cet angle comme étant le mode d'organisation offrant les meilleures conditions de sécurité pour les jeunes mères et les professionnels.

Les propositions concernant le ou les dispositif(s) à mettre en place à la sortie de maternité sont restées très vagues faute de données quantitatives fiables et d'informations quant au financement envisageable. Les structures sanitaires sont coûteuses, les structures médico-sociales semblent poser le problème du payeur : l'assurance maladie, le Conseil Général, l'Etat ?

La participation du MISP aux groupes régionaux du SROS lui permet d'avoir une vision plus globale des questions et réponses apportées ainsi que l'information sur des projets innovants dont il peut ensuite faire bénéficier le département auquel il est affecté. A ce titre, le groupe travaillant sur la thématique « SROS, offre de soins » a émis des propositions intéressantes qui seront peut-être reprises dans le document final rédigé par

l'ARH. Il s'agit notamment de considérer l'association grossesse et précarité comme une urgence médicale et de définir un quota d'inscription mensuelle pour ces urgences dans chaque maternité publique. L'objectif étant de faciliter l'inscription des femmes en situation de précarité dans les services d'obstétrique et de prévoir d'emblée un suivi adapté.

Il peut également faciliter les points de convergence entre les volets périnatalité et psychiatrie du SROS favorisant ainsi les collaborations médico-psychologiques des équipes.

3.5.6 Un rôle de coordination

L'articulation entre le SROS et la Politique Régionale de Santé Publique (PRSP) peut constituer l'une des missions du MISP dans une DDASS, cela permet de soutenir des programmes ou des actions visant à offrir aux jeunes mères en situation de précarité le soutien nécessaire. La prévention des violences sexistes et des grossesses non désirées, une meilleure information sur la contraception sont des objectifs stratégiques du PRS Périnatalité en Ile de France.

Afin de mieux répondre aux besoins des jeunes mères, le MISP peut également faciliter la coordination entre :

- le PRS périnatalité et le PRAPS. Dans ce cadre, l'appel à projet piloté par la DRASSIF a pour objectif stratégique la prévention auprès des femmes enceintes en situation de vulnérabilité psychosociale
- les services déconcentrés de l'Etat et les conseils généraux (notamment autour des PMI) d'autre part.

Des groupes de travail régionaux pluridisciplinaires favorisent des échanges d'expérience entre professionnels de divers champs (sanitaire, social, associatif), un groupe de travail périnatalité/précarité se réunit régulièrement sur ce sujet à la DRASSIF.

CONCLUSION

L'évolution considérable de la périnatalité depuis 1945 a fait reculer, de manière inédite, la morbidité ainsi que la mortalité périnatales. Cependant, ces progrès sont menacés pour les femmes enceintes et jeunes mères en situation de précarité, les indicateurs de santé montrent, en effet, des disparités importantes selon le milieu d'origine de la mère (ou des parents). Le taux de prématurité et de petit poids de naissance sont plus élevés quand la mère se trouve en situation de précarité alors que le recours à une maternité de niveau III est moins fréquent dans ces situations. Les effets délétères de la précarité sur la santé de la mère et de l'enfant ne paraissent pas inéluctables, un suivi précoce durant la grossesse semble en limiter les conséquences et permettre de préparer un accueil adapté pour la mère (ou bien les parents) et l'enfant.

L'expérience des professionnels montre que les réponses ponctuelles sont vouées à l'échec, par contre, les réseaux de santé alliant proximité, continuité, adaptabilité et sécurité semblent apporter des réponses adaptées à ces situations. Ce type d'organisation contient la notion de complémentarité entre professionnels de différents champs d'exercice : périnatalité, psychiatrie, médico-social. Cela ouvre peut-être des perspectives intéressantes pour ce secteur qui a déjà beaucoup avancé quand les services de gynéco-obstétrique et de néonatalogie se sont rapprochés pour fonder la périnatalité. Cette pluridisciplinarité constitue en effet le socle du dispositif d'accueil des jeunes mères et de leur nouveau né à la sortie de maternité que les personnes interrogées souhaitent voir créer. L'hébergement pouvant, quant à lui être diversifié en fonction des situations de précarité qui sont elles-mêmes très différentes les unes des autres.

Ce problème de santé publique est pris en compte dans les politiques publiques de santé avec des mesures pour faciliter l'accès au dispositif de soins et l'incitation à créer des réseaux de santé.

L'élaboration du SROS III offre l'opportunité de formuler les difficultés rencontrées ainsi que des propositions avec l'ensemble des professionnels de la naissance au niveau départemental et régional.

A l'interface entre la planification des soins et l'animation des politiques de santé, le MISP peut contribuer à construire des réponses coordonnées pour un problème de santé publique.

.

Bibliographie

Les textes législatifs et réglementaires

1. REPUBLIQUE FRANCAISE 1992, Décret n° 92-785 du 6 août 1992 relatif à la protection maternelle et infantile, Journal Officiel de la République Française n° 186, 12 août 1992.
2. REPUBLIQUE FRANCAISE 1998, Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, Journal Officiel de la République Française n° 175, 31 juillet 1998.
3. REPUBLIQUE FRANCAISE, 1998, Décret n° 98-899 du 9 Octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) Journal officiel de la République Française n° 235, 10 Octobre 1998, 15343.
4. REPUBLIQUE FRANCAISE, 1998, Décret n° 98-900 du 9 Octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique ' troisième partie : Décrets), Journal officiel de la République Française, n° 235, 10 Octobre 1998, 15344.
5. REPUBLIQUE FRANCAISE, 1999, Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, portant création d'une couverture maladie universelle, Journal Officiel n° 172 du 28 juillet 1999.
6. REPUBLIQUE FRANCAISE , 2002, Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale, articles 7512 et 82, Journal Officiel du 3 janvier 2002.
7. REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002, circulaire DGS/SD6D n°2002/100 du 19 février 2002 relative aux Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS)
8. REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004, Loi n° 806-2004 du 9 août 2004 relative à la santé publique Journal officiel de la République Française n° 185, 11 août 2004.
9. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, Sous-direction de l'organisation du système de soins, 2004, Circulaire DHO/O n° 2004-101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.
10. DIRECTION GENERALE de la SANTE, SOUS-DIRECTION POLITIQUES de l'article 97 de la loi de finances rectificative pour SANTE et STRATEGIES, Circulaire

DGS/SD1 n°2004-454 du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique, Bulletin Officiel n°2004-41.

11. MINISTERE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DE LA COHESION SOCIALE.,MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE.,MINISTERE DELEGUE A L'INTEGRATION, A L'EGALITE DES CHANCES ET A LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION, Circulaire DHOS/DSS/DGAS n0 141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'Aide médicale de l'Etat (Article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, issu de 2003 du 30 décembre 2003).

Les ouvrages imprimés (monographies)

12. ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE, Santé et pauvreté, Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 1997, 181, n°8.
13. BELLAS-CABANE C., KNIBIELHER Y., Périnatalité : les réseaux entre lien technique et lien social, Nécessités ?, Réalités ?, XXVIII° Colloque du Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile (S.N.M.P.M.I), 29-30 Novembre 2002.
14. BULLETIN de la MISSION d'INFORMATION sur la PAUVRETE et l' EXCLUSION SOCIALE en ILE-de-FRANCE, Regards Croisés, Numéro spécial, Décembre 2004.
15. COMMISSION FAMILLES VULNERABILITE PAUVRETE, La nouvelle équation sociale, quinze résolutions pour combattre la pauvreté des enfants, avril 2005
16. .17 DIRECTION REGIONALE des AFFAIRES SANITAIRES et SOCIALES, Schéma régional de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion en Ile de France – 2003, 15/01/04.
17. GABEL M., JESU F. MANCIAUX M. (sous la direction de) Bientraïtances, mieux traiter familles et professionnels, Editions Fleurus, Paris, 2000.
18. HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, Ministère de l'emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat à la Santé, février 1998.
19. HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, Violences et santé, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, mai 2004.
20. JAEGER M., Guide du secteur social et médico-social, Editions Dunod, Paris, 2004, 5° édition, 256p.
21. MARIA B., DAUPTAIN G., GAUCHERAND P., Accoucher et naître en France : propositions pour changer les naissances, Journal de Gynécologie Obstétrique et de Biologie de la Reproduction, 2003, n°32, pp 605-616.

22. MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, DATAR-CREDES, Quel système de santé à l'horizon 2020? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires, La documentation Française, Paris 2000.
23. MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Direction Générale de la Santé, Tronchet C., Synthèse des PRAPS, mai 2001.
24. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, Le réseau des maternités entre 1996 et 2000, un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales, Etudes et Résultats, Mars 2003, n° 225, 8p.
25. MISSION d 'INFORMATION sur la PAUVRETE et l 'EXCLUSION SOCIALE en Ile-de-France (MIPES), L'accueil des femmes en situation de grande exclusion, Rencontre « Etudes et Recherches » du 21 janvier 2005.
26. NAIDITCH M., Des réseaux et es femmes in Prévention précoce, parentalité » et périnatalité, sous la direction de DUGNAT M., Editions Erès, Ramonville Saint-Agne, 2004, pp 75-88.
27. PARIZOT I., Soigner les exclus, Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits, PUF, Paris, 2003
28. SANTE, SOCIETE ET SOLIDARITE, Revue de l'Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la solidarité, Naître en France et au Québec, n°1, 2004.
29. SANTE, SOCIETE ET SOLIDARITE, Revue de l'observatoire Franco-Québécois de la santé et de la solidarité, Pauvreté et exclusion, n° 1, 2003.
30. SERVICE DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE, Conseil Général de la Seine-Saint-Denis, Etude sur l'existence d'un médecin traitant chez les enfants consultant dans les centres de protection maternelle et infantile de Seine-Saint-Denis en octobre 2002, 2003.

Les articles de périodiques

31. BOULOT P ., Le point actuel sur la collaboration entre obstétriciens et spécialistes de psychologie périnatale, questions en suspens, Naissances, Cahiers de l'AFREE, n° 19, Décembre 2004, pp 83-92.
32. BRENGARD D., Nourrissons et familles en situation d'exclusion, Psychiatrie Française, n° 1, 98 Janvier, pp 77-85.
33. CHAPALAIN M-T, La santé : valeur économique, valeur sacrée, Revue Française des Affaires Sociales, 1996, n°', pp 189-196.

34. DIQUELOUP J-Y, Facteurs de risque de mauvais traitements à enfant pendant la période périnatale, Journal de Gynécologie Obstétrique et de Biologie de la Reproduction, 1996, n°25, pp 809-818.
35. DUMARET AC, Soins médico-sociaux et accompagnement psycho-éducatif : revue de la littérature étrangère, Archives de pédiatrie, n°10, 2003, pp 448-461.
36. ETATS GENERAUX DE LA NAISSANCE, Conclusions, Journal de Gynécologie Obstétrique et de Biologie de la Reproduction, juin 2003, n° 32, pp 599-605.
37. GABEL M., De la pauvreté à la maltraitance : où placer la prévention ? à partir d'une enquête de l' ODAS, Informations sociales, 1999, n° 79, pp 34-43.
38. LAZARUS A, Les conséquences de la précarité du point de vue sociologique, Pratiques en santé mentale, n° 1, 2000, pp 5-11.
39. LERAILLEZ J., La périnatalité- A propos des décrets du 9 octobre 1998, Médecine thérapeutique/ Pédiatrie, Volume 3, Numéro 5, 344-348.
40. MAMELLE N., DAVID S., ROZAN M-A, MARES P., Agir pour améliorer la santé périnatale à la lumière des résultats du réseau sentinelle AUDIPOG, Journal de Gynécologie Obstétrique et de Biologie de la Reproduction, 2003, n° 32, pp617-622.
41. MOLENAT F., Périnatalité et prévention en santé mentale, collaboration médico-psychologique en périnatalité, Rapport de mission auprès de la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des soins-Janvier 2004, Cahiers de l'AFREE, n°19, pp 93-118.
42. NAIDITCH M., La crise des maternités: quelques réflexions sur une faillite prévisible, Les dossiers de l'obstétrique, Février 2003, n°313, pp 2-4.

Les thèses et mémoires

43. HEGOBURU A., Comment accompagner les mères et futures mères en difficulté à l'occasion de la naissance de leur enfant ?, étude de faisabilité sur la mise en place d'une structure de prise en charge mères-enfant à Paris, Mémoire de Directeur d'Hôpital, Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 2002, 100p.
44. KAMEL A., Perspectives de développement de l'hospitalisation à domicile en périnatalité en région Ile de France, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2004, 75p.
45. JOANNA H., Les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation précaire : Analyses et propositions, Médecins du Monde, Mission banlieue, Gennevilliers, Mémoire de Licence 2001-2002, Management Public, Institut d'Etudes Politiques, Aix-Marseille, 89p.

Les documents électroniques

46. BREART G., PUECH F., ROZE J-C., Rapport de la mission périnatalité: conclusions : vingt propositions pour une politique périnatale, Octobre 2003. Disponible sur Internet: http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/20_propositions/périnatalité.pdf
47. INSERM Expertise collective, Grande Prématuroité- dépistage et prévention du Risque, disponible sur Internet <http://ist.inserm.fr/basisrapports/premat/332.pdf>
48. MAMELLE N., La santé périnatale en 2002-2003, Evaluation des pratiques médicales, FRANCE-PERINAT Réseau National d'Information sur la Naissance, Avril 2004, disponible sur Internet <http://audipog.inserm.fr>
49. MINISTERE des SOLIDARITES, de la SANTE et de la FAMILLE, Direction Générale de la Santé, Direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, INSTITUT NATIONAL de la SANTE et de la RECHERCHE MEDICALE, Unité de Recherche Epidémiologiques en Santé périnatale et Santé des femmes, Enquête Périnatale 2003, février 2005. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/sommaire.htm>
50. MORELLEC J., ROUSSEY M., La protection maternelle et infantile, Cours à la Faculté de Médecine Rennes 1 (en ligne), Rennes, 2 mars 2000, disponible sur Internet: <http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/pediatric/PMI.htm>
51. PAPIERNIK E., Peut-on diminuer les naissances prématurées ?, 1996, disponible sur Internet http://www.med.med.univ-rennes1.fr/cngof/publications/publi96_1html
52. PLAN « périnatalité » 2005-2007, Humanité, proximité, sécurité, qualité, Novembre 2004, disponible sur Internet <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/perinatalite04/synthese.htm>
53. SECRETARIAT D'ETAT A LA LUTTE CONTRE LA PRECARITE ET L'EXCLUSION auprès du MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITE, Souffrance Psychique et Exclusion Sociale, sous la direction de Monsieur le Professeur Philippe Jean PARQUET, Septembre 2003, disponible sur Internet <http://www.snate.gouv.fr/htm/>
54. SYNTHESE de l' ENQUETE FNARS IDF/DRASSIF/MIPES, Synthèse de l'étude « une nuit donnée » -Enquête menée auprès des personnes hébergées en CHU, d'Ile-de-France, Décembre 2004, disponible sur Internet <http://ile-de-France.sante.gouv.fr>

Liste des annexes

Annexe 1 : Femmes en grande vulnérabilité et maternité, enquête réalisée du 1^{er} au 15 mars 2005 dans des maternités de l'AP-HP de Paris.

Hôpital :

FEMMES EN GRANDE VULNERABILITE ET MATERNITE

ETUDE DU SSH DU 1^{ER} AU 15 MARS 2005

- Age

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| Mineure – 18 | ☐ |
| Jeune majeure 18-21 | ☐ |
| 22 à 39 ans | ☐ |
| 40 ans et plus | ☐ |

- Situation familiale

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Couple sans enfant | ☐ | avec enfant | ☐ |
| Isolée | ☐ | sans enfant | ☐ |
| | ☐ | avec enfant | ☐ |
| Soutien de l'entourage | | | |
| Famille / amis | ☐ | | |
| Couple | ☐ | | |
| Isolée | ☐ | | |

Situation administrative

Nationalité (*en clair*).....

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| En situation régulière | ☐ |
| En situation irrégulière | ☐ |

- Durée de séjour en France

Moins de 3 mois ☐

Entre 3 mois et 1 an ☐

Plus d'un an ☐

- Ressources financières de la personnes ou du couple :

Issues du travail Oui ☐ Non ☐

Allocations diverses (RMI, API, chômage, aides financières ASE)

- Type d'hébergement à l'arrivée à la maternité

Autre que logement personnel : Lequel ? (*en clair,*)

(Hébergement amical ou familial, Hébergement d'urgence, CHRS, Hôtel, foyer FJT,

Autre)

- Département de domiciliation

- Parcours antérieur

Plusieurs hébergements ☐

Hébergement stable ☐

Autre (à préciser) ☐

- Suivi de la grossesse

- A quel terme s'est elle présentée-elle à la maternité pour la surveillance médicale?

- A quel terme est-elle rencontrée par le service social hospitalier ?

- Grossesse multiple ☐ oui ☐ non
- Grossesse pathologique ☐ oui ☐ non
- Pathologies associées à la grossesse ☐ oui ☐ non
 - Troubles psychiques ☐
 - Addictions ☐
 - Maladies chroniques ☐
- Victimes de violence ☐

Accompagnement

- Médical : adressée à la maternité par qui ?
 - venue spontanée ☐
 - Association. Précisez ☐
 - Service social ☐
 - PMI ☐
 - Autres structures médicales ☐
 - Autres (précisez)

- Social : Orientée par le service social hospitalier vers qui ?

Quelles structures ont été sollicitées :

→ Pendant le suivi de la grossesse et /ou après l'accouchement

Le Vésinet ☐

115 ☐

Centres maternels ☐

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| CHRS | ☐ |
| Structures Sida, | ☐ |
| Structures toxicomanies | ☐ |
| Demande de logement | ☐ |

incidence de la précarité

(Rappel : DMS requise : 3 jours)

- hospitalisation pendant la grossesse pour raisons sociales

- Prolongation du séjour pour raisons médicales
 - Obstétrique ☐
 - Pathologies associées à la grossesse ☐
 - Pathologies pédiatriques ☐

- Séjour prolongé pour raisons sociales
 - En attente d'hébergement ☐
 - Autres.(Précisez)☐

Quel serait, de votre point de vue, pour cette femme, la structure la plus adaptée/ la meilleure solution ?