



Le Centre de Gestion des Côtes d'Armor organise pour les départements :

de l'Aude, de la Charente Maritime, des Côtes d'Armor, de l'Eure, du Finistère, de la Gironde, de l'Hérault, de l'Ille et Vilaine, des Landes, de la Loire Atlantique, de la Manche, de la Mayenne, du Morbihan, de l'Orne, de la Sarthe, de la Seine Maritime, de la Seine et Marne, de la Vendée, du CIG Petite Couronne et du CIG de la Grande Couronne,

## **LE CONCOURS DE SAGE FEMME TERRITORIALE**

**Jeudi 24 mars 2011 à SAINT-BRIEUC**

### EPREUVE ECRITE D'ADMISSIBILITE

*Epreuve écrite consistant en la rédaction d'un rapport, à partir d'un dossier portant sur une situation en relation avec les missions du cadre d'emplois concerné, et notamment la déontologie de la profession.*

Durée : 3h00  
Coefficient : 1

#### **IMPORTANT**

**Aucun signe distinctif ne doit apparaître sur votre copie** : ni votre prénom ou votre nom (ou nom fictif), ni votre n° de convocation, ni votre signature ou paraphe.

Aucune référence (nom de collectivité, nom de personne, ...) autre que celle figurant le cas échéant sur le sujet ou dans le dossier ne doit apparaître dans votre copie.

Seul l'usage d'un stylo noir ou bleu est autorisé (bille, plume ou feutre). L'utilisation d'une autre couleur, pour écrire ou souligner, sera considérée comme un signe distinctif, de même que l'utilisation d'un surligneur.

Le non respect des règles indiquées ci-dessus peut entraîner l'annulation de la copie par le jury.

Les feuilles de brouillon (de couleur) ne seront en aucun cas corrigées.

## SUJET :

En tant que Sage Femme de Protection Maternelle et Infantile (PMI), vous êtes sollicitée pour recevoir ce jour, jeudi 24 mars 2011, Madame G pour un suivi de grossesse. Lors de l'entretien, elle vous informe qu'elle pense être enceinte de 5 mois et que la grossesse n'est pas déclarée.

Cette patiente est née en 1985. Elle habite en zone rurale. Elle a comme formation un BEP vente, mais elle ne travaille pas actuellement. Son conjoint est électricien et travaille irrégulièrement en intérim. D'après Madame G, il présente parfois des troubles du comportement liés à l'alcool. Au cours de l'entretien, la patiente ne déclare pas souffrir d'une pathologie particulière. Elle mentionne cependant avoir été hospitalisée en septembre 2010 pour chute et perte de connaissance consécutives à un épisode de violence conjugale. Sur un plan obstétrical, il s'agit d'une 5<sup>ème</sup> Gestité, 2<sup>ème</sup> parité (5G 2 P). Dans ses antécédents obstétricaux, on retrouve deux Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) en 2004 et 2005. Elle a deux enfants âgés de 4 ans ½ et 17 mois (grossesses et accouchements sans particularité). Son fils aîné, scolarisé en maternelle, est suivi par le psychologue du Centre Médico Psycho Pédagogique (CMPP) pour comportement agressif envers ses camarades.

Votre responsable vous demande de rédiger un rapport circonstancié et précis avec vos propositions de suivi. Celui-ci sera présenté et analysé en réunion pluridisciplinaire.

### Documents fournis :

Document 1 : La sage-femme de PMI : profession et mode d'exercice. Extrait du site du Conseil National des Sages-femmes (ONSF) <http://www.ordre-sages-femmes.fr>, consulté le 26/01/2011 (3 pages)

Document 2 : Le rSa, mode d'emploi. Mai 2009, <http://www.rsa.gouv.fr/>. (2 pages)

Document 3 : Extrait de la loi n°2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. (4 pages)

Document 4 : PONTE C. Violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. *Vocation sage-femme*. Elsevier Masson, Avril 2007, n°51, p.30-31. (2 pages)

Document 5 : Les violences faites aux femmes. *INSEE première*, Février 2008, n°1180. Disponible sur le site <http://www.insee.fr> (4 pages)

Document 6 : Alcool : Où trouver de l'aide dans le Finistère ? Plaquette du Comité Départemental d'Education pour la Santé (CODES). (2 pages)

Document 7 : MAHIEU-CAPUTO D. Prise en charge des femmes enceintes et nouveau-nés en situation de vulnérabilité sociale : faut-il une prise en charge spécifique ? *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*. Elsevier Masson, 2010, n°38, p83-91 (9 pages)

Document 8 : Expérience de réseau sur le territoire de Pézenas. *Vocation sage-femme*. Elsevier Masson, Janvier février 2011, n°88. (3 pages)

## LA SAGE FEMME DE PMI

Relevant des Conseils Généraux, les sages-femmes de PMI (ou sages-femmes territoriales) ont essentiellement un rôle de prévention par le biais d'une fonction à la fois sociale et médicale, notamment lors de la surveillance de grossesse à risque : prise de rendez-vous, visites à domicile, prévention des menaces d'accouchement prématuré, suivis des traitements de toute pathologie liée à la grossesse (HTA, diabète, etc.), examen obstétrical et gynécologique.

Ainsi, à l'exception de l'accouchement, les sages-femmes territoriales contribuent au bon déroulement de la grossesse. Pour ce faire, elles travaillent avec les médecins de P.M.I ou participent à l'activité d'un réseau d'obstétrique.

Les sages-femmes territoriales organisent par ailleurs des séances d'informations notamment auprès des jeunes dans les établissements scolaires, les associations et le centre de planning pour les mineurs.

Leurs règles d'emploi sont issues de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et du décret n°92-855 du 28 août 1992 modifié portant statut particulier du cadre d'emplois des sages-femmes territoriales.

Pour en savoir plus sur les textes relatifs à la fonction publique territoriale.

## DEONTOLOGIE

L'article R.4127-348 du code de la santé publique dispose que le fait pour une sage-femme d'être liée dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut avec une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et, en particulier, à ses obligations concernant l'indépendance de ses décisions et le respect du secret professionnel.

En aucune circonstance, la sage-femme ne peut accepter de la part de son employeur de limitation à son indépendance professionnelle. Quel que soit le lieu où elle exerce, elle doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé et de la sécurité de ses patientes et des nouveau-nés.

En effet, les dispositions du Code de déontologie s'imposent aux sages-femmes inscrites au tableau de l'ordre et les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'ordre. (R.4127-301 du code de la santé publique).

Néanmoins, au même titre que toute sage-femme chargée d'un service public et inscrite au tableau de l'Ordre, une sage-femme territoriale ne peut être traduite devant la juridiction disciplinaire de l'Ordre pour des faits se rattachant à sa fonction au sein d'une collectivité territoriale (conseil général ou commune), que par le Ministère de la santé, le préfet du département, le directeur général de l'ARS, le Procureur de la République, le Conseil national ou le conseil départemental au tableau duquel la sage-femme est inscrite. (art. L. 4124-2 du code de la santé publique).

Par ailleurs, toute sage-femme doit disposer au lieu de son exercice professionnel d'une installation convenable et de moyens techniques suffisants. En aucun cas, la sage-femme ne doit exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la sécurité et la qualité des soins et des actes médicaux. (art R.4127-309 du code de la santé publique)

Enfin, la sage-femme liée à son employeur par convention ou contrat ne doit en aucun cas profiter de ses fonctions pour augmenter sa clientèle personnelle. (R.4127-350 du code de la santé publique).

[http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice\\_de\\_la\\_profession/la\\_profession\\_et\\_modes\\_dexercice/la\\_sagefemme\\_de\\_pmi/index.htm](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/la_profession_et_modes_dexercice/la_sagefemme_de_pmi/index.htm)

## ORGANISATION ET MISSIONS DES CENTRES PMI

### Dispositions légales

Après le Code de la famille promulgué en 1939, l'ordonnance du 2 novembre 1945 puis le décret du 19 juillet 1962 et la loi du 18 décembre 1989, ont établi les règles de la protection de la maternité et de l'enfance.

Les dispositions relatives aux règles de fonctionnement de la protection de la maternité et de l'enfance sont codifiées aux articles L.2111-1 et suivants de code de la santé publique.

### Les missions

La protection maternelle et infantile (P.M.I) s'adresse aux familles, aux femmes enceintes et aux enfants de moins de six ans. Elle consiste en des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants. Elle développe des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans.

### L'organisation

Depuis la loi du 22 juillet 1983 de décentralisation relative au transfert de compétence en matière d'action sociale et de santé, les services de protection maternelle et infantile et ceux de l'aide sociale à l'enfance sont placés sous la responsabilité des présidents des Conseils généraux.

Depuis, le département est donc chargé de l'organisation et du financement des services et consultations de santé maternelle et infantile ainsi que des activités de la P.M.I à domicile.

## LES SAGES-FEMMES TERRITORIALES

### Les missions des sages-femmes territoriales

La sage-femme de PMI a essentiellement un rôle de prévention. Elle devra, dans le cadre de ses missions :

- renforcer la protection des femmes enceintes dont l'état de santé ou la situation matérielle ou morale le nécessite
- favoriser la santé physique, psychologique et sociale des femmes enceintes et de leurs futurs enfants
- concourir à la diminution du taux de mortalité maternelle, périnatale et de morbidité néonatale
- participer à une politique de planification et d'éducation familiale en matière de grossesse, de contraception et de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, notamment l'infection par le VIH.

Pour cela elles assurent en différents lieux (centres de PMI, centres sociaux) des consultations prénatales. Elles procèdent ainsi aux examens des 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> mois de la grossesse.

Elles sont amenées à exercer au domicile des patientes :

- en prévention primaire, sollicitées directement par celles-ci, par les autres professionnels de santé (maternités publiques et privées, praticiens libéraux) ou par d'autres professionnels du secteur social.
- en prévention secondaire lors de la surveillance de grossesse à risque (prévention des menaces d'accouchement prématuré, suivis des traitements de toute pathologie liée à la grossesse HTA, diabète, etc.)

Elles assurent aussi bien un rôle essentiel de proximité dans la coordination des soins ainsi que dans l'orientation et l'accompagnement des femmes enceintes et de leur famille auprès des différents réseaux sanitaires et sociaux.

Elles effectuent ainsi un suivi global de la grossesse tant sur le plan médical que psychologique et social.

Les sages-femmes territoriales organisent des séances d'informations et de préparation à la naissance auprès des futurs parents et sont présentes auprès des jeunes lors de séances d'informations sur le thème de la sexualité dans les établissements scolaires, les associations et les centres de planification et d'éducation familiale.

Par ailleurs, leur exercice au sein d'une collectivité territoriale s'inscrit dans une dynamique de partenariat avec d'autres professionnels du champ social et leur permet de participer ainsi à la prévention de la maltraitance.

Ce rôle de prévention les situe à l'interface entre le médical et le social et demande outre les connaissances propres à la profession de sage-femme, une spécialisation indispensable en termes de formation à l'écoute, au dialogue ainsi qu'une bonne connaissance des partenaires.

Le revenu de solidarité active (rSa) entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2009 en France métropolitaine.

– Il remplace le revenu minimum d'insertion (RMI), l'allocation de parent isolé (API) et certaines aides forfaitaires temporaires comme la prime de retour à l'emploi.

– Il est également versé à des personnes qui travaillent déjà et dont les revenus sont limités. Son montant dépend à la fois de la situation familiale et des revenus du travail. Il peut être soumis à l'obligation d'entreprendre des actions favorisant une meilleure insertion professionnelle et sociale.

L'État et les départements s'associent pour mettre en place cette nouvelle prestation, dont le premier versement interviendra le 6 juillet 2009. Le rSa est versé par les Caisses d'allocations familiales ou les Caisses de mutualité sociale agricole. Il concerne plus de 3 millions de ménages.

# Le rSa, ça sert à ça !

## 1 À compléter les revenus du travail pour ceux qui en ont besoin.

Si votre salaire est limité, le rSa peut, sous certaines conditions de ressources et selon votre situation familiale, améliorer votre quotidien, et cela même si vous ne bénéficiez actuellement d'aucune prestation.

## 2 À encourager l'activité professionnelle.

Quand vous retrouvez un travail, le rSa vous assure un complément de revenus qui vous permet de gagner plus que vos seules prestations.

## 3 À lutter contre l'exclusion.

Avec le rSa, un interlocuteur unique suit l'ensemble de votre dossier, vous accompagne dans votre recherche d'emploi et vous informe sur les aides qui peuvent faciliter votre reprise d'activité.

## 4 À simplifier les minima sociaux.

Au lieu de recevoir plusieurs aides séparées (allocation de parent isolé ou RMI ou intéressement proportionnel et forfaitaire à la reprise d'activité) et qui ont des règles complexes, vous recevez une seule et même aide qui intègre plusieurs prestations sociales et demeure stable si votre situation ne change pas.

Pour en savoir plus...

Connectez-vous au site  
**rsa.gouv.fr**

Appelez le  
**39 39\* « Allô service public »**

Et aussi, renseignez-vous auprès :  
du Conseil général de votre département, de votre Caisse d'allocations familiales, de votre Caisse de mutualité sociale agricole ou de votre Centre communal ou intercommunal d'action sociale.

Pour effectuer vos démarches,  
rendez-vous directement dans :

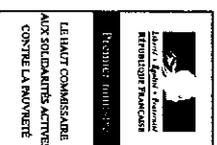
- les services de votre département ou
- votre Caisse d'allocations familiales ou
- votre Caisse de mutualité sociale agricole ou
- le Centre communal d'action sociale de votre lieu de résidence

\* Coût d'une communication locale depuis un poste fixe.  
Du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi de 8h30 à 18h.



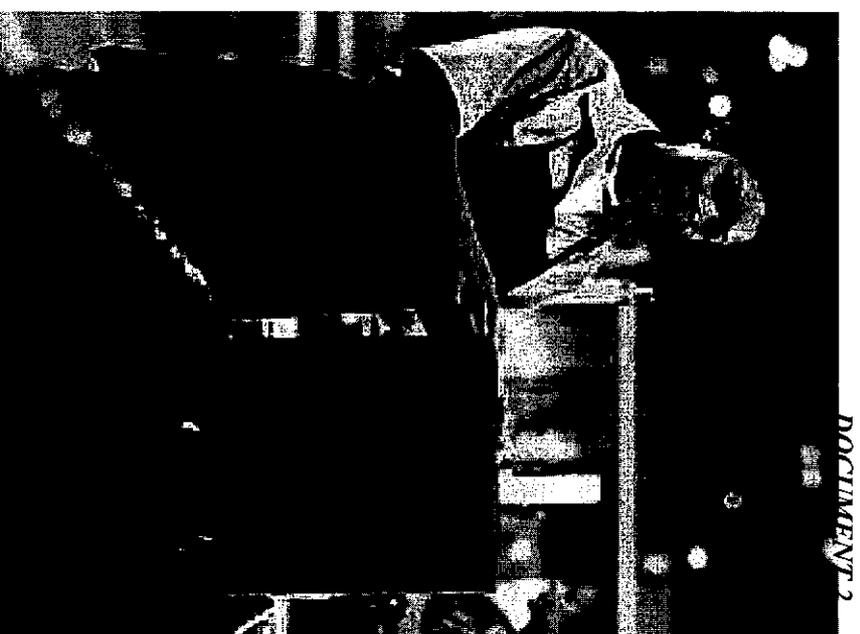
Revenu de solidarité active

En partenariat avec les départements



LE HAUT COMMISSAIRE  
AUX SOLIDARITÉS ACTIVES  
CONTRE LA POVRETÉ

Crédit photos : Getty Images. Ne pas jeter sur la voie publique. 05/09.



revenu de Solidarité active

# Le rSa, mode d'emploi

Mai 2009



Revenu de solidarité active

En partenariat avec les départements



LE HAUT COMMISSAIRE  
AUX SOLIDARITÉS ACTIVES  
CONTRE LA POVRETÉ

# Qu'est-ce que ça change pour vous ?



Michel, 42 ans, est cariste à temps plein dans un entrepôt.

## Travailleurs à temps plein

Payé au Smic, il vit avec Brigitte, sa femme, qui garde leurs deux enfants à la maison. À quatre sur le salaire de Michel, ce n'est pas facile. Grâce au rSa, il bénéficie d'un complément de revenus de 301 euros par mois. Compte tenu de l'ajustement de la prime pour l'emploi, cela correspond à un gain mensuel de 212 euros.



Amina, 55 ans, est auxiliaire de vie auprès de personnes âgées depuis cinq ans. Elle touche le RMI et travaille trois demi-journées par semaine.

## Allocataires du RMI en activité

Jusqu'à présent, tout ce que gagnait Amina en travaillant était déduit de son RMI. Comme elle vit seule, elle avait 400 euros par mois. Grâce au rSa, l'aide qu'elle reçoit s'ajoute désormais au salaire qu'elle gagne. Elle vit maintenant avec 240 euros de plus chaque mois. Elle bénéficiera aussi de l'appui d'un conseiller personnel de Pôle emploi pour trouver des heures de travail supplémentaires.



Mila, 32 ans, travaille comme caissière à trois quarts temps dans un supermarché depuis deux ans.

## Travailleurs à temps partiel

Mila gagne 800 euros par mois et touche 87 euros d'allocation de soutien familial pour sa fille de deux ans, qu'elle élève seule. Elle perçoit désormais le rSa et bénéficie d'un complément de revenus supplémentaire de 278 euros par mois. Compte tenu de l'ajustement de la prime pour l'emploi, cela correspond à un gain mensuel d'environ 200 euros.



Philippe, 35 ans, est au RMI depuis quinze mois. Il habite en zone rurale et il n'a pas le permis de conduire.

## Allocataires du RMI sans emploi

Philippe touche le rSa pour un montant équivalent à celui qu'il percevait au RMI. Il est, par ailleurs, en contact régulier avec son conseiller personnel de Pôle emploi, qui le guide dans ses démarches pour retrouver un travail. Grâce à lui, Philippe a, notamment, bénéficié d'une aide pour passer le permis. Un pas important sur le chemin du retour à l'emploi.

# Comment ça marche ?

Qui pourra en bénéficier ?

Les personnes :

- de plus de 25 ans (ou celles de moins de 25 ans ayant un enfant né ou à naître) ;
- exerçant ou reprenant une activité professionnelle, qui peuvent ainsi cumuler revenus du travail et revenus de la solidarité ;
- sans activité, notamment les bénéficiaires actuels du RMI (revenu minimum d'insertion) ou de l'API (allocation de parent isolé). Le rSa décroît progressivement à mesure que les revenus du travail augmentent.

2 - Pour déposer une demande, téléchargez le formulaire à l'issue de la simulation en ligne ou adressez-vous à votre Caisse d'allocations familiales, à votre Caisse de mutualité sociale agricole, à votre Conseil général ou au Centre communal ou intercommunal d'action sociale dont vous dépendez.

3 - Votre Caisse d'allocations familiales ou votre Caisse de mutualité sociale agricole se chargera d'enregistrer votre demande et d'effectuer le versement de votre allocation rSa sur votre compte bancaire ou postal.

Quelles démarches effectuer ?

Pour les travailleurs à revenus modestes

1 - Pour savoir si vous pouvez bénéficier du rSa : faites une simulation en ligne sur les sites [rsa.gouv.fr](http://rsa.gouv.fr), [www.caf.fr](http://www.caf.fr) ou [www.msa.fr](http://www.msa.fr) ; ou appelez le numéro 39 39\* « Allô service public », à compter du 1<sup>er</sup> juin 2009.

Pour les bénéficiaires du RMI et de l'API

il n'y a aucune démarche particulière à effectuer. Le rSa remplacera automatiquement le RMI et l'API.

## Questions/réponses

- Y a-t-il une condition d'âge pour toucher le rSa ?
- Quelles sont les conditions de ressources pour bénéficier du rSa ?
- Faut-il déjà bénéficier de prestations sociales pour pouvoir toucher le rSa ?
- Le versement du rSa est-il limité dans le temps ?
- Quelle personne, dans un couple, perçoit le rSa ?

Un créateur d'entreprise a-t-il droit au rSa ?

\* Coût d'une communication locale depuis un poste fixe.

# EXTRAIT DE LOI

**Loi n°2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants (1)**

NOR : JUSX1007012L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Chapitre Ier

**Protection des victimes**

**Article 1<sup>er</sup>**

1.- Le livre Ier du code civil est complété par un titre XIV ainsi rédigé :

« *TITRE XIV*

**« DES MESURES DE PROTECTION  
DES VICTIMES DE VIOLENCES**

« *Art. 515-9.* – Lorsque les violences exercées au sein du couple ou par un ancien conjoint, un ancien partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou un ancien concubin mettent en danger la personne qui en est victime, un ou plusieurs enfants, le juge aux affaires familiales peut délivrer en urgence à cette dernière une ordonnance de protection.

« *Art. 515-10.* – L'ordonnance de protection est délivrée par le juge, saisi par la personne en danger, si besoin assistée, ou, avec l'accord de celle-ci, par le ministère public.

« Dès la réception de la demande d'ordonnance de protection, le juge convoque, par tous moyens adaptés, pour une audition, la partie demanderesse et la partie défenderesse, assistées, le cas échéant, d'un avocat ainsi que le ministère public. Ces auditions peuvent avoir lieu séparément. Elles peuvent se tenir en chambre du conseil.

« *Art. 515-11.* – L'ordonnance de protection est délivrée par le juge aux affaires familiales, s'il estime, au vu des éléments produits devant lui et contradictoirement débattus, qu'il existe des raisons sérieuses de considérer comme vraisemblables la commission des faits de violence allégués et le danger auquel la victime est exposée. A l'occasion de sa délivrance, le juge aux affaires familiales est compétent pour :

« 1° Interdire à la partie défenderesse de recevoir ou de rencontrer certaines personnes spécialement désignées par le juge aux affaires familiales, ainsi que d'entrer en relation avec elles, de quelque façon que ce soit ;

« 2° Interdire à la partie défenderesse de détenir ou de porter une arme et, le cas échéant, lui ordonner de remettre au greffe contre récépissé les armes dont elle est détentrice ;

« 3° Statuer sur la résidence séparée des époux en précisant lequel des deux continuera à résider dans le logement conjugal et sur les modalités de prise en charge des frais afférents à ce logement. Sauf circonstances particulières, la jouissance de ce logement est attribuée au conjoint qui n'est pas l'auteur des violences ;

« 4° Attribuer la jouissance du logement ou de la résidence du couple au partenaire ou au concubin qui n'est pas l'auteur des violences et préciser les modalités de prise en charge des frais afférents à ce logement ;

« 5° Se prononcer sur les modalités d'exercice de l'autorité parentale et, le cas échéant, sur la contribution aux charges du mariage pour les couples mariés, sur l'aide matérielle au sens de l'article 515-4 pour les partenaires d'un pacte civil de solidarité et sur la contribution à l'entretien et à l'éducation des enfants ;

« 6° Autoriser la partie demanderesse à dissimuler son domicile ou sa résidence et à élire domicile chez l'avocat qui l'assiste ou la représente ou auprès du procureur de la République près le tribunal de grande instance pour toutes les instances civiles dans lesquelles elle est également partie. Si, pour les besoins de l'exécution d'une décision de justice, l'huissier chargé de cette exécution doit avoir connaissance de l'adresse de cette personne, celle-ci est communiquée, sans qu'il puisse la révéler à son mandant ;

« 7° Prononcer l'admission provisoire à l'aide juridictionnelle de la partie demanderesse en application du premier alinéa de l'article 20 de la loi n°91-647 du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique.

« Le cas échéant, le juge présente à la partie demanderesse une liste des personnes morales qualifiées susceptibles de l'accompagner pendant toute la durée de l'ordonnance de protection. Il peut, avec son accord, transmettre à la personne morale qualifiée les coordonnées de la partie demanderesse, afin qu'elle la contacte.

« Art. 515-12. – Les mesures mentionnées à l'article 515-11 sont prises pour une durée maximale de quatre mois. Elles peuvent être prolongées au-delà si, durant ce délai, une requête en divorce ou en séparation de corps a été déposée. Le juge aux affaires familiales peut, à tout moment, à la demande du ministère public ou de l'une ou de l'autre des parties, ou après avoir fait procéder à toute mesure d'instruction utile, et après avoir invité chacune d'entre elles à s'exprimer, supprimer ou modifier tout ou partie des mesures énoncées dans l'ordonnance de protection, en décider de nouvelles, accorder à la personne défenderesse une dispense temporaire d'observer certaines des obligations qui lui ont été imposées ou rapporter l'ordonnance de protection.

« Art. 515-13. – Une ordonnance de protection peut également être délivrée par le juge à la personne majeure menacée de mariage forcé, dans les conditions fixées à l'article 515-10.

« Le juge est compétent pour prendre les mesures mentionnées aux 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 6<sup>o</sup> et 7<sup>o</sup> de l'article 515-11. Il peut également ordonner, à sa demande, l'interdiction temporaire de sortie du territoire de la personne menacée. Cette interdiction de sortie du territoire est inscrite au fichier des personnes recherchées par le procureur de la République. L'article 515-12 est applicable aux mesures prises sur le fondement du présent article. »

II. – Le même code est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Le troisième alinéa de l'article 220-1 est supprimé ;

2<sup>o</sup> Au quatrième alinéa de l'article 220-1, le mot « autres » est supprimé ;

3<sup>o</sup> Au troisième alinéa de l'article 257, après la référence : « 220-1 », est insérée la référence : « et du titre XIV du présent livre ».

## Article 2

Les articles 53-1 et 75 du code de procédure pénale sont complétés par un 6<sup>o</sup> ainsi rédigé :

« 6<sup>o</sup> De demander une ordonnance de protection, dans les conditions définies par les articles 515-9 à 515-13 du code civil. Les victimes sont également informées des peines encourues par le ou les auteurs des violences et des conditions d'exécution des éventuelles condamnations qui pourraient être prononcées à leur rencontre. »

## Article 3

I. – L'article 375-7 du code civil est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'il fait application des articles 375-2, 375-3 ou 375-5, le juge peut également ordonner l'interdiction de sortie du territoire de l'enfant. La décision fixe la durée de cette interdiction qui ne saurait excéder deux ans. Cette interdiction de sortie du territoire est inscrite au fichier des personnes recherchées par le procureur de la République. »

II. – Le dernier alinéa de l'article 373-2-6 du même code est ainsi rédigé :

« Il peut notamment ordonner l'interdiction de sortie de l'enfant du territoire français sans l'autorisation des deux parents. Cette interdiction de sortie du territoire sans l'autorisation des deux parents est inscrite au fichier des personnes recherchées par le procureur de la République. »

## Article 4

Le I de l'article 23 de la loi 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure est complété par un 14<sup>o</sup> ainsi rédigé :

« 14<sup>o</sup> L'interdiction de sortie du territoire prévue aux articles 373-2-6, 375-7 et 515-13 du code civil. »

## Article 5

I.- Après la section 2 du chapitre VII du titre II du livre inséré II du code pénal, il est inséré une section 2 bis ainsi rédigée :

« Section 2 bis

« **De la violation des ordonnances prises par le juge  
aux affaires familiales en cas de violences**

« Art. 227-4-2. – Le fait, pour une personne faisant l'objet d'une ou plusieurs obligations ou interdictions imposées dans une ordonnance de protection rendue en application des articles 515-9 ou 515-13 du code civil, de ne pas se conformer à cette ou ces obligations ou interdictions est puni de deux ans d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

« Art. 227-4-3. – Le fait, pour une personne tenue de verser une contribution ou des subsides au titre de l'ordonnance de protection rendue en application de l'article 515-9 du code civil, de ne pas notifier son changement de domicile au créancier dans un délai d'un mois à compter de ce changement est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500€ d'amende.

II. – Après l'article 141-3 du code de procédure pénale, il est inséré un article 141-4 ainsi rédigé :

« *Art. 141-4.* – Les services de police et les unités de gendarmerie peuvent, d'office ou sur instruction du juge d'instruction, appréhender toute personne placée sous contrôle judiciaire à l'encontre de laquelle il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'elle a manqué aux obligations qui lui incombent au titre des 9° et 17° de l'article 138. La personne peut alors, sur décision d'un officier de police judiciaire, être retenue vingt-quatre heures au plus dans un local de police ou de gendarmerie afin que soit vérifiée sa situation et qu'elle soit entendue sur la violation de ses obligations.

« Dès le début de la mesure, l'officier de police judiciaire informe le juge d'instruction.

« La personne retenue est immédiatement informée par l'officier de police judiciaire ou, sous le contrôle de celui-ci, par un agent de police judiciaire de la nature de l'obligation qu'elle est soupçonnée avoir violée et du fait qu'elle peut exercer les droits prévus par les troisième et quatrième alinéas de l'article 63-1, par les articles 63-2 et 63-3 et par les quatre premiers alinéas de l'article 63-4.

« Les pouvoirs conférés au procureur de la République par les articles 63-2 et 63-3 sont exercés par le juge d'instruction.

« Les articles 64 et 65 sont applicables à la présente mesure. La personne retenue ne peut faire l'objet d'investigations corporelles au cours de sa rétention par le service de police ou par l'unité de gendarmerie.

« A l'issue de la mesure, le juge d'instruction peut ordonner que la personne soit conduite devant lui, le cas échéant pour qu'il saisisse le juge des libertés et de la détention aux fins de révocation du contrôle judiciaire.

« Le juge d'instruction peut également demander à un officier ou un agent de police judiciaire d'aviser la personne qu'elle est convoquée devant lui à une date ultérieure. »

III. – Le second alinéa de l'article 141-2 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les dispositions de l'article 141-4 sont applicables ; les attributions confiées au juge d'instruction par cet article sont alors exercées par le procureur de la République.

IV. – La dernière phrase du dernier alinéa de l'article 394 du même code est complétée par les mots : «, ainsi que celle de l'article 141-4 ; les attributions confiées au juge d'instruction par cet article sont alors exercées par le procureur de la République. »

## Article 6

I. – Après l'article 141-12 du code de procédure pénale, il est inséré un article 142-12-1 ainsi rédigé :

« *Art. 142-12-1.* – Par dérogation aux dispositions de l'article 142-5, l'assignation à résidence exécutée sous le régime du placement sous surveillance électronique mobile peut être ordonnée lorsque la personne est mise en examen pour des violences ou des menaces, punies d'au moins cinq ans d'emprisonnement, commises :

« 1° Soit contre son conjoint, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;

« 2° Soit contre ses enfants ou ceux de son conjoint, concubin ou partenaire.

« Le présent article est également applicable lorsque l'infraction est commise par l'ancien conjoint ou concubin de la victime ou par la personne ayant été liée à elle par un pacte civil de solidarité, le domicile concerné étant alors celui de la victime. »

II. – Le code pénal est ainsi modifié :

1° Après l'article 131-36-12, il est inséré un article 131-36-12-1 ainsi rédigé :

« *Art. 131-36-12-1.* – Par dérogation aux dispositions de l'article 131-36-10, le placement sous surveillance électronique mobile peut être ordonné à l'encontre d'une personne majeure, dont une expertise médicale a constaté la dangerosité, condamnée à une peine privative de liberté d'une durée égale ou supérieure à cinq ans pour des violences ou des menaces commises :

« 1° Soit contre son conjoint, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;

« 2° Soit contre ses enfants ou ceux de son conjoint, concubin ou partenaire.

« Le présent article est également applicable lorsque les violences ont été commises par l'ancien conjoint ou concubin de la victime, ou par la personne ayant été liée à elle par un pacte civile de solidarité, le domicile concerné étant alors celui de la victime. » :

2° Après l'article 222-18-2, il est inséré un article 222-18-3 ainsi rédigé :

« *Art. 222-18-3.* – Lorsqu'elles sont commises par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité, les menaces prévues au premier alinéa de l'article 222-17 sont punies de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende, celles prévues au second alinéa du même article et au premier alinéa de l'article 222-18 sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende et celles

prévues au second alinéa de l'article 222-18 sont punies de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 € d'amende. ».

3° Au deuxième alinéa de l'article 222-48-1, la référence : « et 222-14 » est remplacée par les références : « , 222-14 et 222-18-3 ».

III. – Lorsqu'une personne mise en examen pour un crime ou un délit commis à l'encontre de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité est placée sous assignation à résidence avec surveillance électronique mobile et qu'une interdiction de rencontrer la victime a été prononcée, cette dernière peut, si elle y consent expressément, se voir proposer l'attribution d'un dispositif de téléprotection lui permettant d'alerter les autorités publiques en cas de violation des obligations imposées au mis en examen ou le port d'un dispositif électronique permettant de signaler à distance que la personne mise en examen se trouve à proximité.

De tels dispositifs peuvent également être proposés à la victime lorsqu'une personne condamnée pour un crime ou un délit commis à l'encontre de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité est placée sous surveillance électronique mobile dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire ou d'une libération conditionnelle et qu'une interdiction de rencontrer la victime a été prononcée.

Ces dispositions sont également applicables lorsque les faits ont été commis par un ancien conjoint ou par un ancien concubin de la victime ou par une personne ayant été liée à cette dernière par un pacte civil de solidarité.

Ces dispositions sont applicables à titre expérimental, pendant une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi, dans des ressorts déterminés par le ministère de la justice, selon des modalités précisées par arrêté.

#### **Article 7**

Le code civil est ainsi modifié :

1° L'article 373-2-1 est ainsi modifié :

a) Au troisième alinéa, après le mot : « Lorsque », sont insérés les mots : « , conformément à l'intérêt de l'enfant, » et les mots : « ce parent » sont remplacés par les mots : « le parent qui n'a pas l'exercice de l'autorité parentale » ;

b) Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'intérêt de l'enfant le commande ou lorsque la remise directe de l'enfant à l'autre parent présente un danger pour l'un d'eux, le juge en organise les modalités pour qu'elle présente toutes les garanties nécessaires. Il peut prévoir qu'elle s'effectue dans un espace de rencontre qu'il désigne, ou avec l'assistance d'un tiers de confiance ou du représentant d'une personne morale qualifiée. » ;

c) A la première phrase du dernier alinéa, les mots : « Ce parent » sont remplacés par les mots : « Le parent qui n'a pas l'exercice de l'autorité parentale » ;

2° L'article 373-2-9 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'intérêt de l'enfant le commande ou lorsque la remise directe de l'enfant à l'autre parent présente un danger pour l'un d'eux, le juge en organise les modalités pour qu'elle présente toutes les garanties nécessaires. Il peut prévoir qu'elle s'effectue dans un espace de rencontre qu'il désigne, ou avec l'assistance d'un tiers de confiance ou de représentant d'une personne morale qualifiée. »

#### **Article 8**

L'article 373-2-11 du code civil est complété par un 6° ainsi rédigé :

« 6° Les pressions ou violences, à caractère physique ou psychologique, exercées par l'un des parents sur la personne de l'autre. »

#### **Article 9**

Le premier alinéa de l'article 378 du même code est ainsi rédigé :

« Peuvent se voir retirer totalement l'autorité parentale par une décision expresse du jugement pénal les père et mère qui sont condamnés, soit comme auteurs, coauteurs ou complices d'un crime ou délit commis sur la personne de leur enfant, soit comme coauteurs ou complices d'un crime ou délit commis par leur enfant, soit comme auteurs, coauteurs ou complices d'un crime sur la personne de l'autre parent. »

#### **Article 10**

Au deuxième alinéa de l'article 377 du même code, après les mots : « qui a recueilli l'enfant », sont insérés les mots : « ou un membre de la famille ».

## Violences conjugales, le rôle des professionnels de santé

*Parce qu'aujourd'hui, en France métropolitaine, une femme meurt en moyenne tous les quatre jours des suites de violence au sein du couple, il est plus que jamais essentiel de sensibiliser les professionnels de santé à la réalité des violences conjugales et de les informer sur le dispositif juridique concernant ces violences.*

**C**onfronté à une femme victime de violences conjugales, le professionnel doit lui donner toutes les informations utiles en la matière, mais également mettre en place des mesures pour la protéger.

### Le dispositif juridique applicable aux violences conjugales

En matière de violences conjugales, l'arsenal répressif est conséquent. De nombreux comportements sont érigés en infraction par le code pénal et puni comme tel (voir le tableau page suivante).

Le législateur a encore renforcé cette répression en considérant que « dans les cas prévus par la loi, les peines encourues pour un crime ou un délit sont aggravées lorsque l'infraction est commise par le conjoint, le concubin ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité. La circonstance aggravante prévue au premier alinéa est également constituée lorsque les faits sont commis par l'ancien conjoint, l'ancien concubin ou l'ancien partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité. Les dispositions du présent alinéa sont applicables dès lors que l'infraction est commise en raison des relations ayant existé entre l'auteur des faits et la victime ». Cet article 132-80 du code pénal introduit par la loi du 4 avril 2006<sup>1</sup> confirme la sévérité de traitement de ces infractions.

Cette loi consacre également la sanction du viol entre époux. Longtemps rejeté par les juges, le viol entre époux apparaît désormais de manière explicite au sein du code pénal.

Figure ainsi, à l'alinéa 6 de l'article 222-22 concernant le viol, la formule suivante : « Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime dans les circonstances prévues à la présente section, quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis

par les liens du mariage. Dans ce cas, la présomption de consentement des époux à l'acte sexuel ne vaut que jusqu'à preuve du contraire. »

Mais au-delà de l'arsenal répressif, le législateur a également souhaité renforcer depuis quelques années la protection de la femme victime de violences. C'est ainsi que la loi du 26 mai 2004<sup>2</sup> a inséré au sein du code civil un article relatif à l'éloignement du conjoint violent : « Lorsque les violences exercées par l'un des époux mettent en danger son conjoint, un ou plusieurs enfants, le juge peut statuer sur la résidence séparée des époux en précisant lequel des deux continuera à résider dans le logement conjugal. Sauf circonstances particulières, la jouissance de ce logement est attribuée au conjoint qui n'est pas l'auteur des violences [...]. » Désormais, ce n'est donc plus à la victime des violences conjugales de quitter le domicile mais bien à celui qui les commet de s'en aller.

Il est essentiel que les professionnels de santé connaissent ces dispositions ou en tout cas sachent où les trouver afin de pouvoir informer au mieux les femmes victimes de violences et les accompagner. L'analyse d'un certain nombre de cas a en effet démontré que la capacité d'une femme victime de violences conjugales à mettre fin à sa situation dépend étroitement de la clarté des réponses qui lui sont données et de l'aide qui lui est offerte<sup>3</sup>.

### Violences conjugales et secret professionnel

La problématique des violences est étroitement liée pour les professionnels de santé à celle du respect du secret professionnel. En présence d'une personne victime de violences, qu'elles soient conjugales ou non d'ailleurs, la question du secret professionnel est toujours posée : qu'implique pour nous le respect du secret professionnel ? nous permet-il de signaler les violences ? nous oblige-t-il à le faire ? nous faut-il l'ac-

cord de la victime ? Autant de questions pour lesquelles il convient d'apporter des clarifications. Le secret professionnel n'est pas un principe absolu ; de nombreuses dérogations à son respect sont prévues par les textes. Le signalement des violences et des maltraitances fait partie des dérogations prévues par l'article 226-14 du code pénal. Cet article dispose que « l'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est mineure, son accord n'est pas nécessaire [...];

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire ».

En ce qui concerne la permission ou l'obligation de signaler, il est important de préciser que les professionnels de santé ne sont pas redevables d'une obligation de signalement mais d'une obligation de protection<sup>4</sup>. Concrètement, cela signifie que le signalement ne s'imposera que dans les situations où il va représenter le seul moyen de protéger la victime des violences.

L'article 226-14 opère une distinction entre les personnes "vulnérables" et celles qui ne

le sont pas. Il s'agit ici d'une vulnérabilité au sens juridique du terme. Traditionnellement, on classe dans la catégorie des personnes vulnérables les mineurs, les personnes âgées et les personnes handicapées.

Cette distinction a une importance car elle conditionne la nécessité ou non pour le professionnel qui opère le signalement d'avoir le consentement de la personne concernée. Pour les personnes vulnérables, le signalement peut se faire sans leur consentement. En revanche, pour les personnes dites non vulnérables, tout signalement de violence implique le recueil de leur consentement.

En matière de violences conjugales, la femme majeure victime de violences ne fait pas partie de la catégorie des personnes vulnérables. En effet, les personnes dites vulnérables sont vulnérables en soi, c'est-à-dire avant même d'être victimes de violences.

Parce que la femme victime de violences ne fait pas partie des personnes vulnérables, aucun signalement ne peut être effectué par le professionnel de santé, dans le cas où elle est majeure, sans qu'il obtienne son accord.

Lorsque la protection de la victime peut se faire par un autre biais qu'un signalement, cela ne présente pas de problème. Le cas de conscience se pose pour les professionnels, et notamment pour les médecins qui vont rédiger les certificats, si la femme refuse de manière catégorique toute aide et tout signa-

lement alors qu'elle apparaît en danger de mort. Que faire ? Signaler pour la protéger malgré elle ? Respecter sa volonté ? Il s'agit ici de situations délicates pour lesquelles il ne serait que peu pertinent de se prononcer de manière absolue. †

#### Carène Ponte

Juriste spécialisée en droit de la santé,  
responsable de formation IRFA Évolution  
Amiens (80)  
cponte@irfa-evolution.fr

#### Notes

1. Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs.
2. Loi n° 2004-439 du 26 mai 2004 relative au divorce.
3. Cf. le rapport au ministre chargé de la Santé réalisé par un groupe d'experts réunis sous la présidence de M. le professeur Roger Henrion, février 2001.
4. Cette simple permission de signaler est confirmée par d'autres articles du code pénal, comme notamment l'article 434-1, qui exclut de l'obligation de signalement les personnes soumises au secret professionnel.

#### La femme enceinte victime de violences conjugales

Si l'état de grossesse n'est pas mentionné au sein de l'article 226-14 du code pénal, cet élément est néanmoins présent dans plusieurs articles du code pénal, comme au sein de l'article 222-3 par exemple, permettant de considérer que la femme enceinte fait partie de la catégorie des personnes vulnérables. Du point de vue du signalement, cela signifie que le recueil du consentement de la femme enceinte victime de violences conjugales n'est pas requis. Le signalement demeure là encore une possibilité et non une obligation. La protection est obligatoire, le signalement n'en constitue ici qu'un moyen.

Code pénal	Infraction	Peine maximale encourue
Art. 222-12	Violences ayant entraîné une incapacité totale de travail supérieure à 8 jours par le conjoint, concubin ou partenaire de PACS	5 ans d'emprisonnement et 75 000 d'amende
Art. 222-13	Violences ayant entraîné une incapacité totale de travail inférieure ou égale à 8 jours, ou sans aucune incapacité totale de travail par le conjoint, concubin ou partenaire de PACS	3 ans d'emprisonnement et 45 000 d'amende
Art. 222-16	Appels téléphoniques malveillants ou agressions sonores	1 an d'emprisonnement et 15 000 d'amende
Art. 222-17	Menace de commettre un crime ou un délit contre les personnes	6 mois d'emprisonnement et 7 500 d'amende 3 ans d'emprisonnement et 45 000 d'amende en cas de menace de mort
Art. 222-27	Agression sexuelle autres que le viol	5 ans d'emprisonnement et 75 000 d'amende
Art. 222-28	Agression sexuelle aggravée (ayant entraîné une blessure ou lésion ou commises par une personne ayant autorité sur la victime ou commises avec usage ou menace d'arme)	7 ans d'emprisonnement et 100 000 d'amende
Art. 222-29	Agression sexuelle sur un mineur de 15 ans, sur une personne vulnérable ou une femme en état de grossesse	7 ans d'emprisonnement et 100 000 d'amende
Art. 222-3	Tortures et actes de barbarie par le conjoint, concubin ou partenaire de PACS	20 ans de réclusion
Art. 222-5	Tortures et actes de barbarie par le conjoint, le concubin ou le partenaire de PACS ayant entraîné une mutilation ou infirmité permanente	30 ans de réclusion
Art. 222-8	Violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner par le conjoint, concubin ou partenaire de PACS	20 ans de réclusion
Art. 222-10	Violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente par le conjoint, concubin ou partenaire de PACS	15 ans de réclusion
Art. 222-23	Viol	15 ans de réclusion
Art. 222-24	Viol aggravé : ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, commis sur une personne en état de grossesse ou vulnérable ou par une personne ayant autorité sur la victime, commis avec ou sur la menace d'une arme	20 ans de réclusion
	Viol précédé, accompagné ou suivi de tortures ou d'actes de barbarie	Réclusion criminelle à perpétuité
Art. 224-1	Séquestration supérieure à 7 jours	20 ans de réclusion

# Les violences faites aux femmes

Lorraine Tournyol du Clos, Institut national des hautes études de sécurité,  
Thomas Le Jeannic, division Conditions de vie des ménages, Insee

**L**es violences envers les femmes sont multiples : sans compter les agressions subies dans leur cadre familial actuel, 6 % des femmes ayant entre 18 et 59 ans ont été l'objet d'injures sexistes en 2005 ou 2006, 2,5 % ont été agressées physiquement et 1,5 % a déclaré avoir subi un viol ou une tentative de viol. Dans ce dernier cas, un sur cinq est perpétré par l'ex-conjoint et la moitié des victimes connaissent leur agresseur. Les violences sexuelles sont moins fréquentes au sein du ménage, mais c'est l'inverse pour les violences physiques. Les femmes sans diplôme sont trois fois plus nombreuses à subir des violences domestiques que les plus diplômées. Les caresses, baisers et autres gestes déplacés sont les agressions sexuelles les plus fréquentes et ont pour cadre le lieu de travail dans un quart des cas.

Selon l'enquête « Cadre de vie et sécurité » menée début 2007, les femmes sont autant exposées à la violence dans leur ménage qu'en dehors : 3,3 % des femmes âgées de 18 à 59 ans ont déclaré avoir subi en 2005 ou 2006 au moins

une agression physique ou sexuelle de la part d'une personne vivant avec elles ; elles sont 3,4 % à en avoir subi en dehors de leur ménage (tableau 1). Les violences sexuelles (définition) restent néanmoins moins fréquentes à l'intérieur qu'à l'extérieur du ménage.

Les premières violences auxquelles les femmes sont confrontées sont les violences verbales telles que les injures (16,9 %) et les menaces (5,5 %) ; viennent ensuite les violences physiques, au sein du ménage (3 %) ou à l'extérieur (2,5 %) ; et enfin, les agressions sexuelles à l'extérieur (1,5 %) et dans le ménage (0,7 %). Les vols avec violence ou sans violence ont touché 4 % des femmes. En dehors du ménage, la proportion de femmes violées est deux fois supérieure à celle des femmes qui se sont faites dévaliser avec violence.

Dans le ménage, la violence physique est nettement plus fréquente que la violence sexuelle. Parmi les femmes qui reçoivent des coups chez elles, 12 % sont aussi abusées sexuellement alors que 50 % des femmes qui ont été violées par un homme qui partage leur logement sont également agressées physiquement. De plus deux femmes sur cinq, victimes de violence sexuelle au sein de leur ménage, ont été également agressées sexuellement en dehors.

## 1 Les victimes de violences selon le sexe

	Femmes	Hommes	en %
<b>Violences au sein du ménage</b>			
Violences physiques	3,0	1,6	
Viol	0,7	0,2	
Violences physiques ou viol	3,3	1,7	
<b>Violences en dehors du ménage</b>			
Agressions physiques	2,5	3,3	
Viol	1,5	0,5	
Agressions physiques ou viol	3,4	3,5	
Autres agressions sexuelles			
Baisers, caresses ou autres gestes déplacés	5,9	1,3	
Exhibition sexuelle	3,6	1,6	
Vols			
Vols avec violence	0,8	1,4	
Vols sans violence	3,3	3,6	
Agressions verbales			
Menaces	5,5	6,9	
Injures	16,9	14,6	

Lecture : 3 % des femmes de 18-59 ans ont subi en 2005-2006 des violences physiques de la part d'un membre du ménage contre 1,6 % des hommes.  
Champ : individus de 18-59 ans.

Source : Insee, enquête Cadre de vie et sécurité 2007.

## Être femme exposée, être femme et jeune surexposée

Par rapport aux hommes, les femmes sont deux fois plus souvent agressées physiquement au sein du ménage, et trois fois plus souvent victimes d'attouchements ou de rapports sexuels forcés à l'extérieur comme à l'intérieur du ménage. En revanche, elles sont moins souvent victimes d'agressions physiques à caractère non sexuel en dehors du ménage, et près de deux fois moins souvent victimes de vols avec violence. Les injures proférées contre les femmes ont la particularité d'être de nature sexiste une fois sur trois contre moins d'une fois sur vingt chez les hommes. Les jeunes femmes sont les plus vulnérables. Hors du ménage, en 2005 ou 2006, une femme sur cinq âgée de 18 à 29 ans a essuyé des injures, une sur dix a subi des caresses et des baisers non désirés et autant des menaces. Pour les délits plus graves, 3,5 % de ces femmes

ont subi une agression physique (contre 3 % en moyenne) 2,2 % un viol (contre 0,7 % en moyenne) et 1 % des vols avec violence. Au cours des deux années, à l'intérieur du foyer, 3,8 % des plus jeunes femmes ont été victimes de violences physiques, contre 3 % en moyenne. Les viols au domicile semblent obéir à une logique différente puisque le pic d'agressions se situe entre 30 et 39 ans et que les jeunes femmes sont un peu moins victimes que leurs aînées (graphiques 1 et 2).

### L'agresseur est souvent un proche de la victime

Une fois sur deux, c'est le conjoint qui est l'auteur des violences envers la femme à l'intérieur du ménage. C'est même le cas trois fois sur quatre quand il s'agit de violences sexuelles. Pour les agressions sexuelles commises à l'extérieur du ménage, 70 % des victimes disent en connaître l'auteur.

La moitié le connaissent personnellement : il est leur ex-conjoint plus d'une fois sur cinq ou un « ami » pour 16 % des victimes. De plus, une fois sur deux, le viol a eu lieu dans le quartier de résidence de la victime, une fois sur trois pour les gestes déplacés (tableau 2).

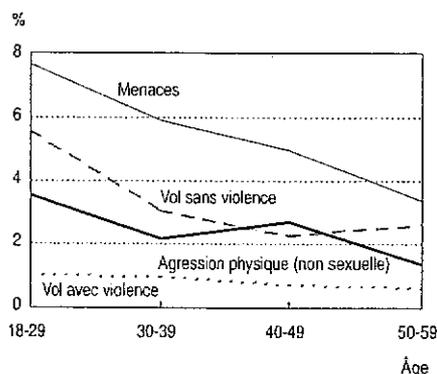
Aussi, il n'est pas étonnant de constater que ces femmes vivent moins souvent avec un conjoint que les autres femmes. Notamment, les femmes ayant été violées au cours des deux dernières années par une personne qui ne vit pas avec elles actuellement sont deux fois plus nombreuses à élever seules leurs enfants, les faits ayant pu les inciter à se séparer du conjoint violent.

Le viol hors de chez soi commis par un inconnu n'est ainsi pas la règle et ne concerne qu'un petit tiers des victimes. Toujours à l'extérieur, le hasard tient également moins de place que dans les cas d'agressions physiques : une fois sur deux, l'agressée connaît personnellement son agresseur qui se trouve être généralement l'ex-conjoint ou un membre de la famille.

Trois fois sur quatre, le viol commis hors ménage est le fait d'un seul agresseur. Une fois sur quatre, le ou les auteurs étaient sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue (la fréquence est la même à l'intérieur du ménage). Même quand l'auteur ne fait pas ou plus partie du ménage, les viols sont souvent un phénomène privatif puisqu'ils sont commis une fois sur trois au domicile de la victime, puis dans une moindre mesure dans un autre logement (14 %). Seulement 12 % ont lieu dans la rue, 4,7 % au travail.

Les caresses, baisers et autres gestes déplacés non désirés, qui sont les agressions sexuelles les plus fréquentes, ne se sont pas reproduits pour la moitié des femmes, mais 40 % en ont toutefois souffert « quelques fois ». Pour une victime sur quatre, les faits se sont déroulés sur son lieu de travail, pour 15 % dans son logement ou dans le logement de quelqu'un d'autre. Reste un acte sur cinq de ce type qui est perpétré dans un lieu public : 13,4 % dans la rue, 6,3 % dans les transports.

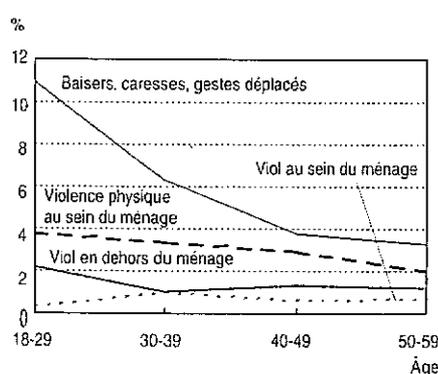
#### ① Vols et agressions physiques ou verbales en dehors du ménage, en 2005 ou 2006



Champ : femmes de 18-59 ans.

Source : Insee, enquête Cadre de vie et sécurité 2007.

#### ② Violences sexuelles selon l'âge, en 2005 ou 2006



Champ : femmes de 18-59 ans.

Source : Insee, enquête Cadre de vie et sécurité 2007.

#### ② Auteurs de vols ou d'agressions physiques ou verbales commis en dehors du ménage sur des femmes

Auteurs <sup>1</sup>	en %					
	Vol avec violence	Vol sans violence	Agression physique	Menaces	Injures	Viol <sup>2</sup>
Ex-conjoint	1,7	0,6	27,9	9,9	3,3	22,6
Membre de la famille	1,1	1,3	13,1	4,3	3,2	2,1
Ami	0,0	4,1	1,8	3,8	2,7	16,1
Connaissance du travail ou des études	0,0	5,4	4,6	7,0	4,2	0,0
Autre personne connue personnellement	0,0	2,1	1,8	5,7	5,0	10,5
Autre personne connue seulement de vue	4,8	4,2	10,8	16,4	13,4	18,5
Inconnu	92,4	82,3	40,1	52,9	68,3	30,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Lecture : lors de la dernière agression physique commise contre une femme en 2005-2006, l'auteur était un ex-conjoint dans 27,9 % des cas, un membre de la famille dans 13,1 %, un inconnu dans 40,1 %.

1. Il s'agit de l'auteur de la dernière agression pour un type d'agression donné durant la période.

2. Les résultats de cette colonne ne concernent que les femmes comprenant le français (source).

Champ : femmes de 18-59 ans victimes en 2005-2006.

Source : Insee, enquête Cadre de vie et sécurité 2007.

### Un faible niveau scolaire chez les agresseurs et chez les victimes

L'enquête apporte quelques précisions sur les auteurs appartenant au ménage :

ils ont le plus souvent au moins 45 ans, sont faiblement diplômés, plutôt chômeurs ou retraités, ouvriers mais aussi parfois cadres.

Les agressions sexuelles et les violences domestiques envers les femmes se rencontrent dans tous les milieux sociaux, mais sont plus fréquentes dans les milieux à faible niveau scolaire. Parmi les femmes sans diplôme, il y a près de cinq fois plus de victimes d'agressions sexuelles en dehors du ménage que chez les plus diplômées, et

trois fois plus pour les violences domestiques (tableau 3).

La nationalité des femmes a un impact fort. Ainsi, les femmes étrangères hors Union européenne sont nettement plus souvent que les autres victimes de violences spécifiquement féminines, en premier lieu d'agressions sexuelles en dehors du ménage, mais aussi de violences domestiques et de vols avec ou sans violence. En revanche elles ne sont pas plus victimes de violences sexuelles dans leur ménage. Et elles sont un peu

moins souvent victimes d'agressions physiques à l'extérieur. Les Françaises, qui ne sont pas à l'abri de tous ces types de violences, sont plus fréquemment la cible d'injures et de menaces, à moins qu'elles y soient plus sensibles (tableau 4).

### Les victimes font confiance à la police

Paradoxalement, ces femmes battues ou violées ont une image plutôt positive de l'action de la police dans leur quartier. 59 % des femmes ayant subi des agressions sexuelles à l'extérieur pensent ainsi que la présence de la police dans leur quartier est suffisante. Et près de la moitié des femmes battues ou violées jugent efficace l'action de la police dans le quartier contre 39 % des autres femmes (tableau 5). Le caractère souvent intime de ces violences peut expliquer la résignation des victimes, qui peuvent penser que rien d'extérieur ne parviendra à changer leur situation personnelle. Les femmes qui, au cours des deux dernières années, n'ont pas été victimes d'agressions sexuelles hors ménage sont plus nombreuses à penser que l'action de la police n'est pas efficace (37 % contre 32 %). Il est possible que, jugeant la protection de la police insuffisante, elles redoublent de prudence dans leur mode de vie (rythmes et horaires de sortie, évitement de certains lieux publics...).

### Des violences graves qui ne se racontent pas

Les violences intra conjugales sont très mal rapportées : un cinquième des victimes de violences physiques et le tiers des victimes de violences sexuelles n'ont pas porté plainte, ni enregistré de main courante, ni parlé à qui que ce soit (ami, médecin ou association). Et, quand la victime se

#### 3 Proportion de femmes victimes en 2005 ou 2006 selon le niveau de diplôme

en %

Diplôme de la victime	Viol en dehors du ménage	Baisers, caresses ou autres gestes déplacés	Violence physique au sein du ménage	Viol au sein du ménage
Diplôme de 2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> cycle universitaire	0,6	7,7	1,6	0,3
Diplôme de 1 <sup>er</sup> cycle universitaire, BTS, DUT	1,2	6,3	3,2	0,9
Baccalauréat, Brevet pro. ou de technicien	1,5	8,0	2,8	0,7
CAP, BEP	1,6	3,8	2,4	0,7
Brevet des collèges, BEPC	1,0	4,3	2,8	0,9
CEP ou aucun diplôme	2,6	5,2	5,3	0,7
Total	1,5	5,9	3,0	0,7

Champ : femmes de 18 à 59 ans.

Source : Insee, enquête Cadre de vie et sécurité 2007.

#### 5 Opinions des femmes sur la présence et l'efficacité de la police dans le quartier

en %

	Femmes victimes		Autres femmes
	d'un viol en dehors du ménage	de violences physiques dans le ménage	
<b>Présence de la police dans le quartier</b>			
Suffisante	59,2	45,3	44,1
Insuffisante	25,4	30,9	34,2
Excessive	13,4	20,2	18,7
Ne sait pas	2,0	3,7	3,1
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Efficacité de la police dans le quartier</b>			
Plutôt efficace	46,5	45,3	39,4
Peu ou pas efficace	32,4	39,4	37,5
Ne sait pas	21,2	15,3	23,1
Total	100,0	100,0	100,0

Champ : femmes âgées de 18 à 59 ans.

Source : Insee, enquête Cadre de vie et sécurité 2007.

#### 4 Proportion de femmes victimes selon leur nationalité

en %

Nationalité	Viol en dehors du ménage	Baisers, caresses ou autres gestes déplacés	Violence physique au sein du ménage	Viol au sein du ménage	Vol avec violence	Vol sans violence	Agression physique	Menaces	Injures
Françaises de naissance	1,3	5,8	2,9	0,6	0,7	3,3	2,5	5,8	17,3
Naturalisée	1,6	4,2	2,3	1,5	1,6	2,0	2,8	3,8	12,8
Union européenne	0,9	5,1	3,7	1,0	0,7	1,6	5,7	4,7	18,7
Reste du monde	8,0	11,7	4,7	0,5	2,4	7,2	1,9	1,5	9,8
Total	1,5	5,9	3,0	0,7	0,8	3,3	2,5	5,5	16,9

Champ : femmes de 18 à 59 ans.

Source : Insee, enquête Cadre de vie et sécurité 2007.

## 6 Les recours des femmes victimes en 2005-2006 de violences en dehors ou au sein du ménage

	Plainte	Main courante	Association ou professionnel	Ami ou proche	N'en avait parlé à personne	Ne sait pas ou refuse de le dire	Total
Viol en dehors du ménage	12,1	5,4	19,0	47,4	12,2	3,8	100,0
Violence physique au sein du ménage	9,9	1,9	19,6	43,7	21,1	3,8	100,0
Viol au sein du ménage	5,6	2,3	25,2	23,7	32,6	10,6	100,0
Violence physique ou sexuelle au sein du ménage	8,9	2,2	19,4	41,6	23,1	4,7	100,0

Lecture : parmi les femmes de 18-59 ans ayant subi une agression sexuelle en 2005-2006 en dehors du ménage, 12,1 % ont porté plainte, 5,4 % ont déposé une main courante, 19 % n'ont pas fait de déclaration officielle mais en ont parlé à une association ou à un professionnel, 12,2 % n'en avait parlé à personne avant l'enquête.

Champ : femmes âgées de 18 à 59 ans. Les résultats de ce tableau ne concernent que les femmes comprenant le français (source).

Source : Insee, enquête Cadre de vie et sécurité 2007.

confie, c'est rarement à la police ; celle-ci ne reçoit que 12 % des victimes (plainte et main courante) pour les violences physiques, 8 % pour les violences sexuelles soit, globalement, à peine une sur dix. Pour les agressions sexuelles à l'extérieur du ménage, toujours difficiles à assumer, les victimes s'en ouvrent un peu plus facilement, quoique toujours peu dans l'absolu : 17,5 % s'adressent à la police (plaintes et mains courantes) et 12 % n'en ont parlé à personne (tableau 6).

Quand les femmes confient l'agression qu'elles ont subie, c'est plus souvent à un proche ou un ami (47 % pour une agression hors ménage, 42 % dans le ménage) ou à un professionnel (19 % dans les deux cas) qu'à la police. Tout se passe comme si elles cherchaient davantage à être comprises et soignées que vengées, ou comme si elles n'avaient pas confiance dans les chances de voir leur agresseur puni.

Enfin, les hommes sont aussi parfois victimes de violences conjugales, physiques ou sexuelles. Moins nombreux que les femmes, ils taisent ces violences encore plus certainement.

### Sources

[A PROPOSER](#)

En 2007, une nouvelle enquête « Cadre de vie et sécurité » a été réalisée par l'Insee, en partenariat avec l'Observatoire

national de la délinquance, pour la première fois entièrement dédiée à la victimisation. 17 500 ménages et individus ont ainsi été interrogés sur les éventuelles violences dont ils auraient pu être victimes au cours des deux dernières années et sur leurs opinions sur la sécurité dans leur quartier ou leur village. De plus un nouveau protocole d'enquête a été mis en œuvre auprès de femmes et d'hommes âgés de 18 à 75 ans permettant d'aborder de manière très confidentielle des sujets particulièrement sensibles comme les agressions sexuelles et les violences entre membres d'un même ménage. Pour des questions de fiabilité des réponses, seules celles des personnes de 18 à 59 ans ont été utilisées dans cette étude.

Un questionnaire simplifié a été proposé aux personnes ne comprenant pas le français.

### Définitions

[A PROPOSER](#)

**Agressions sexuelles en dehors du ménage** : trois questions permettent de recenser des agressions de type sexuel. Les faits les plus graves, viols ou tentatives de viol, désignés comme viols dans le texte, sont abordés par la question : « En 2005 ou en 2006, en dehors des personnes qui vivent actuellement avec vous, est-il arrivé qu'une personne vous oblige à subir des attouchements sexuels ou avoir un rapport sexuel contre votre volonté, ou qu'elle tente de le faire ? ». Les circonstances font l'objet de questions supplémentaires pour mieux les caractériser. Des faits moins graves sont également abordés par les deux questions suivantes : « En 2005 ou en 2006, en

dehors des personnes qui vivent actuellement avec vous, est-il arrivé qu'une personne cherche à vous embrasser contre votre volonté, à vous caresser, ou à faire d'autres gestes déplacés ? » et « En 2005 ou en 2006, en dehors des personnes qui vivent actuellement avec vous, est-il arrivé qu'une personne se livre à une exhibition sexuelle, comme par exemple un homme qui se serait déshabillé devant vous contre votre volonté ? ».

### Violences au sein du ménage

– Les agressions physiques sont connues grâce à la question : « En dehors des violences sexuelles, est-il arrivé en 2005 ou 2006 qu'une personne qui vit actuellement avec vous, vous gifle, vous frappe, vous donne des coups ou vous fasse subir toute autre violence physique ? ».

– Les violences sexuelles au sein des ménages sont connues grâce à la question : « En dehors de ces épisodes de violence, est-il arrivé en 2005 ou 2006 qu'une personne qui vit actuellement avec vous, vous impose des attouchements ou un rapport sexuel non désiré, en utilisant la violence, les menaces, la contrainte ou la surprise ? ».

### Bibliographie

[A PROPOSER](#)

Cavallin C. « Les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75 ans », *Études et résultats*, n° 598, septembre 2007, Drees.

Jaspard M., « Les violences contre les femmes », *La découverte*, 2005.

Observatoire national de la délinquance, « La criminalité en France », *Rapport de l'Observatoire national de la délinquance 2007*.

INSEE PREMIÈRE figure dès sa parution sur le site Internet de l'Insee : [www.insee.fr](http://www.insee.fr) (rubrique Publications)  
Vous pouvez vous abonner gratuitement aux avis de parution dans <http://www.insee.fr/fr/ppp/abonnement/abonnement.asp>

### BULLETIN D'ABONNEMENT A INSEE PREMIERE

À RETOURNER À : INSEE/CNGP, Service Abonnement - B.P. 402 - 80004 Amiens CEDEX 1  
Tél. : 03 22 97 31 70 Fax : 03 22 97 31 73

OUI, je souhaite m'abonner à INSEE PREMIÈRE - Tarif 2008

Abonnement annuel :  74 € (France)  92 € (Étranger)

Nom ou raison sociale : \_\_\_\_\_ Activité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Ci-joint mon règlement en Euros par chèque à l'ordre de l'INSEE : \_\_\_\_\_ €.

Date : \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Direction Générale :

18, Bd Adolphe-Pinard

75675 Paris cedex 14

Directeur de la publication :

Jean-Philippe Cotis

Rédacteur en chef :

Daniel Temam

Rédacteurs :

C. Dulon, A.-C. Morin,

T. Méot, C. Pfister

Maquette : S. Clément

Code Sage (POB) 180

ISSN 0997 - 3192

© INSEE 2008



INSEE

ÉTUDES ET RÉSULTATS

## Pour s'informer :

**Drogues info Service : 0 800 23 13 13**

appel gratuit depuis un poste fixe

**Ecoute Alcool : 0 811 91 30 30**

(Coût d'une communication locale depuis un fixe - 7j/7 - de 14h à 2h)

<http://www.anpaa.asso.fr>

## les associations de soutien et d'aide et les groupes d'aide

### Alcooliques Anonymes

Espace Associatif - 53 Impasse de L'Ordet  
BP 233 - 29000 QUIMPER - ☎ 02-98-53-75-04

### Alcool Assistance 29 - La Croix d'Or

17 rue Vis - 29000 QUIMPER  
SOS de 7h à 22h - ☎ 02-98-55-65-94

### AL ANON de Kerfeunteun

(Groupes Familiaux)  
MPT - rue Teilhard de Chardin - 29000 QUIMPER  
☎ 02-98-46-33-87 (N° départemental)

### AMAFE Bretagne Branche 29

(Association Militante d'Aide aux Femmes Éthyliques)  
Maison des Associations - La Gare - 29120 PONT-LABBÉ  
☎ 06-79-24-72-60 et 02-98-87-03-90 (Sud Finistère)  
☎ 02-98-05-51-97, 02-98-07-64-94 et 02-98-49-49-19 (Nord Finistère)

### Amitié PTT

3 cité Kerguelen - 29000 QUIMPER - ☎ 02-98-95-10-77

### La Croix Bleue

M. Yves BALAVEN - Kerrant Sparl - 29310 QUERRIEN

06.67.99.60.69

### La Chaîne de l'Amitié

29640 PLOUGONVEN - ☎ 02-98-78-67-04

### Vie Libre - Comité départemental

33 rue du Château - 29200 BREST - ☎ 02-98-44-44-53

### Les Amis de la Santé

2 avenue Yves Thépot - 29000 QUIMPER  
☎ 02-98-64-05-95 et 06-12-39-17-83 (Jean-Claude)

## PREVENTION

Association Nationale de Prévention en Alcoolologie et Addictologie (A.N.P.A.A. 29)

à Brest : 1 rue Massillon - 29200 BREST - ☎ 02-98-44-15-47

à Quimper : 14 rue Amiral Ronarc'h - 29000 QUIMPER - ☎ 02-98-95-79-90

## DOCUMENTATION

Centres de documentation de l'A.N.P.A.A. 29

(Mêmes coordonnées citées à la rubrique ci-dessus)

Centres de documentation du CODES 29

(Comité d'Éducation pour la Santé)

à Quimper : 9, 11 rue de l'Île d'Houat - 29000 QUIMPER

☎ + fax 02-98-90-11-00 - [codes29@wanadoo.fr](mailto:codes29@wanadoo.fr)

Antenne de Brest : 16 rue Alexandre Ribot - 29200 BREST

☎ 02-98-43-02-64 - [codes-brest@wanadoo.fr](mailto:codes-brest@wanadoo.fr)

## FORMATION CONTINUE

Vous êtes un professionnel du secteur médical, social, éducatif, ou vous exercez dans une entreprise et vous souhaitez vous former en alcoolologie :

**L'Université de Bretagne Occidentale prépare :**

- Le diplôme *Universitaire en Alcoolologie et Toxicomanies* (en 2 ans)
- La capacité *d'addictologie clinique* (en 2 ans, pour les médecins)
- Formations à la demande

**I.A.N.P.A.A. 29**

Étudie et met en place des formations à la demande.

Contacts :

☎ 02-98-44-15-47 (BREST)

☎ 02-98-95-79-90 (QUIMPER)

**UBO Service Universitaire de Formation Continue**  
(pour le DUAT)  
20 avenue Le Gorgeu  
29200 BREST  
☎ 02-98-01-82-12

**UBO UFR Médecine**  
(pour la capacité d'addictologie)  
☎ 02-98-01-64-69

## RECHERCHE :

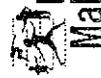
**CHU BREST**

**Métabolisme et toxicité de l'alcool, faculté de Médecine, au Laboratoire de Biochimie, EA 948**

22 avenue Camille Desmoulins - CS 93837 - 29238 BREST cedex

☎ 02-98-01-80-82

avec le soutien de :



**l'Assurance Maladie**

Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille  
DÉPARTEMENTAL DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE BRETAGNE  
Région Bretagne  
DÉPARTEMENTAL DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE FINISTÈRE

# Alcool

## OÙ TROUVER DE L'AIDE DANS LE FINISTÈRE ?



# les centres de cure ambulatoire en alcoologie

(ex CHA) : Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie)  
CONSULTATIONS MEDICALES GRATUITES, PREPARATIONS A  
L'HOSPITALISATION, CURES AMBULATOIRES, SUIVI MEDICAL.

## à Brest :

**C.C.A.A. Centre d'alcoologie J.F. et C. MENEZ**  
Service Intersectoriel « Alcool-Toxiques » - CHU de Brest -  
Pôle Santé Kérigonan - 16 rue Alexandre Ribot -  
29200 BREST  
☎ 02-98-44-88-08  
Consultations sur rendez-vous

## à Carhaix :

**Consultations Ambulatoires en Alcoologie**  
**Centre Hospitalier**  
Rue du Docteur Menguy - BP 157 - 29270 CARHAIX PLOUGUER  
☎ 02-98-99-23-10  
Consultations sur rendez-vous : le mercredi après-midi

## à Douarnenez :

**C.C.A.A. Centre Hospitalier**  
(Consultations externes du Centre d'Alcoologie de Quimper)  
85 rue Laënnec - 29100 DOUARNENEZ  
☎ 02-98-75-15-54  
Consultations médicales, sociales et diététiques  
(en lien avec alcool et tabac) sur rendez-vous :  
lundi après midi, jeudi matin, vendredi matin

## à Landerneau :

**Consultations Ambulatoires en Alcoologie**  
**Centre Hospitalier Ferdinand Grall**  
Unité Yvan Dargent - Route de Pencren - BP 719  
29207 LANDERNEAU cedex  
☎ 02-98-21-80-31  
Consultations sur rendez-vous :  
les après-midis du lundi, mardi, mercredi et vendredi

## à Morlaix :

**C.C.A.A. Centre Hospitalier**  
2 rue des Cèdres - Kertraval - 29600 MORLAIX  
☎ 02-98-15-11-84  
Consultations et entretiens sur rendez-vous :  
ouvert du lundi au vendredi

## à Pont L'abbé :

**C.C.A.A. Hôtel Dieu**  
(Consultations externes du Centre d'Alcoologie de Quimper)  
Rue Roger Signor - 29120 PONT LABBE  
☎ 02-98-82-40-54  
Sur rendez-vous, consultations médicales le mardi et le vendredi  
après-midi et consultations sociales le mardi matin



## à Quimper :

**C.C.A.A. Centre d'alcoologie**  
(dépendant de l'A.N.P.A.A. 29)  
14, rue Amiral Ronarc'h - 29000 QUIMPER  
☎ 02-98-64-89-60  
Consultations en tabacologie sur rendez-vous :  
ouvert du lundi au samedi midi

## à Quimperle :

**C.C.A.A.**  
3 rue Hôtel Fremeur - 29300 QUIMPERLE  
☎ 02-98-96-63-18  
Consultations sur rendez-vous :  
tous les jours du lundi au samedi 13h

## les services d'alcoologie

CONSULTATIONS ET HOSPITALISATIONS

## à Brest :

**CHU Service Intersectoriel « Alcool-Toxiques »**  
Unité d'hospitalisation Lasègue  
Route de Ploüdimézeau - 29280 BOHARS  
☎ 02-98-01-50-42

## à Concarneau :

**Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille**  
Service alcoologie  
61 rue de l'Esquinc (Le Porzou) - 29900 CONCARNEAU  
☎ 02-98-52-68-09

## à Morlaix :

**Centre Hospitalier des Pays de Morlaix**  
Service Buhez Névez  
15 rue de Kersaint Gilly - 29600 MORLAIX  
☎ 02-98-62-69-41

## à Quimper :

**Clinique de l'Odé**  
Service alcoologie du C.H.S. Gourmeien  
Prat Maria - 89 rue de Bénédet - 29000 QUIMPER  
☎ 02-98-52-17-70

## à Saint Renan :

**Hôpital Local Le Jeune**  
Centre de soins en alcoologie l'Estrean  
17 rue de Brest - 29290 SAINT RENAN  
☎ 02-98-32-33-65

## dans le département d'autres établissements assurent des soins

## à Carhaix :

**Le Centre Hospitalier**  
Rue du Dr Menguy - 29270 CARHAIX  
☎ 02-98-99-20-20

## à Douarnenez :

**Le Centre Hospitalier**  
85 rue Laënnec - 29100 DOUARNENEZ  
☎ 02-98-75-10-10

## à Guipavas :

**La Clinique Pen An Dalar**  
147 rue de Paris - 29490 GUIPAVAS  
☎ 02-98-84-76-25

## à Pont-l'abbé :

**Le Centre Hospitalier l'Hôtel Dieu**  
Rue Roger Signor - 29120 PONT LABBE  
☎ 02-98-82-40-40

## à Quimperle :

**Le Centre Hospitalier de la Villeneuve**  
20 bis avenue du Maréchal Leduc - 29300 QUIMPERLE  
☎ 02-98-96-60-00

## les centres de post-cure

## à Brest :

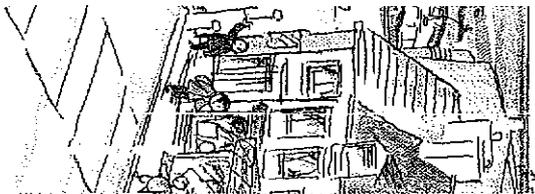
ETABLISSEMENTS GERES PAR  
L'ASSOCIATION TRAVAINI

## Ar Stuyel

(Centre de post-cure pour hommes)  
7 rue du Commandant Drogou - 29200 BREST  
☎ 02-98-03-11-94

## Foyer Ker Digor

(Centre de post-cure pour femmes)  
Rue Alain Colas - 29200 BREST  
☎ 02-98-42-33-87





ELSEVIER  
MASSON

Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
 www.em-consulte.com



Gynécologie Obstétrique & Fertilité 38 (2010) 83–91

Tribune libre

## Prise en charge des femmes enceintes et nouveau-nés en situation de vulnérabilité sociale : faut-il une prise en charge spécifique ?

*Pregnancy and social vulnerability: The need for specific care*

*Mots clés :* Vulnérabilité psychosociale ; Précarité ; Grossesse ; Facteurs de risque ; Réseaux

*Keywords:* Social and psychological vulnerability; Precarity; Pregnancy; Risk factors; Networks

### 1. Introduction

La prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale [1] doit être l'objet d'une particulière attention par les professionnels de la naissance en raison du risque médical majeur associé à cette condition. En effet, le poids de la précarité est si fort notamment sur la prévalence de la prématurité et du retard de croissance que toute tentative d'amélioration des indicateurs périnataux à l'échelle d'un territoire impose d'optimiser la prise en charge de ces femmes enceintes et de leurs nouveau-nés.

Pour autant les solutions ne sont pas simples à élaborer ni à mettre en place et les professionnels, au premier rang desquelles les maternités, sont souvent en difficulté pour faire face aux nombreux problèmes posés. Ceci est d'autant plus vrai qu'il existe fréquemment une notion d'urgence médicale et/ou sociale. La précarité fait ainsi peser un poids considérable sur les organisations.

L'élaboration d'un programme de prise en charge adéquat repose sur l'analyse minutieuse du parcours de soins de ces femmes enceintes afin de repérer les problèmes spécifiques posés (accès aux soins, modalités de recours, nature des obstacles). À l'échelle d'un territoire de santé, elle nécessite également l'analyse des ressources disponibles (hôpitaux, centres de santé, PMI, associations, médecins libéraux) afin d'utiliser de façon optimale chacun des acteurs. Il faut également se préoccuper des besoins singuliers de ces couples mères-enfants défavorisés « autour » de la prise en charge médicale (hébergement, alimentation).

Ensuite seulement, peut être décliné un ensemble de propositions d'ordre varié : médical, organisationnel, social, etc. La difficulté sera alors de les mettre en œuvre, ce qui est

d'autant plus complexe que cette action se situe le plus souvent à l'interface entre deux mondes, médical et social, dont les fonctionnements, cultures, financements, diffèrent fortement.

### 2. Caractéristiques du parcours de soins des femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale : retards, décrochages et urgences

En préambule, deux idées reçues doivent être farouchement combattues :

- le parcours de soins des femmes enceintes en situation de précarité n'est pas lié à des souhaits différents des femmes, qui expriment clairement des souhaits comparables à la population générale en termes de santé de l'enfant, d'investissement de la grossesse.

Même si peu de travaux sont aujourd'hui disponibles sur cette question, les professionnels impliqués savent bien qu'une fois les femmes bien intégrées dans le système de soins, et pour peu que nous soyons en capacité de créer les conditions d'un dialogue de qualité, les choix faits en matière de diagnostic prénatal ou de réanimation d'un grand prématuré par exemple ne diffèrent pas significativement de ceux faits par les femmes en situation non précaire. Cette hypothèse est soutenue par les travaux de Khoshnood et al. [2] qui ont montré que les disparités socioéconomiques observées dans l'utilisation du dosage sanguin semblaient plus liées à des limitations de l'accès aux soins que le résultat d'une décision éclairée ;

- l'hôpital n'est pas l'acteur exclusif de ce suivi. En effet, même si cela fait incontestablement partie des missions de l'hôpital, les femmes en difficulté consultent volontiers, du

moins au début, dans le secteur privé qui est un acteur important du parcours. C'est en particulier dans ce cadre qu'ont lieu préférentiellement la première échographie et la déclaration de grossesse. C'est vrai pour toutes les femmes. Cela l'est encore plus en cas de vulnérabilité. Une des raisons en est que les intervenants libéraux ou les centres de santé sont souvent jugés plus neutres, moins stigmatisants et même moins dangereux en cas de situation irrégulière.

Quoi qu'il en soit, il existe, dans les situations de vulnérabilité sociale, un retard à la prise en charge de la grossesse. Les soins sont reçus plus tard, souvent dans le cadre de l'urgence. Il n'y a pas de notion de qualité des soins, les décrochages de suivi sont fréquents ainsi que les problèmes d'observance de traitement.

Ce parcours de soins défectueux est d'autant plus préjudiciable que ces grossesses sont à considérer comme à haut risque médical et les soins dans ce contexte devraient être (peut-être plus encore que pour toute autre femme) précoces, contrôlés en termes de qualité, adaptés.

### 2.1. Un recours tardif aux soins

Il est bien établi que les femmes en situation de précarité ont un recours plus tardif aux soins soit par difficulté d'accès aux soins, soit par méconnaissance, indifférence ou refus de soin, les deux pouvant se conjuguer. Dans l'*Enquête périnatale 2003 (DGS-Inserm)* (EP 2003), les déclarations tardives, au-delà de la limite fixée par la réglementation, ont légèrement augmenté, passant de 4,4 % à 4,9 % entre 1998 et 2003. Le travail réalisé à Bichat sur les femmes en situation irrégulière l'a confirmé.

### 2.2. Des soins sub-optimaux

Les femmes en situation de précarité sociale ont un risque plus élevé de suivi insuffisant de leur grossesse que les femmes sans facteur de risque de précarité. La nationalité étrangère est un facteur de risque indépendant de mauvais suivi de grossesse. Ainsi, le risque de mauvais suivi de grossesse est multiplié par 4,3 chez les femmes étrangères possédant une couverture sociale et par 200 chez les femmes étrangères sans couverture sociale. En 2003, en France, 2,3 % des femmes ont dit qu'elles avaient renoncé à des consultations ou des examens pour des raisons financières. À titre d'exemple, à Bichat, en 2002, avant mise en place de tout dispositif, plus de 5 % des grossesses étaient non suivies versus 1 % dans l'EP 2003. Dans l'étude Bichat 2002 (EB 2002), l'analyse de la qualité du suivi de grossesses chez les femmes enceintes en situation irrégulière (FSI) comparé grâce à un indicateur mixte à celui de femmes non étrangères, non précaires montrait un suivi de grossesse adapté chez seulement 50,5 % des FSI vs 85 % ( $p < 0,0001$ ). Le recours à l'échographie de 12-14 SA était observé chez 62,6 % des FSI vs 90,7 % ( $p < 0,0001$ ). Le dépistage sérique de la trisomie 21 était pratiqué chez 61,7 des FSI vs 87,6 %, ( $p < 0,0001$ ). Enfin, les FSI ont deux fois plus de jours d'hospitalisation prénatale que les femmes non précaires (6 j vs 3 j). De même, l'EP 2003 a mis en évidence que les femmes

ayant des ressources précaires (API, RMI, allocations chômage ou stage, sans ressources) ont moins de consultations prénatales (21,5 % vs 7,9 %), ont moins de sept consultations durant leur grossesse, ont plus de problèmes de santé pendant leur grossesse, sont plus souvent hospitalisées : 25,2 % vs 17,9 %. Enfin, il est observé un recours moindre au diagnostic prénatal chez les femmes sans emploi : 57,6 % vs 84 % [2].

Cette réalité couvre cependant des situations contrastées. Ainsi, l'enquête Inserm de 1993 réalisée dans 21 départements a montré que la principale cause de l'absence de suivi correct de la grossesse était effectivement l'existence de problèmes financiers ou sociaux graves mais de façon variée, ainsi cela correspond à 28 % des femmes de moins de 20 ans n'ayant pas fait suivre leur grossesse, pour 48 % des femmes de plus de 20 ans et pour 82 % des étrangères de plus de 20 ans (les trois quarts n'ayant aucune couverture sociale initiale).

### 2.3. Des décrochages dans le suivi

Le problème des décrochages observés dans le suivi de grossesse est difficile à objectiver en particulier en raison de la faiblesse de nos systèmes d'informations. Il est cependant clair pour les professionnels rompus à ces prises en charge que cette question clé doit être résolue. Les femmes manquent plus souvent leurs rendez-vous de suivi. Elles se rendent encore moins aux consultations « annexes » (consultations de spécialistes, anesthésie...) et font moins souvent les examens complémentaires prescrits (échographiques, biologiques...). On peut en rapprocher les problèmes d'observance aux traitements (dont le repos) fréquemment observés. La conscience de cet obstacle important à une prise en charge optimale est essentielle. Il faut tout mettre en œuvre pour prévenir ces décrochages en facilitant les différentes étapes du suivi pour ces femmes. Il faut également penser le repérage des décrochages et le rattrapage simplifié des étapes non effectuées.

### 2.4. Un fort recours aux urgences

Le recours aux soins en urgence est plus important chez les femmes en situation de vulnérabilité psychosociale du fait de l'augmentation des pathologies. Ceci est aggravé par le fait que malgré la dangerosité potentielle, on observe souvent un retard aux soins urgents, évalué à 12 % en ce qui concerne les soins urgents en gynécologie-obstétrique nécessités par les femmes hébergées par le Samu social [3]. Ainsi, ces consultations urgentes sont-elles souvent très urgentes (Pr Geneviève Barrier. La prise en charge effective des urgences médicales, rapport au Premier ministre sur la prise en charge préhospitalière des urgences, septembre 1994).

Dans le même temps, parmi ces consultations aux urgences, un bon nombre est sollicité hors cadre, soit que les motifs de consultation ne nécessitent pas ce mode de recours aux soins, soit que l'urgence soit réelle mais davantage en lien avec un terme avancé qu'avec une pathologie urgente. Dans ces deux cas, les dispositifs d'urgence sont détournés de leur fonction première, ce qui complique fortement le fonctionnement des services et met potentiellement en danger des femmes ou des

enfants du fait de la dilution des vraies urgences éventuellement vitales au milieu de ce qui devrait relever des consultations rapides. Il faut donc être vigilants pour repérer, faire le tri et prendre en charge au plus vite les urgences vraies, mais aussi créatifs pour imaginer des modalités de recours accélérées et simplifiées, faute de quoi, le risque est grand de perdre pour trop longtemps ces femmes pourtant venues vers nous.

### 3. Obstacles à une prise en charge médicosociale optimale

Selon une enquête du Samu social de Paris, le principal obstacle identifié à l'accès aux soins en général (non spécifiquement dans le cadre de la grossesse) est la méconnaissance des droits (38,5 %), viennent ensuite les difficultés financières, la barrière linguistique, les difficultés administratives, la méconnaissance des centres de soins, l'absence de droits, la peur de la dénonciation, de s'exposer, d'être rejetée et exclue du territoire français. Dans 20 % des cas, il n'y a aucun obstacle connu ou aucune raison exprimée [4,5]. Dans le cadre de la grossesse, les choses semblent un peu différentes car les femmes savent, au moins confusément, la qualité du système de protection maternelle et infantile dans notre pays. Ainsi, plus que la méconnaissance des droits, c'est probablement la méconnaissance des circuits et la difficulté à s'y repérer qui est en jeu. On peut également faire l'hypothèse d'une inadéquation des dispositifs.

#### 3.1. Obstacles financiers

Ceci dépasse de très loin le simple problème de l'accès aux droits, car la majorité des femmes enceintes a ou auront droit à ouverture de droits sociaux à l'occasion de leur grossesse, droit commun, AME, CMU. En effet, en plus de l'ouverture des droits, le problème financier est ainsi essentiellement lié à trois points cruciaux : (1) la grossesse n'est prise en charge à 100 % que tardivement (24 semaines d'aménorrhée). Avant six mois, seuls les examens obligatoires sont à 100 % et cette liste des examens obligatoires ne correspond plus du tout à la réalité actuelle des recommandations. (2) L'avance de frais constitue un véritable frein au recours aux soins pour un certain nombre de familles. (3) Pour les femmes qui seront régularisées (ouverture des droits sociaux), il existera un délai de carence assez long entre le début de la procédure et la prise en charge SS. (4) Les premiers examens ont lieu en ville préférentiellement pour une question d'organisation des soins, ce qui engendre une avance de frais et d'éventuels dépassements d'honoraires. L'hôpital public serait de toute façon en totale incapacité d'absorber l'ensemble des consultations précoces nécessaires à couvrir l'intégralité des débuts de grossesse en France (plus d'un million de grossesses débutantes en comptant les fausses couches). Par ailleurs, nous ne sommes pas capables aujourd'hui de repérer tôt les femmes pour qui l'avance de frais constitue un véritable frein financier.

Il existe ainsi différents types de situations sociales posant différents types de problèmes que nous devons connaître. Les femmes ayant la SS ou la CMU associées à une couverture

mutuelle n'ont pas d'obstacle financier, de même que les femmes ayant l'AME dès l'instant où les droits sont ouverts. À l'opposé, les femmes bénéficiaires de la SS ou de la CMU mais sans couverture supplémentaire (environ 7 % de la population) présentent un obstacle majeur à une prise en charge optimale lors des premières consultations. Enfin, les femmes en attente d'ouverture de droits n'ont cette fois aucun autre recours que les centres publics. Paradoxalement, leur situation est souvent plus simple que celle des patientes sans CMU, moins repérées, moins aidées :

- au total, l'aspect financier ne constitue pas un obstacle aux soins pour la majorité des femmes en fin de grossesse, car la prise en charge sociale de la grossesse fonctionne bien en France et la plupart des femmes aura une couverture totale ;
- cela peut cependant être le cas en début de grossesse (avant 24 SA) lorsqu'il n'existe pas de mutuelle ou que les droits ne sont pas encore ouverts (délai de carence) :
  - ce problème est amplifié par le fait que les débuts de grossesse sont volontiers pris en charge dans le secteur privé qui ne peut assurer l'avance de frais et pratique éventuellement en secteur II,
  - l'occurrence de ce cas de figure n'est pas négligeable à l'échelle du pays. Elle est très préoccupante dans certains territoires. À titre d'exemple, à Biçhat et Lariboisière, 60 % des femmes n'ont pas de mutuelle. Ce chiffre reste élevé – 35 % – dans la maternité de type III du réseau, R.-Debré,
  - cette réalité ne doit pas cacher des problématiques plus complexes d'ordre psychologique, culturel, organisationnel...

#### 3.2. Mécanismes de retard à l'entrée des femmes enceintes vulnérables dans le système de soin

Le retard à l'accès aux soins gynécologiques trouve racine dans trois types de mécanisme : retard dans (1) la décision de rechercher des soins, (2) l'arrivée au centre de soins et (3) les soins eux-mêmes, parce que les centres sont saturés (enquête CASO).

##### 3.2.1. Décision de recours aux soins

Le diagnostic de grossesse souvent tardif chez les femmes en situation de vulnérabilité constitue un frein à la prise en charge. Ceci est aggravé par une prise de conscience de la grossesse par l'entourage encore plus tardive, car les préoccupations sont souvent centrées sur d'autres urgences, davantage sociales. La prise en charge de la grossesse chez certaines femmes en grande difficulté est parfois une préoccupation très secondaire par rapport à l'alimentation ou le logement. En effet, le rapport à la santé est souvent marqué par le non-souci de soi, l'occultation des problèmes, la négligence ou le déni. La grande majorité de ces personnes ne pensent à leur santé que lorsque les troubles deviennent des handicaps ou à l'arrivée de l'accident. Elles se préoccupent peu de leur rythme de vie, de leur régime alimentaire, des conditions de sécurité. Le recours aux soins se fait tardivement (M. Maubert, mémoire ENSP 2007, La lutte

contre les inégalités de soins dans le SROS 3. Exemple de l'accès au suivi de grossesse sur le territoire de santé Paris Nord).

Par ailleurs, certaines femmes peuvent avoir tendance à reculer autant que possible la révélation de leur grossesse, car celle-ci dégradera souvent leur situation sociale et affective. Il a ainsi été démontré dans l'EB 2002 que les FSI voient souvent leur situation sociale se dégrader au fur et à mesure de la grossesse, avec davantage de recours aux logements sociaux et une baisse des aides financières par l'entourage [1].

### 3.2.2. Arrivée dans le centre de soins et obtention de soins adéquats

Certaines femmes enceintes peuvent mettre du temps à consulter car les contraintes d'un suivi de grossesse optimal sont peu compatibles avec leur vie (horaires, rendez-vous, confrontation à l'autre. . .).

Cependant, la majorité essaie de rentrer précocement en contact avec le système de santé et notamment les maternités. Pourtant, nous sommes en difficulté pour répondre à cette demande pour des raisons structurelles. Le problème est double :

- nous avons du mal à pouvoir offrir rapidement (l'objectif médical optimal étant avant 11 SA) une consultation à l'ensemble des femmes enceintes qui accoucheront dans la maternité ;
- plus grave encore, jusque très récemment l'organisation des soins périnataux, centrée sur la performance des structures de naissance, ne prévoyait pas de se préoccuper des femmes enceintes non prises en charge par celles-ci parce que refusées faute de place. L'organisation nouvelle en réseaux de périnatalité développés sur une base territoriale change la donne en imposant à ceux-ci de se préoccuper de l'ensemble des femmes enceintes du territoire de santé y compris les femmes non inscrites. Ceci impose de déployer des stratégies et des outils nouveaux pour non seulement rattraper les femmes enceintes refusées, ce qui peut paraître relativement simple, mais aussi les femmes totalement hors circuit, ce qui est beaucoup plus complexe. Une seule chose est sûre dans ce domaine, seule une collaboration très vaste de l'ensemble des acteurs sociaux et médicaux du territoire permettra d'améliorer ce point pourtant totalement crucial.

Au total, il est essentiel de retenir que : **grossesse + précarité = urgence médicale**. Dès lors, il faut à tout prix mettre l'effort sur le repérage précoce et l'adressage des grossesses par tous (acteurs sociaux, médecins libéraux, associations. . .).

### 3.3. Repérage tardif des situations à risque de vulnérabilité psychosociale

Le repérage trop tardif des situations de vulnérabilité, parfois seulement lors de l'hospitalisation de suites de couches, ne permet pas de déployer l'arsenal des possibilités de prise en

charge dont nous disposons. Les causes en sont multiples. Il existe certainement un retard au repérage par les acteurs sociaux qui prennent en charge ces femmes. Face à cela, il est sûrement utile de développer des actions de formation des professionnels de l'action sociale (risques de la grossesse, urgences, modalité de repérage et d'adressage des grossesses. . .).

Les femmes peuvent également avoir le souhait de cloisonner leur vie et de dissimuler cette condition sans doute pour éviter toute stigmatisation mais au-delà peut-être aussi pour tenter d'avoir un parcours de mère le plus normal possible au sein de la maternité.

Enfin, le repérage de ces femmes dans le cadre du circuit médical est défectueux par insuffisance de connaissance, voire d'implication des soignants, mais aussi parfois du fait d'un refus de leur part d'accorder l'importance adéquate à ce repérage, souvent du fait d'une confusion entretenant un malaise entre la notion de repérage d'une situation à risque médical et le risque de stigmatisation d'une condition jugée comme dégradante pour la personne prise en charge. L'utilisation d'outils de repérage éprouvés, la diffusion des connaissances, la prise en compte du problème en tant que problème d'ordre purement médical sont autant de pistes d'amélioration.

### 3.4. Une condition recouvrant des réalités très contrastées

La pratique nous enseigne que la nature des obstacles à des soins périnataux optimaux diffère fortement en fonction du type de précarité et du profil des femmes. Ainsi, une enquête menée en 2002, à Toulouse, dans deux maternités et un hôpital [6] (une étude rétrospective et une étude prospective) a permis d'établir deux profils typologiques de la précarité des femmes enceintes confrontées à des difficultés d'accès au suivi. Le premier se réfère à une précarité conjoncturelle liée à une immigration très récente (depuis un an ou moins d'un an). L'irrégularité du suivi médical est alors majoritairement lié au statut administratif de ces femmes. La régularisation de la couverture sociale, par l'obtention de l'AME, permet à ces futures mères d'être consommatrices de soins. Un second groupe, majoritairement composé de femmes de nationalité française, présente avant tout des difficultés d'ordre psychosocial : problèmes liés à l'exclusion, à l'isolement, à des pratiques addictives ou à des troubles psychologiques qui les éloignent des maternités et du soin en général. Pour les premières, les difficultés d'accès aux soins sont matérielles, pour les secondes, elles sont plus psychologiques, liées par exemple au refus de soin. Pour ces dernières, l'existence d'une protection sociale n'apporte pas une solution simple à leurs difficultés. Ces deux profils typologiques n'appellent donc pas les mêmes dispositifs d'action. Pour l'ensemble de ces femmes, l'enquête souligne toutefois un point commun ; l'existence de problèmes économiques et de difficultés matérielles empêchant un suivi régulier (éloignement, frais de garde des enfants. . .). Cette étude souligne l'importance de préciser les caractéristiques de la population concernée pour choisir les actions prioritaires à mener (mémoire Maubert).

#### 4. Besoins singuliers des femmes enceintes en situation de vulnérabilité psychosociale

##### 4.1. L'hébergement, un problème central

Le problème de l'hébergement est crucial tant les difficultés de cet ordre obèrent la capacité de la femme à se soigner, techniquement, en lien avec des problèmes d'itinérance, de locaux inappropriés voire insalubres, sans moyens de communication... Un hébergement précaire constitue également un frein pour la femme à se préoccuper d'elle, se projeter dans l'avenir, penser à l'enfant à venir... Enfin, cette condition représente un facteur de stress majeur dont l'impact médical mériterait d'être analysé.

L'enquête menée par les services sociaux de l'AP-HP au mois de juin 2001 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 a montré qu'il existait un manque de places récurrent dans les foyers d'urgence, une difficulté pour travailler en partenariat avec les assistantes sociales de secteur (problème de domiciliation des femmes), des délais extrêmement longs pour l'accueil des femmes en foyers maternels.

Ces difficultés d'hébergement sont très pénalisantes lorsque survient une complication nécessitant de renforcer les soins pendant la grossesse. Le plus souvent, les locaux sont inappropriés pour développer les prises en charge classique (HAD, surveillance à domicile...). Ceci conduit souvent à indiquer par excès une hospitalisation dont il faudrait bien se garder de penser qu'elle constitue une solution optimale, y compris de résolution du problème social. Cette hospitalisation est souvent mal vécue par les femmes, brusquement coupées de leur environnement et de leurs liens sociaux aussi ténus soient-ils, générant parfois tout un panel de complications secondaires, allant des troubles de l'alimentation à de véritables dépressions. La période du post-partum pose des problèmes particulièrement aigus. Le système de prise en charge des suites de couches (SDC) actuellement prédominant en France repose sur une hospitalisation classique dans le service où a eu lieu l'accouchement, facturée au prix d'une journée de spécialité, de longueur variable mais généralement courte. Il en va d'ailleurs de même pour l'hospitalisation prénatale. Ce principe présente des inconvénients de différents ordres : inadéquation aux besoins réels des patientes à cette période de la vie (prise en charge trop médicalisée pour la plupart, peu chaleureuse, peu souple, identique pour toutes), prix élevé de cette hospitalisation, médicalisée par définition. Dans ce contexte, il est difficile de garder dans nos structures actuelles de SDC les patientes qui nécessitent une prise en charge prolongée en raison de problèmes d'ordre médical, psychologique voire psychiatrique, ou social plus ou moins intriqués.

##### 4.2. L'alimentation

Cette question est très peu explorée. Il est pourtant clair que les comportements alimentaires sont fréquemment modifiés

chez ces femmes en difficulté, pour des raisons financières, organisationnelles, parfois culturelles. L'impact médical de ces comportements est non documenté, mais il est important de garder à l'esprit cette question dans l'établissement de tout programme. Ainsi, la distribution de suppléments alimentaires fait elle partie du programme de base dans l'expérience canadienne « Naître égaux-Grandir en santé » [7]. Au-delà, la dimension sociale et affective de l'alimentation doit également être prise en compte. Que ce soit au niveau de l'accueil, de l'hébergement, de l'aide alimentaire, ou de l'accompagnement santé, l'objectif est toujours, au-delà du secours apporté, de maintenir ou recréer du lien social. Ainsi, la distribution de suppléments alimentaires (bons, distributions) est un premier pas indispensable, mais nous devons être plus créatifs. À titre d'exemple, la mise à disposition de cuisines dans les lieux de vie, y compris dans les maternités, doit certainement être expérimentée. La possibilité de laisser entrer des aliments apportés de l'extérieur par les proches ne doit pas être rejetée a priori...

##### 4.3. Besoins affectifs, isolement, violences conjugales

La précarité peut être grossièrement classée en trois catégories qui s'imbriquent vers le pire : la précarité de revenu, de logement puis d'isolement. Cette dernière est probablement la condition la plus complexe et la plus hétérogène regroupant des personnes isolées à l'issue d'un processus de descente progressive et des personnes préalablement isolées, souvent en rapport avec une vulnérabilité psychologique, devenues vulnérables... Ces situations très différentes appellent des stratégies d'accompagnement différentes. Dans le premier cas, la prise en charge sociale va dominer permettant secondairement une resocialisation. Le processus sera accompagné au plan psychologique. Dans le second cas, la prise en charge psychologique, voire psychiatrique, est au premier plan, seule à permettre une resocialisation, même si un étayage social concomitant est indispensable. L'isolement paraît être un facteur de risque majeur pour les femmes enceintes. Il faut mettre en place des programmes qui prennent en compte cette composante en établissant des liens privilégiés avec ces femmes par des aides à domicile personnalisées, des groupes de paroles...

Les violences conjugales constituent également un problème important, sous-estimé par les soignants. Pourtant nous devons tout faire pour les repérer et prendre en charge ce d'autant plus que celles-ci semblent associées à davantage de prématurité et de retard de croissance [5].

#### 5. Prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité psychosociale : un équilibre subtil entre droit commun et dispositifs spécifiques

##### 5.1. Une prise en charge médicale dans le cadre du droit commun

La réflexion concernant l'organisation optimale des soins en cas de vulnérabilité psychosociale amène de nombreuses

interrogations dont il émerge une question clé : le système de santé doit-il s'adapter et s'ouvrir ou doit-on encourager des espaces spécifiques à l'hôpital et ailleurs ? Pour y répondre, il convient de garder à l'esprit deux écueils à éviter. Le premier serait la formation de ghettos regroupant les plus démunis. Le système de soins, et en particulier l'hôpital, ne doit pas scinder son activité. Il ne doit pas se donner des objectifs médicaux différents en fonction de la situation des patients. Pire encore serait la création de services voire d'hôpitaux spécialisés, au motif d'une certaine compétence. Le risque de voir s'installer des différences dans la qualité des soins prodigués serait majeur. Ainsi, la prise en charge médicale des femmes en situation de précarité doit absolument relever du droit commun. Il n'y a aucune raison de ne pas appliquer les mêmes règles et de ne pas s'imposer les mêmes niveaux de qualité des soins que pour toute femme. Il n'y a pas de logique à envisager des filières spécifiques. C'est une question d'éthique mais aussi d'efficacité.

Le second écueil à éviter est un fonctionnement autonome ou même dominant des structures hospitalières. L'impact médical de la précarité ne peut être réduit que par une action globale, non seulement de l'ensemble des acteurs médicaux mais aussi des acteurs sociaux et des institutions. L'action médicosociale doit être coordonnée dans le cadre des réseaux de périnatalité, seuls dispositifs permettant le décloisonnement indispensable.

Il faut donc exploiter au mieux le système de santé et l'arsenal institutionnel disponible au sein desquels beaucoup de choses ont été prévues. Les principaux acteurs que sont les hôpitaux, les médecins libéraux et les PMI ont chacun leur mission qu'ils doivent connaître et honorer. Charge à chaque réseau de mettre à niveau les connaissances et réfléchir, pour mettre en place, développer, adapter.

Pourtant, même en imaginant une action optimale, des difficultés structurelles persistent. La collaboration véritablement transversale des administrations impliquées dans l'action sociale et médicale est souvent nécessaire. Le bon exemple en est l'indispensable collaboration autour de l'hébergement des femmes enceintes. Si la volonté est là, les difficultés administratives liées à la notion d'enveloppes budgétaires circonscrites, intransformables, sont des freins considérables, justifiant que soient développés des projets innovants collaboratifs interinstitutions.

L'amélioration de cette prise en charge impose que soit résolu pour les soignants l'aspect financier, et il faudra bien affiner les évaluations du surcoût financier pour faire en sorte que les dispositifs de type MIGAC, et d'autres à inventer en particulier pour la médecine libérale, couvrent effectivement les frais inhérents à une prise en charge de qualité de ces situations.

Enfin, l'arsenal médical et administratif dont nous disposons ne couvre pas l'ensemble des problèmes. S'il ne faut pas créer de filières spécifiques, il faut imaginer des dispositifs spécifiques innovants permettant d'étayer le parcours des femmes partout où nous savons qu'il dysfonctionne.

## 5.2. Des dispositifs spécifiques pour étayer le parcours médical

### 5.2.1. Dispositifs de facilitation à l'entrée précoce dans le système de soins

Le premier défi est de faire entrer les femmes dans le circuit en gardant en permanence à l'esprit l'adage : précarité + grossesse = urgence médicale et sociale. Il existe trois modalités de recours aux soins dans ce contexte : la médecine de ville, les centres de santé (dont les centres de PMI), les hôpitaux. Il faut jouer sur les trois tableaux. Par ailleurs, il faut jouer sur la décision de recourir aux soins par une collaboration avec les acteurs sociaux.

### 5.2.2. Des voies rapides contractualisées entre les centres de santé et les maternités, via les réseaux de périnatalité

Les centres de santé accueillent en règle remarquablement les patientes. Il n'y a pas dans ce cadre de problème de recours. Le problème est parfois la qualité inégale des soins prodigués mais surtout l'intégration ultérieure dans le système périnatal. En effet, le suivi en centre de santé ne garantit en rien l'inscription en maternité, ni ne prévoit le recours aux soins urgents en cas de nécessité. En fait, ces centres sont parfois des « électrons libres » dans le système non par choix, car ils souhaitent le plus souvent ne pas jouer ce rôle, mais de facto. Il faut donc assurer un lien entre ces centres et les maternités via les réseaux. Idéalement, la consultation dans un centre de santé d'une femme enceinte en situation de précarité doit être optimale en qualité et donner lieu à un contact immédiat avec le réseau de périnatalité correspondant à la domiciliation de la femme. Charge à ce dernier d'assurer l'inscription et de prévoir les consultations futures, éventuellement avec un relais par le centre de santé. Dans ce cadre, le dossier commun partagé est un outil essentiel pour assurer la qualité et la continuité de la prise en charge.

Il faut donc que tout réseau passe convention avec l'ensemble des centres de santé de son territoire de façon à ce que (1) soient mis en place des protocoles de fonctionnement pour inscription précoce, (2) soient utilisés des protocoles de prises en charge standardisés.

### 5.2.3. Un accueil adapté au sein des maternités qui font l'effort de s'adapter

Chaque hôpital doit offrir un *accueil adapté* aux plus démunis. Au sein des hôpitaux, les maternités doivent mettre à disposition des femmes des structures d'accueil adaptées, (locaux accessibles facilement, chaleureux, horaires d'ouverture larges, sans rendez-vous, signalétique adaptée...). La loi relative à la lutte contre les exclusions du 28 juillet 1998<sup>1</sup> a permis la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Ces cellules de prise en charge médicosociale doivent faciliter l'accès des personnes démunies, non seulement au système hospitalier, mais aussi aux réseaux

<sup>1</sup> Loi n° 98 657 du 28 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. JO du 29 juillet 1998.

institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Cependant, la déclinaison concrète de cette disposition est hétérogène. Certains hôpitaux proposent effectivement ce portail bien lisible, d'autres l'intègrent aux services, ce qui rend la prestation davantage dépendante de la politique locale. Quoi qu'il en soit, cet aspect administratif des choses n'est qu'une étape, l'essentiel est dans le développement effectif de structures d'accueil adaptées, c'est-à-dire ouvertes, souples, avec des circuits simples et compréhensibles. Dans ce cadre, la collaboration avec la PMI est essentielle.

Les urgences restent un point crucial. Il faut apprendre à y organiser les soins pour repérer, faire le tri et prendre en charge au plus vite les urgences vraies chez les femmes en situation de précarité. Dans ce cadre, il faut diffuser l'idée dans nos services qu'a priori, à situation médicale égale, la précarité constitue un facteur de risque supplémentaire. Dans nos protocoles de prise en charge aux urgences, ce clignotant doit apparaître. Il faut également être créatifs pour ne pas rejeter les fausses urgences arrivées là par défaut, mais plutôt imaginer des modalités de recours accélérées et simplifiées au décours immédiat de la demande de soins urgents, faute de quoi, le risque est grand de perdre pour trop longtemps ces femmes pourtant venues vers nous. Pour que cela fonctionne, il faut enfin mettre en place un suivi des consultations aux urgences pour rattraper les femmes enceintes qui n'auraient pas « retrouvé » le chemin de la maternité.

#### 5.2.4. Un recours à la médecine libérale facilité

La tentation est grande dans ce contexte de demander aux hôpitaux de remplir leur mission et de s'occuper à eux seuls de cette population. Cependant, il est clair que les structures hospitalières n'ont pas la capacité de prendre en charge l'ensemble des grossesses en situation de précarité depuis le tout début de la grossesse. Par ailleurs, elles ne sont pas toujours bien placées dans le parcours de soin de ses femmes qui souhaitent souvent recourir à des soins de ville en particulier en début de grossesse ; soins souvent jugés plus souples et moins stigmatisants. Enfin, on peut penser que l'intégration des femmes dans un système de santé le plus standard possible est un objectif en soi. Ceci pourrait permettre d'espérer l'intégration à long terme de toute la famille dans le système de soins avec recours au médecin traitant, développement d'une médecine préventive... L'aspect financier, avec la non-exonération du ticket modérateur avant le sixième mois de grossesse et la question de l'avance des frais, peut constituer un obstacle infranchissable à l'accès aux soins du point de vue des femmes. Or la législation de la sécurité sociale ne prévoit pas de disposition particulière en fonction des ressources des assurés. Du point de vue des soignants, la lenteur du remboursement par la sécurité sociale en cas de télétransmission est jugée très pénalisante par certains. Dès lors, il faut développer des solutions innovantes si l'on souhaite impliquer les libéraux. Le projet pilote « accueil précoce CPAM-PMI-RPPN » part du principe que les libéraux sont indispensables si l'on souhaite assurer l'accueil précoce avant 12 SA et la réalisation de la première échographie pour l'ensemble des femmes enceintes du territoire de santé, en l'occurrence Paris Nord. Il s'agit donc

d'assurer l'absence d'avance de frais et de tiers payant aux femmes enceintes identifiées comme précaires par le réseau de santé périnatal. En retour, les praticiens ont la certitude d'être payés rapidement par une caisse pivot développée à cet effet, dès lors qu'ils sont engagés dans le réseau par une charte avec contrat de fonctionnement, assurance qualité... La pertinence de ce projet pilote qui doit démarrer à l'automne 2009 devra être évaluée.

#### 5.2.5. Des réseaux de périnatalité garantissant une inscription précoce pour toutes les femmes du territoire

La grande nouveauté des réseaux de périnatalité par rapport aux organisations préalables et en particulier aux réseaux de transfert in utero est que l'unité de valeur n'est plus la santé des femmes prises en charge dans une structure de naissance considérée mais bien dans l'ensemble du territoire de santé. Dès lors, les réseaux de santé périnatale doivent se préoccuper de l'inscription précoce de l'ensemble des femmes enceintes du territoire et pas seulement des femmes enceintes inscrites dans les maternités du réseau. Ce qui change tout car c'est bien entendu parmi les femmes non inscrites, en règle faute de place, que se concentreront plus tard les problèmes médicaux les plus graves, par absence ou défaut des soins de prévention primaires, secondaires ou même tertiaires.

Pour tenter d'apporter une réponse à ce problème complexe au plan technique, le réseau RPPN débute une expérience pilote visant à inscrire dans un tableau de suivi, non pas les femmes inscrites dans l'une des maternités du réseau mais bien l'ensemble des femmes ayant sollicité une inscription. Un lieu d'accouchement leur est proposé dans le réseau si possible ou même hors réseau. Secondairement, la réalité d'une prise en charge dans la structure proposée est vérifiée. Ceci suppose des outils, du temps, de la manutention... Le réseau seul peut penser, organiser et financer ce type d'expérience.

#### 5.2.6. Une collaboration contractualisée entre les acteurs médicaux et sociaux

Avant même de vaincre la difficulté de rentrer en contact avec le système, il faut convaincre la femme enceinte vulnérable de recourir aux soins. À cet effet, la collaboration entre le monde médical et les acteurs sociaux extrahospitaliers ainsi que les associations est essentielle. Les hébergeurs ou les maraudeurs du Samu social par exemple doivent être informés de l'importance d'une prise en charge précoce, des circuits pertinents, et devraient même posséder quelques connaissances médicales concernant les premiers signes de grossesse ou les situations d'urgence. Des actions de formation doivent être menées à cet effet. Mais ceci ne suffit pas toujours et il faut de réels protocoles d'accord pour que soient certainement adressées aux maternités les femmes enceintes. Ainsi, des expériences innovantes voient le jour comme celle du réseau Solipam, dont l'objet est de mettre autour de la table les hébergeurs sociaux (Samu social, CASP, Emmaus...) et les acteurs médicaux pour vaincre les différents obstacles à une prise en charge optimale pour les femmes enceintes de Paris, les plus précaires, isolées, sans domicile fixe, sans revenu. Des protocoles de prise en charge ont été définis, au départ des

#### 5.4.2. Des projets innovants pour tenter d'offrir une réponse plus globale aux problèmes d'hébergement

Lorsque les problèmes d'hébergement sont dominants, ils envahissent tout l'espace, créant un obstacle majeur à la prise en charge médicale de la grossesse. Il est donc essentiel de le stabiliser en évitant l'errance liée à l'hébergement d'urgence. Lorsqu'il n'existe pas de problématique médicale trop importante, les hébergements sociaux peuvent convenir s'ils sont adaptés (taille, intimité), stables et permettent une intervention médicosociale minimale. Très peu de structures répondent à ces critères. Les actions médicales y sont souvent impossibles, les règles de vie n'y sont pas compatibles avec un minimum d'intimité, de calme. Des partenariats avec les hébergeurs sont pourtant possibles pour créer des structures médicosociales adaptées. Il faut augmenter le nombre de places en hébergement adapté et développer des partenariats afin d'assurer aux hébergeurs l'occupation d'un certain nombre de places, pendant qu'eux mêmes s'engagent à stabiliser l'hébergement de la femme du septième mois aux deux mois post-partum, par exemple. Cela autorise une prise en charge globale, un peu apaisée, et permet d'envisager le développement d'actions d'éducation, de prévention...

Lorsque des soins sont nécessaires, en post-partum par exemple ou à l'occasion de grossesses pathologiques, la situation devient à la fois très simple et absurde car la seule structure envisageable est l'hôpital et nous sommes obligés d'y garder hospitalisées des femmes qui pourraient sortir bien plus vite, faute de structure adaptée.

La création de « maisons des familles » comportant une unité d'hospitalisation de suites de couche de sur le modèle administratif des lits de soins de suite, des locaux dédiés aux consultations externes et même la possibilité d'un hôpital de jour, permettrait de résoudre de nombreux problèmes dans une unité de lieu a priori très salubre pour les femmes. Il faudrait y adjoindre la possibilité de prodiguer des soins de prévention primaire : enseignement à la santé, nutrition, pédopsychiatrie. Les bénéfices attendus d'une telle structure sont une adéquation meilleure aux besoins réels des patientes (le cadre de l'hospitalisation classique étant inadapté) pour un coût moindre. Un tel projet se heurte cependant à l'extrême difficulté de monter financièrement des projets interinstitutionnels.

En conclusion, il est nécessaire de développer une approche globale de la prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité psychosociale qui comprenne une prise en charge médicale de droit commun, étayée par des dispositifs spécifiques adaptés aux problèmes les plus fréquemment rencontrés [9]. Cette prise en charge doit impérativement être

coordonnée étroitement à l'action psychosociale, avec des prestations sociales précoces et larges, fondées sur une collaboration tentant d'impliquer l'ensemble des intervenants.

De nombreuses dispositions sont prévues pour améliorer cette prise en charge. En revanche, il existe un réel problème de coordination dont le financement et l'organisation ne sont pas prévus à ce jour. Il nous faut donc être créatifs et promouvoir des systèmes transversaux d'échange et de collaboration entre le monde médical et l'environnement au sens large de ces femmes. Il faut y intégrer au dispositif tous les partenariats possibles, y compris avec le secteur privé, pour combler les besoins particuliers des femmes enceintes vulnérables en termes d'alimentation, hébergement, mais aussi isolement...

#### Références

- [1] Porquet O. Prise en charge des femmes enceintes en situation irrégulière. Thèse de médecine, Paris VII, 2006.
- [2] Khoshnood B, De Vigan C, Blondeil B, Vodovar V, Cadio E, Goffinet F. Long-term trends for socio-economic differences in prenatal diagnosis of Down syndrome: diffusion of services or persistence of disparities? BJOG 2008;115(9):1087-95 [Epub 2008 May 30].
- [3] Plan périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. Publié le 10 novembre 2004. <http://www.sante.gouv.fr/html/actu/perinatalite04/planperinat.pdf>. p. 11.
- [4] Lejeune VN, Chaplet VM, Carbonne B, Jannet DJ, Milliez JM. Precarity and pregnancy in Paris. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1999;83(1):27-30.
- [5] Chambliss LR. Intimate partner violence and its implication for pregnancy. Clin Obstet Gynecol 2008;51(2):385-97.
- [6] Gayral-Taminh M, Daubisse-Marliac L, Baron M. Caractéristiques sociodémographiques et risques périnataux des femmes en situation de précarité. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005;34:23-32.
- [7] Brodeur JM, et al. Le programme québécois « Naître égaux-Grandir en santé ». Étude des effets sur la santé des mères et des nouveau-nés. Sante Soc Solidarite 2003;(2):117-25.
- [8] Chanal C, Toubin RM, Mazurier E, Misraoui M, Clutier J, Boulot P, et al. Enceinte et toxicomane : une expérience de suivi et d'accompagnement pluridisciplinaire au CHU de Montpellier. Le Flyer HS n° 1, juin 2003.
- [9] Chauvin P. Santé et recours aux soins des populations vulnérables. Inserm, collection questions en santé publique, 2005.

D. Mahieu-Caputo<sup>1</sup>

Service de gynécologie-obstétrique,  
hôpital Bichat-Claude-Bernard, AP-HP, 46,  
rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France  
Adresse e-mail : maternite.sec1@bch.aphp.fr

<sup>1</sup>Dominique Mahieu-Caputo nous a quittés, le dimanche 20 décembre 2009. Le Comité de rédaction de gynécologie obstétrique et fertilité, dont Dominique Mahieu-Caputo faisait partie, salue en elle le médecin, la femme et la mère.

## Expérience de réseau sur le territoire de Pézenas

# L'accompagnement du désir de grossesse et de la parentalité de personnes en situation de handicap psychique ou de maladie mentale (1<sup>re</sup> partie)

Le territoire de Pézenas (34) rassemble en réseau toutes les compétences professionnelles sanitaires et sociales nécessaires dans l'accompagnement du désir de grossesse et de la parentalité de personnes en situation de handicap psychique ou de maladie mentale. Ce réseau est aussi un lieu de collaboration et d'entraide mutuelle pour les professionnels qui suivent ces futurs parents.

Les futurs ou jeunes parents souffrant d'un handicap psychique ou d'une maladie mentale ont besoin d'un accompagnement et d'un soutien adapté. C'est ce que leur propose le réseau mis en place sur le territoire de Pézenas.

### Contexte géographique et historique du réseau

Situé dans le département de l'Hérault (34), Pézenas est un territoire semi-rural concentré autour d'une ville de 8000 habitants. Il compte peu d'équipements sanitaires spécialisés et certains usagers éprouvent des difficultés à se déplacer vers les grands centres tels que Béziers et Montpellier.

Ce territoire concentre toutefois un pourcentage important de places en structures spécialisées pour personnes en situation de handicap : services d'accompagnement à la vie sociale, établissement et service d'aide par le travail (ESAT), foyers d'hébergement, foyers occupationnels, etc. Ces structures représentent environ 15 % de l'ensemble de celles dénombrées sur le département, sur une zone géographique regroupant environ 7 % de la population.

### Localement un contexte historique de travail partenarial

Depuis de nombreuses années, le psychiatre de secteur Jean-Michel Bloch et son équipe, exerçant au centre psychothérapique de jour de Pézenas, ont développé une politique d'animation du territoire dans le champ de la santé mentale, conformément à leur

mission légale, renforçant ainsi leur activité de soins.

Le décret du 14 mars 1990 formule en effet les missions de ce service public dans les termes suivants : « Éviter l'émergence des troubles mentaux (prévention primaire), éviter le développement des troubles mentaux (prévention secondaire), éviter la persistance des troubles mentaux (prévention tertiaire) » sur une zone géo-démographique donnée. À quoi Jean-Michel Bloch ajoute : « Ce texte précise que ce projet impossible se doit d'être mené en prenant en compte l'existant, à savoir tous les acteurs de terrain : médical, public, associatif, libéral, médico-social et social. Ce décret posait un impératif clair : "le travailler ensemble" [...]. Notre expérience quotidienne du "travailler ensemble" n'est-elle pas un outil pertinent pour des pratiques associatives d'autres institutions et intervenants ? [...] En tant que psychiatre de service public en psychiatrie générale, la question de l'isolement du malade mental, favorisée par la perte des solidarités rapprochées au sens de Castel et le développement sociétal de l'individualisme, ressort dans des métiers centrés sur la fonction du récit, l'histoire écoutée, l'histoire racontée entre nous, la production de mythes ayant une fonction de réunion et de transcendance nécessaire pour accueillir le singulier [...]. »

La stabilité relative des professionnels sur ce territoire et leur volonté de développer cet axe de leur activité en s'ouvrant sur la cité a été le terreau de cette culture de travail en réseau depuis plus de vingt ans. Ainsi, plusieurs réseaux ou instances de réflexion inter-institutionnelle ont vu le jour, permettant de mutuali-

ser les compétences et moyens des différents professionnels et de développer une synergie d'intervention pour apporter une meilleure réponse aux usagers : réseau en alcoologie, réseau pour la planification familiale, réseau autour des dispositifs d'insertion.

### Construction du réseau

Une collaboration dans la présentation de situations de suivis conjoints aux journées de périnatalité de Béziers sur le thème "parentalité confisquée, parentalité accompagnée" en avril 2004 a constitué le point de départ effectif du réseau. Ce fut l'occasion d'une découverte réciproque d'approches différentes des situations par les professionnels intervenant et la prise de conscience de la méconnaissance ou de l'oubli de certains. Le médecin pédopsychiatre Mireille Galtier, responsable de la coordination de cette communication, relate ce projet de la manière suivante : « Cette expérience nous a enrichis mutuellement à travers les représentations différentes qui étaient celles d'autres équipes. Pour nous en pédopsychiatrie, la prise en compte de la dimension de la psychose maternelle qui était le souci de la psychiatrie de l'adulte, de la dimension sociale et la nomination des empêchements de ces parents qui ont été énoncés par les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) nous a décentrés d'une préoccupation exclusive sur le bébé et les processus de parentalité. [...] Nous avons donc découvert l'existence d'autres équipes, de leur fonctionnement, de leur richesse autant que de leurs limites et nous avons découvert un

partage possible. [...] Dans ces échanges, la préoccupation de chacun portait sur son "patient désigné" mais le fait que pour l'un, ce soit les parents et que pour l'autre, ce soit l'enfant, a entraîné obligatoirement un croisement des regards. [...] Dans cette différence de regard, soit on va à l'affrontement, soit on entre dans l'échange [...]. Ce travail en réseau par un jeu de miroir réciproque nous a conduits à interroger nos propres dispositifs à travers le regard que les partenaires portaient sur nous, leur pertinence, leur intelligibilité. Car ce qui est obscur pour les partenaires devient-il limpide pour les familles ? »

À la suite de ce congrès a débuté, en 2005, un travail de construction avec les différents partenaires d'une réponse spécifique à une problématique locale.

#### Fonctionnement et acteurs du réseau

Les professionnels de ce réseau, tous issus des secteurs social, médico-social et sanitaire – institutionnel, hospitalier, associatif, libéral... – sont :

- des éducateurs issus d'ESAT (ex-CAT), de foyers d'hébergement collectif, de foyers logements éclatés, de SAVS, gérés par les associations Vallée de l'Hérault, Centre Hérault et APAJH (Association pour adultes et jeunes handicapés) de Plaisance ;
- des psychiatres, psychologues, infirmiers et éducateurs des services de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte du centre hospitalier de Béziers ;
- des cadres infirmiers, des puéricultrices, des sages-femmes du service de la maternité et de pédiatrie du centre hospitalier de Béziers ;
- des techniciennes en intervention sociale et familiale (TISF) de l'association À domicile Hérault ;
- des assistant(e)s sociaux, des éducateurs, des puéricultrices, des sages-femmes, des médecins de PMI (protection maternelle et infantile) et médecin adjoint au directeur d'agence du Conseil général de l'Hérault (Agence départementale de la solidarité du Piscenois agathois) ;
- des psychologues, sages-femmes et médecins libéraux ;
- des professionnels de la structure d'accueil petite enfance de Pézenas (directrice, puéricultrice, éducatrice jeunes enfants) ;

- la conseillère conjugale du Mouvement français pour le planning familial (MFPF) ;
- des éducateurs du service d'orientation et d'aide éducative (SOAE) de Béziers, mandaté par la justice pour exercer des actions éducatives en milieu ouvert (AEMO) ;
- des professionnels des services des tutelles (CSEB) ;
- une assistante familiale recrutée par l'Aide sociale à l'enfance (ASE) de l'Hérault ;
- des stagiaires de différentes institutions.

#### Modalités de fonctionnement

Depuis 2005, des rencontres bimestrielles ont été proposées aux professionnels intéressés. Ces derniers se réunissent au sein de l'hôpital rural, dont le directeur affiche clairement une politique partenariale engagée vis-à-vis de toutes les actions de santé initiées sur le bassin piscenois.

Des études de cas cliniques ont été exposées par les différents partenaires. La réflexion est soutenue par des professionnels de la psychiatrie adulte et infantile du secteur (secteur 9 de la psychiatrie adulte, inter-secteur 3 de la pédopsychiatrie).

La présence ponctuelle d'un tiers (animateur de l'Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement – AFREE), n'intervenant pas directement dans les situations étudiées, est apparue rapidement comme une nécessité.

Jean-Michel Bloch, le médecin psychiatre du secteur, l'exprime ainsi : « Je voudrais souligner deux écueils dans le "travailler ensemble". D'une part, le risque d'homogénéisation et donc de la perte de distinctivité à travers ces partenariats. D'autre part, favorisé par les demandes administratives permanentes et le discours ambiant, le risque de la transparence, de la perte d'opacité, de la part d'ombre nécessaire peut entraîner des vécus de collusion, voire de nouveau fabriquer du totalitarisme. » Mireille Galtier, médecin pédopsychiatre, le formule pour sa part de la façon suivante : « Tout n'est pas devenu rose pour autant, nous avons eu des mouvements projectifs les uns à l'égard des autres car nous avons encore besoin d'avoir un mauvais objet pour nous rassurer parfois sur notre légitimité à agir. Nous cafouillons souvent pour choisir l'intervention la plus pertinente. Nos représentations sont parfois floues et idéales tant il est rassurant d'imaginer que l'autre sera dépositaire de la toute-puissance que nous souhaiterions avoir à notre portée. »

Christine Lieb-Bazile, médecin adjoint au directeur de l'Agence départementale du Piscenois agathois (Conseil général de l'Hérault) affirme : « Au contact d'autres institutions et au sein de mon institution, j'ai constaté un effet de mimétisme qui conduisait progressivement à une uniformisation des représentations, de la pensée et du langage des professionnels lorsqu'ils travaillent et réfléchissent ensemble depuis longtemps. L'effet "groupe" peut donner l'illusion à ces professionnels de détenir une "vérité universelle", qui a tendance à entraîner l'exclusion d'autres approches et générer des procès en incompétences d'autres partenaires moins proches. Ainsi à mon sens, la pratique bien comprise du travail en réseau avec nos partenaires d'autres institutions doit permettre de dépasser deux écueils : la trop grande solitude du professionnel mais aussi la pensée unique. »

#### Le financement

Le financement concerne les frais administratifs et la rémunération des intervenants extérieurs au réseau. Jusqu'à ce jour, il s'agit d'un cofinancement par le centre hospitalier de Béziers, le conseil général de l'Hérault et les associations porteuses des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS des associations Vallée de l'Hérault et Centre Hérault). Selon les institutions, il émerge sur des budgets formation ou sur des budgets pour des actions expérimentales ponctuelles.

Il est difficile de trouver un cadre formel adapté pour le financement de ce réseau compte tenu de sa petite taille et de son objet à mi-chemin entre le social et le sanitaire. Son mode de fonctionnement relève à la fois de l'analyse des pratiques, de la formation continue et de la définition d'objectifs opérationnels d'intervention. Son cadre correspond néanmoins aux orientations actuelles des politiques de santé publique qui visent à optimiser l'articulation des champs social, médico-social et sanitaire.

L'investissement financier des institutions les incite naturellement à se poser la question du niveau d'engagement de chacune en fonction des "bénéfices" qu'elle peut en percevoir. La mise en œuvre d'une procédure d'évaluation est donc dès lors devenue indispensable pour mieux communiquer avec les décideurs. Il s'agit d'élaborer des critères d'évaluation les plus pertinents possibles prenant en considération les contraintes propres à chaque institution.

### Nadir et Gaëlle sous le regard des professionnels du SAVS de l'association Vallée de l'Hérault

Il y avait sept ans que les professionnels du SAVS connaissaient Nadir. À l'époque, il vivait une histoire d'amour avec Gaëlle depuis une petite année. Elle avait fugué d'un foyer. Lui sortait à peine d'années sombres teintées de malheurs et d'incompréhensions originelles. Ils travaillent alors en ESAT et s'installent ensemble. Après trois années de vie commune, une grossesse s'annonce.

Nadir est venu à deux reprises nous dire, à sa façon, qu'il devenait père. Nous n'avons rien entendu ou voulu entendre. C'est en croisant nos représentations propres et nos craintes d'éducateurs et d'accompagnateurs que l'énormité nous saute aux yeux ; l'annonce nous laisse dans une grande perplexité.

Nadir a été placé à l'âge de 2 ans en famille d'accueil pour maladie des yeux (ses parents arrivent juste d'Algérie, ne parlent pas français, sont perdus dans ce nouveau pays). Il a déménagé tous les deux, trois ans, n'a jamais vécu ni n'est allé dans sa famille biologique avant l'âge de 25 ans, accompagné alors par la "mère d'accueil". La référence masculine paternelle manque tout au long de son enfance et de son adolescence.

Gaëlle, lorsqu'on lui parle de la fonction maternelle, nous répond que sa mère est morte à sa naissance (pour elle, le mot naissance rime avec morbidité). En réalité, elle est décédée lorsque Gaëlle avait 4 ans. Son père s'est ensuite enfoncé dans une période douloureuse avec alcoolisation, hospitalisation et, au final, placement de Gaëlle en institution.

Sans un pas de côté, pas de travail possible sur l'accompagnement à la parentalité. Nous décidons de soumettre nos inquiétudes à des tiers : la pédopsychiatre et le psychologue de l'unité de psychologie périnatale de Béziers. Au vu de l'organisation et de la construction des liens familiaux de chacun des parents dans

sa propre enfance, nous nous demandons comment ils vont accueillir cet enfant. Nous ne restons pas seuls. Ce poids est lourd à porter et il va falloir apprendre à "tricoter", maille après maille, une aide cohérente. À plusieurs, on y voit plus clair. Avec eux, nous allons pouvoir nous interroger : comment imagine-t-on être père, être mère ? Quels nœuds se défont à partir d'une plongée dans sa propre histoire ? Comment l'enfant bouscule-t-il et fait-il évoluer ses parents ? Quels caps à passer ? Quels bonheurs, quels engagements ?

À partir du constat de notre insuffisance et compte tenu du lien de confiance déjà existant, le couple de futurs parents s'accorde et joue le jeu de l'acceptation de conseils pluriels. Notre soutien s'inscrit dans un "entre-deux" intermédiaire. Il est un "médiateur" entre les personnes handicapées et les professionnels. Alors on parle, en marchant, en tricotant, en préparant la maternité car on est « *enfant de... , enfant de... , enfant de...* ». La maternité est une articulation entre le réel et son histoire, sa singularité. Développer une capacité d'empathie favorise l'élaboration de la pensée, de la projection. Un fil commun relie les professionnels du réseau qui vont intervenir : la sage-femme et le médecin de PMI, la puéricultrice, la travailleuse familiale et l'éducatrice de la crèche. Tout le monde a rêvé des possibles, contourné l'impossible, mais aussi a enrayé la vulnérabilité pour faire face à une certaine discrimination qui peut empêcher de penser la maternité et la paternité d'une personne porteuse de handicap.

Aujourd'hui, l'enfant grandit au sein de sa famille. Une technicienne de l'intervention sociale et familiale intervient au domicile une fois par semaine pour soutenir les parents au niveau éducatif : proposition d'activités, réponses aux questions d'organisation, d'éducation aux limi-

tes... Un accueil provisoire (un jour et demi par semaine) a été mis en place au cours d'une période d'épuisement de la mère, en l'absence de tout appui familial possible (grands-parents absents). Un suivi en PMI se poursuit. L'enfant se développe bien. L'équipe du SAVS reste une référence pour ce couple. Les professionnels restent en lien et s'interpellent avec l'accord des parents s'ils en ont besoin.

#### Alice et Frédéric

Alice arrive à Pézenas avec son compagnon et leur fille de 2 ans. Les travailleurs médico-sociaux de leur lieu de résidence précédente en informent l'équipe du secteur. Alice et Frédéric sont accompagnés immédiatement par l'équipe du SAVS de l'association Vallée de l'Hérault.

Alice est consciente d'une fragilité originelle extrême liée à son placement lorsqu'elle était petite fille. Elle raconte sa peur des jugements, des regards, de ses limites et dit : « *J'ai allaité ma fille jusqu'à 18 mois... On n'enlève pas les enfants lorsqu'ils sont au sein !* » Un long travail d'acceptation de ses difficultés (impossibilité à anticiper les besoins de sa fille tant au niveau alimentaire que des rythmes de vie ou au niveau éducatif) la conduit à prendre conscience qu'une parentalité "accompagnée" permettrait un meilleur épanouissement pour l'enfant. Le couple est fragile pendant une longue période avant une stabilisation.

Un travail conjoint de l'équipe du SAVS avec la puéricultrice de PMI, l'assistante sociale, la technicienne de l'intervention sociale et familiale et, plus tard, la famille d'accueil, a permis de soutenir cette mère et ce père dans leur rôle respectif, en valorisant le potentiel observé chez chacun d'entre eux. La proximité et la confiance ont été les ingrédients nécessaires à l'expression des confidences liées à l'intimité des corps ou des affects.

#### Conclusion

Le réseau s'est construit au croisement d'une nécessité d'amélioration des pratiques et d'une volonté de professionnels à travailler ensemble pour mutualiser leurs analyses et leurs moyens. Cette construction est un processus lent, non linéaire, qui nécessite des ajustements réguliers dans un climat le plus bienveillant et respectueux possible entre professionnels et institutions. Pour illustrer la pluralité des approches professionnelles, différents acteurs exposeront dans une seconde

partie, leur ressenti et les enjeux que représente leur participation au réseau dans leur pratique, à la lumière de leur culture professionnelle.

Parallèlement au travail clinique, le réseau a sollicité Saul Karsz, sociologue et psychanalyste, pour accompagner sa réflexion sur la définition de critères d'évaluation. Ce travail

lui a permis de redéfinir plus précisément ses objectifs et ses limites. Ces éléments seront également abordés dans la seconde partie. I

Christine Lieb-Bazile

Médecin adjoint au directeur  
de l'Agence départementale de la solidarité  
du Piscenois agathois, Pézenas (34)  
clieb-bazile@cg34.fr

Article rédigé avec la contribution de : Jean-Michel Bloch, psychiatre, Mireille Galtier, pédopsychiatre de l'unité de psychologie périnatale du centre hospitalier de Béziers, Isabelle Odier-Bringuier, psychologue clinicienne, Dolores Torres, infirmière, secteur 9 adulte, Agnès Frothenberg, pédopsychiatre de l'intersecteur de pédopsychiatrie, CMP de Pézenas, Anne-Marie Junqua-Clerc, éducatrice du service d'accompagnement à la vie sociale de l'association Vallée de l'Hérault, Lydie Romero, technicienne en intervention sociale et familiale (TISF), association à Domicile Hérault et les membres du réseau.