Précarité et santé sexuelle : Quels défis ?

ACTES DU COLLOQUE DU 14 FÉVRIER 2014

FLCPF/CEDIF | 34 rue de la Tulipe – 1050 Bruxelles | Décembre 2014

Table des matières

La problématique de l'accès aux soins à Bruxelles : situation des femmes 2

Missions et expérience du planning familial dans un quartier défavorisé 8

Les femmes sans sécurité sociale 14

Les travailleuses du sexe en situation de précarité 17

La population des femmes sans abri en Région de Bruxelles-Capitale 21

Centre de santé communautaire de Gand 28

La Free Clinic, un cas particulier en région bruxelloise 34

L'Espace Parents : une initiative liégeoise 39

Les consultations mobiles du CASO pour les femmes du quartier Saint Denis 42

Les textes de cette brochure n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.

La problématique de l'accès aux soins à Bruxelles : situation des femmes

Geneviève LOOTS, coordinatrice

Projet « Avec elles » - Médecins du Monde

Médecins du Monde est une organisation non-gouvernementale (ONG) qui travaille en Belgique et à l'étranger. L'organisation essaye de garantir le droit à l'accès aux soins de santé pour tous en organisant des soins, en récoltant des témoignages et en accompagnant le changement social.

En Belgique, nous avons des Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) à Bruxelles et à Anvers. Il s'agit d'équipes pluridisciplinaires qui assurent une prise en charge médicale, sociale et psychologique aux populations en situation de vulnérabilité. Plus ou moins 8.000 consultations sont réalisées par an. Depuis peu, nous avons mis en place une consultation spécifique pour les femmes à Bruxelles. Nous participons aussi aux consultations médicales et paramédicales du Plan Hiver dans les centres d'hébergement d'urgence à Anvers et à Bruxelles. Nous assurons aussi un accès aux soins spécialisés (kinésithérapeute, ophtalmologue, etc.) en référant les personnes qui n'ont pas de sécurité sociale vers un réseau de spécialistes. Depuis un an, on travaille en collaboration avec le Relais Santé à La Louvière pour ouvrir l'accès aux soins aux personnes défavorisées. Dans tous ces projets, nous essayons d'avoir une attention particulière pour la santé de la femme.

Parallèlement, nous avons des projets mobiles, comme le bus par exemple, avec lesquels nous allons vers les gens sans logement qui vivent en rue ou dans les différentes gares bruxelloises. Nous leur prodiguons des soins infirmiers de base et nous travaillons à la réduction des risques en informant sur le dépistage, l'échange de matériel stérile, etc. Nous organisons également des séances de prévention et de promotion de la santé avec des groupes de femmes dans différentes associations.

Le niveau d'action de Médecins du Monde se situe entre les services communautaires et ambulatoires. Les services ambulatoires sont des services de première ligne, comme les maisons médicales et les centres de planning familial. Nous essayons toujours de référer les personnes vers les services de première ligne. Les patients peuvent venir d'eux-mêmes au CASO de Bruxelles où on peut accueillir une dizaine de personnes par après-midi. Ils seront vus par une infirmière et par un médecin. En fonction de critères de vulnérabilités médicales, il passera ensuite chez l'assistante sociale qui travaillera sur l'ouverture de son accès aux soins. On peut aussi rencontrer le patient via le bus ou le Plan Hiver. L'objectif n'est pas de garder le patient dans nos structures mais d'assurer un dépannage et d'ouvrir son droit aux soins de santé du circuit normal.

L'accès aux soins de santé est défini comme une facilité plus ou moins grande pour une population, à s'adresser aux services de santé dont elle a besoin. L'accès est lié à la présence ou l'absence potentielle de barrières économiques, physiques, culturelles ou autres lors de l'utilisation de ces services. C'est la définition qui a été faite par l'OMS. Elle est assez pertinente.

Nous parlons plus précisément ici de femmes en situation précaire. Il n'existe pas une définition de la femme en situation précaire. Toute femme peut se trouver un jour dans cette situation mais il existe différents groupes de femmes qui sont à risque : les femmes sans-abri, les femmes primo-arrivantes, les femmes sans papiers. Les femmes que nous rencontrons sont souvent de différentes nationalités et ont divers statuts administratifs. Elles peuvent être depuis longtemps dans l'isolement et souvent, elles ont épuisé tous les recours pour régulariser leur situation administrative et se sont installées dans une assez grande clandestinité. La santé sexuelle et reproductive n'est pas pour elles, une priorité. Elles songent d'abord à satisfaire leurs besoins primaires : le logement, la nourriture, leurs enfants. Elles chercheront donc très tardivement des soins. Ce sont également des femmes qui se retrouvent face à des grossesses non désirées, qui fréquentent moins les consultations prénatales, qui sont parfois victimes de violences entre partenaires et qui utilisent moins souvent des mesures préventives. Celles qui arrivent chez Médecins du Monde sont très fragilisées, elles arrivent chez nous parce qu'elles ne savent pas où aller. La première offre de soins à laquelle elles ont eu accès a parfois été une mauvaise expérience pour différentes raisons : coût trop élevé, barrière de la langue, etc. Je citerai deux cas récents en exemple.

Madame X a 26 ans et vient du Burkina Faso. Elle n'a ni revenu ni logement. Elle loge de-ci de-là chez des amis et a un enfant. Elle arrive au CASO enceinte de 9 semaines. Comme elle n'a pas de ressources, elle ne veut pas garder cet enfant et demande une aide pour un avortement. Elle loge sur le territoire de Bruxelles-Ville et nous introduisons donc une demande d'Aide Médicale Urgente auprès du CPAS tout en la référant à un centre de planning familial. Malheureusement, le CPAS n'ouvre pas le droit à l'AMU, un recours en justice est évidemment beaucoup trop long et le centre de planning lui demande 250,00 € pour l'interruption de grossesse. Finalement, elle pourra payer cette intervention en plusieurs fois mais devra pour cela se mettre dans de grosses difficultés.

Madame Y vient de Slovaquie et a beaucoup d'enfants. Elle dort dans des squats, est expulsée et se retrouve dans la gare pour finalement atterrir au SAMU. Celui-ci l'oriente vers un centre de planning familial pour une prescription de contraceptifs. Elle en ressort avec une prescription pour la pilule ce qui n'était pas forcément son choix compte tenu de son mode de vie très déstructuré. Finalement, elle est arrivée à notre consultation et nous lui avons placé un dispositif intra-utérin.

Ce sont des cas typiques qui arrivent dans notre consultation spécifique pour les femmes. Depuis l'année dernière, nous avons eu 589 patientes ce qui représente 1.495 consultations, toutes ne venant pas, à la base, pour une raison de santé de

femme. 52 % d'entre elles ont entre 20 et 39 ans, 70 % sont en séjour irrégulier, 8 % sont demandeuses d'asile, 15 % sont européennes, 20 % n'ont pas de logement fixe, 8 % sont sans-abri et 88 % n'avaient aucune prise en charge quand elles sont arrivées au CASO. De plus, 9 % d'entre elles avaient besoin d'un traducteur pour leur consultation. Nous avons quelques indicateurs sur leur santé sexuelle. Nous leur avons demandé si elles avaient un moyen de contraception et, si elles n'en avaient pas, si elles en désiraient un. Sur 182 personnes, 82% n'avaient pas de moyen de contraception et 51 % en désiraient un. Nous avons aussi fait une étude auprès de quelques femmes Rom à Bruxelles en 2012 et qui rejoint un peu ces chiffres. Il s'agissait d'une cinquantaine de femmes Rom migrantes dont la majorité ne désirait plus avoir d'enfant mais n'était pas sous contraception et n'avait pas la possibilité d'en avoir une. Ces femmes ne connaissaient pas la pilule, le moyen le plus utilisé étant le préservatif. Au CASO, nous recevons peu de femmes enceintes (42 sur la dernière période). C'est peu mais souvent ces femmes ne savaient pas qu'elles étaient enceintes et n'avaient évidemment pas eu accès à une consultation prénatale. Nous avons également un indicateur concernant le VIH. Certaines femmes avaient été dépistées avant de venir chez Médecins du Monde ou ont été orientées vers le Centre Elisa pour un dépistage. Sur 85 patientes dépistées, 8% étaient séropositives.

Au-delà de ces chiffres, nous pouvons aussi reprendre quelques constats qui viennent de la littérature sur les indicateurs de santé sexuelle et de précarité en Belgique. On constate que 40 % des femmes qui ont recours à l'avortement en Belgique sont d'origine étrangère, que la majorité sont soit primo-arrivantes ou demandeuses d'asile, que les moyens de contraception sont méconnus ou mal utilisés au sein de ces groupes, qu'il existe une inégalité de santé pour les dépistages et les soins curatifs des cancers gynécologiques. Les nouveaux cas d'infections par le VIH touchent davantage les non belges que les belges. Au niveau européen, 45 % de ces femmes qui sont nouvellement infectées, sont soit des jeunes filles ou des filles entre 15 et 25 ans.

On peut identifier différents facteurs qui empêchent l'accès aux soins de santé. Les facteurs socioéconomiques jouent évidemment un grand rôle. Quand on ne sait pas où loger, administrativement, il n'est pas évident d'ouvrir un droit aux soins de santé. Les facteurs culturels, comme la barrière linguistique, ne facilitent pas les choses. Les facteurs politiques et environnementaux ne leur sont pas favorables quand on voit les difficultés administratives pour bénéficier de l'aide médicale urgente. Les facteurs cognitifs jouent également. La méconnaissance de son corps et une faible estime de soi font que ces femmes ne vont pas prendre soin d'elles-mêmes. Enfin, les facteurs familiaux comme la violence intrafamiliale et le silence qui l'entoure aggravent encore les choses.

Les barrières administratives sont importantes en Belgique. Il existe 589 communes et donc 589 CPAS et presque autant de formulaires différents et de procédures complexes ! Une femme qui veut avoir accès à une consultation avec un système de réquisitoire, pour chaque acte médical ou pharmaceutique, devra demander l'autorisation du CPAS. Les allers-retours entre les services sociaux et médicaux sont

très lourds. Le problème de résidence complique la situation. Par exemple, une personne qui dort en rue et qui « loge » à la gare du Nord dépendra de trois communes différentes sur lesquelles s'étend le site ferroviaire. Quelle commune lui ouvrira son accès aux soins en fonction de l'escalier sur lequel elle dort ?!

En conséquence, les femmes que nous rencontrons sont

- des femmes enceintes de deux mois, qui demandent une interruption de grossesse mais n'ont pas d'argent, pas d'accès aux soins et à l'aide médicale urgente ;

- des femmes européennes enceintes qui résident sur le territoire depuis moins de trois mois et considérées comme touristes, suivies par l'ONE en consultation prénatale mais dont les examens techniques ne seront pas pris en charge ;

- des femmes qui se retrouvent avec des moyens de contraception qui sont inadéquats, qui se retrouvent en rue avec une pilule contraceptive alors qu'elles sont totalement déstructurées. Le choix de la femme est-il vraiment respecté dans ces situations ?

Médecins du Monde propose d'essayer d'améliorer le système de couverture sociale, d'uniformiser et simplifier les procédures de recours à l'aide médicale urgente. Particulièrement pour les demandes d'avortement, le temps est un facteur important.

Il n'y a pas toujours de transparence dans les procédures au sein des CPAS. Pour savoir si une femme peut bénéficier de l'aide médicale urgente pour un avortement, chaque CPAS a ses propres critères. Il faut vraiment insister pour avoir l'information. Il y a un travail social préalable à faire pour savoir quel CPAS autorisera une prise en charge rapide sans passer par le comité de décision.

Nous souhaitons aussi faciliter l'information pour ces femmes et avoir des outils et du matériel d'éducation un peu plus adaptés à leur culture, à leur langage ou avec beaucoup de dessins. Cela manque cruellement.

Nous proposons enfin d'améliorer l'offre de soins qui est très segmentée en Belgique. Si une femme est enceinte, elle peut aller à l'ONE. Si elle veut un suivi gynécologique, elle peut aller dans un planning ou chez un gynécologue. Si elle veut un avortement ou un moyen de contraception, c'est plutôt dans un centre de planning. Le corps de la femme est divisé en fonction de la demande. Nous voudrions réfléchir à une prise en charge globale de la demande des femmes qui lierait le curatif et le préventif.

Missions et expérience du planning familial dans un quartier défavorisé

Patrick PETITJEAN, directeur

Centre de planning familial Groupe Santé Josaphat

Objectifs de l'intervention

1. Resituer, en bref, le cadre d'intervention des centres de planning familial et leurs missions
2. Partager quelques réflexions générales avec les participants à partir la réalité de travail au Groupe Santé Josaphat
3. Présenter quelques dispositions mises en place pour tenter de favoriser l'accès aux soins

1. Cadre d'intervention des centres de planning familial et leurs missions

La FLCPF regroupe une quarantaine de centres en Fédération Wallonie Bruxelles dont 22 sur le territoire de la Région Bruxelles Capitale

Si les centres de planning familial ne sont pas à proprement parlé des structures de soins ou d'aide sociale de première ligne, ils sont amenés, néanmoins dans leurs missions :

- à accueillir toute personne en situation de détresse affective, sexuelle et relationnelle

- pour ce faire, à mettre en place des consultations médicales, sociales, psychologiques, juridiques

- à assurer les suivis de grossesse, aider la femme enceinte en difficulté, pratiquer des IVG, pour certaines d'entre elles qui le décident

- à préparer les jeunes à une vie affective, sexuelle et relationnelle épanouie, à travers la mise en place d'animation en éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS), principalement dans les écoles de l'enseignement primaire et secondaire

- et à fournir des informations pour tous les publics sur la contraception et la grossesse désirée ou non.

Pour faire court, il s'agit d'essayer d'amener les personnes qui nous consultent vers la santé sexuelle qui est, selon la définition de l'OMS, un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité et non pas seulement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités.

La distinction entre la première ligne et la deuxième ligne évoquée ci-dessus n'est pas toujours très claire, très distincte dans la pratique d'un centre de planning familial, et en particulier de celle du Groupe Santé Josaphat. Ce centre, implanté depuis 40 ans à Schaerbeek (quartier Royale Sainte-Marie) a décidé de territorialiser son action et de ne travailler qu'avec la population du quartier, de la commune. Pour certaines personnes qui nous consultent la spécificité 'santé sexuelle' de nos services n'est pas toujours évidente à percevoir. C'est d'abord le centre de soins, d'aide du quartier, près de chez eux, celui où ils peuvent être accueillis dans leur langue maternelle (en turc ou en en arabe, par ex), avant d'être un centre de planning familial.

Par ailleurs, les personnes viennent au centre – et c'est plutôt la tendance lourde – quand il y a urgence : médicale, sociale, psychologique. Une tendance très certainement liée à la précarité socio-économique mais qui met en tension le cadre de travail en planning familial qui n'est pas nécessairement conçu pour traiter l'urgence, d'autant plus quand l'urgence est d'ordre social (logement, besoins primaires, …). Il s'agit alors souvent pour les intervenantes de « bricoler » des réponses au cas par cas.

2. Quelques réflexions

A. La notion de précarité.

De quelle précarité parle-t-on ? La précarité économique, les difficultés financières et matérielles – c'est évident – impactent globalement la santé des personnes qui font appel à nos services et pas uniquement leur santé sexuelle qui n'est pas ou plus une priorité.

Sur ce point, je vous invite à parcourir le rapport du CBCS 2013 qui analyse l'évolution des problématiques sociales et de santé rencontrées par les services ambulatoires bruxellois. En Région Bruxelles Capitale, le constat est clair : les demandes qui sont adressées aux services ambulatoires sont de plus en plus complexes, la souffrance est multi factorielle mais la cause économique est évidente. Un autre constat de ce rapport est la multi-culturalité croissante des problématiques sociales ou des demandeurs.

Au Groupe Santé Josaphat, 80% des personnes qui consultent sont issus de l'immigration. Une large partie d'entre elles est belge bien évidement mais si on prend en compte leur « origine culturelle », elles se répartissent entre la Turquie (20%), le Maghreb (20%), l'Europe de l'Est (Bulgarie, Roumanie, Albanie) (20%) et un peu moins pour l'Afrique sub-saharienne.

40% de ces personnes (on parle toujours des consultations) sont sans emploi et bénéficient d'allocations sociales (chômage, RIS, indemnité mutuelle, retraite) et 20% sont sans aucune ressource. 30% des personnes qui demandent une IVG n'ont pas de couverture sociale.

En préparant cette intervention, j'ai pu constater que ces chiffres sont relativement stables au niveau global quand on regarde les six dernières années. Il ne semble pas y avoir ou pas encore d'effet d'amplification lié la crise (par exemple : les conséquences dispositions récentes prises en matière de chômage et la limitation de l'allocation d'insertion à 3 ans ne sont pas encore tout à fait visibles). Par contre, le profil des personnes concernées change et c'est souvent lié à des dispositions macro-politiques (par exemple : l'élargissement de l'Europe) qui font que certaines personnes (comme les ressortissants bulgares ou roumains, les ressortissants espagnols d'origine marocaine qui quittent l'Espagne à cause de la crise) n'ont plus droit aux aides sociales dont ils pouvaient bénéficier auparavant.

Notre secteur d'intervention n'a évidemment pas de prises sur ces contextes macro qui nécessite de travailler en amont sur les conditions socio-économiques qui entraînent ces flux migratoires.

B. Autres éléments de fragilité

Mais, à côté de cette précarité économique (manque ou faibles ressources financières), on constate dans les CPF d'autres éléments de fragilité (qui en sont sans doute une conséquence) au niveau familial, social, culturel, administratif, au niveau du « vivre ensemble » aussi : inactivité prolongée, isolement, délitement des liens sociaux : Des personnes qui sont en situation de désaffiliation sociale pour reprendre l'expression de Robert Castel.

30% des personnes adultes qui nous consultent vivent seules, avec ou sans enfant. Celles-ci sont dans des situations socio-administratives de plus en complexes et les difficultés économiques qu'elles rencontrent se traduisent souvent par des difficultés psycho-sociales ou de santé mentale. Une souffrance psychologique d'origine sociale, comme le décrit Jean Furtos.

Ces dernières années, au Groupe Santé Josaphat, les demandes « psy » ont augmenté de 30%. Des demandes psy qui ne relèvent pas clairement de la santé mentale mais s'expriment plutôt à travers de l'anxiété, de la nervosité, du stress (de ne pas pouvoir payer son loyer, régler son problème de séjour), de l'isolement social et de la dépression.

On parle, ici, d'un autre type de précarité. La précarité, c'est d'avoir peur, d'être dans l'incertitude de garder sa situation, peur de perdre les objets sociaux (son logement, ses droits, ses papiers, ses revenus même si ce sont des revenus de remplacement) qui permettent d'être en contact avec les autres, d'être inscrit dans la société.

C. La santé sexuelle

La santé sexuelle, on l'a définie tout à l'heure comme un état de bien-être physique, mental, émotionnel en lien avec la sexualité

Et si la précarité, c'est quelque chose dont l'avenir, la durée, la solidité ne sont pas assurés, c'est ce qui peut être, à chaque instant, remis en question, on voit donc bien que le bien-être sexuel, une vie affective et sexuelle épanouie sont des états éminemment précaires.

La précarité économique, sociale et la précarité sexuelle se doublent, se renforcent l'une, l'autre pour certaines personnes. Se préoccuper d'une vie sexuelle épanouie quand vous ne savez pas si pourrez rester dans votre maison parce que vous n'avez pas payé votre loyer depuis quelque mois et que le proprio a lancé une procédure d'expulsion ou que vous ne savez ce que vous allez donner à manger à vos enfants demain, est mission impossible.

Par rapport à cette précarité qui se redouble (sociale/sexuelle), on est confronté – me semble-t-il – dans les centres de planning familial à deux types d'attitudes, de postures prises par les personnes avec lesquelles on travaille. Et celles-ci s'expriment assez clairement lors des animations EVRAS réalisés par les centres de planning familial.

Soit une rigidification des positions, un repli sur certaines valeurs « ethno-religieuses pour faire court (qui peuvent s'exprimer durement par rapport à l'IVG, à l'homosexualité, par exemple). Signes pour certains, en situation de précarité ou en construction identitaire fragile, d'un manque manifeste de repères et de perspectives.

Cela me fait penser à une expérience récente d'animation dans une école professionnelle qui illustre ce propos. Ma collègue et moi, nous nous sommes retrouvés face à 25 jeunes hommes, en formation électricité et bois qui se demandaient franchement ce qu'on venait leur raconter. Cette animation, malgré la présence d'un éducateur, est très vite devenue impossible à poursuivre et des comportements violents (entre eux) se sont rapidement installés. Au-delà des mauvaises conditions d'animation (trop grand groupe, deux sections qui n'ont pas l'habitude d'être ensemble, pas mis au courant par l'école de notre venue, …) qui expliquent en partie son déroulement, c'était la proposition même qui était questionnée à travers cette violence : « Qu'est-ce que vous nous voulez ? Pourquoi venez-vous nous parler de ça (de sexualité) ? « Vous êtes comme tous les autres (services sociaux en général), inutiles, incompétents, incapables de rencontrer nos vraies questions ». Disqualification de ce type de travail qui renvoie, dans le chef de ces jeunes, à une autre forme de fragilité.

Soit le développement de conduites sexuelles à risque, d'actes/d'attitudes violents (physique et psychologique). Conduites ou passages à l'acte qui renvoient également à une certaine vulnérabilité, fragilité des publics avec lesquels travaillent les centres de planning familial.

On peut aussi évoquer – sans les développer ici – deux autres types de demandes qui sont adressées aux CPF. Et qui constituent de vrais défis par rapport à l'accès aux

soins et impliquent une réflexion par rapport à leur cadre de travail et d'accueil à savoir :

- les demandes de réfection d'hymen, de certificats de virginité (238 demandes répertoriés par le CPF des Marolles en 2011) formulées par des personnes dans des situations de grande vulnérabilité

- les demandes issues des minorités sexuelles ou autres orientations sexuelles (LGBTQI)

3. Favoriser l'accès aux soins

Je terminerai mon exposé en évoquant quelques dispositions plus concrètes que nous tentons de mettre en place pour répondre à la précarisation croissante du public avec lequel nous travaillons.

Clairement, les difficultés financières ne doivent pas être un obstacle à l'accès aux soins et à l'information dans un centre de planning familial mais en même temps, les services ne sont pas gratuits. On y pense, on y arrive parfois mais c'est souvent au détour d'un long processus : étalement des paiements, reconnaissance de dettes, diminution des tarifs, …. Pour les personnes qui ont une couverture sociale, le tiers payant est appliqué systématiquement. En ce qui concerne l'aide médicale urgente pour les personnes en séjour illégal, des demandes de réquisitoire sont faites aussi pour la contraception mais un CPAS n'est pas l'autre et les refus sont nombreux. Au Groupe Santé Josaphat, nous avons passé une convention particulière avec le CPAS de Schaerbeek par rapport aux délais des demandes parce que cela ne fonctionnait pas pour un réquisitoire d'aide médicale urgente dans le cadre d'une IVG. La convention permet d'accélérer la procédure et de mettre en place un autre cadre (que le guichet) de gestion de la demande, plus respectueux de la personne.

Tous les CPF bruxellois ne sont pas égaux par rapport aux populations avec lesquelles ils travaillent. Imaginer une solidarité intercentres qui permettrait par exemple, de proposer un certain nombre d'interruptions de volontaires grossesse gratuites au niveau de Région Bruxelles Capitale est régulièrement évoqué mais pas encore mis en place. Un système de solidarité inter-patients de type « tontine », pourrait également être envisagé.

Pour ce qui est de la précarité plus socioculturelle, nous avons mis en place un double accueil pour la consultation médicale. Toutes les femmes qui viennent à la consultation médicale, si elles le souhaitent, sont reçues à la fois par le médecin et par une accueillante qui est soit une assistante sociale, une psychologue ou une infirmière. Nous avons institué cela au départ pour des questions de communication puisque nous recevons des populations qui ne parlent pas le français. Mais, c'est également une manière de prendre d'emblée en compte d'autres dimensions de la problématique.

Dans un même temps, sont abordées les questions sociales et psychologiques. C'est une approche plus globale visant à éviter cette impression de « morcellement » de la demande et de la personne qui la porte. Cela favorise aussi l'accès à l'information, à la prévention. Dans ce cadre, des brochures multilingues sur la contraception ont été réalisées en collaboration avec le Planning Marolles. Nous devons faire de gros efforts en termes de forme, d'accès, de vulgarisation, de traduction des informations. Un autre aspect est le travail en réseau. Les secteurs et les associations fonctionnent aussi – mode de subvention oblige – de manière segmentée. Nous développons, pour ce faire, un programme de cohésion sociale, en parallèle de l'offre d'accompagnement individuel : espace collectif (le groupe BAG) qui permet de renforcer l'inscription sociale et une entraide entre pairs sur des questions de droit sexuel et reproductif. Ce type de démarche peut aussi, à terme, faciliter l'accès aux soins.

Les femmes sans sécurité sociale

Martine VANDERKAM, sage-femme

Aquarelle Asbl

L'ASBL Aquarelle est une émanation du département de gynécologie obstétrique du CHU-St Pierre et existe depuis une quinzaine d'années. Notre public est constitué de femmes issues de l'immigration, sans sécurité sociale, vivant dans la précarité. Nous sommes deux sages-femmes travaillant à mi-temps au sein de l'ASBL et à mi-temps à la maternité et nous assurons quatre consultations pré et postnatales ainsi que les visites postnatales à domicile. Une troisième sage-femme, spécialisée en santé communautaire, assure les préparations à la naissance, la visite de la salle d'accouchement, le massage maman, le massage bébé, le suivi social postnatal. Nos consultations ont lieu au sein de la consultation prénatale de l'hôpital St-Pierre ce qui nous permet de travailler en synergie avec d'autres professionnels (travailleurs médico-sociaux de l'ONE, assistantes sociales, gynécologues, sages-femmes, psychologues, etc.) et d'autres services (endocrinologie, cardiologie, etc.). Une équipe de bénévoles gèrent un vestiaire, réservé principalement aux patientes d'Aquarelle, et reçoivent les familles deux fois par semaine. Les mamans reçoivent des vêtements et du matériel. Au cas par cas, nous intervenons financièrement pour l'achat de médicaments, pour des frais de transport, l'achat de langes ou de lait en poudre.

Nous sommes très attentives à la contraception et l'évoquons dès les consultations prénatales. Lors du séjour à la maternité, un implant peut être posé pour celles qui le souhaitent, il fera partie de la facture de l'accouchement. Le stérilet est offert par l'association et posé par les gynécologues lors de la consultation postnatale. Nous acceptons toujours de faire gratuitement les injections contraceptives trimestrielles. Seule la pilule reste à charge des patientes. La contraception est un sujet difficile, qui fait peur, qui n'est pas bien compris, plein de tabous et d'interdits pour raison religieuse. Elle n'est pas toujours bien supportée (saignements, céphalées, prise de poids, etc.) ou elle est refusée pour un désir d'enfants, même si ces femmes vivent dans un total dénuement.

Nous nous assurons également que la déclaration du bébé a été faite et que le relais avec les consultations de nourrissons est établi. Nous intervenons à un moment particulier de la vie de ces femmes, de ces familles : la naissance de leur enfant est souvent porteuse de plein d'espoir. Garantir un suivi global, rassurant, contenant, nous semble essentiel et permet à ces familles d'accueillir leur bébé plus sereinement. Mais il est essentiel qu'il y ait une couverture financière pour assurer ce suivi (consultations, prises de sang, actes techniques, traitements). En Belgique, tous les étrangers non-européens vivant en situation précaire ont droit à l'Aide Médicale Urgente (AMU). Lorsqu'une future mère nous consulte, elle rencontre également une Travailleuse Médico-Sociale (TMS) de l'ONE ou une assistante

sociale de l'hôpital qui réalisera l'enquête sociale et la demande d'AMU. Nous avons une TMS à la retraite, bénévole qui accompagne les femmes les plus en difficulté dans leurs démarches. Chaque femme a son histoire et en fonction de cette histoire, il va falloir déterminer le plus vite possible son statut afin de pouvoir orienter les démarches en faveur d'une prise en charge la plus ajustée possible.

Pour celles qui sont depuis plus de trois mois en Belgique, en début de grossesse, qui ont une adresse et sont inscrites dans leur commune, c'est relativement simple. Elles vont au CPAS avec la demande d'AMU réalisée par l'assistante sociale. Pour celles qui arrivent en fin de grossesse, le fonds ONE peut intervenir pour les premiers examens (prises de sang, échographie) en attendant la prise en charge par l'AMU.

C'est simple, si la femme comprend le français, si elle n'est pas analphabète, si elle n'a pas peur de se rendre dans un organisme officiel. Il faut souvent rassurer, insister à plusieurs reprises. S'il y a une barrière linguistique, nous prévoyons une traductrice pour la consultation suivante en espérant que la patiente sera à son rendez-vous. Sinon toute la procédure est retardée tandis que la grossesse, elle, avance... Il faut alors rappeler la femme, la convaincre de l'importance du suivi, la rassurer et parfois l'accompagner.

Mais il existe beaucoup d'autres situations où le droit à l'AMU est plus aléatoire voire refusé.

Les ressortissantes européennes en ordre de sécurité sociale dans leur pays ont une "carte européenne". On les invite à s'inscrire à l'administration communale et ensuite à la mutuelle de leur choix. La difficulté c'est qu'elles doivent avoir un domicile et savoir payer leurs cotisations régulièrement. Il faut également que la barrière linguistique ne soit pas trop importante pour pouvoir expliquer toutes ces démarches.

Certaines ressortissantes européennes qui sont depuis moins de trois mois en Belgique, ne sont pas ou plus en ordre de sécurité sociale. L'assistante interroge la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) pour vérifier si elles sont en ordre d'assurabilité dans leur pays. En cas d'avis négatif, la prise en charge financière des soins posera problème. C'est souvent le cas avec la communauté Rom. Parfois certains CPAS octroient l'AMU sur base de la grande précarité, d'autres pas ou l'octroient tardivement. La demande est d'autant plus difficile s'il n'y a pas d'adresse fixe.

Les ressortissantes européennes, mariées ou non, avec un homme qui travaille comme indépendant ayant une mutuelle... mais qui a fait faillite et ne paie plus ses cotisations. La femme ne sera plus en ordre de sécurité sociale et son statut changera en cours de grossesse.

Certaines femmes bénéficient de l'AMU car elles dépendent de Fedasil. Si elles sont en centre d'accueil, elles dépendent de Caritas ou de Solidarités Socialistes. Si elles ont un logement personnel, d'autres aides seront accordées comme le logement, les allocations familiales, la prime de naissance, le remboursement des médicaments. Cela fonctionne jusqu'au moment où elles reçoivent un ordre de quitter le territoire. Si elles sont logées dans un centre, elles perdent le droit au logement et la prise en charge médicale. Elles devront réintroduire un recours via un avocat ou une association d'aide comme Medimmigrant. Le recours aura une action suspensive et une série de démarches seront à faire avant d'avoir à nouveau la prise en charge médicale.

D'autres femmes sont sans domicile fixe et logent tantôt chez l'une, tantôt chez l'autre. Les compatriotes qui les hébergent ne désirent pas toujours qu'elles se domicilient chez elles, soit parce qu'elles-mêmes dépendent du CPAS, soit parce qu'elles occupent un logement social. S'il n'y a pas de domicile, il est impossible de s'inscrire dans une administration communale et donc de demander une aide médicale d'urgence. D'autres encore sont inscrites à la commune et attendent le passage de l'agent de quartier, qui parfois tarde... Il y a aussi les femmes mariées victimes de violences conjugales, complètement dépendantes de leur mari qu'elles ne peuvent quitter sous peine d'abandonner leurs droits.

Des femmes arrivent aussi dans le cadre d'un regroupement familial. Le futur père est depuis de nombreuses années en Belgique et travaille mais le dossier reste bloqué à l'Office des Etrangers (souvent pour cause de suspicion d'un mariage blanc). S'il s'agit d'un mariage coutumier, non reconnu légalement en Belgique, la femme ne peut être mise sur la mutuelle du futur père. Parfois, une prise en charge a été signée par un garant. Dans tous ces cas, les frais incombent au mari ou au garant. Un étalement de paiement est possible et un retour précoce de la maternité proposé pour réduire la facture. Il faut alors croiser les doigts pour qu'il n'y ait pas de pathologies allongeant l'hospitalisation, pas de césarienne, et que le bébé ne doive pas aller au Centre Néonatal. En l'occurrence, c'est surtout l'hôpital qui doit croiser les doigts !

Autre souci, l'aide médicale d'urgence se termine souvent après l'accouchement et parfois, un suivi médical postnatal est indispensable (hypertension artérielle, diabète, mise en place de la contraception).

Une femme enceinte peut être sans domicile fixe et vivre dans une grande précarité mais avec un bébé cela devient beaucoup plus difficile et préoccupant. Nous remarquons une augmentation du nombre de femmes seules dont le bébé est reconnu par un père belge. Le bébé aura droit à un revenu et la mutuelle mais la maman restera sans mutuelle. Ces femmes ont beaucoup de mal à trouver un logement et on peut être inquiet pour l'avenir de ces enfants.

Les travailleuses du sexe en situation de précarité

Isabelle JARAMILLO, coordinatrice

Espace P, Bruxelles

Il convient d'abord de planter le décor de la gestion et de l'organisation de la prostitution dans la région bruxelloise pour comprendre notre travail quotidien. La Belgique est abolitionniste de toutes formes de réglementations en matière de prostitution. L'acte de se prostituer n'est pas interdit mais tout ce qui fait que la prostitution existe, l'est. Le racolage actif n'est pas autorisé et le racolage passif reste à l'estimation du policier qui passe en rue. Ce n'est pas pour cela qu'il n'y a pas de prostitution. A Bruxelles, il y a des zones qui sont reconnues de manière très visible dans l'espace public, par exemple la prostitution de rue qui s'exerce dans le quartier Yser où des femmes travaillent en journée et en soirée. Derrière la gare du Nord, la rue d'Aerschot abrite des bars dits à consommation : consommation de boissons et non pas de services sexuels. Dans le même quartier, après la rue de Brabant, on trouve les carrées : des rez-de-chaussée de 40 à 50 m² loués avec un contrat de bail privé. Le loyer varie entre 850-900 € par mois et 750-800 € par semaine. C'est très rentable sauf pour les personnes prostituées concernées.

Qui gère et organise la prostitution visible ?

La prostitution pose problème dans l'espace public. Les communes ont pour compétence de veiller à l'ordre public et d'éviter tout trouble. Elles ont donc essayé d'organiser au mieux la prostitution sur leur territoire ce qui est compliqué dans les quartiers d'habitation. Nous constatons que les méthodes utilisées ne vont pas dans le sens du bien-être des travailleurs du sexe. Dans le quartier Alhambra, compétence de la Ville de Bruxelles, l'ancien bourgmestre, a décidé de taxer les hôtels de passe, lieux où la femme peut exercer en toute sécurité son activité. Ils sont taxés à l'heure actuelle à raison de 2.500 € par local où une passe peut s'exercer. Cela signifie qu'un placard à balai dans un hôtel de passe est considéré comme un endroit où l'acte sexuel peut se faire. Sur les quatre hôtels de passe existants, il n'en reste que deux ce qui met les personnes prostituées dans des situations de précarisation évidentes. Elles exercent dans des voitures, à l'abri de portes cochères, ce qui augmente les risques tant au niveau de la violence physique que de la santé sexuelle. Dans la rue d'Aerschot, on observe un autre phénomène. Les filles louent l'emplacement entre 6 et 12 heures, le plus souvent 12 heures maintenant puisque la crise économique est telle qu'elles ont besoin de travailler plus. Elles paient entre 250 et 350 € par jour pour avoir accès à un emplacement. Mais la commune de Schaerbeek a décidé de taxer les lieux de prostitution, donc les bars de la rue d'Aerschot, à raison de 8.500 € par an. Evidemment, c'est la fille qui paie. Dans les carrées, on observe deux choses : d'une part, les loyers exorbitants et d'autre part, depuis 2011, la taxe communale sur les façades des immeubles. Cette taxe était de 3.500 € au départ et est descendue à 1.000 €. Il est indiqué que si le propriétaire ne paie pas, la commune

se retourne contre la locataire pour récupérer le montant de la taxe. Sur la commune de Saint-Josse, il y a également une taxe qui équivaut à 700 € par an. Ces taxes sont perçues sur une activité qui n'est pas reconnue, pour laquelle les personnes qui l'exercent ne peuvent pas s'inscrire sous statut d'indépendant et ne peuvent pas avoir accès à des soins de santé. C'est un système complètement illégal.

Qui sont les personnes prostituées ?

Elles ont entre 18 et 77 ans. La majorité d'entre elles exercent dans l'espace public (80 % des personnes travaillent en rue, en bar et en carrée) et sont immigrées. Elles proviennent des pays de l'Est (Bulgarie, Roumanie, Hongrie), d'Afrique subsaharienne (Ghana, Nigeria) et d'Amérique latine. Ces personnes quittent leur pays en connaissance de cause, la majorité du temps. Elles savent pourquoi et dans quoi elles viennent travailler. Parfois, elles exerçaient déjà dans leur pays. Le phénomène de traite des êtres humains a changé de visage dans le domaine de l'exploitation sexuelle. Nous observons aujourd'hui une exploitation consentie. Ces femmes n'arrivent pas seules, elles ont besoin de quelqu'un qui les accompagne, les guide, leur montre le lieu où elles vont exercer leur activité de prostitution, leur logement. Elles connaissent dès le départ le montant qu'elles vont devoir rembourser pour leur installation ici. On entre vraiment dans une relation à deux équivalente à celle d'une femme qui se trouve dans un système d'abus de pouvoir de la part de son partenaire mais on n'est plus dans un phénomène de traite des êtres humains. Toute la difficulté est aussi d'entrer dans des communautés aux origines ethniques différentes avec des bagages culturels différents. Ces personnes ont souvent un rapport à l'homme très différent du nôtre et il n'est pas évident d'arriver à trouver un consensus pour les motiver à porter plainte. C'est un processus qui n'est pas évident pour elles. Leur objectif n'est pas de quitter leur lieu d'exploitation, mais de se débarrasser de leur exploitant et de continuer à travailler. Ce phénomène d'exploitation consentie apparaît aussi bien en prostitution de rue que dans les bars et dans les carrées.

Pour les femmes d'origine subsaharienne, le contrat moral établi au pays se fait dans le cadre de croyances liées à la société coutumière d'où elles proviennent. Il s'agit principalement d'un contrat scellé avec la famille qui est demandeuse, la maquerelle (il s'agit souvent d'une femme), la femme prostituée et un sorcier. Quand la femme travaille ici, si elle se rebelle, si elle ne veut plus travailler, si elle travaille moins bien, la menace n'est pas de l'ordre de la violence physique mais bien liée à la croyance. La croyance a un pouvoir très fort de mobilisation de l'individu, tant positif que négatif, et les prises de risque peuvent apparaître à ce moment-là. Pour les personnes qui viennent des pays de l'Est, la réponse à la rébellion pourra donner lieu à de la violence physique. Mais l'exploitant est un caméléon qui s'adapte facilement aux changements législatifs. Depuis que la législation facilite la dénonciation de son proxénète, le phénomène se modifie. On constate que la fille garde une partie de son argent, la moitié en général, l'autre moitié est pour le proxénète. En cas de rébellion, la violence est morale avec des menaces par rapport à la famille ou

l'enfant ; souvent, elles ont déjà un enfant qui est resté au pays. Ces formes de pression et de violence vont aussi provoquer une augmentation des prises de risques.

Quelle précarité vivent ces personnes ?

Nous parlons ici essentiellement des personnes migrantes. Nombre de femmes belges travaillent en prostitution privée. Cela ne veut pas dire que la précarité n'y existe pas. Ces personnes vivent souvent dans un grand isolement et, depuis plusieurs années, nous les contactons avec un médecin et un travailleur social pour un travail d'information et de prévention (dépistage IST, vaccination HPV et hépatite, etc.).

La précarisation des personnes prostituées se fait à plusieurs niveaux. Il y a bien entendu les problèmes économiques mais le jugement porté sur ces personnes est le problème majeur. Quand une femme demande une interruption de grossesse et que le médecin entame un débat sur les clients, quand une femme se rend chez un infectiologue après une rupture de préservatif et que son attitude change quand il comprend qu'elle est prostituée... quelque chose ne va pas. Il y a beaucoup de travail à faire autour du changement des mentalités. Cela dépasse l'individu. La thématique de la prostitution perturbe nos propres représentations sexuelles, nos propres valeurs et ce n'est pas toujours évident, y compris pour les acteurs sanitaires, d'avoir une attitude adéquate. L'insécurité est aussi souvent invoquée. Nous observons qu'elle se situe à différents niveaux. Les politiques qui obligent les femmes à payer plus de taxes les mettent dans des situations précaires et les poussent à prendre des risques : accepter des clients quels qu'ils soient, accepter des rapports sans protection, accepter des pratiques sexuelles pour un prix moindre, etc. Ce sont des personnes qui cumulent alors les états de précarisation et de fragilité.

Le client est un des acteurs importants de la prostitution et on constate que près d'un client sur deux demande des rapports sexuels sans préservatif. C'est évidemment interpellant en termes de santé publique et la prise de risque du client nous pose aussi question.

Le public migrant, particulièrement des pays de l'Est, actif dans la prostitution, arrive avec très peu de connaissance en matière de vie affective et sexuelle. Elles viennent avec des a priori et des idées reçues sur la contraception, elles ont une méconnaissance de leur corps et des risques liés aux interruptions de grossesse à répétition. Il y a un réel manque d'éducation et un travail important d'information à faire. Nous travaillons avec plusieurs centres de planning familial mais ce n'est pas évident de travailler avec ces publics souvent analphabètes dans leur propre langue. Elles partent du principe que les préservatifs les protègent de tout et on constate des demandes d'interruption de grossesse de plus en plus fréquentes. Ces personnes n'ont pas de contraception et, la plupart du temps, elles sont enceintes après une relation sexuelle avec leur copain. Elles ne sont pas en mesure d'accueillir un enfant et l'avortement reste pour elles la seule issue.

La situation semble déplorable mais des pistes existent. Il s'agit de d'abord rendre un peu de dignité à ces personnes. Nous devons continuer à travailler sur les mentalités avec les acteurs du domaine social et de la santé. Nous devons sensibiliser les acteurs politiques sur les effets pervers de certaines taxes et sur l'absence de droits des personnes prostituées. *Espace P* plaide pour la reconnaissance d'un statut professionnel pour les travailleurs du sexe mais nous sommes lucides et ce n'est clairement pas une priorité politique. La tendance est d'encourager l'abolition de la prostitution, notamment en pénalisant le client. C'est inscrit dans une directive européenne et même chez nous, à Bruxelles Ville, des amendes peuvent être envoyées au domicile de clients qui sont verbalisés. On voit sur le terrain les dégâts de ce processus sur la vie des gens. Nous souhaitons qu'il y ait un cadre même si tout le monde n'y entrera pas. Nous devons également développer des projets d'information et d'éducation en vie affective et sexuelle avec des outils adaptés aux populations peu alphabétisées.

La population des femmes sans abri en Région de Bruxelles-Capitale[1]

Romain LIAGRE, chargé de mission

Centre d'appui au secteur bruxellois d'aide aux sans-abris – La Strada

Le Centre d'appui au secteur bruxellois de l'aide aux sans-abri a notamment pour objectif de récolter, traiter et interpréter des données concernant la population des personnes sans abri et de mener des travaux sur différentes thématiques relatives à cette problématique.

Dans ce cadre, le service a été interpellé en 2013 par les deux cabinets régionaux de l'aide aux personnes, afin de produire un état des lieux de la population des femmes sans abri et mal logées en région bruxelloise.

Cette demande fait suite à plusieurs interventions publiques d'acteurs et de services concernant une hypothétique montée du sans-abrisme au féminin dans la région bruxelloise. Le terme d'hypothétique n'est pas utilisé de manière négative, mais uniquement pour rappeler que les interventions dans les médias pour alerter le public d'une augmentation du nombre de femmes sans abri ne sont pas, ou très peu, étayées statistiquement. De quelle(s) catégorie(s) de femmes parle-t-on ? Quelle est la période de référence concernée ? Depuis quel(s) service(s) se place l'observation ? Etc. Autant de questions à poser au préalable.

M. Lelubre, chargée de recherche au Relais Social de Charleroi a débroussaillé la question, tentant d'objectiver cette augmentation, notamment en travaillant à partir des rapports d'activités de deux services d'hébergement d'urgence bruxellois, l'asile de nuit Pierre d'Angle et le Samu social, service d'urgence sociale. Citons la conclusion de son article paru pour Brussel Studies[2], qui relativise tout à fait cette « augmentation » et appelle à la prudence et à la réflexion plus poussée :

« *Si la tendance à l'augmentation en nombre effectif semble sans appel* (j'ajoute, du moins du point de vue de ces deux services), *en part relative, cette affirmation est moins évidente et doit encore être confirmée*. »

Ceci ne signifie pas qu'il faille balayer trop rapidement cette question, d'autant plus qu'aucun travail spécifique n'a été poursuivi sur ces femmes à Bruxelles. L'étude du

1 Cette communication s'appuie sur un rapport intitulé « Femmes en rue, dans les services d'hébergement d'urgence, et les maisons d'accueil bruxelloises », disponible sur demande au Centre d'appui.

2 LELUBRE M. La féminisation du sans-abrisme bruxellois : une évolution à mieux définir. *Brussels Studies*, octobre 2012, n°62. http://www.brusselsstudies.be/fr/nos-publications

Centre d'appui, qui comprend un panorama statistique de la question, ainsi qu'un travail plus qualitatif d'entretiens avec les responsables de services, les travailleurs sociaux, et les femmes sans abri elles-mêmes, permet de faire le point sur la question. Nous en présentons quelques résultats ici.

Cette présentation fera état, d'une part, du profil sociodémographique de la femme sans-abri ; d'autre part, d'un aperçu des spécificités ce cette catégorie, ainsi que de certaines recommandations visant à améliorer leur prise en charge.

Préambule méthodologique

Avant tout, faisons un rapide rappel concernant les sources des données exploitées ici.

Inutile de revenir sur la difficulté de la récolte de données concernant une population mouvante, aux contours flous, ni de la difficulté à définir le plus correctement la population sans-abri, ou la manière dont les services et politiques les catégorisent.

Malgré tout, il faut garder en tête qu'il y a un déficit de données globales sur la population sans-abri à Bruxelles, et que les statistiques sur le long terme – agrégées – qui permettraient une analyse fine des évolutions, n'existent pas.

Pourtant, à défaut de lire tous les rapports d'activité de la centaine de services d'aide aux sans-abri, la Strada a développé depuis 2010 un outil qui permet d'avoir une vision globale de la situation concernant les données des séjours des personnes accueillies dans les maisons d'accueil et les centres d'hébergement d'urgence en Région Bruxelles-Capitale, qui s'appelle le Recueil Central de Données (RCD). A Bruxelles, il existe en effet plusieurs systèmes d'encodage des séjours, selon que le service est néerlandophone, francophone, bicommunautaire, ainsi que quelques services qui emploient leur propre système.

Concernant ce système, rappelons seulement que sur 27 centres d'hébergement agréés, 22 centres participent à ce travail collectif. Parmi eux – et ce pour différentes raisons – ne participent pas : l'asile de nuit Pierre d'Angle, Pag-Asa (concerne les victimes de la traite des êtres humains), les maisons d'accueil Foyer Georges Motte et Vogelzang, ainsi que le Samu social.

On voit que l'absence d'un gros opérateur, fausse un peu le résultat produit, ce qui signifie que les données sont un peu moins représentatives en ce qui concerne les centres d'hébergement d'urgence que les maisons d'accueil.

1. Qui sont les femmes sans abri et mal logées en région bruxelloise ? Panorama statistique

Rapports d'activité des services, RCD depuis 2010, dénombrement des personnes sans abri (2008-2010) services permettent d'avoir une vision globale du profil des hébergés, à laquelle nous pouvons ajouter quelques données concernant les femmes, issues du dernier dénombrement de 2010. Les données concernent les séjours de 2012, le rapport pour ceux de 2012 n'étant pas encore paru.

Tout d'abord, étant donné que cela conditionne la population accueillie, il faut savoir que sur les 1.160 places agréées dans les centres d'hébergement bruxellois pour sans-abri :

- 353 places concernent les femmes seules

- 475 sont mixtes (avec ou sans enfants)

Les 353 places femmes seules ne concernent que les maisons d'accueil; les places mixtes sont réparties comme suit : 220 pour les maisons d'accueil, 215 pour l'hébergement d'urgence.

En 2012, sur un total de 2.016 séjours encodés, 44% concernent des femmes. Les séjours des femmes dans les centres d'hébergement d'urgence sont les plus importants, 85%, mais attention, le Samu social n'est pas repris qui représente 110 places agréées.

Les femmes sont plus présentes avec les enfants, même isolées, et on verra l'importance de la maternité. Moins de femmes isolées (46.8 contre 93.9%); mais plutôt des femmes isolées avec des enfants (45.7 contre 1.2% pour les hommes). On retrouve une distinction classique de genre, la femme est assimilée à la maternité, à l'enfant. On voit que l'enfant est à la fois « enfant-messianique » et « enfant-boulet ». Les entretiens avec les services nous montrent que le rapport à l'enfant est souvent ambigu : il permet à la maman, à un moment donné, d'avoir un objet d'attention, représentant en quelque sorte une « bouée de sauvetage » ; puis, à un autre moment, il peut devenir une charge dont il est impossible ou difficile de s'occuper, alors que la grossesse et la naissance étaient vécues comme des perspectives d'avenir.

Un tiers des hébergées sont mariées, pour à peine 10% des hommes (=> la femme est plutôt assimilée au foyer, au mariage, etc.). Elles sont plus jeunes que les hommes, plus représentées dans les 18-25 ans et 26-35 ansi; la tendance s'inverse au-delà de 35 ans. Avant l'hébergement, 30% vivaient dans un domicile privé, 21% chez des tiers. L'analyse de la littérature européenne montre que c'est une caractéristique particulièrement féminine que d'utiliser un réseau relationnel (famille, ami) avant d'arriver à une solution d'hébergement et/ou de maison d'accueil. Les hommes eux, viennent plutôt de l'urgence, de la rue et de leur propre initiative, à l'inverse des femmes qui sont orientées par les services d'urgence sociale (26.4%) et les CPAS (12.1%). Elles ont également plus souvent une carte de séjour que les hommes.

Donc pour synthétiser, on peut proposer un « profil-type » de la femme accueillie par ces services. Elle

- est belge, et résidait à Bruxelles avant l'accueil;

- est âgée entre 18 et 35 ans (les hommes sont plus vieux);

- isolée, avec ou sans enfant (les hommes sont rarement accompagnés d'enfant);

- vient d'un logement privé avant de séjourner en urgence (les hommes ont plutôt un profil « rue », qui les mène par la suite en maison d'accueil);

- a une durée de séjour qui s'allonge;

- est orientée par une large gamme de services (alors que les hommes ont plutôt tendance à prendre directement contact avec la maison d'accueil).

Par rapport au RCD précédent, on note une évolution concernant leur durée de séjour. Les femmes sont essentiellement touchées par l'augmentation de la durée de séjour, notamment en ce qui concerne les longs séjours d'un an et plus (à cause de la difficulté de sortie par le logement, par ex. profil des femmes monoparentales avec plusieurs enfants ne trouvent pas de logements adaptés).

Les chiffres qui suivent sont issus du dénombrement de 2010 réalisé par le Centre d'appui[3] , Nous avons travaillé avec les catégories opérationnelles développées par la Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri (FEANTSA). Ici, nous parlons de l'urgence qui est la moins prise en compte dans le RCD, et de la rue au sens strict.

Pour les personnes vivant dans la rue, à Bruxelles, seulement 11% de femmes ont été dénombrées; pour celles hébergées en en centres d'urgence, ce sont pour les trois services répertoriés (Samu social, Pierre d'Angle, Centre Ariane), 36% de femmes dénombrées.

On voit à travers ce rapide panorama statistique, qu'il existe bien certaines spécificités sociodémographiques propres aux femmes présentes dans le secteur de l'Accueil et des Services d'Aide aux Sans-Abri à Bruxelles.

2. Causes et spécificités du sans-abrisme au féminin

L'analyse des entretiens avec une dizaine de services (responsables et travailleurs sociaux) et à la synthèse bibliographique sur la question, permet de distinguer quelques différents éléments que l'on peut évoquer comme propres au sans-abrisme au féminin. Notre regard et nos questionnements se sont surtout portés sur la

3 « One night blitz » : une heure durant, de 23h à minuit, on essaie d'avoir la photographie de la population sans-abri en Région Bruxelles-Capitale. Voir ici les résultats 2014 : http://www.lstb.be/index23.asp?hl=f&cat=46&doc=1816

question de la spécificité des femmes dans les services ou en rue, de la spécificité du travail qu'on peut leur apporter, et des blocages ou besoins non rencontrés avec cette population.

2.1. Quelles sont les causes du sans-abrisme au féminin ?

De manière générale, lorsque l'on parle de ces femmes, on évoque fréquemment leur vulnérabilité, une réelle fragilité avant de se retrouver dans les situations extrêmes. Elles sont surreprésentées parmi les populations dites pauvres[4]. Elles cumulent plusieurs facteurs qui les fragilisent :

Fragilité économique et professionnelle (salaires inférieurs, carrières interrompues et à temps partiel, chômage, emplois peu qualifiés, sous-emploi, elles sont plus nombreuses parmi les travailleurs pauvres);

Fragilité sociale (la question des familles monoparentales est évidemment primordiale ici (cf. thèse récente de Martin Wagener sur cette thématique[5]), familiale (des sociétés encore patriarcales, avec une forte dépendance de la femme) ;

Fragilité physique, victimes de violences conjugales (le cas inverse des hommes victimes de ce type de violence existe également, mais reste néanmoins statistiquement très faible). On pourrait creuser la question des violences conjugales en mettant en avant les cas tristement typiques de femmes étrangères dans les maisons d'accueil bruxelloises – aux traumatismes multiples – qui ont subi et continuent de subir toute une série de violence sexo-spécifiques : violences dans la famille, le foyer, le groupe social, de la part de l'Etat, dans le pays d'origine ; violence pendant la fuite vers l'Europe ; violences institutionnelles et symboliques diverses dans le pays d'accueil.

Qu'est-ce qui est spécifique aux femmes accueillies et suivies dans le secteur de l'Accueil et de l'Aide aux Sans-abri (AASA) ?

Il faut garder en tête que cette population reste une minorité, que ce soit en rue ou dans les structures d'hébergement ou d'habitat sous toutes ses formes (ce qui représente en soit une spécificité).

Les raisons de cette invisibilité sont identifiées :

* une meilleure utilisation du réseau proche (famille, ami),

---

4 Voir les chiffres de chômage, sous-emploi, sous-qualification, etc. De la population féminine en Région bruxelloise.

5 WAGENER M. La monoparentalité à Bruxelles : entre diversité des situations et réponses publiques incertaines. *Pauvérité. Le trimestriel du Forum bruxellois de lutte contre la pauvreté*, décembre 2013, n°2, 14 p.

* une meilleure solidarité avec les femmes,

* une meilleure prise en charge de la femme (pour qui on a plus d'empathie en général et tout particulièrement lorsqu'elle est accompagnée d'un ou plusieurs enfants).

- Une meilleure prise en charge par le réseau familial et amical, meilleure prise en charge générale de la part de la collectivité (aide reçue, aide mobilisable, logement social, prestation, etc. une question à creuser pour laquelle on ne dispose que de peu de matériel pour Bruxelles). Celles que l'on retrouve à la rue et qui sont, par exemple, prises en charge par le Samu social, sont celles qui présentent les plus gros troubles comportementaux, psychiques, etc. (celles qui sont au bout du bout, avec une psychiatrie lourde selon le Samu social et qui sont passées entre toutes les mailles du réseau assistanciel).

- Une meilleure prise en charge par le réseau assistanciel : parce que la femme symbolise le foyer, l'intérieur et qu'il y a aussi un jugement social sur leur situation (compassion, pitié, jugement moral). De fait, la situation d'une femme brisée, alcoolisée est plus insupportable que celle d'un homme, à tort ou à raison. La femme est « digne de sympathie », encore plus la femme seule avec un enfant, etc. Tout ceci n'est pas récent, Maryse Marpsat[6] l'évoquait déjà en 1999 dans ses travaux sur la France et Etats-Unis et le risque des femmes de devenir SDF, Lelubre[7] le rappelle dans son article de « Brussels Studies ».

- Une plus grande vulnérabilité en rue et dans les services : force physique, viols (le viol d'un homme reste grave, mais la spécificité ici est que la femme peut tomber enceinte et les conséquences sont alors plus lourdes), forte domination masculine en rue.

CONCLUSION

En guise de conclusion, proposons ici quelques recommandations visant à améliorer l'aide aux femmes sans abri et mal logées en Région Bruxelloise.

> Créer une ou plusieurs structures d'accueil de jour, à très bas seuil d'accès, pour un public exclusivement féminin. Cette « ligne » permettrait de créer le lien entre le sas de l'urgence et les structures d'accueil et d'hébergement à long terme.

6 MARPSAT M. Un avantage sous contrainte : le risque moindre pour les femmes de se trouver sans abri. *Population*, 54e année, n°6, pp. 885-932.

7 LELUBRE M. Op cit.

> Viser à améliorer les liens entre l'urgence et les maisons d'accueil, afin de comprendre et résoudre les blocages institutionnels et pédagogiques en matière d'orientation des femmes.

> Définir au mieux le profil des femmes afin d'adapter au mieux l'offre en leur faveur, en urgence et en maisons d'accueil.

> Créer un statut spécifique pour les femmes migrantes, indépendant de celui de leur conjoint, afin qu'elles ne se retrouvent pas totalement démunies lorsqu'elles quittent le foyer, notamment pour des raisons de violences conjugales.

> Créer des services d'accueil et d'hébergement spécifiques pour les femmes sans papiers en précarité de logement, soutenus par des équipes pluridisciplinaires.

> Créer des lieux réservés spécifiquement aux femmes, afin de favoriser la prise en charge de leur hygiène et des soins de leur corps.

> Viser à permettre aux professionnels – via des formations notamment – d'aborder au mieux la dimension genrée du sans-abrisme.

Centre de santé communautaire de Gand

Jan DE MAESENAER, médecin généraliste

Département de Médecine Générale - Université de Gand

Ce texte est issu de la retranscription de l'intervention orale de l'auteur. Les éventuelles erreurs sont de la responsabilité de l'éditeur.

Il y 23 centres de santé intégrés en Flandre dont deux en région bruxelloise, De Brug à Molenbeek et Medikuregem à Anderlecht. L'intervention qui suit est inspirée de leur pratique.

Nous sommes dans une société qui change très vite et nous devons faire face aujourd'hui à différents défis. Le plus important est le défi démographique, non pas celui lié au vieillissement de la population qui est plutôt un succès, mais bien celui des naissances. En 2011, le rapport de Kind en Gezin (équivalent néerlandophone de l'O.N.E.) dénombrait que sur 520 nouveau-nés, un sur quatre naissaient dans une famille vivant dans la pauvreté. Ces nouveau-nés étaient de 42 nationalités différentes. C'est le défi le plus important parce qu'on sait que tout ce qu'on investit entre l'âge de 0 et 3 ans se multiplie par un gain économique quatre fois plus grand dans le reste de la vie. C'est vraiment à ce moment-là qu'il faut investir pour attaquer les problèmes fondamentaux de la pauvreté.

D'autres défis sont liés aux développements scientifiques, technologiques, culturels et socio-économiques mais aussi à la globalisation. Nous recevons maintenant en consultation des patients venant du monde entier. Ajoutons à cela une localisation de la majorité de la population dans les grandes villes.

Nous avons fait, à l'université de Gand, beaucoup de recherches sur les inégalités sociales en matière de santé et nous avons participé au rapport de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé.[8] Dans ce cadre, nous avons étudié, pour la Belgique, l'espérance de vie en bonne santé des hommes de 25 ans en fonction de leur niveau d'enseignement. On voit un écart de plus ou moins 18 ans entre les hommes ayant une formation de base et ceux de l'enseignement universitaire.[9] Nous avons étudié la littérature concernant le développement des soins de santé primaire en fonction des différentes couches sociales. Les déterminants structurels comme la formation, la profession, le revenu, amènent à une stratification sociale et une vulnérabilité différenciée entre les couches sociales. Les plus pauvres sont plus exposés aux infections et aux effets sanitaires liées à l'environnement (tant au

8 *Combler le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé.* OMS, 2009. 246 p.

9 BOSSUYT N., VAN OYEN H. *Espérance de vie en bonne santé selon le statut socio-économique en Belgique.* Institut Scientifique de la Santé Publique, 2004. 81 p.

domicile qu'à l'extérieur), par exemple. Une équipe pluridisciplinaire de santé intégrée (médecins généralistes, infirmières, assistants sociaux, travailleurs de santé) peut contribuer à une bonne réponse directe aux besoins de la population. Cela ne suffit évidemment pas et le secteur de la santé doit coopérer avec d'autres réseaux comme l'éducation, le monde du travail, l'économie, l'habitat. Il faut aussi veiller à ce que l'accessibilité soit maximale. Il y a deux stratégies très importantes, d'une part, le renforcement des capacités du public concerné (empowerment) et la cohésion sociale. Ces deux approches sont fondamentales pour diminuer les inégalités en matière de santé. Il ne faut pas se limiter à une approche orientée vers les individus et vers la famille, mais il faut aussi s'orienter vers la communauté.

Nous avons développé, à Gand, le Community-Oriented Primary Care, les soins de santé primaires orientés vers la communauté. On définit une communauté, on examine quels sont les problèmes, on fait une analyse, on pose le diagnostic de la communauté, on développe des interventions et, évidemment, on évalue l'impact. Toutes ces étapes sont faites avec la participation de la communauté. Cela demande une collaboration intersectorielle et ce sont des stratégies qui peuvent contribuer à une croissance de la cohésion sociale et à un accroissement des capacités des individus, des familles et des communautés. Nous avons actuellement 800 patients de plus de 60 nationalités. Nous pratiquons un paiement à la capitation, intégré, basé sur les besoins et il n'y a pas de ticket modérateur. L'accès est gratuit. Nous avons une équipe pluridisciplinaire composée de médecins généralistes, infirmières, diététicienne, promoteurs de santé, dentistes, travailleurs sociaux, tabacologue.

Prenons un exemple. Il y a plusieurs années, nous avons constaté dans notre consultation que la condition physique des jeunes qui appartiennent à des minorités ethnoculturelles, était de plus en plus mauvaise. Nous avons fait des enquêtes qui nous ont montré que ces enfants utilisaient deux fois plus longtemps les jeux vidéo et qu'ils n'avaient pas d'activité physique comparé à la moyenne des jeunes enfants. Nous avons alors rassemblé les parents et tous les acteurs locaux (les associations de jeunesse, les instituteurs, la police) et nous avons posé un diagnostic communautaire. Ce n'était pas difficile : sur un terrain d'un km² habitaient plus de 8.500 personnes, sans espaces verts. La première chose que nous avons faite, c'est la construction de terrains de jeux. Avec la communauté, nous avons essayé d'identifier et d'attaquer les racines du problème. L'évaluation de cette intervention a permis de constater, via la police, une diminution de la petite criminalité dans les rues pendant les vacances. D'autre part, la cohésion sociale s'est améliorée parce que les différents groupes culturels se sont retrouvés pour entamer des projets communs et l'activité physique des enfants a augmenté. Nous avons poursuivi par une action politique pour que la ville prenne ses responsabilités et s'occupe de l'entretien et du développement des terrains de jeux. Jusqu'à ce jour, ces terrains de jeux existent et sont toujours en activité.

C'est une approche globale complètement différente de l'approche traditionnelle et fragmentée. Actuellement, pour chaque problème, on met en place un point d'appui mono-maladie ou monothématique. C'est une approche verticale orientée sur un problème pour lequel des sections spéciales sont créées pour identifier et toucher les personnes les plus défavorisées. Cette organisation est refaite pour chaque nouveau problème. On le voit actuellement avec l'approche mono-maladie. Par exemple, en Afrique, on a plus intérêt à avoir le sida que le diabète ! Pour les personnes atteintes du sida, toutes sortes de supports sont mis en place (pour la nutrition des enfants, pour l'accès à l'éducation, etc.) et il y a de grandes inégalités que j'appelle « inequity by disease ». En Belgique, cela existe également. Si vous êtes atteints d'hémiplégie, vous avez intérêt à ce que ce problème soit dû à une tumeur au cerveau plutôt qu'aux suites d'une hémorragie cérébrale. Simplement, parce qu'il y a un plan cancer. Cela induit une grande inégalité quant à l'accès aux soins et aux traitements. Pourtant, le problème est le même. Les principaux inconvénients des programmes verticaux sont la duplication d'infrastructures, de stratégies, de matériel ; l'utilisation inefficiente des ressources ; la fragmentation pour les patients avec de multiples morbidités (ce qui est souvent le cas des populations en détresse) ; des soins inéquitables entre patients. Cela devient un problème croissant dans les pays développés et en voie de développement. L'OMS invite très clairement les Etats *« à encourager la mise au point, l'intégration et l'application dans le contexte des soins de santé primaires intégrés de programmes verticaux, y compris de programmes axés sur des maladies particulières »*. [10]

Les centres de santé intégrés peuvent jouer un rôle pivot pour réaliser cette intégration au niveau des communautés. The Marmot Review[11], expert dans le domaine des inégalités sociales de santé, préconise aussi une approche universelle au détriment d'approches segmentées qui se focalisent chacune sur un seul problème. Il faut essayer d'être aussi universel que possible mais l'intervention doit être proportionnelle au niveau d'inégalité. Ainsi pour toucher une population Rom, il faudra parler leur langue et utiliser, le cas échéant, des traducteurs.

Le rapport précise également qu'il faut commencer le plus rapidement possible en intervenant au moment de la conception et de la petite enfance.

Comment organiser les soins de santé primaires au 21ème siècle ?

Prenons l'exemple de la santé dentaire. Le niveau social d'un individu peut s'identifier en regardant ses dents. C'est un problème important dans les populations précaires. Avoir de bonnes dents est d'autant plus important que l'on sait que cela influence nombre d'autres problèmes de santé (diabète, problèmes digestifs et cardiaques, ostéoporose, etc.). Nous avons essayé de comprendre

10 *Soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris : Résolution WHA62.12.* OMS, 2009. http://www.who.int/hrh/retention/home/fr/

11 *Fair Society, Healthy Lives.* The Marmot Review, 2010. 237 p.

comment les parents percevaient ce problème. Les réponses étaient claires : « je ne peux pas payer un dentiste, je n'en connais même pas, je ne sais même pas où se trouve le dentiste, mon enfant a peur du dentiste et moi aussi, etc. ». Nous avons alors construit un réseau avec le secteur dentaire de l'université, avec Kind en Gezin, le Centre de santé intégré, avec l'organisation des dentistes et nous avons fait une recherche. Nous avons constaté que dès l'âge de deux ans et demi, un enfant sur cinq avait des symptômes de caries dentaires précoces. Dans les classes sociales supérieures, ils étaient 7 % mais un enfant sur trois dans les classes défavorisées. Les inégalités sociales sont déjà présentes et visibles à ce jeune âge. Nous avons adopté une approche globale par une information et une sensibilisation et nous avons intégré le screening à 30 mois dans le programme officiel des consultations de Kind en Gezin. Le constat de la consultation locale est devenu une stratégie, une politique globale. Nous avons ouvert dans notre Centre de santé, un service dentaire très accessible. La première année, nous avons vu 1.200 personnes s'adresser à nous avec des problèmes dentaires, dont la plupart n'avait jamais vu un dentiste auparavant. C'est une illustration d'approche intégrée où les contacts individuels sont le point de départ pour une approche communautaire et structurelle qui s'oriente vers un changement fondamental dans lequel il faut impliquer tous les responsables (enseignants, professionnels, communautés, politiciens).

Plusieurs niveaux sont importants et ont chacun leur valeur dans l'organisation des soins.

Le premier niveau, c'est le niveau nano, le plus petit. C'est l'interaction entre l'individu et le travailleur de santé. Il faut avoir une approche intégrée et globale s'orientant vers la communication et la continuité dans la relation. L'importance de cette première relation est reconnue dans la création de la cohésion sociale. Quelqu'un qui a été bien formé peut se mettre en contact avec quelqu'un d'une autre couche sociale et créer un sens de valeur, un sens de respect vis-à-vis de la personne. C'est un élément très important dans la restauration de la cohésion sociale. Les gens ont l'impression de compter dans la société, d'avoir de la valeur, quelqu'un s'occupe d'eux et prend leur situation en compte. C'est un signal fondamental de la société vis-à-vis des gens qui vivent en détresse.

Pour illustrer le second niveau (micro), je ferai part d'une recherche sur le problème des sans abri. Partout dans le monde, on retrouve les sans-abri dans les services d'urgence ce qui pose des problèmes aux professionnels de ces services. En Flandre, une recherche a porté sur les raisons pour lesquels les sans-abri ne trouvent pas ou ne s'adressent pas aux services de soins de santé primaire. Nous avons fait 122 interviews qualitatives avec des personnes sans-abri qui vivent à Gand. Nous avons suivi un protocole très clair, nous avons analysé leur utilisation des soins de santé et comparé avec le reste de la population. Nous avons constaté que tous ces gens avaient un médecin généraliste et avaient accès aux soins de santé primaires, plus spécifiquement au Centre de soins de santé intégré, mais aussi à certaines pratiques de groupes qui utilisent le tiers payant. La coopération entre le CPAS, les Centres de bien-être et le Centre de santé intégré a permis un accès aux soins de santé

primaire à ces gens sans-abri et évite qu'ils aillent directement vers le service d'urgence. C'est une des premières fois que l'on a pu démontrer qu'une action commune du secteur social et d'un service de santé intégré très accessible a réorienté la conduite des gens sans-abri. C'est un vrai défi y compris pour une ville comme Bruxelles. Actuellement, il y en a dix Centres de santé intégrés à Gand qui couvrent toute la ville. Où que les gens se trouvent, ils ont toujours accès à des soins de santé gratuits, ils peuvent s'inscrire à un endroit et l'information sera transmise dans le réseau où qu'ils aillent par la suite. Je crois qu'il faut développer ce type de réponse dans les grandes villes.

Il y a douze plateformes à Gand où chaque trimestre, tous les acteurs du bien-être, de l'enseignement, de la police, etc. se retrouvent pour discuter des problèmes de la communauté. Une de ces plateformes a commencé en 1986 et fonctionne toujours très bien. Le fait que tous les secteurs sont représentés, permet un échange et un diagnostic communautaire. Par exemple, nous avons été confrontés, il y a deux ans, à une épidémie de gale. Dans certaines maisons insalubres, des matelas étaient loués 5,00 € pour 8 heures. Un matelas était donc utilisé par trois personnes et dans ces conditions, la propagation de la gale était inévitable. Nous avons été sur le terrain avec le traitement. Au bout d'un moment, la pommade du traitement n'était plus disponible en ville et l'administration communale a pris la responsabilité, avec les pharmaciens, d'assurer la production des pommades. C'était au mois d'août et cette action communautaire a permis d'enrayer l'épidémie avant la rentrée scolaire. C'était une collaboration entre tous les acteurs : les infirmières, les volontaires, les pharmaciens, les médecins, les travailleurs de santé, les interprètes (beaucoup étaient des Roms). Nous avons aussi développé du matériel dans huit langues différentes pour expliquer ce qu'est une épidémie virale et comment il faut y réagir. Ces maisons insalubres ont finalement été détruites mais le problème s'est alors déplacé ailleurs. Nous avons suivi et d'autres centres de santé ont pu prendre le relais et continuer l'action. Bien entendu, la vraie nature du problème est la qualité de l'habitat et il faut aussi des actions qui transforment cela.

La ville de Gand a aussi organisé onze groupes de travail, dont un sur la santé, pour développer sa politique sociale. Les priorités qui ont été définies sont les conditions de vie au niveau des habitations et l'accès aux soins de santé. Les partenaires se voient régulièrement au niveau de la ville pour élaborer des actions en commun. Même l'OMS a repris l'expérience de Gand dans le rapport mondial de la santé 2008 comme un exemple au niveau d'une intégration des soins de santé. Il existe maintenant une organisation mondiale de Centres de soins de santé intégrés qui essaie de réaliser une stratégie et une coopération internationale.

Il est très important que nos systèmes de santé s'orientent pour répondre aux besoins de la population. Le critère pour des systèmes de santé performants est tout d'abord la pertinence. Il faut s'occuper des problèmes qui sont des problèmes réels, ce sont ces problèmes qui font la différence. L'équité est un principe préliminaire et il faut évaluer toutes ces actions pour voir si elles contribuent à plus d'équité. La qualité est évidemment très importante mais il faut toujours regarder le coût par

rapport à l'efficacité et la durabilité. Une orientation vers les personnes et la population est indispensable et il faut essayer de toujours trouver des approches innovatrices.

La Free Clinic, un cas particulier en région bruxelloise

Vincent DECROLY, juriste

Free Clinic

La Free Clinic, c'est une maison médicale, un centre de planning familial, un service de médiation de dettes, un service social, un service de santé mentale, un service d'aide juridique et deux services d'appui comme le service d'accueil et le service administratif.

Il s'agit d'une structure relativement intégrée – qui tente en tout cas de fonctionner de façon intégrée – malgré de nombreux obstacles liés au caractère très hétérogène des travailleurs qui en font partie. S'y croisent, en effet, de multiples métiers, formations initiales et spécialisations, parcours professionnels, statuts (salariés, indépendants, bénévoles), temps de travail, nationalités, cultures d'origine et générations.

La transdisciplinarité, une piste pour une lutte intégrée contre la pauvreté

Nous avons par exemple parmi nous des médecins ou des travailleurs psychosociaux qui ont contribué très activement aux luttes des années 70 pour la dépénalisation de l'avortement, par exemple. Plusieurs ont assumé des actes, pris des risques et affronté une adversité très concrète, comme des poursuites pénales et des procès, pour faire évoluer le droit des femmes dans notre société.

Parallèlement, les jeunes travailleurs qui sortent de leurs études peuvent avoir des attentes, des visions, des conceptions différentes du travail, du rapport entre vie privée et vie professionnelle, ou encore du lien entre prestations de service (individuel) et travail communautaire (collectif), de l'équilibre entre empathie et distance pour assurer un travail social de qualité…

Cet ensemble, cette mosaïque, nous essayons d'en faire une force au service de nos usagers. Nous y arrivons souvent, mais évidemment pas toujours, car notre diversité peut devenir un handicap – de même que notre aspiration à une organisation institutionnelle autogérée.

La transdisciplinarité est le premier concept que nous essayons de mettre en avant. L'idée est d'appréhender de manière globale chaque usager.

Sous mon statut précédent d'avocat, si un client me présentait une demande sortant du cadre juridique, je jetais déjà des ponts avec d'autres professionnels psycho-médico-sociaux, mais ils n'étaient pas logés dans le même bâtiment et je n'avais pas avec eux un contact quotidien. Quelle qu'ait pu être l'efficacité de ces coopérations, elles obligeaient quand même celle ou celui qui avait besoin d'aide à un déplacement et à un récit complet supplémentaires.

Au corps défendant de ceux qui doivent travailler selon cette méthode, elle implique le plus souvent, peu ou prou, une forme de « saucissonnage » de la personne aidée. En d'autres termes, celle-ci est comme découpée, du fait de la prise en charge cloisonnée de ses besoins de soins médicaux, de soutien ou de thérapie psychiques, de défense juridique, de guidance budgétaire, d'accompagnement social, etc. Or, nombre de ces usagers des services d'aide vivent une forme de désintégration, d'atomisation qui constitue précisément l'un des symptômes centraux de leur mal-être et l'une des causes principales de leur éjection dans la marginalité.

Environ deux usagers de la Free Clinic sur trois sont aux prises avec plus d'un problème. Rares sont ceux qui n'ont qu'un problème juridique ou un problème médical isolable du reste de ce qui est difficile dans leur vie quotidienne.

Face à cette réalité, nous essayons à la Free Clinic de développer entre nous une méthodologie du relais et de l'approche intégrée. Nous pensons que cela participe à la restauration d'une certaine dignité, d'une certaine force de cohésion des personnes qui font appel à notre institution. Nous avons internalisé le réseau – ce qui ne nous empêche bien entendu pas de continuer à coopérer avec des partenaires extérieurs comme Médecins du Monde, Medimmigrant, des associations d'aide en milieu ouvert ou des équipes mobiles de psychiatrie par exemple.

Des droits à exercer debout plutôt que des faveurs à implorer

En tant que juriste, je coordonne un service d'aide juridique composé d'avocats qui assurent des permanences d'environ deux heures par semaine, dans différents domaines du droit (problèmes locatifs, droit du travail, droit des étrangers, droit de la famille, droit social) et en matière de médiation familiale. Nous traitons des questions à caractère juridique qui peuvent se poser aux gens dans leur quotidien. Une partie des personnes qui nous consultent sont déjà par ailleurs usagers ou patients de la Free Clinic et nous les aidons en concertation avec un ou plusieurs collègues d'autres services.

Je m'occupe particulièrement de droit à l'aide sociale et je suis confronté à des CPAS qui ne remplissent pas (ou pas complètement) leurs missions légales.

Par exemple, des personnes sans-abri ne parviennent pas à entrer dans un contact constructif avec le CPAS. Même des problèmes d'accès physique aux locaux peuvent parfois se poser. Au CPAS d'Anderlecht, par exemple, il est impossible d'entrer sans faire la file depuis 6 ou 7 heures du matin. Vous êtes reçu si vous faites partie du quota de nouvelles demandes que le CPAS accepte d'enregistrer ce jour-là. Si pas, vous n'avez qu'à vous représenter le lendemain… Le droit au logement est pourtant sur papier un droit constitutionnel, c'est-à-dire un droit fondamental en Belgique – au même titre que le droit au respect de sa vie familiale, le droit de propriété, le droit

à la liberté d'association ou le droit à l'égalité de traitement de chaque citoyen par l'Etat.

Malgré cela, perdurent souvent des mécanismes systémiques de mise à distance des personnes sans-abri. En voici quelques exemples assez fréquents.

Pour qu'une personne sans-abri puisse se présenter au CPAS d'une commune et bénéficier de son intervention, il faut qu'elle prouve qu'elle réside bien sur le territoire de cette commune. L'aide sociale est organisée dans notre pays sur une base territoriale communale. Or, par définition, une personne sans-abri n'a ni adresse, ni résidence. Il lui est très difficile pour elle de fournir des preuves ou témoignages attestant de son principal lieu de vie. Le premier obstacle juridique sera donc de convaincre le CPAS qu'il est bien compétent. Le CPAS peut fournir une adresse de référence, fictive, le temps de reconnecter la personne progressivement à une série d'administrations dispensatrices de droits (mutuelle par exemple). Mais que de combats, parfois, pour obtenir cette simple adresse provisoire !

Lorsqu'un CPAS exige de son usager qu'il produise un bail ou une promesse de bail avant d'enregistrer sa demande d'aide, il maintient de facto cette personne en situation de mal- ou de non-logement. Le CPAS est pourtant l'une des institutions les mieux placées pour savoir que le logement est la clé de voûte de l'ensemble des missions qui lui incombent pour garantir à chacun le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine et intégrée dans notre société. Aucun des besoins ni des droits de ses usagers n'est correctement assuré s'il est sans toit. Il ne peut ignorer non plus que la simple évocation de revenus limités à une allocation sociale suffit, dans 90 % des cas, à dissuader tout bailleur de consentir à louer son bien à celle ou celui qu'il a en face de lui. Pourtant, des CPAS comme ceux d'Ixelles ou d'Anderlecht refusent très régulièrement leur aide – que ce soit sur le plan de l'aide au paiement du premier loyer ou sur un autre plan – si le demandeur ne leur remet pas un bail.

Dans 10 à 15 % des cas, le CPAS refuse d'intervenir, en toute illégalité (soit délibérément, soit du fait d'une erreur d'appréciation). Soit la personne sans-abri considère, et c'est malheureusement souvent très incrusté dans ses représentations, qu'elle avait tout au plus droit à une faveur et qu'elle ne peut que prendre acte de la décision du CPAS. Soit, dans des cas malheureusement très minoritaires, la personne a accès à un juriste qui a la possibilité d'introduire un recours en son nom au tribunal du travail, contre le refus (ou la non-décision) du CPAS.

Le rapport au juge : sous la contrainte, l'émancipation…

Là, commence tout un travail non seulement juridique, mais aussi culturel avec les usagers des CPAS pour leur expliquer qu'une administration n'a pas toujours raison et que le tribunal du travail n'est pas une juridiction pénale qui va les juger en fronçant les sourcils… Que, de la relation de dépendance dans laquelle ils se sentent enfermés face au CPAS, ils peuvent en déposant leur recours entrer vis-à-vis de lui

dans une relation horizontale – celle qui existe entre deux parties à un procès, sur pied d'égalité face au juge qui les écoutera avec une égale et impartiale attention…

Oui, les juridictions du travail tranchent évidemment en droit le contentieux qui leur est soumis. Non, le juge n'est ni un travailleur social, ni un professionnel de la philanthropie. Mais son analyse de chaque cas d'espèce en droit ne fait pas abstraction de la globalité de la situation du demandeur, ni de la tendance de certains CPAS à faire primer des contraintes de gestion qui leur sont propres sur le service public que la Constitution et la loi leur confient.

Les juristes sont des gens pour lesquels, en général, une porte doit être ouverte ou fermée. Beaucoup sont assez inaccessibles à l'idée d'une dynamique psychosociale. Il est difficile de leur faire accepter le gris entre le blanc et le noir. Une personne n'a pas trouvé de logement mais elle est en train de se reconstruire : on doit lui donner un coup de pouce, une chance de se rétablir, de se mettre en quête d'un logement avec l'aide d'un CPAS, de progressivement s'inscrire dans une logique de réinsertion, de formation, etc. Il arrive souvent que les magistrats du travail ne valident pas la décision d'un CPAS qui a fait prévaloir une appréciation trop « on-off », trop mécanique ou arithmétique de la situation d'une personne ou d'une famille en détresse.

Il est donc parfois préférable de cesser de parlementer avec le CPAS et de déposer un recours en justice contre lui. Cela met le CPAS sous pression et parfois, le dépôt de ce recours l'amène à revoir sa décision. Aucun juriste ou avocat du CPAS n'aime comparaître devant le tribunal pour justifier l'injustifiable. En voyant le type de requête et les arguments que nous développons, ils sont assez enclins à remonter la filière vers l'agent qui a traité le dossier et à proposer des mesures de correction ou d'ajustement satisfaisantes – ce qui nous amènera à nous désister. Quoi qu'il en soit, ce recours existe et il est jouable. Il ne doit pas faire peur. On ne gagne pas toujours, mais la confrontation à la justice en matière de droit à l'aide sociale n'est généralement pas aussi dure qu'elle peut l'être dans d'autres domaines où le juge inspire de la crainte et un sentiment d'infériorité, de culpabilité, de disqualification. A côté du côté contraignant des règles et procédures à respecter, une procédure en justice peut aussi revêtir des aspects proprement restaurateurs et libérateurs pour la personne en détresse.

Dans un certain nombre de situations, le travail du juriste pourrait être accompli par un non-juriste. Certes, la technicité du droit est incontournable sur certaines questions particulièrement pointues ; certes, la connaissance de la procédure et de la jurisprudence de la Cour du travail ou de la Cour de cassation sont d'incontestables atouts. Mais dans nombre de cas, la procédure à appliquer face au CPAS dans la phase administrative du traitement du dossier, puis devant la juridiction du travail est relativement simple. La maîtrise de quelques règles de base suffit souvent. C'est à tort que trop de bons professionnels du secteur social s'estiment insuffisamment compétents pour appréhender un contentieux que, du reste, l'immense majorité des avocats déserte faute de rentabilité – et on les

comprend : très faible, le montant payé par l'Etat à l'avocat dont le client n'est pas solvable ne tient nullement compte du temps forcément plus long à consacrer à cette personne qui, bien plus souvent que les autres, manque ses rendez-vous, comprend peu la langue, perçoit mal le sens de la procédure engagée en son nom, n'apporte pas les documents nécessaires à la démonstration juridique…

Energie démultipliée pour les professionnels, dignité retrouvée pour l'usager

Pour conclure en revenant au point par lequel j'ai commencé, je suis très heureux d'œuvrer chaque fois que c'est possible à la démultiplication des connaissances et à la mise en commun des savoirs avec les travailleurs sociaux ou médicaux de la Free Clinic – comme en dehors. Un psychiatre, un kinésithérapeute, un assistant social doté de quelques repères d'analyse juridique développe rapidement d'excellentes intuitions lui permettant d'encourager son patient à consulter un juriste. Idéalement, le relais s'opère lors d'un rendez-vous à trois dont chacun sort avec de l'énergie positive : les professionnels, parce qu'ils s'épaulent mutuellement en contribuant à l'efficacité du travail de l'autre, vu comme la composante d'une aide globale apportée à l'usager dans plusieurs dimensions de sa vie et de sa personne ; l'usager, parce que, témoin du temps mis à son service par deux travailleurs mobilisant ensemble leurs compétences et dépassant le confort de leur champ de compétences propre, il prend aussi conscience de la valeur qui lui est reconnue par l'institution qui l'aide.

Cette approche transdisciplinaire n'a pas que ces avantages sur le plan de la qualité de l'aide et de la satisfaction des travailleurs qui la fournissent. Elle permet aussi souvent à l'institution de se faire payer les prestations qu'elle dispense – par exemple, les consultations médicales ou paramédicales sous le régime de l'aide médicale urgente, que certains CPAS rechignent à payer en dépit du respect scrupuleux de la procédure et des conditions légales.

Bien entendu, nous ne parvenons pas toujours à intégrer nos démarches. Mais lorsque nous y parvenons, cela débouche sur un renforcement de la « cohésion interne » des personnes qui s'adressent à nous, cohésion qui en avait pris un coup lors de leur chute socio-économique. Nous pensons que ce renforcement-là favorise aussi une amélioration de leur santé somatique et la restauration de leur dignité non seulement de patient ou de justiciable, mais surtout de personne humaine et de citoyen méritant un inconditionnel respect.

L'Espace Parents : une initiative liégeoise

Valérie ROBERT et Robin BLONDIAUX, travailleurs sociaux

Centre de planning familial Louise Michel

Ce texte est issu de la retranscription de l'intervention orale des auteurs. Les éventuelles erreurs sont de la responsabilité de l'éditeur.

Le Centre de Planning Familial Louise Michel est situé à Liège dans le quartier Saint-Léonard qui compte 91 nationalités différentes. Le centre a développé un projet spécifique de travail en réseau : l'Espace Parents Enfants. Au départ, un groupe de femmes a été créé au planning et un autre a été créé par une AMO du quartier. Il y a une quinzaine d'années, se rendant compte qu'ils avaient des objectifs similaires, les deux groupes ont fusionné leur travail et leurs compétences pour répondre à un besoin du quartier. Actuellement, le projet est réalisé en partenariat avec trois associations : l'école communale Vieille Montagne, le Centre de planning familial et le Service d'Action Sociale Laïque. Nous travaillons avec des personnes extérieures : l'ONE, la bibliothèque communale, la Coordination générale Saint-Léonard, la maison médicale et la Compagnie Espèces de. Le projet cible les femmes migrantes pour lesquelles des tables de conversation en français sont organisées. Nous travaillons avec les mamans et leurs enfants de moins de 3 ans qui sont présents à ces tables de conversation. Les femmes sont alphabétisées ou non, il n'y a pas de conditions d'admission et de conditions administratives pour participer. Nous faisons un travail individuel, collectif et communautaire. Nous leur demandons seulement une régularité, une présence dans le projet. Elles doivent venir minimum deux matinées par semaine tout au long de l'année. Les objectifs avec les mères visent à renforcer leur autonomie, leur émancipation, à garantir la liberté de choix et l'égalité de droit, à rompre l'isolement social et renforcer la solidarité, à prévenir et lutter contre la violence intrafamiliale et à garantir l'accès aux soins de santé, particulièrement en matière d'aide médicale urgente. Les objectifs avec les enfants concernent l'apprentissage et le renforcement de la langue française, la socialisation et la stimulation des enfants, la préparation de l'entrée à l'école, la séparation progressive des liens parents-enfants. Nous portons une attention particulière aux enfants qui sont fragilisés par les situations administratives et sociales difficiles de leurs parents.

La mission première que poursuit le centre de planning familial, c'est la contraception et l'interruption de grossesse. C'est notre spécificité. Pour pouvoir toucher des femmes d'origine étrangère par rapport à ces problématiques, il faut parfois développer des projets spécifiques parce que toutes ne franchiront pas facilement la porte d'un planning familial. La liberté de choix que nous prônons peut apparaître comme totalement inaccessible pour ces femmes. L'Espace Parents Enfants avec les tables de conversation et les activités pour les enfants, leur permet

de sortir de chez elles. La cohabitation avec les consultations de l'ONE ajoute encore de la légitimité à fréquenter l'endroit.

La particularité du projet est un réel travail de réseau. A l'échelle du quartier, nous rencontrons tous des problématiques communes et des publics spécifiques (personnes sans-abri, sans-papiers, prostituées, etc.). Nous avons décidé de mutualiser nos moyens pour rencontrer ces personnes. Chacun a sa mission mais le projet Parents Enfants peut bénéficier d'un appel à projet lancé par un des partenaires. Cela renforce automatiquement la collaboration, on ne le fait pas avec, on le fait ensemble. C'est également très important pour les personnes que nous recevons. Elles voient que les services ne sont pas fragmentés. Par exemple, des personnes sans-papiers viennent pour apprendre le français et après quelques mois finissent par aborder la situation de violence conjugale dans laquelle elles se trouvent.

Cet exemple est emblématique de personnes qui sont dans un « no mans 'land » juridique. Comment peut-on faire valoir ses droits quand on est toujours dans la peur du lendemain, quand on est toujours dans l'incertitude ? Comment être bien avec sa contraception si l'estime de soi est quasiment absente ? Le travail sur l'estime de soi est un des objectifs prioritaires. Une personne aussi fragilisée soit-elle, si elle retrouve une bonne estime d'elle-même, sera beaucoup plus active dans sa contraception, dans sa grossesse quel que soit son statut. Nous avons des personnes sans-papiers qui sont complètement perdues au niveau des procédures et qui par différentes animations, vont reprendre de la force, de la confiance en elles.

Le fait de travailler avec les enfants est efficace aussi. Nous avons observé que des personnes fragilisées peuvent vite s'oublier pour l'intérêt de leurs enfants. J'ai reçu en consultation une jeune fille de 22 ans qui me disait que pour elle c'était terminé mais que la seule chose qui comptait, c'était son enfant. Est-ce qu'à cet âge, la vie est fondamentalement terminée ? Non, bien sûr. Le fait de travailler avec l'enfant va rehausser la force de cette femme et lui permettre d'entreprendre à nouveau des démarches pour améliorer sa situation. Quand on peut montrer à une personne que son enfant va bien, elle peut repenser à elle-même en tant que femme, y compris par rapport à sa sexualité, à sa contraception, etc.

Un projet comme l'Espace Parents Enfants provoque également une réflexion sur notre mission de centre de planning familial. Que faire quand on a pour mission de parler grossesse et contraception, face à des personnes qui ne croient plus en rien, qui ont l'impression d'avoir été jusqu'au bout du tunnel ? Une personne victime de violences conjugales, arrivée en Belgique par regroupement familial, si elle part, risque de perdre son titre de séjour et donc la garde de ses enfants. Est-ce que c'est la mission d'un planning familial de travailler à l'octroi de papiers ? Non. Mais si on ne maîtrise pas les procédures de régularisation, on n'arrive pas à faire valoir le droit familial qui, lui, fait partie de nos missions. Le travail en partenariat permet justement de créer des ponts, d'accompagner les femmes chez des professionnels que nous n'aurions peut-être pas côtoyés autrement.

Nous avons développé des partenariats supplémentaires, par exemple avec des avocats. En tant que travailleur social, on peut déblayer le terrain et créer les dossiers qui vont permettre à l'avocat de travailler plus vite. Quand on arrive à dépasser notre cadre strict d'intervention et à mutualiser nos moyens, on est beaucoup plus efficace. La femme doit être considérée dans sa globalité. On prend en compte la manière dont elle fonctionne, le cadre dans lequel elle vit. Si on ne parle que de contraception, on n'arrivera à rien.

Oser la collaboration, c'est encore quelque chose qu'on ne fait pas suffisamment dans notre secteur. Pouvoir faire des ponts, pouvoir travailler avec d'autres services qu'une maison médicale ou une consultation ONE en mettant en commun les dossiers, particulièrement quand on travaille à l'échelle d'un quartier. Avoir des dossiers communs, travailler ensemble avec un service spécialisé en droit des étrangers, avec une maison médicale, c'est un gage d'efficacité, y compris face à des problèmes financiers. Les réalités des associations partenaires sont toutes différentes mais on peut solliciter un appel à projet qui bénéficiera à tout le monde. Cela permet de réinjecter l'argent là où notre cadre propre ne le permettrait pas. C'est une piste intéressante à développer par rapport à toutes les précarités auxquelles nous allons devoir faire face.

Les consultations mobiles du CASO pour les femmes du quartier Saint Denis

Jeanine ROCHEFORT, déléguée régionale Île de France

Médecins du Monde

La Seine Saint-Denis est le département le plus pauvre de France. Médecins du Monde y a un Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) qui est, en termes d'activités, le plus important de France. La Mission banlieue de Saint-Denis développe trois programmes : le CASO, la mission Bidonvilles et la mission Santé-Logement qui elle est en cours de désengagement. Les chiffres de 2012 donnent un aperçu de nos activités : 9.865 passages, 6.519 consultations médicales, 493 consultations dentaires (partenariat avec le bus dentaire), 3.279 accompagnements sociaux, une file active de 5.946 personnes. Cela fait un taux de consultations par personne d'à peu près 1,6. Nous voyons le patient en consultation et nous les réorientons. Les origines géographiques sont très diversifiées : l'Afrique subsaharienne représente plus de 25% suivie par l'Europe mais avec essentiellement une population Rom très présente en Seine Saint-Denis (3 à 4.000 personnes) ; le Proche et le Moyen-Orient représentent près de 20%, ce pourcentage a énormément grossi ces temps derniers, il s'agit de tout le sous-continent indien, indo-pakistanais et ce ne sont que des hommes. D'ailleurs, le sexe ratio est de 7 hommes pour 3 femmes, ceci est lié essentiellement à l'immigration indo-pakistanaise, malienne, ivoirienne, égyptienne qui est majoritairement masculine. L'âge moyen de cette population est de 32 ans. Nous avons peu d'enfants de moins de 15 ans. La majorité n'a aucune couverture maladie (97,5 %), c'est une de nos spécificités. Dès qu'une personne a une couverture maladie on l'oriente et on ne la prend pas en charge. Vu notre niveau d'activité, nous sommes obligés de faire des choix et de « trier » les bénéficiaires. 97 % des personnes sont en situation irrégulière de séjour et 70 % ne sont pas francophones ce qui complique le travail. Nombre d'entre eux, environ 70 %, sont depuis moins d'un an en France et dans des logements précaires.

Les principes d'action au CASO s'appliquent tout au long du parcours du patient dans le centre et par tous les acteurs du centre. Quelques mots-clés de notre travail : aller vers, faire avec et pas pour, faire à partir de et pas à la place de. Un savoir-faire et un savoir être qui distingue l'assistance de l'assistanat et l'empathie de la compassion, hors de tout jugement, pour comprendre et être compris, accompagner et émanciper et faire du patient un acteur de sa santé. Le CASO est un lieu fixe repérable par son logo. Les personnes concernées le connaissent par le bouche à oreille ou sont adressées par d'autres structures ou d'autres missions comme la Mission Bidonvilles qui envoie des personnes avec des problèmes sociaux ou en demande de soins. L'accueil est inconditionnel, toutes les personnes qui franchissent la porte doivent être accueillies. Leurs demandes impliquent des

réponses qui doivent être entendues et comprises indépendamment des problèmes de langue (70% de non francophones) et des déterminants socioculturels des patients et des accueillants. Les uns et les autres doivent arriver à se comprendre. Nous n'avons pas les mêmes codes de fonctionnement, les leurs sont tout aussi respectables que les nôtres. Les réponses doivent être adaptées à la situation de la personne.

Nous prodiguons des soins que l'on peut qualifier de sociaux. Des entretiens individuels permettent d'évaluer la situation sociale par rapport au logement, à l'ancienneté du séjour en France, à la demande du droit d'asile, les ressources dont dispose la personne, sa situation psychosociale, son degré d'isolement, son degré d'autonomie et son émancipation. L'entretien sert également à évaluer ses possibilités de progresser, de s'émanciper, d'acquérir des compétences individuelles et de ne plus avoir besoin de nos services. Une grande partie du travail concerne également l'accompagnement à l'acquisition d'une couverture sociale l'Aide Médicale d'Etat (AME), équivalent français de l'aide médicale urgente, gérée par la sécurité sociale. Les soins sont donnés dans une approche de promotion de la santé et non biomédicale. Nous défendons ce choix d'approche en promotion de la santé et pour des soins préventifs.

Nous travaillons à partir des connaissances et des représentations de la personne. Par exemple pour la prévention des maladies infectieuses, les personnes connaissent rarement leur statut sérologique et nous les incitons à se faire dépister pour les IST, la tuberculose ainsi qu'à se faire vacciner. Ce counseling se fait sur la base du volontariat, on propose ces entretiens mais il n'y a pas d'obligation. Le counseling en santé sexuelle et reproductive n'est pas encore complètement en place mais concernera la contraception, l'avortement, le suivi de la grossesse et la prévention des cancers féminins. Nous proposons également des soins curatifs en médecine générale et en ophtalmologie, y compris la fourniture de lunettes ; des soins psychiatriques et psychothérapeutiques ; des soins dentaires via un partenariat ; la distribution de médicaments ; une offre limitée de bilans biologiques ; le repérage des violences.

En ce qui concerne l'orientation, il a été nécessaire de construire des partenariats en amont. Ainsi, le Conseil général vient avec un camion radio et une équipe médico-sociale pour le dépistage de la tuberculose par la pratique d'une radiographie pulmonaire, un jour par semaine. Il fait environ 30 à 40 radiographies et nous avons une incidence de la tuberculose de 330 pour 100.000 alors qu'elle est de 8 pour 100.000 en population générale en France. On a créé des circuits spécifiques pour la prise en charge des patients que ce soit pour la tuberculose, le VIH, l'hépatite B et C ou le diabète. Après un dépistage positif, un service de médecine spécialisée hospitalier fait les examens complémentaires et décide de traiter ou non. Nous ne pouvons pas prendre en charge les patients insulinodépendants et nous avons un accord avec l'hôpital du secteur qui les suit. Nous voyons les femmes enceintes en collaboration avec la maternité en considérant que la grossesse d'une femme précaire est potentiellement plus à risques.

Après une évaluation sociale et psychosociale, nous orientons vers les structures ad 'hoc en fonction de la problématique, par exemple pour aider les femmes victimes de violence à porter plainte, les accompagner dans leurs démarches. On voit beaucoup de femmes, en particulier arrivant d'Afrique subsaharienne, qui ont été victimes de viol collectif, parfois enceintes, ou/et qui ont vu mourir un ou plusieurs membres de leur famille. Nous faisons appel aux Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), équivalents français des CPAS, essentiellement pour la domiciliation et l'ouverture des droits des personnes. Le CASO organise aussi des séances collectives d'aide à la rédaction et à la constitution des dossiers de demande d'aide médicale de l'Etat (AME) pour des personnes qui maîtrisent un peu l'écriture et le français. C'est un pas vers l'acquisition de compétences individuelles et la revalorisation de l'image de soi. Nous les aidons à remplir leur dossier mais ce sont eux qui vont le déposer dans les centres de Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Nous avons des partenaires experts pour les demandes d'asile. Par ailleurs et évidemment nous orientons en cas que de besoins vers des vestiaires, des banques alimentaires, etc.

Les orientations médicales se font, en termes de prévention, vers les Consultations d'Information et de Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDIST - l'une d'entre elles est délocalisée et vient un après-midi par semaine au CASO), vers des Centres de Lutte Anti-Tuberculose, des centres de vaccinations, des centres de planification familiale, les centres de Protection Maternelle et Infantile (qui prennent en charge uniquement l'aspect préventif pour les femmes enceintes et les enfants jusque 6 ans) et vers le réseau régional de périnatalité. Les orientations médicales curatives se font vers les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) hospitalières. Les PASS de ville sont un nouveau concept pour permettre un accès aux soins de santé en dehors de l'hôpital, dans une structure moins lourde et qui maille mieux le territoire. Les patients sont accueillis dans un centre similaire à un CASO mais géré par la municipalité. L'Agence régionale de Santé d'Île-de-France a trouvé ce concept très pertinent et a financé plusieurs PASS de ville qui sont actuellement en expérimentation pour trois ans. Nous sommes bien évidemment dans le comité de pilotage de celle de Saint-Denis dont nous avions proposé le modèle. Nous référons également vers les maternités et vers les centres de soins buccodentaires. Dans le cadre d'un partenariat, le bus, aménagé en cabinet dentaire vient une fois par semaine à proximité du CASO et nous avons par ailleurs un partenariat avec une permanence buccodentaire de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière qui, d'une part, assure les urgences mais, d'autre part, pour les personnes en grande précarité, fait de la reconstruction (prothèses ou implants).

Situation des femmes du CASO de Saint-Denis

L'âge moyen lors de la première grossesse est de 20 ans ; pour 42,6 % la première grossesse arrive à 18 ans ou avant, soit près de la moitié de grossesses précoces et donc des grossesses à risque ; le nombre moyen d'enfants est de 3,18. La moitié des

femmes accusent un retard dans le suivi de grossesse, 5 % seulement viennent consulter pour la première fois à un terme inférieur à 15 semaines d'aménorrhée, parmi elles, 11,5 % sont en demande d'interruption de grossesse. Plus de 70% n'ont pas accès aux soins prénataux. En 2012, les femmes représentaient 38% de la file active avec un âge moyen de 32 ans. Une enquête conduite entre juillet et décembre 2013, portant sur 41 femmes rencontrées au CASO, montre des origines géographiques diverses mais les deux principales étaient la Roumanie et l'Afrique subsaharienne. 73 % d'entre elles vivaient dans un logement instable, le nombre moyen d'enfants était de 1,8. La moyenne générale de 3 enfants pour l'ensemble des femmes du CASO s'explique parce qu'elle concerne un nombre plus grand de femmes de 15 à 49 ans dont un certain nombre d'entre elles ont un nombre important d'enfants. Le nombre moyen de grossesses est de 1,8 mais de 3,09 pour les Rom (11 femmes). Globalement, 28 femmes sur 41 ne pratiquent pas de contraception. Pour les femmes Rom, c'est 8 sur 11 (l'une des trois femmes rencontrées lors de l'enquête et pratiquant une contraception avait, en fait, été stérilisée à 22 ans lors de son 3ème accouchement par césarienne sans qu'elle en soit avertie). Le nombre moyen global d'interruptions de grossesse est de 1,9 mais de 3,25 pour les femmes Rom. On constate une méconnaissance massive des Centres de planification, 5 femmes sur 41 connaissaient le terme et le reliaient plus ou moins à la contraception.

Quelles réponses apporter à cette multitude de personnes d'origine diverses, que nous ne voyons qu'une seule fois et que nous devons orienter ?

Les bénévoles qui font l'accueil social et qui aident à la constitution du dossier pour obtenir la couverture maladie ainsi que les soignants eux-mêmes doivent connaître le cadre réglementaire, recueillir des données et être dans une approche de promotion de la santé.

Il faut pouvoir, savoir travailler avec l'interprétariat professionnel par téléphone et s'appuyer sur des médiateurs interculturels. Ils vont permettre aux patients de comprendre comment nous fonctionnons et pour nous de comprendre comment fonctionnent les patients. Quelles sont nos représentations et les leurs pour trouver une intersection dans nos champs respectifs. Il faut développer un savoir, un savoir-faire et un savoir-être et la formation à l'écoute, à l'accompagnement, au counseling est indispensable. Il est important de pouvoir définir et accepter les limites de son champ d'intervention. On est soignant, on est médecin, si on nous demande un hébergement, un vestiaire ou une aide alimentaire, il faut orienter. C'est là que le partenariat prend tout son sens. Les gens viennent de cultures totalement différentes et nous ne sommes pas tous formés à cette diversité. Une formation sur les déterminants socioculturels pour mieux cerner ces problèmes peut être utile.

Outre la formation des intervenants, la prise en compte du public concerné est essentielle, à partir de leurs connaissances et de leurs représentations, en s'aidant d'outils de communication adaptés, en s'appuyant sur des médiateurs, des pairs et sur la communauté. Prenons l'exemple des femmes Rom. Si nous réussissons à en

intéresser deux ou trois à la contraception, nous pourrons nous appuyer sur elles pour faire avancer la problématique auprès des autres femmes et dans la communauté. Nous pouvons également recueillir des témoignages sur les bonnes et les mauvaises pratiques : les nôtres, celles des partenaires, du système de santé, des caisses d'assurance maladie et des permanences de soins hospitalières. Nous pouvons nous appuyer sur des enquêtes thématiques et sur les données de l'observatoire qui regroupe les informations des différents CASO et des missions mobiles dans un seul rapport. C'est un outil qui sert à la fois, au plaidoyer et au pilotage de nos missions.

La mise en place de partenariats est essentielle que ce soit avec la maternité et le centre de planification de l'hôpital de Saint-Denis ou/et avec le réseau régional de périnatalité. Ce dernier partenariat permet de stabiliser sur un lieu de vie des personnes en errance et en risque de rupture de soins. Dans le cadre de ce partenariat, nous avons créé un outil de repérage des urgences obstétricales et d'évaluation du niveau de précarité d'une femme enceinte par le calcul d'un score.

Edité par la FLCPF/CEDIF, décembre 2014.

Transcription : Jenny BAEB

Réalisation : Claudine CUEPPENS

© Tous droits de reproduction réservés.

D/2014/12.700/5

Editeur responsable : G. De Laever – 34 rue de la Tulipe – 1050 Bruxelles

Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles

FLCPF-CEDIF

34 rue de la Tulipe - 1050 Bruxelles – 02 502 68 00

cedif@planningfamilial.net – www.planningfamilial.net