

Être mère avant 21 ans : comment soutenir l'accès à la parentalité et l'insertion sociale ?

Avril 2011



Remerciements

Cette étude a été initiée et animée par la Plate forme sociale et sanitaire du Languedoc-Roussillon, représentée par Sylvia Maille avec une assise institutionnelle Drass puis Cohésion sociale au sein de la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. L'animation confiée à Elodie Fille puis Florence Perret a grandement contribué au bon déroulement des 18 mois de développement de l'étude.

Cette étude a été financée par le Conseil régional du Languedoc-Roussillon, la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, le Groupement régional de santé publique, la Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité du Languedoc-Roussillon.

Elle a également bénéficié d'une contribution des six caisses d'allocations familiales et des cinq conseils généraux par la mise à disposition de personnels pour organiser l'enquête allocataires et l'enquête de prévalence au sein des services de PMI.

Nous remercions les membres du comité de pilotage pour leur implication dans le suivi des différentes phases de cette étude. Une collaboration technique précieuse nous a été apportée par la direction de la Caf de Béziers (Bernard Compas, au titre de la Fédération des Caf du Languedoc-Roussillon et Florence Thailade, directrice de la Caf de Béziers) et pour le travail statistique d'Anne-Sophie Bouét, qui a assuré la coordination des requêtes pour les six Caf. Qu'ils soient tous les trois tout spécialement remerciés.

Nous remercions également Roger Rabier de l'Insee qui a bien voulu nous communiquer les analyses sur les données d'état civil.

Nous avons apprécié l'accueil des institutions et associations qui ont été sollicitées pour la dernière phase de l'étude consacrée au repérage des dispositifs d'accompagnement des jeunes mères : qu'elles soient collectivement remerciées.

Enfin, nous sommes reconnaissants à la Mission locale des jeunes de l'agglomération de Montpellier et à Juliette Bonhomme d'avoir bien voulu organiser le test des questionnaires pour l'enquête auprès des allocataires. Que les jeunes mères qui nous ont permis de perfectionner le questionnaire à cette fin et que toutes celles (1 067) qui ont participé à cette enquête soient vivement remerciées pour leur confiance et leur engagement.

Préface

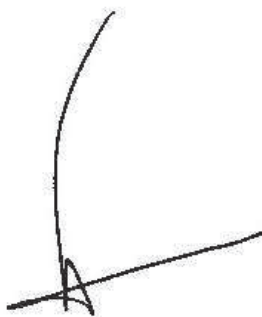
La problématique des maternités à moins de 21 ans est au carrefour des enjeux sociaux et de santé, ce qui a amené la Plate-forme d'Observation Sociale et Sanitaire du Languedoc-Roussillon (POSS- LR) à s'intéresser à cette population de jeunes mères. La fréquence de ces maternités est suffisamment importante dans la région pour que la POSS-LR s'empare de ce sujet au niveau local, sujet qui fait l'objet de réflexions menées au niveau national en particulier sur les grossesses adolescentes.

La POSS-LR, forte de son réseau d'une soixantaine de partenaires ayant choisi de partager leurs démarches d'observation dans les champs sanitaires et sociaux, a piloté cette étude avec le soutien financier du Conseil Régional, de l'ARS, de la DRJSCS et de la Délégation Régionale aux Droits des Femmes et avec le soutien technique des services de PMI des Conseils Généraux, des CAF et de l'Insee.

La démarche de la POSS-LR est de produire de la connaissance permettant d'éclairer les politiques publiques mises en œuvre par ses partenaires. Ainsi cette étude vise à décrire les conséquences d'une maternité à moins de 21 ans sur le parcours de formation et d'insertion des jeunes mères, sur la construction de la parentalité et les relations familiales. Elle aborde les aides dont elles ont pu bénéficier, celles dont elles auraient eu besoin compte tenu de leur âge et ce, à chaque temps de leur grossesse : l'annonce de la grossesse, son suivi, le retour à domicile après l'accouchement et l'insertion.

A l'issue de ces travaux, un certain nombre de recommandations ont été émises ; elles permettront aux institutions en charge de ces publics, en particulier l'ARS dans le cadre de l'élaboration du schéma périnatalité, les maternités, les services de PMI et les structures chargées de l'insertion (MLJ, Education Nationale, Conseil Régional...) de proposer à ces jeunes mères un accompagnement plus adapté et mieux coordonné tant dans leur parcours de soins que dans leurs démarches d'insertion ou leur nouvelle situation de parent.

Je remercie, au nom des partenaires de la POSS-LR, l'Observatoire Régional de la Santé du Languedoc-Roussillon (ORS-LR) qui a mené cette étude de qualité, emblématique d'une démarche partenariale.



Francis Vennat

Président de la POSS-LR

Directeur régional de l'Insee Languedoc-Roussillon

Table des matières

Remerciements	3
Préface	5
Contexte	9
Objectif	10
Méthodologie	10
1. Analyse statistique	13
1.1 Données d'état civil.....	13
1.2 Analyse des données issues des Caf.....	18
2. Enquête en population	24
2.1 Méthode.....	24
L'enquête postale sans relance.....	24
2.2 Description de la population.....	26
2.3 Situation de l'allocataire au moment de l'enquête.....	27
2.4 Situation de l'allocataire au moment de la grossesse.....	30
2.5 Contexte psychologique de l'annonce de grossesse.....	37
2.6 Suivi médical et social de la grossesse.....	40
2.7 Grossesse et consommation de tabac, d'alcool, de médicaments et autres drogues.....	42
2.8 La question de la violence.....	44
2.9 Autour de la naissance.....	46
2.10 Allaitement.....	49
2.11 Séjour à la maternité.....	51
2.12 Le retour à domicile.....	53
3. Analyse par territoires, groupes de mères et âge de la mère	57
3.1 Situation socio-économique.....	58
3.2 Contexte psycho-social.....	61
3.3 Suivi de grossesse.....	69
3.4 Autour de l'accouchement.....	71
3.5 Retour à domicile et insertion.....	73
3.6 L'insertion.....	77
4. Analyse multivariée	79
4.1 Une typologie des mères précoces.....	79
4.2 Une régression logistique sur la reprise ou le projet de reprise d'activité après une maternité précoce.....	83
5. Enquête sur flux auprès des mineures suivies en PMI	85
5.1 Une enquête sur flux complémentaire par questionnaire administré par les sages-femmes de PMI auprès des mères mineures (suivies ou non en cours de grossesse) et en visite à domicile après l'accouchement.....	85
5.2 Analyse des grilles d'entretien.....	86
6. Consultation des dispositifs institutionnels et des initiatives associatives existantes	89
6.1 L'annonce.....	90
6.1.1 Le Mouvement français du planning familial (la coordinatrice planification).....	90
6.1.2 La Protection maternelle et infantile : l'agence Portes de la mer (un médecin et une sage-femme).....	91

6.2 La grossesse et son suivi	92
6.2.1 La PMI.....	92
6.2.2 Le pôle naissance et le service socio-éducatif de l'hôpital (une sage-femme cadre suivi de couches, le cadre socio-éducatif et trois assistantes sociales).....	92
6.2.3 Une clinique privée de Montpellier (la sage-femme cadre suite de couches)	94
6.3 La sortie et l'insertion.....	95
6.3.1 La PMI.....	95
6.3.2 L'école régionale de la 2 ^e chance (ER2eC) (le directeur)	95
6.3.3 L'Abri languedocien (la directrice et l'éducateur chargé de l'insertion)	96
6.3.4 La Caf et l'action sociale (la responsable des interventions sociales).....	99
6.3.5 Le Centre d'information des droits des femmes et des familles: la psychologue du CIDFF.....	100
6.4 De la grossesse à l'accouchement : les dispositifs d'accompagnement.....	102
6.4.1 Un collègue de Saint-Laurent de la Salanque (l'infirmière scolaire).....	102
6.4.2 Le centre maternel le Rivage (la directrice).....	102
6.4.3 Les liaisons PMI-maternité (la sage-femme de PMI, chargée des concertations avec la maternité de l'hôpital).....	102
6.4.4 Le cas particulier du réseau mis en place en Cerdagne (la sage-femme de PMI responsable de la coopération transfrontalière avec l'hôpital de Puigcerdà).....	103
6.4.5 L'action sociale de la Caf des Pyrénées-Orientales en matière de maternité et de parentalité (responsable des interventions sociales, Caf des Pyrénées-Orientales).....	104
6.4.6 Le parcours maternité de l'assurance maladie (responsable du parcours maternité à la Cpm de Perpignan).....	105
6.5 De l'insertion au soutien à la parentalité	106
6.5.1 L'école de la 2 ^e chance -ER2eC- de Perpignan (son directeur).....	106
6.5.2 Le réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents des Pyrénées-Orientales (Coordonnatrice Reaap).....	106
6.5.3 La commission départementale de l'accueil des jeunes enfants (Codaje) (la coordonnatrice)	106
6.5.4 Le lieu d'accueil parents-enfants de la PMI. (l'éducatrice de jeunes enfants animatrice de l'action)	107
6.5.5 Le lieu d'accueil parents-enfants Couleur Famille de Prades (la coordonnatrice).....	107
7. Discussion et recommandations.....	108
7.1 L'annonce, la déclaration de grossesse	108
7.2 Le suivi de grossesse	112
7.3 Le séjour en maternité et le suivi à domicile	114
7.4 L'insertion sociale et le soutien à la parentalité	116
8. Glossaire des sigles	119
9. Table des illustrations.....	120
10. Annexes.....	123
10.1 Caractéristiques des 5 profils de mères dans l'échantillon étudié	123
10.2 Questionnaire allocataires Caf.....	128
10.3 Grille d'entretien PMI	136
10.4 Liste des entretiens semi-directifs menés à Montpellier et dans les Pyrénées-Orientales	140

Contexte

Si le nombre de mères adolescentes a diminué depuis une décennie dans tous les pays de l'OCDE, cette diminution affecte inégalement les nations et au sein de ces nations, les diverses régions et les différentes catégories de la population¹. La fréquence du phénomène situe la France au-dessous de la moyenne des pays de l'OCDE même si elle se trouve au-dessus de pays comme la Finlande, le Danemark, l'Espagne, l'Italie ou la Suède.

Chaque année en France, plus de 4 000 adolescentes mineures deviennent mères. 12 % de ces grossesses sont déclarées tardivement traduisant ainsi une forte précarité sociale pour la mère et une plus grande vulnérabilité pour l'enfant.

Dans la région Languedoc-Roussillon, en 2004, 1 461 enfants sont nés de mères âgées entre 13 et 20 ans, soit 5,2 % des naissances domiciliées contre 4,9 % en France entière. Le département des Pyrénées-Orientales est le 7^e département français pour la part des naissances de mères de moins de 21 ans (7,1 % de l'ensemble des naissances). Dans l'Aude on compte 5,5 % des naissances domiciliées de mères âgées entre 13 et 20 ans, 4,9 % dans l'Hérault, 4,8 % dans le Gard et 2,7 % en Lozère.

Le comité de pilotage de la plate-forme d'observation sociale et sanitaire du Languedoc-Roussillon (Poss-LR) a inscrit dans ses priorités de travail pour l'année 2009-2010 une étude sur la problématique des maternités précoces et leurs conséquences sur le devenir socio-économique de la jeune mère. Cette étude a été proposée au vu des problématiques sociales en Languedoc-Roussillon et notamment des résultats du diagnostic santé des jeunes réalisé par l'Observatoire régional de la santé du Languedoc-Roussillon (ORS-LR) sur commande du conseil régional². Ce travail identifie cette problématique comme facteur aggravant de fragilité sociale auprès du public le moins qualifié et le plus précarisé suivi en mission locale d'insertion : des jeunes filles, en rupture familiale et sans qualification.

La littérature médicale comme sociologique relative aux grossesses adolescentes a largement abordé l'analyse obstétricale de ces grossesses ainsi que l'influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques³ et leurs facteurs explicatifs⁴. Dans tous les cas, la venue d'un enfant chez une femme mineure renforce les situations de pauvreté et de précarité préexistantes : risque d'interruption de la scolarité entraînant des risques d'emplois sous-qualifiés, risque d'isolement social et familial, difficultés de santé mentale (dépression, addictions) et plus forte probabilité de carences affectives et de déficits du développement pour l'enfant. Toutefois, loin d'être un sujet monolithique, une maternité précoce peut aussi révéler des aptitudes et des compétences chez la jeune mère : il apparaît donc intéressant d'ouvrir ce champ d'exploration dans notre approche⁵.

Ainsi, le parti pris sous tendant notre démarche n'est pas de considérer cette grossesse comme un accident de contraception en s'interrogeant sur les conditions de survenue de cette grossesse. Il s'agit d'en étudier, sans *a priori*, les conséquences sur le parcours de formation et d'insertion sociale de ces jeunes femmes et d'aborder la problématique de la construction de la parentalité dans ces circonstances. De ce fait, aucune recommandation qui pourrait en découler ne portera sur la prévention et l'éducation à la sexualité, les connaissances, les comportements et pratiques en matière de contraception et d'accès à l'IVG. En revanche, la problématique de l'accompagnement de ces jeunes femmes dans leur grossesse et les premiers temps avec leur enfant pour permettre à chacun d'eux de se construire dans les meilleures conditions possibles formeront l'axe principal des recommandations qui seront issues de notre démarche.

¹ A. Daguerre et C. Nativel, Les maternités précoces, Dossiers d'études, CNAF : février 2004, 53

² ORS-LR. Un diagnostic régional sur la santé des jeunes âgés de 16 à 25 ans : comparaison par genre, public et niveau de qualification, Montpellier : ORS-LR, janvier 2009.

³ Faucher P., Dappe S., Madelenat P., Gynécologie Obstétrique et fertilité 30(2002) : 944-52

⁴ J. Berrewaerts et F. Noirhomme-Renard, Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature, ULC-RESO, Louvain, juin 2006, 40

⁵ Voir C. Le Vann, Grossesses à l'adolescence : normes sociales, réalités vécues, L'Harmattan, 1998.

Objectif

L'étude a pour objectif principal d'**analyser l'impact d'une maternité précoce sur le parcours de formation et d'insertion de la mère, la construction de la parentalité et les relations familiales.**

Elle doit permettre de décrire la population des mères adolescentes, identifier les aides et soutiens dont auraient pu bénéficier ces jeunes mères et identifier l'offre actuelle de soutien de ces maternités précoces.

Méthodologie

À l'échelle régionale, il semble plus pragmatique compte tenu de la « rareté » relative du phénomène, et afin d'enquêter sur une période relativement courte, d'étendre d'une année la définition de la grossesse adolescente (les mères âgées jusqu'à 19 ans inclus) retenue par les instances internationales et actée par l'OMS en 1998. La limite d'âge retenue par le groupe de travail pour qualifier **une maternité de précoce est une mère âgée de moins de 21 ans** au moment de la naissance de l'enfant, **ajoutant ainsi aux mères mineures celles qui ont le statut de jeunes majeures dans les textes de protection de l'enfance.**

Une 1^{ère} réunion de travail sous l'impulsion de la Poss s'est tenue le 3 juin 2009 et une seconde le 29 juin 2009. Elles ont permis de préciser les contours de l'étude et les choix méthodologiques autour de 4 grands axes de travail :

- **Analyse des données en routine**

Il s'agit d'abord de réaliser **une revue statistique régionale** à partir des données d'état civil (de 2000 à 2008) et des données des caisses d'allocations familiales (Caf) extraites de leur système d'information (le SID –système d'information décisionnelle). Ce dernier contient des données sur la grossesse lors de sa déclaration et des informations générales sur l'allocataire. Sont étudiés d'une part le nombre et le profil des jeunes mères de moins de 21 ans en 2008 et d'autre part les mères allocataires qui l'ont été avant l'âge de 21 ans. Les fichiers des Caf permettent notamment de connaître les revenus, le recours à l'allocation parent isolé (API) devenu revenu de solidarité active (RSA) monoparentalité, la situation sociale et familiale et le nombre d'enfants.

Une comparaison sera faite entre le groupe de mères étudiées et le fichier total des allocataires par caisse d'allocations familiales du point de vue du nombre d'enfants à charge, de la situation familiale, de prestations versées et du revenu par unité de consommation (RUC).

- **Enquêtes auprès des mères**

Enquête auprès des mères par questionnaire auto administré

Au début de la réflexion, il a été envisagé de réaliser une enquête prospective sur flux auprès des jeunes mères de moins de 21 ans avec une analyse des conditions de survenue de la grossesse, des conditions de vie, du parcours de formation, et ce afin de repérer ce qui est aidant ou au contraire freine l'insertion sociale et professionnelle de ces jeunes mères. Cependant ce projet d'enquête est apparu peu réaliste en raison de la relative rareté du phénomène des maternités précoces (il eut fallu enquêter au moins 4 mois pour disposer d'un nombre suffisant de sujets en région) ; par ailleurs, il apparaît difficile de proposer un questionnaire à certaines jeunes femmes en grande difficulté sociale et détresse psychologique.

En conséquence, les acteurs impliqués dans ce projet se sont accordés sur le fait d'abandonner cette option méthodologique au profit d'une **enquête rétrospective par questionnaire auto-administré auprès de trois groupes de mères, permettant d'appréhender trois « temps » différents de leur trajectoire de vie.**

❖ Les groupes cibles

- Les mères qui, alors âgées de moins de 21 ans, ont eu un enfant qui a 1 an ou 2 ans au moment de l'enquête (**la petite enfance**) : enfant né en 2008 ou 2007 ;
- les mères qui, alors âgées de moins de 21 ans, ont eu un enfant qui a 4 ans ou 5 ans au moment de l'enquête (**la séparation avec l'entrée à l'école maternelle**) : enfant né en 2005 ou 2004 ;
- les mères qui, alors âgées de moins de 21 ans, ont eu un enfant qui a 13 ans ou 14 ans au moment de l'enquête (**l'adolescence**) : enfant né en 1996 ou 1995.

❖ Les modalités de mise en contact

Les six Caf de la région sont associées autour d'un protocole commun. Les mères relevant des critères d'inclusion définis plus haut (appartenance à l'un des 3 groupes) sont repérées en interne dans les fichiers Caf. Un courrier d'information sur l'étude les invitant à participer leur est adressé avec le questionnaire par les Caf elles-mêmes. Le questionnaire est adressé à ces allocataires avec une enveloppe T pour retour à l'Observatoire régional de la santé. Aucune possibilité d'identification de l'allocataire garantit le caractère anonyme de la procédure de recueil et d'analyse : pas de mention de jour et mois de naissance de la mère (seulement l'année), pas de mention de commune de résidence (seule indication relevée : vivant en milieu plutôt urbain ou plutôt rural). Aucune procédure de relance n'est mise en place.

Le retour du questionnaire se fait à l'Observatoire régional de la santé, chargé de saisir et d'analyser les données.

❖ Le nombre de sujets enquêtés au 1^{er} trimestre 2010

Avec environ 1 400 naissances annuelles en région de mères âgées de moins de 21 ans, on aura en base d'enquête sur 2 années de naissance, environ 2 800 mères par groupe. Faisant l'hypothèse que la Caf, couvrant environ 80 % des allocataires (seul le régime général sera ainsi appréhendé), on peut estimer le groupe cible à environ 2 500 mères par groupe. Escomptant un taux de participation de 20 %, on attend un retour de 500 questionnaires par groupe, soit 1 500 sujets pour l'ensemble des trois groupes à l'analyse.

Pour toutes les mères, sont recueillies des données socio-économiques pour pouvoir comparer le groupe des répondantes à la population ciblée et envisager si nécessaire des techniques de redressement de l'échantillon.

❖ Le contenu des questionnaires

Les trois groupes sont interrogés sur les thèmes suivants :

- Vécu de la grossesse et arrivée de l'enfant.
- Devenir éducatif et professionnel de la mère à l'issue de cette maternité.
- Arrivée d'autres enfants.
- Conditions de survenue de la ou les grossesses précoces.
- Contexte et milieu de vie au moment où l'enfant est né (l'histoire familiale et maternelle, logement, revenus, présence et âge du père, réseau familial, cohabitation générationnelle, monoparentalité isolée, réseau relationnel...).
- Contexte et milieu de vie aujourd'hui.
- Relations mère / enfant (pour l'enfant concerné par la grossesse précoce).

- Mesure de ce qui a été difficile et ce qui a été facilitant pour prendre en charge cette grossesse précoce, soutiens dont elles ont bénéficiés. Ce point permettra de dégager des leviers pour l'action publique.
- Évaluation des stratégies qu'elles ont pu développer, l'existence d'un réseau social, familial,.....

Nous avons veillé à ce que la formulation des questions et la progression dans le questionnaire n'induisent aucune association normative de cause à effet entre l'arrivée d'un enfant à un âge maternel précoce et les éventuelles difficultés socio-économiques rencontrées (vigilance sur le biais du regard professionnel).

Le questionnaire a été préalablement testé auprès d'un groupe de jeunes mères fréquentant la MLI de Montpellier agglomération. Le questionnaire élaboré est présenté en annexe.

Enquête de prévalence complémentaire par questionnaire administré par les sages femmes de PMI auprès des mères mineures suivies en cours de grossesse et en retour à domicile

Chaque service de PMI est destinataire des déclarations de grossesse adressées à la Caf et a inscrit comme indicateurs d'alerte les grossesses d'adolescentes mineures. Le service de PMI procède à un suivi systématique des **mères mineures enceintes** et propose une visite à domicile. Il paraît intéressant de saisir ce moment pour collecter une information « à chaud » et assez précise sur le suivi de la grossesse, les conditions de l'accouchement et le retour à domicile, informations que le travail du temps peut biaiser en interrogeant les mères rétrospectivement.

Il convient donc de construire un questionnaire spécifique (et minimaliste) sur cette population pour connaître par exemple les conditions de suivi de la grossesse, les déclarations tardives, le nombre et le contexte des refus d'aide de ces jeunes femmes sous l'emprise des représentations négatives de la PMI et des travailleurs sociaux (« la peur de l'enfant volé »). En annexe, est présentée la grille d'entretien élaborée en partenariat avec les professionnels de PMI à partir des documents de liaison existants dans les départements.

Pratiquement, la collaboration des services de maternités publiques et privées des cinq départements a permis l'inclusion des mères mineures entre le 1^{er} mars 2010 et le 31 mai 2010 (information aux mères avec remise d'un courrier, signalement du service à la PMI du secteur, prise de contact de la sage-femme avec la mère pour convenir d'une rencontre) afin que ces jeunes mères et leur enfant soient rencontrés au retour à domicile par les sages femmes de PMI un mois environ après la naissance. Les visites avec recueil d'information se sont étalées d'avril à juin 2010. Compte tenu de la prévalence des naissances de mères mineures dans la région, nous pouvons estimer que ce recueil trimestriel s'il est exhaustif portera au maximum sur une cinquantaine de mères mineures.

• Les dispositifs d'accompagnement et d'aide publique

La dernière partie de l'étude consiste à **recenser les dispositifs d'accompagnement et d'aide publique** régionaux pour ces jeunes mères : les conventions passées entre les maternités et les conseils généraux, les outils de repérage et de liaison entre les professionnels et les critères de signalement, les parcours maternité (partenariat CPAM, Caf, PMI), les dispositifs d'appui au lien précoce mère-père-enfant et à la parentalité, les solutions d'hébergement en centres maternels, les dispositifs de retour à la scolarité ou d'insertion sociale et professionnelle (école de la 2^e chance,...), les places réservées en crèche, afin d'en évaluer l'adéquation et de les confronter avec le vécu des jeunes mères et les éléments d'approche micro-sociologique collectés à l'occasion de cette enquête.

Une attention particulière est portée dans l'exploitation de l'enquête auprès des mères allocataires sur la lecture historique des dispositifs et des recours de ces dernières, compte tenu des évolutions dans le temps (par exemple, 1999 : mise en place de la CMU).

1. Analyse statistique

1.1 Données d'état civil

Les maternités précoces sont un phénomène relativement stable qui représente en moyenne entre 2000 et 2008, 5,3 % de l'ensemble des naissances domiciliées en Languedoc-Roussillon sur un total d'environ 30 000 naissances par an. Le département présentant le plus fort taux de naissances avant l'âge de 21 ans est celui des Pyrénées-Orientales (6,7 %) tandis que les plus faibles taux sont en Lozère (2,7 %).

Tableau 1. Évolution de la proportion de mères de moins de 21 ans sur l'ensemble des naissances domiciliées (en %)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Aude	5,7	7,2	5,5	5,5	5,5	5,6	5,5	6,1	6,0
Gard	5,1	5,5	5,2	5,0	4,7	5,2	4,8	4,9	4,6
Hérault	5,4	4,9	4,6	4,5	4,9	4,9	5,2	4,7	4,6
Lozère	2,9	3,5	3,4	1,8	2,5	2,1	2,9	2,8	2,7
Pyrénées-Orientales	6,6	7,0	6,6	6,5	7,0	7,4	6,6	6,6	6,5
Languedoc-Roussillon	5,4	5,5	5,2	5,0	5,2	5,4	5,3	5,2	5,0

Source : État civil 2000/2008

En 2008, l'état civil a enregistré en Languedoc-Roussillon 1 523 naissances de femmes âgées de moins de 21 ans domiciliées dans la région. Le nombre total de naissances domiciliées quel que soit l'âge de la mère était de 30 326.

En sus de ces 1 523 naissances de mères de moins de 21 ans domiciliées en région, 55 femmes de moins de 21 ans résidant dans une autre région de France ont donné naissance à un enfant dans la région en 2008. Le nombre total de naissances de femmes domiciliées hors Languedoc-Roussillon était de 1 093.

Le rapprochement avec les données de la Caf montre que 71,9% des mères de moins de 21 ans relèvent du régime général de protection sociale.

Le taux de maternités précoces est plus élevé dans les zones urbaines (5,8 %) que dans les zones rurales (4,2 %).

Conformément aux découpages Insee, on appellera :
Zones urbaines : Pôle urbain, Couronne périurbaine et Communes urbaines multi polarisées
Zones rurales : Communes rurales sous influence urbaine, Pôles ruraux, Périphérie des pôles ruraux, Rural isolé.

Les femmes âgées de 20 ans et mères en 2008 sont les plus nombreuses : elles représentent 41,2 % de l'ensemble des mères de moins de 21 ans en 2008. Viennent ensuite les mères âgées de 19 ans dans trois cas sur dix (29,1 %) et celles âgées de 18 ans dans 17,5 % des cas. **Les mères mineures en 2008 représentent 12,2 % des naissances parmi les femmes de moins de 21 ans.**

Tableau 2. Âge des mères de moins de 21 ans ayant eu un enfant en 2008 (en %)

	15 ans et moins	16 ans	17 ans	Mères mineures	18 ans	19 ans	20 ans
Aude	0,9	4,4	7,5	12,8	13,7	31,4	42,0
Gard	1,0	2,1	7,2	10,3	20,3	27,2	42,3
Hérault	1,7	3,3	7,4	12,4	16,6	29,0	42,0
Lozère	0,0	4,8	9,5	14,3	19,0	33,3	33,3
Pyrénées-Orientales	1,0	3,6	9,1	13,7	18,6	29,6	38,1
TOTAL	1,2	3,2	7,7	12,2	17,5	29,1	41,2

Pas de différence observée entre les départements

Source : État civil 2008

La proportion de mères à moins de 21 ans par tranche d'âge (<15 ans, 15-17 ans et 18-20 ans) reste stable chaque année pour la période étudiée. Le taux de mères mineures se situe autour de 0,7 % de l'ensemble des naissances domiciliées dans le Languedoc-Roussillon sur la période 2000 à 2008.

Concernant le rang de l'enfant né avant les 21 ans de la mère en 2008, 92,9 % sont des aînés, 6,2 % des seconds et 0,9 % sont nés en troisième position ou plus.

Tableau 3. Rang de naissance selon le département pour une naissance 2008 avec une mère ayant moins de 21 ans

	Aude		Gard		Hérault		Lozère		Pyrénées-Orientales		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 ^{er}	197	87,2	352	90,3	544	94,0	15	71,4	307	100,0	1 415	92,9
2e	26	11,5	33	8,5	30	5,2	6	28,6	0	0,0	95	6,2
3e	3	1,3	5	1,3	5	0,9	0	0,0	0	0,0	13	0,9
TOTAL	226	100,0	390	100,0	579	100,0	21	100,0	307	100,0	1 523	100,0

Source : État civil 2008

L'évolution du rang de l'enfant des années 2000 à 2008 montre une tendance vers l'augmentation du nombre d'aînés parmi ces enfants de mères ayant moins de 21 ans : la proportion d'aîné est passée de 90,8 % en 2000 à 92,9 % en 2008.

Tableau 4. Rang de naissance selon l'année de naissance avec une mère ayant moins de 21 ans (en %)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
1 ^{er}	90,8	89,9	92,4	92,9	92,5	93,3	93,0	93,6	92,9	92,4
2e	8,2	8,3	6,6	6,6	6,7	6,4	6,5	5,7	6,2	6,8
3e	1,0	1,7	1,0	0,5	0,8	0,3	0,5	0,7	0,9	0,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : État civil 2000/2008

La proportion d'enfants nés hors mariage est significativement plus élevée chez les femmes mères à moins de 21 ans que parmi l'ensemble des mères (81,0 % contre 50,2 %).

En 2008, dans près de huit cas sur dix (79,6 %), le père est plus âgé (21 ans ou plus) que la mère de moins de 21 ans. Dans près de la moitié des cas (44,6 %), les pères des enfants nés de mères de moins de 21 ans sont âgés entre 21 et 24 ans. Dans moins d'un quart des cas (23,0 %), ils sont âgés entre 25 et 29 ans et 19 % âgés entre 18 et 20 ans. Un père sur dix (12,0 %) a 30 ans et plus. **Enfin, la proportion de pères mineurs s'élève à 1,4 %.**

Tableau 5. Âge du père pour les naissances en 2008 de mères ayant moins de 21 ans (en %)

	Père mineur	18-20 ans	21-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35 ans et plus	TOTAL
Aude	1,8	18,6	45,1	24,3	4,9	5,3	100,0
Gard	0,8	18,2	44,4	23,1	9,0	4,6	100,0
Hérault	1,9	17,1	44,4	23,0	9,5	4,1	100,0
Lozère	0,0	19,0	33,3	42,9	0,0	4,8	100,0
Pyrénées-Orientales	1,3	23,8	45,9	20,5	4,2	4,2	100,0
TOTAL	1,4	19,0	44,6	23,0	7,5	4,5	100,0

Source : État civil 2008

La distribution de l'âge des pères pour ces enfants nés de mères de moins de 21 ans n'a pas évoluée dans le temps et reste stable entre 2000 et 2008.

Tableau 6. Évolution de l'âge du père pour les naissances de mères ayant moins de 21 ans (en %)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
Pères mineurs	1,5	1,1	0,6	1,6	1,0	1,0	1,5	0,9	1,4	1,2
18-20 ans	18,1	19,2	17,7	17,2	19,0	20,1	19,0	20,1	19,0	18,9
21-24 ans	47,7	48,1	46,6	47,7	47,2	45,6	44,7	46,3	44,6	46,5
25-29 ans	22,0	19,1	21,9	20,5	20,4	19,9	21,8	20,3	23,0	21,0
30-34 ans	7,3	8,8	9,0	8,6	7,9	8,3	8,8	8,0	7,5	8,3
35 ans et plus	3,4	3,6	4,3	4,4	4,6	5,0	4,1	4,4	4,5	4,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : État civil 2000/2008

Toute génération confondue, **l'enfant né d'une mère âgée de moins de 21 ans est non reconnu par son père dans près un quart des cas (26,1 %)**. Ce taux est quatre fois supérieur à celui retrouvé chez les mères âgées de 21 ans ou plus (6,3 %).

Tableau 7. Reconnaissance par le père pour les naissances de mères ayant moins de 21 ans (en %)

	Père mineur	18-20 ans	21-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35 ans et plus	TOTAL
Enfant non reconnu	35,0	40,2	38,4	0,6	1,5	1,1	26,1
Enfant reconnu	65,0	59,8	61,6	99,4	98,5	98,9	73,9
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : État civil 2000/2008

Dans le département des Pyrénées-Orientales, ce taux de non reconnaissance atteint des valeurs plus élevées (36,8 %). **L'évolution de la reconnaissance de l'enfant entre 2000 et 2008 montre une augmentation de celle-ci au cours du temps avec une progression de 69,9 % en 2000 à 78,5 % en 2008.**

L'analyse de la reconnaissance de l'enfant en fonction de l'âge du père permet de mettre en évidence des différences. **Les pères mineurs reconnaissent plus souvent leur enfant que les pères âgés entre 18 et 24 ans (65,0 % contre 61,1 %).** Les pères âgés de 25 ans et plus reconnaissent quasiment systématiquement (99,1 %) leur enfant né de mère âgée de moins de 21 ans.

Les catégories socioprofessionnelles n'ont pu être étudiées dans le fichier d'état civil en raison d'une proportion importante de **catégories socioprofessionnelles inconnues** chez les mères à moins de 21 ans et le père de leur enfant : toute génération confondue, on retrouve respectivement **88,2 % de CSP inconnue pour la mère et 52,0 % pour le père.**

En Languedoc-Roussillon, l'ensemble des villes de plus de 40 000 habitants (hors Montpellier) se distingue des autres villes par un taux supérieur de mères à moins de 21 ans parmi l'ensemble des naissances domiciliées toute génération confondue. Les villes de Perpignan et de Béziers sont les villes recensant le taux le plus élevé de maternités précoces : respectivement 10,2 % et 9,5 % en moyenne sur les années 2000 à 2008.

La proportion de mères mineures toute génération confondue est plus élevée dans les villes de 40 000 habitants ou plus que dans les autres villes (en moyenne 14,6 % contre 12,3 % pour le reste de la région). En revanche, les mères à 20 ans sont plus nombreuses dans les villes de moins de 40 000 habitants (41,5 %) que dans les 8 grandes villes présentées (en moyenne : 39,0 %).

Tableau 8. Proportion des mères à moins de 21 ans selon les villes de plus de 40 000 habitants sur l'ensemble des naissances domiciliées (en %)

	15 ans ou moins	16 ans	17 ans	Mères mineures	18 ans	19 ans	20 ans	TOTAL
Montpellier	1,9	4,8	9,7	16,3	15,2	28,7	39,8	100,0
Nîmes	1,2	3,1	8,8	13,1	17,0	31,5	38,4	100,0
Perpignan	1,8	4,6	10,3	16,6	19,5	27,7	36,1	100,0
Narbonne	2,4	4,5	9,0	15,9	18,5	28,9	36,7	100,0
Béziers	1,8	3,8	7,6	13,3	17,7	27,1	41,9	100,0
Carcassonne	0,3	3,5	9,8	13,6	14,1	30,0	42,3	100,0
Sète	0,7	1,0	7,1	8,8	16,9	36,3	38,0	100,0
Alès	0,6	1,2	9,4	11,2	20,5	25,4	42,9	100,0
Reste de la région	1,6	3,5	7,2	12,3	17,4	28,8	41,5	100,0

Source : État civil 2000/2008

La proportion de pères âgés entre 30 et 34 ans est plus élevée dans les villes de 40 000 habitants ou plus que dans les autres villes (9,3 % contre 7,2 %). En revanche, celle de pères âgés entre 21 et 24 ans est moins élevée dans ces villes que dans les autres (45,4 % dans les villes de 40 000 habitants ou plus contre 47,5 % dans les autres).

Tableau 9. Age des pères d'enfants nés de mères à moins de 21 ans selon les agglomérations de + de 40 000 habitants (en %)

		Père mineur	18-20 ans	21-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35 ans et plus	TOTAL
Aude	Carcassonne	0,0	14,8	37,0	35,2	5,6	7,4	100,0
	Narbonne	2,2	20,0	37,8	28,9	4,4	6,7	100,0
	TOTAL	1,0	17,2	37,4	32,3	5,1	7,1	100,0
Gard	Alès	0,0	34,4	37,5	21,9	0,0	6,3	100,0
	Nîmes	0,0	17,1	38,7	20,7	14,4	9,0	100,0
	TOTAL	0,0	21,0	38,5	21,0	11,2	7,1	100,0
Hérault	Béziers	2,9	17,6	43,1	25,5	7,8	2,9	100,0
	Montpellier	1,1	18,6	37,2	25,0	13,8	4,3	100,0
	Sète	0,0	8,6	51,4	17,1	11,4	11,4	100,0
	TOTAL	1,5	17,2	40,6	24,3	11,7	4,6	100,0
Pyrénées-Orientales	Perpignan	2,1	25,0	46,5	19,4	4,2	2,8	100,0
	TOTAL	2,1	25,0	46,5	19,4	4,2	2,8	100,0

Source : État civil 2000/2008

1.2 Analyse des données issues des Caf

En comparant les données du fichier des allocataires de la Caf au 31/12/2008 à celles du registre d'état civil en 2008, les femmes âgées de moins de 21 ans, ayant accouché en 2008 et allocataires Caf correspondent à 71,9 % de l'ensemble des jeunes femmes du même âge et mère à moins de 21 ans en 2008.

Tableau 10. Mères de moins de 21 ans en âge révolu ayant accouché en 2008

En 2008	Fichier Caf n	Fichier Insee n	Représentativité du régime général %
Aude	161	226	71,2
Gard	265	390	67,9
Hérault	417	579	72,0
Lozère	13	21	61,9
Pyrénées-Orientales	239	307	77,9
Languedoc-Roussillon	1 095	1 523	71,9

Sources : Caf - État civil

En Languedoc-Roussillon, quel que soit le département, en 2008, les mères âgées de 20 ans en âge révolu sont les plus nombreuses, elles représentent 45,1 % des mères ayant moins de 21 ans et ayant accouché en 2008, suivies de celles âgées de 19 ans (28,8 %), de 18 ans (16,2 %) et enfin des mineures (9,9 %).

Tableau 11. Répartition des mères de moins de 21 ans selon leur âge (âge révolu) à la naissance de l'enfant (nés en 2008)

	Aude		Gard		Béziers		Montpellier		Lozère		Pyrénées-Orientales		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
16 ans ou moins	5	3,1	7	2,6	6	3,7	6	2,4	1	7,7	8	3,3	33	3,0
17 ans	17	10,6	16	6,0	8	4,9	18	7,1	0	0,0	17	7,1	76	6,9
Mères mineures	22	13,7	23	8,6	14	8,6	24	9,5	1	7,7	25	10,4	109	9,9
18 ans	19	11,8	43	16,2	27	16,6	39	15,4	3	23,1	46	19,2	177	16,2
19 ans	45	28,0	94	35,5	41	25,2	69	27,2	4	30,8	62	25,9	315	28,8
20 ans	75	46,6	105	39,6	81	49,7	122	48,0	5	38,5	106	44,4	494	45,1
Ensemble des moins de 21 ans ayant accouché en 2008	161	100,0	265	100,0	163	100,0	254	100,0	13	100,0	239	100,0	1 095	100,0

Source : Caf

Toutes générations confondues, près de la moitié des mères à moins de 21 ans (47,4 %) est isolée. Par ailleurs, les mères à moins de 21 ans sont significativement moins souvent en couple que l'ensemble des allocataires avec enfant (52,6 % versus 66,8 %).

Tableau 12. Situation familiale des mères à moins de 21 ans toutes générations confondues

Caf	TOTAL (n)	En couple (%)	Isolée (%)
Aude	1 175	61,2	38,8
Gard	2 162	53,5	46,5
Béziers	1 128	54,1	45,9
Montpellier	1 941	53,7	46,3
Lozère	112	72,3	27,7
Pyrénées-Orientales	1 667	41,8	58,2
Languedoc-Roussillon	8 185	52,6	47,4

Source : Caf

Dans les départements du Gard, de l'Hérault et des Pyrénées-Orientales, les mères à moins de 21 ans en 2004-2005 sont plus nombreuses à être seules avec leur(s) enfant(s) que celles de 2007-2008.

Tableau 13. Mères à moins de 21 ans et isolement selon la génération et le département (en %)

	Nés en 2008-07	Nés en 2005-04	Nés en 1996-95	p
Aude	38,4	39,7	38,3	ns
Gard	46,9	54,0	38,2	<0,001
Hérault	48,5	49,7	40,4	<0,001
Lozère	17,9	33,3	32,5	ns
Pyrénées-Orientales	60,1	62,3	51,2	0,001
Languedoc-Roussillon	48,6	51,9	41,4	<0,001

Source : Caf

Concernant leur situation économique, près de huit femmes mères à moins de 21 ans sur dix vivent en-dessous du seuil de pauvreté (79,1 %), c'est à dire avec un revenu par unité de consommation (Ruc) inférieur à 949 euros par mois. Notons que 5,2 % des données sont manquantes sur les ressources.

Tableau 14. Situation économique par Ruc des mères à moins de 21 ans toute génération confondue selon le seuil de précarité (949 €) (en %)

Caf	RUC < 949 €	RUC ≥ 949 €	TOTAL
Aude	79,6	20,4	100,0
Gard	78,3	21,7	100,0
Béziers	82,6	17,4	100,0
Montpellier	77,1	22,9	100,0
Lozère	61,4	38,6	100,0
Pyrénées-Orientales	81,0	19,0	100,0
Languedoc-Roussillon	79,1	20,9	100,0

Source : Caf

En comparant au niveau régional les trois groupes générationnels de femmes, la proportion de femmes mères à moins de 21 ans en-dessous du seuil de pauvreté est plus élevée parmi les jeunes mères (enfants nés en 2008-2007) que parmi les femmes plus âgées (enfants nés en 1995-1996) : 85,4 % contre 67,8 %. Cette différence inter-génération est aussi observée au sein de chaque département à l'exception de la Lozère où la différence n'est pas statistiquement significative.

Deux tiers de l'ensemble des mères à moins de 21 ans, allocataires Caf, ont un revenu par unité de consommation compris entre 500 et 999 euros par mois. Elles sont plus nombreuses à être dans cette situation économique très précaire que l'ensemble des allocataires Caf (34,4 %).

Les femmes mères à moins de 21 ans allocataires de la Caf de Montpellier sont plus nombreuses à vivre avec un Ruc inférieur à 500 € par mois que celles de l'ensemble des autres allocataires Caf (17,9 % contre 15,5 %). En revanche, en Lozère, elles sont beaucoup moins nombreuses (8,9 % contre 15,5 %).

Tableau 15. Situation économique par Ruc détaillé des mères à moins de 21 ans toute génération confondue (en %)

	0 à 499 €	500 à 999 €	1 000 à 1 499 €	1 500 à 1 999 €	≥ 2 000 €	Indéterminé	TOTAL
Aude	13,4	64,9	15,3	1,3	0,6	4,5	100,0
Gard	15,3	62,2	14,2	2,4	0,4	5,5	100,0
Béziers	14,3	66,8	11,8	2,0	0,2	5,0	100,0
Montpellier	17,9	58,7	14,6	2,3	0,4	6,1	100,0
Lozère	8,9	49,1	25,0	5,4	1,8	9,8	100,0
Pyrénées-Orientales	15,6	65,0	13,5	1,9	0,1	4,0	100,0
Languedoc-Roussillon	15,5	62,8	14,1	2,1	0,3	5,2	100,0
Ensemble des allocataires	10,7	34,4	19,5	6,0	3,1	26,3	100,0

Source : Caf

Lorsqu'on compare la proportion des tranches les plus précaires (Ruc < à 1 000 €) des mères avant 21 ans avec les mêmes tranches pour la population d'ensemble des allocataires Caf du Languedoc-Roussillon en 2008, on observe une différence de 5 points pour le Ruc « 0-499 € » et une différence de 28 points pour le Ruc « 500 à 999 €, » au détriment des mères avant 21 ans : **pour ces deux dernières tranches ce sont près de 8 mères précoces sur 10 (78,3 %) que l'on retrouve dans cette tranche précaire contre moins d'un allocataire sur deux (45,1 %).**

Les femmes mères à moins de 21 ans, toute génération confondue, perçoivent plus souvent des aides de la Caf (hors allocation adulte handicapé) que l'ensemble des allocataires.

En effet, elles sont en proportion beaucoup plus nombreuses que l'ensemble des allocataires à percevoir (en 2008) :

- une allocation pour parent isolé (API) (25,4 % contre 2,3 %),
- un revenu minimum d'insertion (RMI) (24,1 % contre 14,4 %),
- une prestation de base d'accueil du jeune enfant (Paje Base) (59,6 % contre 14,7 %),
- des aides au logement (74,3 % contre 63,0 %),
- des allocations familiales (55,7 % contre 34,5 %).

En revanche, elles sont moins nombreuses à percevoir l'allocation aux adultes handicapés (1,4 % contre 8,1 %).

Tableau 16. Allocations perçues par les mères à moins de 21 ans (toute génération confondue) (en %)

	Mères de moins de 21 ans	Ensemble des allocataires	p
Allocations familiales	55,7	34,5	< 0,001
Complément familial	11,7	6,1	< 0,001
API	25,4	2,3	< 0,001
RMI	24,1	14,4	< 0,001
AAH	1,4	8,1	< 0,001
AEEH	1,8	1,2	< 0,001
Paje allocation de base	59,6	14,7	< 0,001
Complément d'activité Paje	4,8	4,2	0,005
Aide au logement	74,3	63,0	< 0,001

Source : Caf

Des différences existent entre générations. Les femmes mères à moins de 21 ans en 1995-1996 sont plus nombreuses à percevoir des allocations familiales, un complément familial, le RMI, l'AAH, l'AEEH, le complément d'activité Paje et l'aide au logement que celles mères en 2007-2008. Par contre, celles-ci perçoivent plus souvent l'API et la Paje allocation de base.

Tableau 17. Allocations perçues par les mères à moins de 21 ans par génération (en %)

	1995-1996	2004-2005	2007-2008	p	Ensemble des allocataires
Allocations familiales	90,3	60,7	18,9	< 0,001	34,5
Complément familial	34,9	1,4	0,0	< 0,001	6,1
API	8,1	22,0	44,5	< 0,001	2,3
RMI	23,9	33,0	15,7	< 0,001	14,4
AAH	2,2	1,1	1,0	0,001	8,1
AEEH	4,1	1,1	0,3	< 0,001	1,2
Paje allocation de base	26,6	49,8	99,4	< 0,001	14,7
Complément d'activité Paje	7,0	6,1	1,6	< 0,001	4,2
Aide au logement	76,5	81,8	65,3	< 0,001	63,0

Source : Caf

En Languedoc-Roussillon, près de trois mères à moins de 21 ans sur dix (29,6 %) sont inactives ou ont une activité professionnelle inconnue.

Parmi celles dont leur situation professionnelle est connue, près des deux tiers (63,2 %) ont une activité salariée et 21,4 % sont au chômage. Viennent ensuite les étudiantes 11,2 %, les travailleurs indépendants 3,5 % et celles qui sont en longue maladie ou handicapées 0,7 %.

Tableau 18. Situation professionnelle des mères à moins de 21 ans (toute génération confondue) (en %)

	Activité salariée	Chômage	ETI/travailleur indépendant	Élève étudiant	Handicap/longue maladie	Données renseignées
Aude	64,6	21,4	2,6	11,0	0,3	26,2
Gard	65,8	19,4	2,5	11,6	0,7	31,2
Béziers	55,8	30,1	4,2	9,3	0,6	27,7
Montpellier	64,0	19,0	3,2	12,8	1,0	31,7
Lozère	81,6	8,2	0,0	10,2	0,0	43,7
Pyrénées-Orientales	60,7	23,1	5,0	10,6	0,6	27,8
TOTAL	63,2	21,4	3,3	11,3	0,7	29,6

Source : Caf

Des différences existent entre générations. Une meilleure connaissance de l'activité professionnelle est observée pour la génération plus âgée (enfant né en 1995-1996) : 40,3 % contre 23,9 % pour la génération de femmes plus jeunes (enfant né en 2007-2008). Parmi celles ayant leur situation professionnelle connue, la génération plus âgée est plus souvent en activité salariée que celle plus jeune (73,2 % contre 50,8 %). En revanche, la génération plus jeune est plus souvent étudiante (31,1 % contre 0,4 % pour la génération 1995-1996).

Tableau 19. Situation professionnelle des mères à moins de 21 ans (génération 1995-1996) (en %)

	Activité salariée	Chômage	ETI/travailleur indépendant	Élève étudiant	Handicap/longue maladie	Données renseignées
Aude	72,3	24,1	2,9	0,0	0,7	37,7
Gard	78,8	17,0	2,5	0,0	1,8	40,1
Béziers	60,4	29,5	9,4	0,0	0,7	39,6
Montpellier	76,1	15,3	5,6	1,5	1,5	40,0
Lozère	95,8	4,2	0,0	0,0	0,0	60,0
Pyrénées-Orientales	68,1	22,1	8,8	0,0	1,0	41,6
TOTAL	73,2	19,8	5,4	0,4	1,2	40,3

Source : Caf

Tableau 20. Situation professionnelle des mères à moins de 21 ans (génération 2004-2005) (en %)

	Activité salariée	Chômage	ETI/travailleur indépendant	Élève étudiant	Handicap/longue maladie	Données renseignées
Aude	70,5	22,7	3,4	3,4	0,0	22,4
Gard	60,3	27,9	3,4	8,3	0,0	27,8
Béziers	55,4	38,6	0,0	4,8	1,2	22,3
Montpellier	56,9	27,6	2,3	12,6	0,6	29,0
Lozère	90,0	10,0	0,0	0,0	0,0	30,3
Pyrénées-Orientales	58,6	28,0	3,1	9,4	0,8	21,8
TOTAL	60,3	28,2	2,6	8,4	0,4	25,3

Source : Caf

Tableau 21. Situation professionnelle des mères à moins de 21 ans (génération 2007-2008) (en %)

	Activité salariée	Chômage	ETI/travailleur indépendant	Élève étudiant	Handicap/longue maladie	Données renseignées
Aude	45,8	15,7	1,2	37,3	0,0	19,8
Gard	52,1	13,8	1,6	32,4	0,0	26,0
Béziers	48,9	23,3	0,0	27,8	0,0	22,3
Montpellier	52,3	16,1	0,6	30,5	0,6	26,0
Lozère	53,3	13,3	0,0	33,3	0,0	38,5
Pyrénées-Orientales	51,1	19,8	0,8	28,2	0,0	22,2
TOTAL	50,8	17,0	0,9	31,1	0,0	23,9

Source : Caf

Pour 84,4 % des femmes mères à moins de 21 ans, c'était leur premier enfant. Puis, plus d'un enfant sur dix né d'une femme avant 21 ans (13,9 %) est second d'une fratrie et 1,6 % sont nés en troisième position ou plus. C'est dans l'Aude que l'on retrouve le plus fort taux d'enfants nés en deuxième ou troisième position (18,3 %) par rapport à la proportion régionale.

Tableau 22. Rang de l'enfant des mères à moins de 21 ans (toute génération confondue) (en %)

	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant et +	TOTAL
Aude	81,7	16,4	1,9	100,0
Gard	84,6	13,6	1,8	100,0
Béziers	86,2	12,4	1,4	100,0
Montpellier	85,6	13,2	1,3	100,0
Lozère	86,6	13,4	0,0	100,0
Pyrénées-Orientales	83,3	14,5	2,2	100,0
Languedoc-Roussillon	84,4	13,9	1,6	100,0

Source : Caf

2. Enquête en population

2.1 Méthode

L'enquête postale sans relance

À partir du fichier des allocataires ou épouses d'allocataires, nous avons demandé à chaque Caf d'adresser une lettre et le questionnaire d'enquête à l'attention de « Madame » répondant aux critères d'inclusion : allocataire ou épouse d'allocataire ayant eu un enfant alors qu'elle était âgée de moins de 21 ans et que cet enfant est né en 1995 ou 1996, 2004 ou 2005 et 2007 ou 2008. Compte tenu des changements d'adresse et des radiations, le fichier d'allocataires final (7 420 allocataires) était numériquement inférieur à la base de sondage analysée au 31 décembre 2008 (8 185).

Accompagné d'une enveloppe T pré adressée à l'ORS pour le retour du questionnaire anonyme⁶, le questionnaire a été envoyé à partir du 8 février 2010, selon un rythme et une organisation propre à chaque caisse. La date limite de retour était fixée au 3 avril 2010. En réalité, nous avons clos le fichier de saisie le 30 avril avec 1 179 questionnaires retournés. Parvenus au-delà de ce délai, une dizaine de questionnaires n'ont pu être intégrés.

Après saisie, une phase de contrôle des critères d'inclusion à l'enquête nous a amené à retirer de l'échantillon 24 questionnaires pour lesquels la grossesse avait été vécue hors de France (rendant donc toute information sur les dispositifs et aides inutilisable), 83 questionnaires pour lesquels les informations ne correspondaient pas à un enfant né l'une des 6 années sélectionnées et enfin 5 mères allocataires qui avaient 21 ans révolu à la naissance de l'enfant pour lequel elles ont renseigné le questionnaire.

Le fichier d'analyse final est donc constitué de 1 067 questionnaires soit un taux de participation de 14,4 % pour une enquête postale sans relance, avec un questionnaire de 7 pages présentant 87 items fermés ou semi ouverts.

Une procédure de pondération avec calage sur les marges a été utilisée afin que les effectifs observés soient sensiblement comparables aux effectifs attendus. **Trois critères ont été retenus pour la pondération** selon que leur distribution présentait une différence statistiquement significative entre la base de sondage et l'échantillon enquêté. Il s'agit du **lieu de résidence (6 territoires des Caf), de l'âge de la mère (dichotomisé en mère mineure versus mère majeure), la situation familiale (vie seule versus vie en couple)**. La distribution des poids va de 0,5 à 2 (cf. tableau suivant). Pour les valeurs manquantes sur les variables de pondération (n=31), nous avons affecté un poids de 1.

Les résultats descriptifs qui suivent ainsi que les tris croisés sont donc effectués sur des données pondérées.

⁶ Sur le questionnaire ne figure pas le jour de naissance de la mère (seulement le mois et l'année) ni la commune de domicile (seulement la caisse d'affiliation).

Tableau 23. Pondération de l'échantillon des mères

		Population	Enquêtés	Poids
1- Aude	Mineures isolées	48	11	0,5528
2- Aude	Mineures couples	81	9	1,1401
3- Aude	Majeures isolées	408	42	1,2306
4- Aude	Majeures couples	638	99	0,8164
5- Gard	Mineures isolées	118	16	0,9343
6- Gard	Mineures couples	79	13	0,7698
7- Gard	Majeures isolées	887	99	1,1350
8- Gard	Majeures couples	1 078	160	0,8535
9- Béziers	Mineures isolées	51	8	0,8076
10- Béziers	Mineures couples	47	10	0,5954
11- Béziers	Majeures isolées	467	39	1,5169
12- Béziers	Majeurs couples	563	68	1,0488
13- Montpellier	Mineures isolées	100	15	0,8445
14- Montpellier	Mineures couples	80	12	0,8445
15- Montpellier	Majeures isolées	799	102	0,9923
16- Montpellier	Majeures couples	962	117	1,0416
17- Lozère	Mineures isolées	0	0	
18- Lozère	Mineures couples	7	1	0,8868
19- Lozère	Majeures isolées	24	4	0,7601
20- Lozère	Majeures couples	74	18	0,5208
21- Pyrénées-Orientales	Mineures isolées	101	14	0,9139
22- Pyrénées-Orientales	Mineures couples	53	7	0,9592
23- Pyrénées-Orientales	Majeures isolées	870	58	1,9002
24- Pyrénées-Orientales	Majeures couples	643	114	0,7145
TOTAL		8 178	1 036	

Source : ORS – POSS 2010

2.2 Description de la population

Conformément à la distribution du phénomène des maternités précoces sur le territoire régional, le département de l'Hérault couvre à lui seul avec les deux caisses de Montpellier et Béziers plus du tiers de la population des enquêtées : 37,5 % pour le département se répartissent en 23,6 % pour la caisse de Montpellier et 13,9 % pour la caisse de Béziers. Plus d'une mère précoce sur quatre est allocataire de la caisse du Gard (26,2 %). Un cinquième des maternités précoces qui relèvent du régime général sont allocataires de la caisse des Pyrénées-Orientales (20,4 %) et 14,6 % de Béziers. La Lozère (1,2 %) est le département qui regroupe le moins de mères enquêtées de la région.

Tableau 24. Participation par territoire

Caf	n	%
Aude	156	14,6
Gard	280	26,2
Béziers	148	13,9
Montpellier	252	23,6
Lozère	13	1,2
Pyrénées-Orientales	218	20,4
TOTAL	1 067	100,0

Source : ORS – POSS 2010

Se basant sur la déclaration des enquêtées (aucune information sur la commune de domicile n'étant collectée pour maintenir l'anonymat des répondantes), 50,3 % des allocataires déclarent vivre dans une commune rurale et 49,7 % dans une commune urbaine ; dans 150 questionnaires l'information est manquante (14,1 %).

Les trois groupes de mères se distribuent de manière assez équilibrée avec une légère sur représentation des mères qui l'ont été le plus récemment c'est-à-dire en 2007 ou 2008.

Tableau 25. Répartition de mères selon l'année de naissance de l'enfant

	n	%
Né 1995-1996	313	29,3
Né 2004-2005	339	31,8
Né 2007-2008	416	39,0
TOTAL	1 067	100,0

Source : ORS – POSS 2010

2.3 Situation de l'allocataire au moment de l'enquête

Au moment de l'enquête (1^{er} trimestre 2010), les 3 « générations » de mères indiquent le niveau d'études qu'elles ont atteint à cette date. Cette information est très bien renseignée (1,2 % seulement de valeurs manquantes) ce qui n'est pas le cas pour le niveau d'études atteint au moment de la grossesse considérée (66,3 % de valeurs manquantes). Nous les indiquons à côté pour mémoire.

Lorsque nous les interrogeons en 2010, près d'un tiers de ces mères, qui l'ont été précocement, sont sans qualification (31,2 % avec un niveau V bis et VI), moins de la moitié à un niveau V de qualification (41,2 %), près d'une sur cinq a le niveau bac (19,4 % avec niveau IV) et les niveaux supérieurs au bac sont atteints par moins d'une mère sur dix (7,4 %).

Tableau 26. Niveau d'études des mères au moment de l'enquête / et au moment de la grossesse à moins de 21 ans

	En 2010		Au moment de la grossesse	
	Effectifs (n)	%	Effectifs (n)	%
Sans qualification (niveau Vbis et VI)	329	31,2	73	20,4
CAP-BEP (niveau V)	439	41,2	117	32,5
BAC (niveau IV)	207	19,4	95	26,3
Supérieur au bac (Niveau I à III)	79	7,4	58	16,3
Indéterminé	-	-	16	4,5
TOTAL	1 054	100,0	359	100,0

Nr 2010 = 13 (1,2 %) ; nr au moment de la grossesse = 708 (66,3 %)

Source : ORS – POSS 2010

Les informations relatives à la nationalité ont été regroupées dans le tableau suivant en cinq catégories. Neuf enquêtées sur dix sont françaises de naissance et 3,8 % par acquisition. Les ressortissantes d'un des trois pays d'Afrique du Nord, ainsi que les autres Européennes représentent des minorités dans notre échantillon (respectivement 2,8 % et 1,9 %). Les allocataires étrangères d'un autre pays sont au nombre de 13 (1,2 %). Aucune information n'est manquante à cette question. Toutefois, on peut d'ores et déjà faire l'hypothèse que la taille du questionnaire et la nécessité de maîtriser la langue française pour comprendre les questions a sans aucun doute introduit un biais dans le recrutement des enquêtées. La question relative au pays de naissance indique que 4,5 % des mères sont nées au Maghreb, 2 % dans un pays de l'Union européenne et 3,1 % dans un autre pays. Parmi toutes les autres mères nées en France, quatre mères sont nées en outre-mer.

Tableau 27. Nationalité des mères

	n	%
Française de naissance	965	90,4
Française par acquisition	40	3,8
Maghrébine	29	2,8
Européenne	20	1,9
Autre nationalité	13	1,2
TOTAL	1 067	100,0

Nr = 0

Source : ORS – POSS 2010

La situation conjugale déclarée par les enquêtées au moment de l'enquête montre que 52,6 % vivent en couple et 47,4 % vivent seules. 1 065 allocataires répondent à cette question. 1 054 d'entre elles donnent des détails sur leur situation et en particulier pour celles qui sont seules : séparation et divorce sont le fait d'un cinquième de l'effectif et 28 % se déclarent célibataires.

Tableau 28. Situation conjugale au moment de l'enquête

	n	%
Mariée, pacsée, vie en couple	549	52,1
Séparée	159	15,1
Divorcée	50	4,8
Célibataire	295	28,0
TOTAL	1 054	100,0

Nr = 13 (1,2 %)

Source : ORS – POSS 2010

L'information sur le nombre d'enfants est disponible pour toutes les allocataires enquêtées excepté une. La taille des familles (il s'agit uniquement des enfants pour lesquels la répondante est la mère biologique ; la question étant : « combien d'enfants avez-vous eu ? ») est comprise entre 1 et 7 enfants : pour près de la moitié de l'échantillon, il s'agit d'un enfant unique (47,5 %), pour un tiers de deux enfants (35,9 %), une enquêtée sur dix déclare avoir eu 3 enfants (11,5 %) et 5 % des enquêtées ont eu 4 enfants ou plus. Parmi ces 1 066 répondantes, seulement 1,3 % d'entre elles, soit 14 mères, déclarent que leurs enfants ne vivent pas tous avec elles sans qu'on en connaisse le motif.

La situation en termes d'activité professionnelle est une variable très bien renseignée (seules 5 allocataires n'y ont pas répondu) : à peine un tiers est en activité (31,5 %) et presque autant à la recherche d'un emploi (28,1 %). Plus d'une femme sur quatre se déclare au foyer (27,1 %) et 6,5 % y sont de fait mais en congé parental ou en congé maternité. 67 mères soit 6,3 % de l'échantillon sont en formation au moment de l'enquête et 0,5 % en invalidité.

Tableau 29. Activité professionnelle au moment de l'enquête

	n	%
En activité professionnelle	335	31,5
À la recherche d'un emploi	299	28,1
En formation	67	6,3
Femme au foyer	287	27,1
En congé parental	53	5,0
En congé maternité	16	1,5
En invalidité	5	0,5
TOTAL	1 062	100,0

Nr = 5 (0,5 %)

Source : ORS – POSS 2010

La question relative à leur profession au moment de l'enquête ou la dernière exercée présente un plus grand nombre de valeurs manquantes (près de 10 %). Les employées sont les plus nombreuses (62,2 %) suivies des ouvrières (7,5 %) et des professions intermédiaires (6,1 %). Quand bien même il ne s'agit pas d'une catégorie professionnelle, nous avons dû retenir la réponse « sans emploi » donnée par 21,2 % des répondantes. Les autres catégories professionnelles sont très minoritaires avec l'existence dans l'échantillon d'allocataires du régime général de 3 agricultrices classées en exploitantes mais qui sont très certainement des conjointes salariées.

Tableau 30. Profession des mères au moment de l'enquête

	n	%
Agricultrice exploitante	3	0,4
Artisane, commerçante, chef d'entreprise	15	1,6
Cadre et profession intellectuelle supérieure	11	1,1
Profession intermédiaire	59	6,1
Employée	601	62,2
Ouvrière	73	7,5
Sans emploi	205	21,2
Sans objet	1	0,1
TOTAL	968	100,0

Nr = 101 (9,5 %)

Source : ORS – POSS 2010

2.4 Situation de l'allocataire au moment de la grossesse

Au moment de la naissance de leur enfant, 9,4 % des mères étaient mineures. L'information sur l'âge est indisponible pour 2,7 % d'entre elles. Le tableau suivant détaille les âges des mères enquêtées à la naissance de leur enfant. La majorité des mères qui l'ont été précocement avait 20 ans (42,7 %), un petit tiers avait 19 ans (30,6 %) et une sur six était dans l'année de sa majorité (17,2 %).

Tableau 31. Âge des mères à la naissance de l'enfant

	n	%
16 ans et moins	14	1,4
17 ans	83	8,0
18 ans	179	17,2
19 ans	318	30,6
20 ans	443	42,7
TOTAL	1 038	100,0

Nr = 29 (2,7 %)

Source : ORS – POSS 2010

On retrouve dans la littérature consacrée aux maternités précoces le thème de la transmission maternelle de l'âge au 1^{er} enfant. Interrogées sur l'âge qu'avait leur mère lors de leur première maternité, on observe que les enquêtées sont issues d'une famille où leur mère était elle aussi mineure dans 10,6 % des cas. La plus jeune était âgée de 14 ans et la plus âgée de 46 ans ; la moyenne des mères au 1^{er} enfant est de 21,5 ans (écart type 3,8) avec une médiane à 21 ans : la moitié des mères des allocataires enquêtées a donc eu son premier enfant avant 21 ans.

Interrogées sur leur rang dans leur famille d'origine, les enquêtées sont les aînées dans 41,9 % des cas et le nombre d'enfants total de la famille dont elles sont issues indique que les enfants uniques sont minoritaires (6,8 %), un quart ont un frère ou une sœur (24,7 %), un tiers est issu d'une famille de 3 enfants (31,1 %) et 37,4 % d'une famille de 4 enfants et plus (jusqu'à 12 enfants).

Tableau 32. Rang de la mère dans sa famille d'origine

	n	%
Aînée	424	41,9
2	286	28,2
3	164	16,2
4	66	6,5
5	39	3,9
6 ou plus (max 9)	34	3,3
TOTAL	1 014	100,0

Nr = 53 (5,0 %)

Source : ORS – POSS 2010

Tableau 33. Nombre d'enfants dans la famille maternelle

	n	%
Enfant unique	69	6,8
2	250	24,7
3	314	31,1
4	175	17,3
5	85	8,4
6 ou plus (max 12)	118	11,7
TOTAL	1 009	100,0

Nr = 58 (5,4 %)

Source : ORS – POSS 2010

Une question sur l'âge du père de l'enfant a été posée. Les informations recueillies montrent que le plus jeune père avait 15 ans et le plus âgé avait 52 ans (dans 46 questionnaires on ne dispose pas d'information sur l'âge du père à la naissance de l'enfant soit 4,3 % de l'échantillon). Pour les 1 021 dossiers complétés, la moyenne d'âge du père est de 24,2 ans avec un écart type de 4,8. Dans la moitié des maternités précoces, le père avait 23 ans ou moins.

Tableau 34. Âge des pères à la naissance de l'enfant

	n	%
16 ans et moins	8	0,8
17 ans	9	0,9
18 ans	29	2,8
19 ans	62	6,1
20-24 ans	524	51,3
25-29 ans	262	25,7
30-39 ans	114	11,2
40 ans et plus (max 52 ans)	13	1,3
TOTAL	1 021	100,0

Nr = 46 (4,3 %)

Source : ORS – POSS 2010

Quatre enfants sur cinq (81,0 %) nés d'une mère de moins de 21 ans ont été reconnus par leur père (moins de 2 % des données sont manquantes pour cette question de reconnaissance paternelle).

À l'annonce de la grossesse, 61,4 % des futures mères vivaient avec le père de l'enfant ; 38,6 % d'entre elles non (8 valeurs manquantes, soit 0,8 %).

Les situations conjugales des jeunes mères étaient les suivantes : 43,3 % vivaient en union libre, 16,0 % étaient mariés, 11,9 % déclarent qu'elles étaient séparées du père, 6,9 % qu'elles étaient célibataires et 21,8 % dans une autre situation (pour l'essentiel de ce groupe, il s'agit de couple sans vie commune).

Tableau 35. Situation du couple parental à la naissance de l'enfant

	n	%
Vie maritale, en couple, concubin	395	43,3
Mariés	145	16,0
Séparés	109	11,9
Flirt, rencontre d'un soir, mère célibataire	63	6,9
Autre situation	199	21,8
TOTAL	911	100,0

Nr = 156 (14,6 %)

Source : ORS – POSS 2010

La durée de l'union est questionnée : on apprend que **près de 40 % des couples parentaux vivent ensemble au moment de l'enquête quand plus d'un sur dix (13,8 %) n'a jamais vécu ensemble.**

Tableau 36. Vie commune du couple parental au moment de l'enquête

	n	%
Non	494	46,4
Oui	424	39,8
Jamais vécu ensemble	146	13,7
TOTAL	1 064	100,0

Nr = 3 (0,3 %)

Source : ORS – POSS 2010

Lorsqu'on entre dans le détail en croisant le type d'union au moment de la grossesse et la situation conjugale au moment de l'enquête, **on constate que près de 7 couples mariés sur 10 le sont toujours (69,4 %), la moitié des unions libres « résistent » (48,4 %) ; un 5^e des couples séparés au moment de la grossesse vivent à nouveau ensemble en 2010 et un tiers de ceux qui ne vivaient pas ensemble à l'annonce de la grossesse mais sortaient ensemble vivent en 2010 sous le même toit (30,3 %), enfin près d'une mère sur dix qui avait déclaré que sa grossesse était survenue suite à un flirt ou une rencontre récente, vit aujourd'hui avec le père de son enfant (7,8 %).**

Tableau 37. Vie commune en 2010 selon la situation conjugale à la naissance de l'enfant (en %)

	Non	Oui	Jamais vécu ensemble	TOTAL
Mariés	10,7	26,4	0,0	15,8
Séparés	13,4	6,1	25,8	12,0
Autre situation	20,7	15,8	44,2	21,8
Vie maritale, en couple, concubin	48,4	50,4	4,2	43,4
Flirt, rencontre d'un soir, mère célibataire	6,8	1,3	25,8	7,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : ORS – POSS 2010

Pour connaître la situation économique des mères enquêtées, nous disposons de plusieurs variables :

- ✓ pour les mères à l'école ou en formation, la classe ou l'année d'études au début de la grossesse,
- ✓ pour celles en emploi, le type de contrat de travail qu'elles avaient au début de la grossesse,
- ✓ la situation professionnelle du père de l'enfant et le montant de revenus disponibles pour vivre par mois (pour le couple ou la mère isolée).

Lors de la survenue de la grossesse, près du quart des enquêtées avait déjà cessé d'aller à l'école (24,2 %), un petit tiers était encore à l'école ou dans un établissement du supérieur (30,7 %), moins d'une sur dix en apprentissage (7,7 %), près du quart travaillait (24,0 %) et 7,4 % cherchaient un emploi.

Tableau 38. À l'annonce de la grossesse, situation scolaire ou professionnelle de la mère

	n	%
Vous étiez élève ou étudiante	327	30,7
Vous n'alliez déjà plus à l'école	257	24,2
Vous travailliez	255	24,0
Vous étiez en apprentissage	82	7,7
Vous étiez au chômage	78	7,4
Vous étiez femme au foyer	48	4,5
Vous étiez dans une autre situation	17	1,6
TOTAL	1 065	100,0

Nr = 2 (0,2 %)

Source : ORS – POSS 2010

Pour le tiers d'enquêtées qui précisent dans quelle classe elles étaient au début de la grossesse, on relève **7,5 % de collégiennes, 39,3 % de lycéennes (un quart de l'ensemble était en terminale), un tiers en filière préprofessionnelle CAP-BEP, et 16,2 % dans l'enseignement supérieur.**

Tableau 39. Classe fréquentée ou niveau d'études pour les mères scolarisées au moment de l'annonce de grossesse

		n	%	% par niveau
Collège	4 ^{ème}	5	1,5	7,5
	3 ^{ème}	22	6,0	
Lycée	Seconde	15	4,3	39,3
	1 ^{ère}	31	8,7	
	Terminale (yc bac pro)	95	26,3	
CAP – BEP	1 ^{ère} année CAP-BEP	73	20,3	32,6
	2 ^{ème} année CAP-BEP	44	12,2	
Études supérieures	1 ^{ère} année de fac ou équivalent	35	9,7	16,4
	2 ^{ème} année de fac ou équivalent	17	4,6	
	Bac + 3 ans	7	1,9	
	Indéterminé	16	4,5	
TOTAL		359	100,0	100,0

Source : ORS – POSS 2010

Pour le tiers qui déclare avoir été en emploi au début de leur grossesse, **plus de quatre sur dix étaient en contrat à durée déterminée, un tiers en contrat à durée indéterminée, un cinquième en apprentissage ou stagiaire.**

Tableau 40. Type de contrat pour les mères en activité au début de la grossesse

	n	%
CDD	143	41,6
CDI	110	32,1
Apprentie, stagiaire	73	21,4
Travailleur indépendant	10	3,0
Autre	7	1,9
TOTAL	344	100,0

Source : ORS – POSS 2010

Le père de l'enfant, compagnon de vie ou non de la mère, était majoritairement un actif au moment de la grossesse : dans six cas sur dix en emploi et dans un cas sur six à la recherche d'un emploi. Les pères élèves ou étudiants sont une minorité (6,1 %).

Tableau 41. Situation professionnelle du père de l'enfant au moment de la grossesse

	n	%
Il travaillait	665	64,1
Il était au chômage	158	15,3
Il était élève ou étudiant	63	6,1
Il n'allait plus à l'école	24	2,4
Il était dans une autre situation	37	3,6
Je ne sais pas	89	8,6
TOTAL	1 037	100,0

Nr = 30 (2,8 %)

Source : ORS – POSS 2010

Un quart des questionnaires ne sont pas complétés pour le revenu disponible. **Plus de la moitié des jeunes mères vivaient avec des revenus inférieurs à 1 000 €. Près de 16 % avaient moins de 500 € pour vivre.**

Tableau 42. Revenus du couple/de la mère isolée au moment de la grossesse

	n	%
Moins de 500 €	123	15,7
De 500 à 999 €	327	41,6
De 1 000 à 1 499 €	190	24,2
De 1 500 à 1 999 €	85	10,9
2000 € et plus	60	7,6
TOTAL	784	100,0

Nr = 283 (26,5 %)

Source : ORS – POSS 2010

La nature de ces revenus fait l'objet d'une question assez bien renseignée (valeurs manquantes : 3,9 %) : il s'agit de **salaires (49,3 %)**, **d'allocation chômage (11,1 %)**, **d'allocations sociales (56,5 %)**, **d'allocations de l'aide sociale à l'enfance (3,1 %)** et **autres ressources (dont l'allocation adulte handicapé dans 2,6 % des cas)**, et enfin de **l'aide des parents dans 5,2 % des cas**.

Le tableau suivant indique le lieu de vie de la jeune mère pendant sa grossesse : **près d'une sur deux vivait dans un logement autonome avec le père de son enfant (48,8 %)**, **un peu plus d'une sur dix vivait seule (12,8 %)**, **plus du quart vivait chez ses parents (26,8 %)** et **moins de 5 % chez les parents du père (4,7 %)**. **Treize jeunes mères ont vécu leur grossesse en foyer (1,2 %) et, plus à la marge encore, six d'entre elles ont connu l'errance pendant cette grossesse**. Les autres cas relèvent d'hébergement familial (autre que les parents) ou amical et enfin d'autre type de logement sans précision (2,9 % et 2,2 % respectivement).

Tableau 43. Lieu d'habitation de la mère pendant cette grossesse

	n	%
Dans un logement personnel avec le père de l'enfant	521	48,8
Chez vos parents	285	26,8
Dans un logement personnel seule	136	12,8
Chez les parents de votre compagnon	51	4,7
Dans la famille ou chez des amis	31	2,9
En foyer maternel	13	1,2
Dans la rue ou en squat	6	0,6
Autre sans précision	24	2,2
TOTAL	1 066	100,0

Nr = 1 (0,1 %)

Source : ORS – POSS 2010

La question relative à la couverture sociale en début de grossesse est sans doute entachée d'un manque de compréhension sur ce que cela recouvre (des réponses en marge des choix proposés en témoignent et en particulier sur des situations de couverture maladie universelle). **Plus de six jeunes mères sur dix déclarent détenir une assurance maladie avec complémentaire ; 15,7 % sans complémentaire santé ; une sur dix n'avait pas d'assurance maladie et autant ne s'en souvient plus.**

Tableau 44. Couverture sociale de la mère au début de la grossesse

	n	%
Oui, avec mutuelle	661	63,0
Oui, sans mutuelle	165	15,7
Non	114	10,8
Je ne m'en souviens plus	110	10,5
TOTAL	1 050	100,0

Nr = 17 (1,6 %)

Source : ORS – POSS 2010

Une jeune mère sur cinq dans notre échantillon (19,9 %) déclare avoir dû pendant sa grossesse renoncer à des soins pour des raisons financières. Il existe un lien statistiquement significatif entre le niveau de couverture sociale et le renoncement aux soins : ainsi, parmi les enquêtées avec mutuelle, on relève 13,4 % de renoncement aux soins, 24,4 % quand l'enquêtée n'a pas de complémentaire santé et 47,8 % de renoncement quand elle déclare n'avoir eu aucune assurance maladie.

La préparation matérielle de l'arrivée de leur enfant (achat de vêtements, préparation de la chambre, matériel de puériculture) n'a pas été possible pour près d'une jeune mère sur dix (8,8 %) à cause principalement d'un manque de moyen ou de conditions de logement incompatibles.

2.5 Contexte psychologique de l'annonce de grossesse

Le premier enseignement sur le contexte psychologique de ces maternités précoces est qu'il s'agit de grossesses majoritairement **heureuses et acceptées** : **près de 65 % des jeunes femmes ont** accueilli l'annonce de leur grossesse dans cet état d'esprit ; c'est le cas de 53,7 % des futurs pères.

Pour un quart d'entre elles, elles auraient aimé que cela arrive plus tard (26,3 %) et 7,0 % des femmes expriment leur désarroi en ayant préféré ne pas être enceinte. Notons le faible taux de non réponse et les 2,2 % de mères qui espéraient cette grossesse plus tôt encore.

Du côté des pères, environ un sur dix n'a pas exprimé son ressenti (ou pas eu connaissance de la grossesse ?). Dans la même proportion, un sur six environ aurait souhaité que cette grossesse arrive plus tard ou n'arrive pas.

Tableau 45. Ressenti de la mère à l'annonce de la grossesse

	n	%
Vous étiez heureuse que cette grossesse arrive à ce moment-là	686	64,5
Vous auriez aimé qu'elle arrive plus tard	279	26,3
Vous auriez préféré ne pas être enceinte	74	7,0
Vous auriez aimé qu'elle arrive plus tôt	23	2,2
TOTAL	1 062	100,0

Nr = 5 (0,5 %)

Source : ORS – POSS 2010

Tableau 46. Ressenti du père à l'annonce de la grossesse

	n	%
Il était heureux que cette grossesse arrive à ce moment-là	563	53,7
Il aurait aimé qu'elle arrive plus tard	173	16,5
Il aurait préféré que vous ne soyez pas enceinte	167	16,0
Vous n'avez pas su ce qu'il a ressenti	95	9,0
Il aurait aimé qu'elle arrive plus tôt	25	2,4
Il n'a pas su que vous attendiez un enfant	25	2,4
TOTAL	1 048	100,0

Nr = 19 (1,7 %)

Source : ORS – POSS 2010

Plus de huit grossesses sur dix ont été vécues du point de vue psychologique par des mères qui se sentaient très bien ou bien.

Parmi les femmes qui expriment un mal-être (18 %), 178 d'entre elles (94,2 %) en expliquent le contexte : sentiment de solitude et situation de séparation ou d'abandon par le père (45,1 % des cas expliqués), conflit familial avec pour origine le refus de cette grossesse (19,2 % des cas), état d'appréhension et d'angoisse, sentiment de ne pas être prête (20,8 %), refus de sa grossesse (9,3 %) sont les principaux motifs de ce mal-être. De manière plus marginale, sont cités le regard pesant de l'environnement (2,6 %), la précarité économique (2,7 %), une grossesse vécue en secret (3 cas soit 1,8 %) et une grossesse consécutive à un viol.

Tableau 47. Ressenti de la mère pendant la grossesse

	n	%
Très bien	534	50,1
Bien	341	32,1
Mal	132	12,4
Très mal	57	5,4
TOTAL	1 064	100,0

Nr = 3 (0,3 %)

Source : ORS – POSS 2010

Le sentiment d'avoir bénéficié d'un entourage soutenant est aussi partagé par la plupart des jeunes mères : **79,3 % estiment avoir été très bien entourées ou bien entourées pendant cette grossesse**. *A contrario*, un cinquième d'entre elles l'ont vécue sans ce soutien (peu ou pas du tout entourées).

Tableau 48. Sentiment d'être entourée éprouvé par la mère pendant la grossesse

	n	%
Très bien entourée	443	41,6
Bien entourée	401	37,6
Peu entourée	166	15,6
Pas du tout entourée	55	5,2
TOTAL	1 065	100,0

Nr = 2 (0,1 %)

Source : ORS – POSS 2010

Dans ce contexte, il est intéressant de connaître la perception de la grossesse par les parents de la jeune mère. Nous avons interrogé ces femmes sur la réaction de leur mère et de leur père à l'annonce de leur grossesse.

Plus du tiers des mères de ces jeunes femmes ont eu des réactions de joie à l'annonce de la grossesse de leur fille (35,7 %), sentiment partagé par plus du quart des pères (28,8 %). Dans des proportions comparables entre les deux parents, ils auraient souhaité que cet événement soit différé dans le temps : 35,6 % des mères et 31,3 % des pères. Un cinquième d'entre eux a manifesté son opposition préférant que leur fille ne soit pas enceinte (19,2 % des mères et 20,9 % des pères).

Il demeure néanmoins des situations où ces jeunes mères n'ont pas su pour diverses raisons (parent décédé, père inconnu, enfant placé en famille d'accueil) ce que pensaient leurs parents (8,6 % pour les mères et 18,4 % pour les pères avec pour ces derniers 14,0 % de valeurs manquantes).

Tableau 49. Réaction des parents à l'annonce de la grossesse de leur fille

	Mère		Père	
	n	%	n	%
Votre mère/père aurait aimé qu'elle arrive plus tard	370	35,9	287	31,3
Votre mère/père était heureuse que cette grossesse arrive à ce moment-là	367	35,7	264	28,8
Votre mère/père aurait préféré que vous ne soyez pas enceinte	198	19,2	192	20,9
Vous n'avez pas su ce qu'elle/il en pensait	89	8,6	169	18,4
Votre mère/père aurait aimé qu'elle arrive plus tôt	6	0,6	6	0,6
TOTAL	1 030	100,0	918	100,0

Nr mère = 37 (3,4 %) ; Nr père = 149 (14,0 %)

Source : ORS – POSS 2010

2.6 Suivi médical et social de la grossesse

Sept grossesses sur dix ont été déclarées à la Caf au premier trimestre de grossesse.

Témoins de grossesses connues plus tardivement ou cachées, les déclarations au 2^e trimestre (12,5 %) et 3^e trimestre (5,7 %) s'ajoutent à celles pour lesquelles le biais de mémoire empêche d'avoir l'information (11,3 %). Ce sont finalement huit grossesses qui n'ont pas été déclarées et autant pour lesquelles l'information est manquante.

Le suivi de ces grossesses s'est fait majoritairement par une équipe de professionnels à l'hôpital (39,7 %) puis en ville (35,5 %), par la PMI (18,4 %) ou par plusieurs de ces professionnels (18,4 %) (31 valeurs manquantes soit 2,9 %).

Plus de neuf mères sur dix sont satisfaites de ce suivi (92,7 %). **Sur les 75 réponses de mères insatisfaites, 66 nous donnent le motif de cette insatisfaction : les deux premiers motifs en terme de fréquence sont à mettre en lien avec le jeune âge de la mère puisqu'il s'agit d'une absence d'information souvent vécu comme un manque d'intérêt par rapport à la situation de jeunesse maternelle (38,4 %) et la perception de préjugés de l'équipe soignante et d'un mauvais accueil réservé à la jeune mère (21,9 %). 16,7 % des mères ont changé d'équipe en cours de grossesse.**

Tableau 50. Motifs de l'insatisfaction quant au suivi de grossesse

	n	%
Absence d'information ; impersonnel : pas d'intérêt porté sur la jeune mère	25	38,4
Préjugés et mauvais accueil du personnel soignant	14	21,9
Mécontente du médecin/sage-femme	13	19,5
Ballotée entre plusieurs médecins/sages-femmes	6	8,4
Errance = mauvais suivi	3	4,4
Visite PMI vécue comme obligatoire parce que jeune mère (pas le choix)	2	3,5
N'a pu choisir l'hôpital faute de rendez-vous	2	2,3
Coût élevé	1	1,7
TOTAL	66	100,0

Source : ORS – POSS 2010

Dans notre échantillon d'enquête, **44,6 % des jeunes mères ont suivi des séances de préparation à la naissance et à la parentalité** (là aussi nous observons un très bon taux de réponse : 3 questionnaires sur 1 067 ne sont pas complétés) ; dans près de huit cas sur dix, ces séances ont eu lieu en groupe et seulement un cinquième a bénéficié d'une préparation individuelle. Ce sont en moyenne des préparations de 6 séances (plus ou moins 4 séances) ; la moitié des femmes qui ont suivi une préparation à l'accouchement ont eu au moins 5 séances. Les deux tiers (65,1 %) d'entre elles déclarent que cette préparation les a aidées.

Plus de huit jeunes mères sur dix ont eu un suivi de grossesse classique avec une consultation par mois après la déclaration de leur grossesse ; seuls 13,2 % de l'échantillon ont eu moins d'une consultation par mois après la déclaration de leur grossesse.

Tableau 51. Nombre de consultations pour le suivi de grossesse après sa déclaration

	n	%
Moins d'une par mois	137	13,2
Une par mois	803	77,3
Plus d'une par mois	98	9,5
TOTAL	1 038	100,0

Nr = 29 (2,7 %)

Source : ORS – POSS 2010

Plus d'une enquêtée sur dix (11,8 %) a consulté durant sa grossesse un autre professionnel que ceux qui suivaient la mère et l'enfant d'un point de vue obstétrical : il s'agit dans 75,4 % des cas d'un recours auprès d'une assistante sociale, mais aussi un psychologue ou psychiatre (8,6 %), un autre médecin spécialiste (6,3 %) ou une travailleuse familiale pour une aide à domicile (3,7 %) ; cinq mères mineures ont également cité l'aide d'un éducateur spécialisé.

Sur le suivi de grossesse à domicile, trois jeunes mères sur dix (29,6 %) ont reçu la visite d'une sage-femme ou d'une assistante sociale (données manquantes 6 soit 0,6 %). 3,4 % ont bénéficié d'une aide à domicile par une travailleuse familiale.

Tableau 52. Mères ayant bénéficié de visites à domicile au cours du suivi de grossesse

	n	%
Sage-femme de PMI	162	15,2
Sage-femme libérale	140	13,2
Assistante sociale	39	3,7

Source : ORS – POSS 2010

- *A contrario* lorsqu'on les interroge sur le type d'aides qui leur a manqué pendant la grossesse, on obtient les réponses suivantes :
- **19,6 % ne répondent pas à cette question, indiquant ainsi qu'elles n'ont manqué d'aucune aide ;**
- **44,8 % des répondantes disent avoir manqué d'une aide financière ;**
- **19,4 % des répondantes disent avoir manqué d'un soutien familial ;**
- **17,0 % des répondantes disent avoir manqué d'un soutien psychologique ;**
- **14,9 % des répondantes disent avoir manqué de soutien pour la poursuite de leur scolarité ;**
- **13,6 % des répondantes disent avoir manqué d'une aide ménagère à domicile ;**
- **10,7 % des répondantes disent avoir manqué d'un autre type de soutien (dont celui du père de l'enfant, d'une aide pour trouver un logement, d'information médicale dans le suivi de grossesse ou encore de soutien à la parentalité).**

Soixante treize jeunes mères (près de 7 % de l'ensemble) profitent aussi de cette rubrique « autre soutien » pour spécifier qu'aucune aide ne leur a manqué durant cette grossesse.

2.7 Grossesse et consommation de tabac, d'alcool, de médicaments et autres drogues

667 femmes déclarent avoir déjà consommé du tabac, soit **62,9 % de notre échantillon** (7 données sont manquantes, soit 0,7 %). Toutes n'étaient pas fumeuses avant leur grossesse, puisque pour une sur dix, cette pratique est intervenue après (44 femmes non fumeuses avant la grossesse ont commencé de fumer pendant celle-ci et 23 femmes non fumeuses avant leur grossesse ont commencé de fumer après celle-ci).

Nous voyons que près d'une consommatrice sur deux n'a pas cessé durant sa grossesse et près de sept sur dix ont poursuivi leur habitude voire commencé de fumer après celle-ci. Autrement dit, **le moment de la grossesse n'a été favorable à un abandon du tabac que pour un peu plus d'un cinquième des fumeuses**. Elles sont beaucoup moins à avoir **eu de l'aide pour arrêter à l'occasion de cette grossesse : 6,7 %** ; 35 femmes parmi elles nous ont précisé de qui leur est venue cette aide : un médecin généraliste (28,7 %), leur compagnon ou un membre de leur entourage (28,0 %), un tabacologue hospitalier (16,5 %), une sage-femme (14,7 %). Pour les 4 autres réponses, nous avons noté : un professionnel de la PMI, un acupuncteur, un enseignant et un professionnel du foyer maternel.

Tableau 53. Consommation de tabac et grossesse

	n	%	
		Parmi la population totale	Parmi les fumeuses
Consommatrice de tabac	667	62,9	-
Dont - Fumer avant la grossesse	608	57,4	91,2
- Fumer pendant la grossesse	321	30,3	48,2
- Fumer après la grossesse	456	43,0	68,4
A reçu de l'aide pour arrêter de fumer	45		6,7

Source : ORS – POSS 2010

165 femmes se déclarent concernées par une consommation d'alcool, soit 15,6 % de notre échantillon (6 données sont manquantes, soit 0,6 %). La plupart des répondantes déclare qu'elles consommaient de l'alcool avant la grossesse (plus de neuf femmes sur dix), **moins d'une sur dix a consommé de l'alcool pendant sa grossesse (7 %)** et plus d'une sur deux en a consommé après l'accouchement. Trois femmes seulement disent avoir reçu de l'aide pour arrêter ; une seule témoigne que cette aide venait de son compagnon.

Tableau 54. Consommation d'alcool et grossesse

	n	%	
		Parmi la population totale	Parmi les consommatrices
Consommatrice d'alcool	165	15,6	-
Dont - Boire avant la grossesse	153	14,4	92,7
- Boire pendant la grossesse	12	1,1	7,3
- Boire après la grossesse	91	8,6	55,2
A reçu de l'aide pour arrêter de boire	3		1,8

Source : ORS – POSS 2010

40 femmes se déclarent concernées par une consommation de médicaments, soit 3,7 % de notre échantillon (6 données sont manquantes, soit 0,6 %). **La moitié de ces jeunes mères consommatrices de médicaments l'étaient avant leur grossesse.** Il ne nous est pas possible de vérifier ce qui a été compris par médicaments, quand bien même les tranquillisants et anxiolytiques étaient cités dans la question. Un tiers des femmes concernées déclare avoir pris des médicaments pendant la grossesse et parmi celles qui ont été aidées pour un sevrage, trois déclarent avoir obtenu de l'aide auprès d'un médecin et une auprès d'un psychologue.

Une question relative à la survenue d'une dépression du *post partum* a été proposée aux enquêtées ; 21,3 % répondent par l'affirmative et 11,3 % disent ne pas savoir ce que c'est, quand 67,4 % déclarent ne pas avoir été concernées.

On remarque que parmi les 16 femmes qui prenaient des médicaments après leur grossesse, 10 d'entre elles disent avoir fait une dépression. Pour autant, sur les 224 femmes atteintes de dépression du *post partum*, seules 10 consommaient effectivement des médicaments après la grossesse, dont on ne peut vérifier qu'ils aient un lien avec cet état.

Tableau 55. Consommation de médicaments et grossesse

	n
Consommatrice de médicaments	40
Dont - Avant la grossesse	22
- Pendant la grossesse	14
- Après la grossesse	16
A reçu de l'aide pour arrêter les médicaments	4

Source : ORS – POSS 2010

78 femmes se déclarent concernées par une consommation de cannabis, soit 7,3 % de notre échantillon (6 données sont manquantes, soit 0,6 %). **Un cinquième des consommatrices a poursuivi cette habitude pendant sa grossesse,** et moins de la moitié des femmes qui en consommaient avant ont continué après leur grossesse (39,0 %). Quatre enquêtées consommatrices ont eu de l'aide pour se sevrer : pour deux d'entre elles, il s'agit d'un proche et pour une autre l'aide a été apportée par une sage-femme.

Tableau 56. Consommation de cannabis et grossesse

	n
Consommatrice de cannabis	78
Dont - Avant la grossesse	76
- Pendant la grossesse	16
- Après la grossesse	30
A reçu de l'aide pour arrêter de consommer du cannabis	4

Source : ORS – POSS 2010

En dehors du cannabis, 11 enquêtées disent avoir pris d'autres drogues (1 % de l'échantillon) ; deux d'entre elles ont consommé pendant la grossesse et quatre ont repris ou poursuivi après celle-ci.

Aucune n'a reçu d'aide pour le sevrage.

2.8 La question de la violence

Les enquêtées ont été interrogées sur des faits de violence dont elles ont été victimes avant ou pendant la grossesse. Notons tout d'abord l'importante participation en terme de réponses puisque seuls 17 valeurs sont manquantes (1,6 %).

29,4 % des enquêtées ont été personnellement confrontées à une violence soit 308 femmes.

La nature de cette violence (une même femme pouvait cocher plusieurs cases) a été renseignée par 286 d'entre elles. **Dans sept cas sur 10, la violence morale est prépondérante, suivie d'une prévalence importante de violence physique (plus d'une femme sur deux). Plus du tiers a été victime avant ou pendant sa grossesse de violence sexuelle. Quatre femmes témoignent de mariage forcé.** Pour mémoire, la prévalence des violences conjugales en population générale est d'environ 10 %.

Notons enfin que l'imprécision de notre question « avant ou pendant la grossesse » ne nous permet pas de quantifier ce qui suit : de nombreux questionnaires étaient annotés par l'enquêtée qui précisait que la violence physique dont elle a été victime était en lien avec sa grossesse (refus du compagnon, violence intra familiale, ...) et nous faisons l'hypothèse que cet état de grossesse a pu participer à l'état de vulnérabilité des femmes face à de tels actes.

Tableau 57. Victime de violence

	n	%
Femmes victimes de violence	308	29,4
Dont (n= 286) :		
Violence physique	148	51,7
Violence morale	210	73,2
Violence sexuelle	101	35,2
Mariage forcé	4	1,3

Source : ORS – POSS 2010

Le moment de la vie où cette violence a eu lieu permet de caractériser un peu plus ces circonstances : 304 enquêtées acceptent là encore d'approfondir cette question. Les violences à l'âge adulte, donc plutôt récentes dans le temps, sont les plus fréquentes mais on découvre une prévalence similaire de cette violence aux trois temps de la vie (enfance, adolescence et âge adulte), donc sans doute pouvons nous faire l'hypothèse d'une multi exposition à la violence dans ces trajectoires de femmes victimes.

Tableau 58. Moments de survenue de la violence (n=304)

	n	%
Enfance	128	42,0
Adolescence	154	50,6
Âge adulte	161	52,9

Source : ORS – POSS 2010

Le couple tout d'abord, puis le cadre de la famille sont les situations les plus fréquentes où s'exprime la violence contre les femmes enquêtées (respectivement dans un cas sur deux). Vient ensuite l'entourage relationnel (15,7 %), et loin derrière le milieu du travail (2,1 %). Dans la rubrique « autre cadre » de violence, sur les 40 situations recensées, 27 sont documentées avec plus de précision : une situation sur cinq s'est produite à l'école (n=6, 21,8 %) et dans la même proportion dans un foyer d'accueil (n=6, 21,3 %), presque autant de cas de violences ont eu lieu au sein d'un cercle d'amis (n=5, 18,7 %), mais aussi dans la rue (n=4, 16,7 %), dans la famille du père de l'enfant (n=3, 11,2 %), chez une nourrice dans l'enfance (n=2, 6,4 %) et enfin lors d'une fugue (n=1, 3,9 %).

Tableau 59. Cadre de survenue de la violence (n=304)

	n	%
Couple	153	50,5
Famille	146	47,9
Entourage	48	15,7
Travail	6	2,1
Autre cadre	40	13,2

Source : ORS – POSS 2010

Très peu de femmes victimes déclarées de violence ont pu en parler à un professionnel à l'occasion de la grossesse qui fait l'objet de cette enquête : elles sont 43 dans ce cas, soit 14 % des femmes victimes de violence. Parmi celles-ci, 35 nous indiquent avec quel(s) professionnel(s) elles ont pu en parler : un médecin (14 cas), un psychologue (13), une assistante sociale (8), une éducatrice de l'ASE (3), une sage-femme (2), et dans un cas un officier de police et dans un autre cas un juge.

Parmi les femmes victimes, **59 d'entre elles (un cinquième) ont reçu une aide spécifique pour ce problème de violence. 76 d'entre elles (un quart) a porté plainte.**

2.9 Autour de la naissance

Un petit quart des femmes (23 %) déclare que leur accouchement s'est mal ou très mal passé, avec là encore la quasi-totalité des questionnaires comportant des réponses à cette question (5 valeurs manquantes, 0,5 %).

Parmi les 245 enquêtées qui gardent un mauvais souvenir de leur accouchement, 222 en ont expliqué les circonstances. Les principales en termes de fréquence sont les suivantes : 29,3 % citent une césarienne en urgence, 18,3 % des douleurs importantes, 11,4 % la longueur de l'accouchement, 8,1 % évoquent des complications médicales telles que l'hémorragie de la délivrance.

Pour les trois-quarts des enquêtées (75,7 %), la prise en charge de la douleur a été bonne. Il existe un lien étroit entre la douleur ressentie et le sentiment que l'accouchement s'est mal ou très mal passé : les enquêtées pour lesquelles leur accouchement s'est mal passé, déclarent une mauvaise prise en charge de la douleur (45,5 %) et pour celles dont l'accouchement s'est très mal passé, cette fréquence est de 67,1 % (la différence est statistiquement significative).

Tableau 60. Sentiment sur le déroulement de leur accouchement

	n	%
Très bien passé	417	39,3
Bien passé	400	37,7
Mal passé	163	15,3
Très mal passé	82	7,7
TOTAL	1 062	100,0

Nr = 5 (0,5 %)

Source : ORS – POSS 2010

Sur le plan psychologique à la naissance de l'enfant, on relève qu'une minorité de jeunes mères se sentaient mal ou très mal (15,9 %).

Tableau 61. Ressenti de la mère à la naissance de l'enfant

	n	%
Très bien	574	54,3
Bien	314	29,8
Mal	121	11,5
Très mal	47	4,4
TOTAL	1 056	100,0

Nr = 11 (1,0 %)

Source : ORS – POSS 2010

Parmi ces 168 jeunes mères en détresse morale, 147 ont accepté d'en expliquer la cause avec leurs propres mots. Nous avons regroupé les réponses en rubriques : le baby blues (terme habituellement utilisé pour la dépression du post-partum) concerne 29,1 % des femmes ayant détaillé cette détresse morale, 20,5 % témoignent d'un sentiment d'angoisse et de peur, 10,8 % se sont senties très seules, 10,2 % étaient mal parce que séparées de leur enfant à la naissance, 9,0 % expliquent qu'elles n'étaient pas prêtes à être mère, trop jeune et doutant de leur compétence, 5,5 %

avaient un problème de santé, 4,2 % citent l'annonce d'un handicap de l'enfant, 3,3 % étaient victimes à la naissance de l'enfant du climat de violence conjugale et familiale, 2,7 % ont exprimé directement le refus de leur enfant et 1,7 % ont souffert de l'indifférence des soignants.

Dans notre échantillon 564 garçons sont nés et 492 filles (pour 11 enfants, le sexe n'est pas précisé).

Un peu moins d'un sur dix (8,4 %) était de petit poids (moins de 2 500 g) (2,4 % de valeurs manquantes). Bien qu'il ne soit pas possible de contrôler la bonne compréhension du terme, 14,2 % des enfants sont déclarés prématurés par leur mère (0,7 % de valeurs manquantes).

Parmi ces 151 enfants, nous connaissons le terme en semaines pour 129 d'entre eux. Si on considère que le terme est bien donné par les femmes en semaines d'aménorrhées, dans la moitié des cas, il n'y a pas prématurité et on retrouve ainsi une prévalence de la prématurité proche de ce qui est observé en population générale (69/1 042 = 6,6 %)

Tableau 62. Poids de naissance des enfants

	n	%
Moins de 1 000 g	4	0,4
De 1 000 à < 1 500 g	6	0,6
De 1 500 à < 2 000 g	17	1,6
De 2 000 à < 2 500 g	61	5,8
≥ 2 500 g	954	91,6
TOTAL	1 041	100,0

Nr = 26 (2,4 %)

Source : ORS – POSS 2010

Tableau 63. Terme en semaines des enfants déclarés prématurés par la mère

	n	%
Moins de 28 SA	4	3,1
28 à 30	2	1,6
31 à 32	18	14,0
34 à 36	45	34,9
37 et plus	61	47,3
TOTAL	129	100,0

Nr = 22/151 (14,6 %)

Source : ORS – POSS 2010

Moins d'une mère sur dix déclare avoir été séparée de son enfant à la naissance (8,4 %). La cause principale de séparation est l'hospitalisation de l'enfant (79 cas). Notons que dans l'échantillon enquêté, trois enfants ont été accueillis dans un foyer de l'aide sociale à l'enfance et parmi les autres raisons de séparation, on note qu'un des accouchements s'est fait sous le secret (la jeune mère étant revenue sur sa décision après) et un enfant a été séparé de la mère pour cause de conflit conjugal.

Tableau 64. Séparation mère/enfant à la naissance

	n	%
Non	975	91,6
Enfant hospitalisé	79	7,4
Mère hospitalisée dans un autre service	5	0,5
Enfant accueilli dans un foyer de l'ASE	3	0,3
Autre raison de séparation	3	0,3
TOTAL	1 065	100,0

Nr = 2 (0,2 %)

Source : ORS – POSS 2010

La durée moyenne de séparation dans les 73 cas documentés est de 20 jours, avec une médiane à 10 jours. Mais l'écart type important de 28 jours rend compte de la grande disparité de la durée de cette séparation : elle varie entre 1 jour et 6 mois (180 jours).

Tableau 65. Durée de séparation en jours

	n
1 à 2 jours	15
3 à 7 jours	15
8 à 14 jours	15
15 à 21 jours	10
22 à 30 jours	8
1 à 2 mois	6
2 à 3 mois	4
6 mois	1
TOTAL	73

Nr = 17/90 (18,9 %)

Source : ORS – POSS 2010

2.10 Allaitement

Plus du tiers des enfants (36,1 %) a été allaité, proportion à laquelle il faut ajouter les 15,4 % d'enfants qui ont eu un allaitement mixte (mixte dès la naissance ou à la suite d'un essai d'allaitement exclusif). Ces données déclarées regroupent des durées d'allaitement très variables : 461 enquêtées indiquent la durée de leur allaitement au sein. On relève une durée minimale de 1 jour quand l'allaitement le plus long est de 2 ans et demi (900 jours) : **la moyenne de l'allaitement est de 128 jours –soit 4 mois environ–** (avec un écart type de 148 jours) ; la moitié des enfants sont allaités un trimestre (90 jours).

Par rapport à la recommandation de bonne pratique nutritionnelle de l'OMS qui promeut l'allaitement maternel exclusif 6 mois au moins, **on note qu'un quart seulement des mères allaitantes de cette enquête se conforme à cette recommandation internationale.**

Tableau 66. Allaitement

	n	%
Au sein	384	36,1
Au lait artificiel	516	48,5
En allaitement mixte	164	15,4
TOTAL	1 064	100,0

Nr = 3 (0,3 %)

Source : ORS – POSS 2010

Tableau 67. Durée d'allaitement au sein en jours

	n	%
1 à 7 jours	32	6,9
8 à 30 jours	106	23,0
31 à 60 jours	53	11,5
61 jours à 90 jours	99	21,5
4 à 6 mois	100	21,7
6 à 9 mois	22	4,8
9 à 12 mois	16	3,5
Plus de 12 mois (max 900 jours)	35	7,6
TOTAL	461	100,0

Nr = 113/548 (20,6 %)

Source : ORS – POSS 2010

Les enquêtées se prononcent sur l'aide reçue à la maternité puis à la maison pour le soutien à l'allaitement. Tout d'abord on relève un pourcentage important de valeurs manquantes à ces deux questions : 37,1 % de valeurs manquantes pour l'aide à la maternité et 41,1 % pour l'aide à la maison. Parmi les réponses, 38,3 % des mères ont manqué de soutien à l'allaitement à la maternité et 48,0 % à la maison.

Ceci permet sans doute d'approcher la proportion de mères qui initialement auraient souhaité allaiter mais qui pour diverses raisons, dont le manque de soutien, introduisent pour une partie d'entre elles le biberon en plus du sein ou optent pour le lait artificiel (environ 60 % de l'échantillon).

Nous observons ainsi que 414 femmes sur les 671 répondantes disent avoir eu un soutien à l'allaitement en maternité, soit 61,7 %, alors même qu'elles sont 384 à avoir choisi et essayé

d'allaiter leur enfant. Nous voyons que le soutien à la maison pour l'allaitement est relevé comme moindre par ces jeunes mères (52,0 %) information à mettre en parallèle avec les allaitements de courte durée puisque près de 7 % des mères cessent d'allaiter au cours ou à l'issue de la 1^{ère} semaine de vie de l'enfant ; 30 % cesseront à l'issue du 1^{er} mois.

Tableau 68. Soutien reçu pour l'allaitement, à la maternité

	n	%
Non	258	38,3
Oui	414	61,7
TOTAL	671	100,0

Nr = 396 (37,1 %)

Source : ORS – POSS 2010

Tableau 69. Soutien reçu pour l'allaitement, à la maison

	n	%
Non	302	48,0
Oui	327	52,0
TOTAL	629	100,0

Nr = 438 (41,1 %)

Source : ORS – POSS 2010

Lorsque nous croisons les deux informations (choix d'allaiter et perception du soutien reçu à la maternité puis à la maison), il existe une corrélation très forte entre l'allaitement exclusif et le soutien reçu :

- 74,8 % des mères allaitantes ont été aidées en maternité contre 29,4 % de celles qui ont donné le biberon et 58,5 % des allaitements mixtes ($p < 0,0001$).
- 62,2 % des mères allaitantes ont été aidées à la maison contre 28,2 % de celles qui ont donné le biberon et 48,6 % des allaitements mixtes ($p < 0,0001$).

2.11 Séjour à la maternité

Deux enquêtées ont accouché à domicile. Pour les autres, la durée de leur séjour à la maternité varie de 1 à 60 jours, avec en moyenne 5,4 jours d'hospitalisation (plus ou moins 3,1 jours) ; la moitié des jeunes mères a séjourné 5 jours à la maternité.

La comparaison des durées moyennes de séjour en maternité selon la génération de mères révèle que cette durée diminue entre les naissances de 1995 ou 1996 et celles de 2007 ou 2008 : de 6 jours en moyenne (plus ou moins 4 jours) on voit que la pratique est de 5 jours 12 ans plus tard (plus ou moins 2 jours). Cette différence de durée moyenne entre les générations est significative.

Tableau 70. Durée du séjour en maternité regroupée en 3 classes

	n	%
Moins de 4 jours	175	16,8
De 4 à 7 jours	759	72,7
8 jours et plus	110	10,5
TOTAL	1 044	100,0

Nr = 23 (2,1 %)

Source : ORS – POSS 2010

Tableau 71. Comparaison des durées moyennes en jours pour le séjour en maternité

	Moyenne	n	Écart-type
Né en 1995-1996	6,0	303	4,0
Né en 2004-2005	5,4	336	3,2
Né en 2007-2008	5,1	406	2,1
TOTAL	5,4	1 044	3,1

p= 0,0001

Nr = 23 (2,1 %)

Source : ORS – POSS 2010

Parmi les jeunes mamans, 6,8 % ont eu un entretien avec un psychologue avant la sortie de la maternité ; cette proportion est semblable (6,7 %) pour l'entretien avec une assistante sociale. Il n'existe pas de variation entre les trois générations de mères concernant ces entretiens psychologique et social avant le retour à la maison.

Tableau 72. Entretien avant la sortie de la maternité avec un psychologue

	n	%
Non	987	93,2
Oui	72	6,8
TOTAL	1 060	100,0

Nr = 7 (0,7 %)

Source : ORS – POSS 2010

Tableau 73. Entretien avant la sortie de la maternité avec un(e) assistant(e) social(e)

	n	%
Non	986	93,3
Oui	71	6,7
TOTAL	1 057	100,0

Nr = 10 (1,0 %)

Source : ORS – POSS 2010

On note que plus du quart des jeunes mères (27,6 %) déclare sortir de maternité sans une prescription de contraception ; un seul cas de refus de la patiente est déclaré dans l'enquête. Aucun effet de génération (comparaison des trois groupes de mères par rapport à cette variable) n'est noté.

Tableau 74. Prescription d'une contraception lors de l'examen de sortie

	n	%
Non	289	27,6
Oui	757	72,3
L'a refusée	1	0,1
TOTAL	1 047	100,0

Nr = 20 (1,9 %)

Source : ORS – POSS 2010

Moins de six jeunes mères sur dix sortent de la maternité avec un rendez-vous pour une visite post-natale. La moitié de celles qui sont programmées concerne la mère et l'enfant ; dans plus du tiers des cas il s'agit d'une visite *post partum* pour la mère et un peu plus d'un cas sur dix une visite en pédiatrie.

Tableau 75. Programmation d'une visite post-natale avant la sortie de maternité

	n	%
Pour vous	217	21,3
Pour votre enfant	71	7,0
Pour les deux	291	28,6
Visite non précisée	21	2,1
Pas de visite prévue	418	41,1
TOTAL	1 018	100,0

Nr = 49 (4,6 %)

Source : ORS – POSS 2010

2.12 Le retour à domicile

Lors du retour à domicile, la majorité des jeunes mères était installée avec le père de l'enfant dans un logement personnel (53,6 %). C'est à peine plus que le pourcentage de couples établis et vivant déjà ensemble dans un logement indépendant durant la grossesse (48,8 %). Il demeure qu'une jeune mère sur cinq sort de la maternité et va vivre avec son enfant chez ses parents (21,3 %) et 17 % sont mères isolées dans un appartement personnel. Les autres situations plus marginales concernent 3,9 % de jeunes mères qui s'installent chez les parents du père de l'enfant, 2,8 % qui sont hébergées chez un membre de la famille ou chez des amis, 9 jeunes mères qui vont vivre dans un foyer maternel, une qui est sans domicile fixe avec son bébé. Les cinq autres situations relevées en réponse ouverte sont : deux jeunes mères en foyer pour jeunes en difficultés, deux en famille d'accueil et une en caravane.

Tableau 76. Lieu d'habitation de la mère, à la sortie de maternité

	n	%
Dans un logement personnel avec le père de l'enfant	569	53,6
Chez vos parents	226	21,3
Dans un logement personnel seule	181	17,0
Chez les parents de votre compagnon	41	3,9
Dans la famille ou chez des amis	30	2,8
En foyer maternel	9	0,9
Sans domicile fixe	1	0,1
Autre	5	0,5
TOTAL	1 062	100,0

Nr = 5 (0,4 %)

Source : ORS – POSS 2010

Le tableau ci-dessous est un relevé des aides à domicile reçues par les jeunes mères de retour de la maternité ; y sont tour à tour mentionnés la proportion de bénéficiaires selon le type d'intervention, le nombre de visites reçues, la nature de l'aide et la perception de cette aide par la bénéficiaire (selon qu'elle est jugée suffisante ou insuffisante).

Une minorité des mères à moins de 21 ans a reçu de l'aide à domicile ; **plus de la moitié d'entre elles (56,6 %) ignorait l'existence de telles aides** (avec 18,7 % de valeurs manquantes à cette question). Pour faire face à la proportion importante de valeurs manquantes (64,7 %), nous avons rapporté le nombre de bénéficiaires d'aides à domicile à la population d'enquête afin d'appréhender le niveau d'impact des dispositifs de suivi à domicile sur les mères avant 21 ans.

Tableau 77. Aide à domicile reçue par les jeunes mères au retour de la maternité

Aviez-vous eu une visite à domicile de :	Combien de fois ?	Pour quelle aide ?	Cette aide vous a-t-elle paru suffisante ? Si non, préciser pourquoi :
1. Une sage-femme oui : 20,3 % (n=77) soit 7,2 % de l'ensemble des mères	De 1 à 10 visites En moyenne : 2,5 (±2) Médiane : 2 visites/mère	(sur 54 réponses) • Consultations post partum : 33,4 % • Soutien allaitement : 23,2 • Suivi enfant : 21,2 • Contrôle, vérif. : 12,9 (vm* : 94,9 %)	(sur 69 réponses) • Oui 79,2 % • Non 20,8 % • Gêne et manque de confiance des professionnelles parce que jeune mère ; aide trop courte (vm : 93,6 %)
2. Une puéricultrice oui : 31,8 % (n=120) soit 11,2 % de l'ensemble	De 1 à 10 visites En moyenne : 1,9 (±1,7) Médiane : 1 visite	(sur 70 réponses) • Suivi enfant : 60,5 % • Infos, conseils : 21,0 • Contrôle, vérif. : 14,9 • Soutien allaitement : 2,8 • Aide sociale : 0,8 (vm : 93,4 %)	(sur 107 réponses) • Oui 89,1 % • Non 10,9 % • Aide trop courte par rapport aux besoins ; présence stressante des professionnelles ; trop peu d'aide en nature (vm : 90,0 %)
3. Une assistante sociale oui : 13,6 % (n=51) soit 4,8 % de l'ensemble	De 1 à 12 visites En moyenne : 2,0 (±2,0) Médiane : 1 visite	(sur 28 réponses) • Aide sociale : 54,4 • Contrôle, vérif. : 20,4 • Infos, conseils : 15,4 • Suivi enfant : 3,7 • Garde enfant : 3,3 • Hébergement d'urgence : 2,9 (vm : 97,3 %)	(sur 36 réponses) • Oui 70,1 % • Non 29,9 % • Gêne et manque de confiance des professionnelles par rapport à la mère ; manque d'informations ; trop peu d'aide en nature (vm : 99,5 %)
4. Une aide ménagère oui : 3,1 % (n=12) soit 1,1 % de l'ensemble	De 2 à 3 fois		
5. Un autre professionnel (à préciser) : 6 réponses (un médecin : 1 cas ; un enseignant : 1 cas ; un juge : 1 cas ; un éducateur : 1 cas ; une travailleuse familiale : 1 cas ; une infirmière : 1 cas)			(sur 4 réponses) Soutien allaitement ; soins à l'enfant ; aide sociale ; soutien scolaire ; garde d'enfant

*Vm : valeurs manquantes

Source : ORS – POSS 2010

Un peu plus d'une jeune mère sur dix (11,2 %) a reçu la visite d'une puéricultrice à domicile, en moyenne 2 fois (de 1 visite à 10 visites ont été notées). Dans les trois cinquièmes des cas, l'aide apportée était en lien avec les soins à l'enfant (60,5 %). Dans un cinquième des cas, il s'agissait d'apport d'informations et de conseils. Près de 15 % des jeunes mères visitées ont vécu cela comme un contrôle, une vérification de leur aptitude à s'occuper de leur enfant. La proportion de jeunes mères satisfaites de cette aide apportée par une puéricultrice est, de toutes les aides étudiées, la plus élevée : 89,1 % (107 questionnaires documentés).

La visite d'une sage-femme est la deuxième aide professionnelle à domicile en fréquence : 7,2 % des jeunes mères en ont bénéficié avec une moyenne de 2,5 visites (de 1 à 10 visites). Ce sont les consultations du *post partum* qui ont été l'objet principal de ces visites (33,4 %), puis le soutien à l'allaitement (23,2 %), le suivi de l'enfant (21,2 %) et

12,9 % déclarent que ces visites avaient pour objet le contrôle et la vérification de leurs compétences.

Moins de 5 % de l'ensemble de l'échantillon, a eu une visite à domicile d'une assistante sociale. Là encore, 20% ont ressenti cela comme un contrôle et près de 30 % expriment leur insatisfaction.

La visite à domicile d'une travailleuse familiale est plus rare encore sur l'échantillon des mères précoces : 1,1 % de l'ensemble.

À toutes les enquêtées, nous avons demandé si, **compte-tenu de leur jeune âge, une aide supplémentaire leur aurait été utile au retour à domicile** : avec seulement 3,8 % de valeurs manquantes, **un tiers d'entre elles a répondu affirmativement (31,4 %)**. 290 allocataires sur les 323 expressions de besoin d'aide précisent la nature de l'aide souhaitée. Ces précisions sont présentées dans le tableau ci-dessous. **La présence d'une puéricultrice (28,7 %) et une aide ménagère (25,9 %) sont les plus plébiscitées.**

Ce besoin d'aide est en moyenne exprimé sur les 3 premiers mois et la moitié des mères en demande d'aide l'aurait appréciée sur les deux premiers mois de l'enfant.

Tableau 78. Type d'aide souhaitée par les mères

	n	%
Suivi par une puéricultrice	83	28,7
Aide ménagère/à domicile	75	25,9
Aide financière	39	13,5
Aide psychologique	38	13,3
Aide pour aménagement/logement	11	3,8
Appui éducatif	10	3,3
une crèche qui accepte les nouveau-nés, un dispositif pour soulager	10	3,4
Aide pour allaitement	8	2,8
Une assistante sociale pour connaître ses droits	8	2,8
Aide pour poursuite de scolarité	4	1,5
Aide de ma mère	1	0,2
Conseil pour gérer un budget	1	0,4
Aide psychologique pour le jeune père de l'enfant	1	0,4
TOTAL	290	100,0

Nr = 33/323 (10,2 %)

Source : ORS – POSS 2010

Tableau 79. Prévalence d'une dépression du post-partum déclarée par la mère

	n	%
Non	711	67,4
Oui	224	21,3
Ne sait pas ce que c'est	119	11,3
TOTAL	1 054	100,0

Nr = 13 (1,2 %)

Source : ORS – POSS 2010

On constate qu'un cinquième des mères avant 21 ans déclarent avoir fait une dépression du post-partum de retour à la maison, sans que cette prévalence soit liée à la génération de mères enquêtées ou à l'âge de celles-ci (mineure ou majeure)

Nous constatons que sur l'ensemble des mères enquêtées, un peu moins de 5 % ne renseignent pas les questions relatives à une reprise d'activité ; pour les autres, près d'une sur deux n'a pas ou n'a plus d'activité à l'issue de cette maternité précoce : 10,1 % avaient interrompu leur scolarité avant le début de grossesse (ou étaient déjà femme au foyer), quand 38,8 % n'ont pas repris l'école ou leur activité après le congé maternité.

Un peu plus de 45 % des mères avant 21 ans ont repris l'école ou une activité peu de temps ou de manière différée à l'issue de cette grossesse.

Tableau 80. Activité de la mère

	n	%
Plus à l'école ou femme au foyer à l'annonce de la grossesse	107	10,1
N'a jamais repris école ou activité après le congé maternité	414	38,8
A repris école ou activité peu de temps après l'accouchement	221	20,7
A repris plus tard	274	25,7
Information manquante	51	4,8
TOTAL	1 067	100,0

Nr = 0

Source : ORS – POSS 2010

3. Analyse par territoires, groupes de mères et âge de la mère

La distribution des 3 groupes de mères, correspondant à trois générations de mères qui l'ont été avant 21 ans, ne présente pas de différence significative selon le territoire de caisse d'allocations familiales.

Tableau 81. Les trois groupes de mères par Caf

		Né en 1995-1996	Né en 2004-2005	Né en 2007-2008	TOTAL
Caf Aude	n	43	50	62	155
	%	27,7	32,3	40,0	100,0
Caf Gard	n	73	88	119	280
	%	26,1	31,4	42,5	100,0
Caf Béziers	n	39	49	60	148
	%	26,4	33,1	40,5	100,0
Caf Montpellier	n	89	84	79	252
	%	35,3	33,3	31,3	100,0
Caf Lozère	n	4	2	7	13
	%	30,8	15,4	53,8	100,0
Caf Pyrénées-Orientales	n	64	65	89	218
	%	29,4	29,8	40,8	100,0
TOTAL	n	312	338	416	1 066
	%	29,3	31,7	39,0	100,0

Nr = 1 (0,1 %)

Source : ORS – POSS 2010

3.1 Situation socio-économique

Nous n'observons pas de différence entre les 6 Caf du point de vue du **niveau d'études** atteint par les mères au moment de l'enquête, pas plus que de différence du point de vue du **pays de naissance** ou de la proportion de mères mineures à la naissance de l'enfant.

Par contre, la **proportion de femmes vivant seules** au moment de l'enquête diffère d'un territoire à l'autre ($p < 0,005$). **Près de six mères sur dix allocataires à la Caf des Pyrénées-Orientales vivent isolées (58,3 %)**, quand la prévalence régionale est de 47,4 %.

Pour la Caf des **Pyrénées-Orientales**, on note que la différence en terme de **statut matrimonial** se confirme non pas tant par la proportion des femmes divorcées (3,7 % vs 4,8 % en moyenne régionale) mais par celles qui se déclarent **mères célibataires (32,7 % vs 28,0 % en moyenne régionale) et séparées (22,4 % vs 15,1% en moyenne régionale)** ($p < 0,05$).

Tableau 82. Situation conjugale selon les Caf

		Vit seule	Vit en couple	TOTAL
Caf Aude	n	59	96	155
	%	38,1	61,9	100,0
Caf Gard	n	130	150	280
	%	46,4	53,6	100,0
Caf Béziers	n	68	80	148
	%	45,9	54,1	100,0
Caf Montpellier	n	118	133	251
	%	47,0	53,0	100,0
Caf Lozère	n	3	10	13
	%	23,1	76,9	100,0
Caf Pyrénées-Orientales	n	127	91	218
	%	58,3	41,7	100,0
TOTAL	n	505	560	1 065
	%	47,4	52,6	100,0

Nr = 2 (0,2 %)

Source : ORS – POSS 2010

Rappelons que cette différence de situation entre les mères en couple et les mères isolées est aussi en lien avec la génération de mères étudiée : ainsi celles dont l'enfant est né en 1995 ou 1996 -donc il y a de cela 14 ou 15 ans- se déclarent plus fréquemment en couple en 2010 que les mères avec des enfants plus jeunes (58,5 % vs 50,0 % pour les mères d'enfant de 5 ou 6 ans et 50,4 % de celles avec des 2-3 ans) ($p < 0,05$). Les mères les plus âgées de notre enquête sont aussi dans leur majorité mariées (56,7 %) plus que dans les deux autres groupes (1 sur 2 est mariée) et elles se déclarent moins souvent mères célibataires (18,3 % vs un tiers des femmes des deux autres groupes environ) ($p < 0,001$) (tableau 84). Notons qu'elles sont aussi assez logiquement les plus nombreuses à avoir divorcé (une sur 10 contre 4,2 % des mères avec un enfant né en 2004 ou 2005 et moins de 1 % parmi les plus jeunes mères de l'enquête).

Elles ont naturellement plus souvent que les autres plusieurs enfants, notamment trois ou plus (45,9 %) ($p < 0,0001$).

Tableau 83. Situation conjugale selon le groupe de mères

		Vit seule	Vit en couple	TOTAL
Né en 1995-1996	n	129	182	311
	%	41,5	58,5	100,0
Né en 2004-2005	n	169	169	338
	%	50,0	50,0	100,0
Né en 2007-2008	n	206	209	415
	%	49,6	50,4	100,0
TOTAL	n	504	560	1 064
	%	47,4	52,6	100,0

Nr = 3 (0,3 %)

Source : ORS – POSS 2010

Tableau 84. Situation matrimoniale selon le groupe de mères

		Mariée, pacsée, vie en couple	Séparée	Divorcée	Célibataire	TOTAL
Né en 1995-1996	n	177	44	34	57	312
	%	56,7	14,1	10,9	18,3	100,0
Né en 2004-2005	n	167	53	14	101	335
	%	49,9	15,8	4,2	30,1	100,0
Né en 2007-2008	n	206	63	3	137	409
	%	50,4	15,4	0,7	33,5	100,0
TOTAL	n	550	160	51	295	1 056
	%	52,1	15,2	4,8	27,9	100,0

Nr = 11 (1,0 %)

Source : ORS – POSS 2010

Tableau 85. Nombre d'enfants selon le groupe de mères

		1	2	3	4 et +	TOTAL
Né en 1995-1996	n	41	128	91	52	312
	%	13,1	41,0	29,2	16,7	100,0
Né en 2004-2005	n	134	173	29	3	339
	%	39,5	51,0	8,6	0,9	100,0
Né en 2007-2008	n	331	82	2	0	415
	%	79,8	19,8	0,5	0,0	100,0
TOTAL	n	506	383	122	55	1 066
	%	47,5	35,9	11,4	5,2	100,0

Nr = 1 (0,1 %)

Source : ORS – POSS 2010

Parmi les différences entre les trois générations de mères, on relève celle de l'**activité professionnelle** déclarée au moment de l'enquête : ce sont celles qui, dans notre échantillon, ont eu leur enfant il y a 14 ou 15 ans qui sont les plus nombreuses à exercer une activité professionnelle : une sur deux (51,3 %) contre 27,9 % des mères avec un enfant né en 2004 ou 2005 et 19,4 % des mères avec un enfant né en 2007 ou 2008 ($p < 0,0001$). Le niveau d'études déclaré au moment de l'enquête ne diffère pas d'un groupe à l'autre.

Tableau 86. Activité professionnelle selon les trois groupes de mères

		En activité professionnelle	A la recherche d'un emploi	En formation	Femme au foyer	En congé parental	En congé maternité	En invalidité	TOTAL
Né en 1995-1996	n	160	58	8	53	25	4	4	312
	%	51,3	18,6	2,6	17,0	8,0	1,3	1,3	100,0
Né en 2004-2005	n	94	99	19	99	22	3	1	337
	%	27,9	29,4	5,6	29,4	6,5	0,9	0,3	100,0
Né en 2007-2008	n	80	142	40	135	6	9	0	412
	%	19,4	34,6	9,7	32,8	1,5	2,2	0,0	100,0
TOTAL	n	334	299	67	287	53	16	5	1 061
	%	31,5	28,2	6,3	27,0	5,0	1,5	0,5	100,0

Nr = 6 (0,6 %)

Source : ORS – POSS 2010

Si l'on compare les mêmes déterminants sociaux selon que la mère est mineure ou majeure à la naissance de l'enfant, le niveau d'études au moment de l'enquête*, diffère comme attendu de manière significative au détriment des mères mineures qui sont sans qualification dans plus d'un cas sur deux (55,8 %) contre 28,1 % des majeures. Un tiers des mineures a un niveau V de qualification (32,6 %), moins d'une sur dix le niveau baccalauréat (8,4 %) ; les diplômées de l'enseignement supérieur parmi les mères qui étaient mineures à la naissance de l'enfant sont une exception (3,2 %) ($p < 0,0001$).

Tableau 87. Niveau d'études atteint en 2010 selon l'âge de la mère à l'arrivée de l'enfant

		Sans qualification	CAP-BEP	BAC	Supérieur au BAC	TOTAL
Mineure	n	53	31	8	3	95
	%	55,8	32,6	8,4	3,2	100,0
Majeure	n	262	397	197	76	932
	%	28,1	42,6	21,1	8,2	100,0
TOTAL	n	315	428	205	79	1 027
	%	30,7	41,7	20,0	7,7	100,0

Nr = 40 (3,7 %)

Source : ORS – POSS 2010

* Nous utilisons le niveau d'études atteint au moment de l'enquête et non au moment de la grossesse ou arrivée de l'enfant car cette dernière information est très mal renseignée dans l'enquête en population contrairement au niveau atteint au moment de l'enquête

3.2 Contexte psycho-social

Après le contexte socio-économique, il est important de connaître les éventuelles distinctions du contexte psycho-social.

À la question, estimez-vous avoir été bien **entourée pendant votre grossesse**, on observe des opinions très différentes selon la génération de mères répondantes : les plus sévères sur cette période sont les plus « anciennement » mères : une sur dix déclare n'avoir pas du tout été entourée pendant la grossesse contre 4,7 % du groupe intermédiaire et 1,4 % des plus jeunes ; pour l'opinion radicalement contraire, un tiers des mères « les plus anciennes » déclare avoir été très bien entourée contre 40,4 % et 48,2 % des deux autres groupes ($p < 0,0001$). La question reste posée sur un effet de génération (les dispositifs et aides étaient-ils différents au milieu des années 90 ainsi que les mentalités face à une maternité précoce ont-elles pu évoluer ?) ou bien alors est-ce un effet de la mémoire avec peut-être des comparaisons intervenues dans le temps sur le vécu des autres grossesses dans des circonstances différentes ?

Tableau 88. Sentiment d'avoir été entourée pendant la grossesse selon le groupe de mères

		Très bien entourée	Bien entourée	Peu entourée	Pas du tout entourée	TOTAL
Né en 1995-1996	n	107	115	57	33	312
	%	34,3	36,9	18,3	10,6	100,0
Né en 2004-2005	n	137	134	52	16	339
	%	40,4	39,5	15,3	4,7	100,0
Né en 2007-2008	n	200	152	57	6	415
	%	48,2	36,6	13,7	1,4	100,0
TOTAL	n	444	401	166	55	1 066
	%	41,7	37,6	15,6	5,2	100,0

Nr = 1 (0,1 %)

Source : ORS – POSS 2010

Il demeure que l'on peut faire l'hypothèse que des changements de mentalité s'opèrent dans le temps : il en va ainsi de la **reconnaissance de l'enfant par le père**, significativement plus fréquente chez les mères d'enfants nés en 2004-2005 (85,1 %) et 2007-2008 (82,8 %) que chez les plus âgées : 74,2 % pour les nés en 1995-1996 ($p < 0,001$).

Tableau 89. Reconnaissance par le père selon le groupe de mères

		Enfant non reconnu	Enfant reconnu	TOTAL
Né en 1995-1996	n	79	227	306
	%	25,8	74,2	100,0
Né en 2004-2005	n	50	285	335
	%	14,9	85,1	100,0
Né en 2007-2008	n	70	338	408
	%	17,2	82,8	100,0
TOTAL	n	199	850	1 049
	%	19,0	81,0	100,0

Nr = 18 (1,7 %)

Source : ORS – POSS 2010

Il n'existe pas de différence entre les trois groupes sur **l'existence d'une vie commune avec le père de l'enfant à l'annonce de la grossesse**. Par contre, les trois groupes ne répondent pas de la même manière à la question de **la vie commune avec le père au moment de l'enquête** : près de six mères sur dix du groupe le plus âgé ne vivent plus avec le père de leur enfant né en 1995-96 (59,0 %) ; c'est le cas de 46,7 % de celles dont l'enfant est né en 2004-05 et 36,6 % des plus jeunes (enfant né en 2007-2008).

Par contre, on relève qu'il s'agit là plus fréquemment de rupture de couple pour les plus âgées qui, moins que les autres, déclarent n'avoir jamais vécu avec le père de leur enfant : 11,5 % contre 13,9 % et 15,2 % des 2^e et 3^e groupes. Pour ces deux indicateurs, les différences sont significatives ($p < 0,0001$).

Tableau 90. Vie commune au moment de l'enquête selon le groupe de mères

		Rupture vie commune	Vie commune	Jamais vécu ensemble	TOTAL
Né en 1995-1996	n	184	92	36	312
	%	59,0	29,5	11,5	100,0
Né en 2004-2005	n	158	133	47	338
	%	46,7	39,3	13,9	100,0
Né en 2007-2008	n	152	200	63	415
	%	36,6	48,2	15,2	100,0
TOTAL	n	494	425	146	1 065
	%	46,4	39,9	13,7	100,0

Nr = 2 (0,2 %)

Source : ORS – POSS 2010

Des différences entre territoires se profilent sur l'existence d'une vie commune à l'annonce de la grossesse : ainsi sept allocataires sur dix de l'Aude et de Béziers vivaient avec le père de l'enfant à l'annonce de la grossesse, alors que celles de Montpellier, des Pyrénées-Orientales et du Gard sont moins fréquemment dans ce cas (respectivement 58,8 %, 58,6 % et 56,8 %). Les différences sont significatives ($p < 0,05$). La « résistance du couple dans le temps » n'est pas la même d'un territoire à l'autre : plus d'une mère sur deux n'est plus en couple au moment de l'enquête à Béziers et dans les Pyrénées-Orientales ; l'Aude et la Lozère sont les territoires les plus stables de ce point de vue ($p < 0,05$).

Tableau 91. Vie commune avec le père selon les Caf à l'annonce de la grossesse

		Non	Oui	TOTAL
Caf Aude	n	47	109	156
	%	30,1	69,9	100,0
Caf Gard	n	120	158	278
	%	43,2	56,8	100,0
Caf Béziers	n	44	103	147
	%	29,9	70,1	100,0
Caf Montpellier	n	103	146	249
	%	41,4	58,6	100,0
Caf Lozère	n	5	9	14
	%	35,7	64,3	100,0
Caf Pyrénées-Orientales	n	89	127	216
	%	41,2	58,8	100,0
TOTAL	n	408	652	1 060
	%	38,5	61,5	100,0

Nr = 7 (0,7 %)

Source : ORS – POSS 2010

Tableau 92. Vie commune avec le père de l'enfant au moment de l'enquête selon le groupe de mères selon les caisses

		Non	Oui	Jamais vécu ensemble	TOTAL
Caf Aude	n	68	72	16	156
	%	43,6	46,2	10,3	100,0
Caf Gard	n	121	114	44	279
	%	43,4	40,9	15,8	100,0
Caf Béziers	n	76	57	13	146
	%	52,1	39,0	8,9	100,0
Caf Montpellier	n	111	104	37	252
	%	44,0	41,3	14,7	100,0
Caf Lozère	n	4	9	0	13
	%	30,8	69,2	0,0	100,0
Caf Pyrénées-Orientales	n	114	68	36	218
	%	52,3	31,2	16,5	100,0
TOTAL	n	494	424	146	1 064
	%	46,4	39,8	13,7	100,0

Nr = 3 (0,3%)

Source : ORS – POSS 2010

Trois éléments sont en lien avec la **minorité de la mère** lors de la naissance : à l'annonce de la grossesse, les mères mineures auraient plus fréquemment que les autres souhaité que cette grossesse arrive plus tard (37,5 % vs 25,1 %) voire auraient préféré ne pas être enceinte : 13,5 % vs 6,4 % ($p < 0,001$). Aucune question n'a été posée, du fait du parti pris de cette étude, afin de savoir si parmi cette frange de population, elles ont rencontré des obstacles dans le recours à l'IVG.

Tableau 93. État psychologique de la mère à l'annonce de la grossesse selon l'âge

		Vous étiez heureuse que cette grossesse arrive à ce moment-là	Vous auriez aimé qu'elle arrive plus tôt	Vous auriez aimé qu'elle arrive plus tard	Vous auriez préféré ne pas être enceinte	TOTAL
Mineure	n	45	2	36	13	96
	%	46,9	2,1	37,5	13,5	100,0
Majeure	n	622	21	236	60	939
	%	66,2	2,2	25,1	6,4	100,0
TOTAL	n	667	23	272	73	1 035
	%	64,4	2,2	26,3	7,1	100,0

Nr=32 (3,0 %)

Source : ORS – POSS 2010

Les mères mineures moins fréquemment que les autres vivaient avec le père de l'enfant à l'annonce de la grossesse : 37,5 % vs 63,9 % des mères majeures ($p < 0,0001$). Et conséquence de cela pour partie, les pères ont moins souvent reconnu l'enfant quand la mère était mineure : 64,6 % vs 82,9 % ($p < 0,0001$).

Tableau 94. Vie commune avec le père de l'enfant à l'annonce de la grossesse selon l'âge de la mère

		Mère séparée du père	Vie commune	TOTAL
Mineure	n	60	36	96
	%	62,5	37,5	100,0
Majeure	n	338	598	936
	%	36,1	63,9	100,0
TOTAL	n	398	634	1 032
	%	38,6	61,4	100,0

Nr=35 (3,3 %)

Source : ORS – POSS 2010

Tableau 95. Reconnaissance par le père selon l'âge de la mère

		Enfant non reconnu	Enfant reconnu	TOTAL
Mineure	n	34	62	96
	%	35,4	64,6	100,0
Majeure	n	158	766	924
	%	17,1	82,9	100,0
TOTAL	n	192	828	1 020
	%	18,8	81,2	100,0

Nr=47 (4,4 %)

Source : ORS – POSS 2010

De fait, un petit tiers (30,6 %) des mères mineures à la naissance de leur enfant déclare vivre avec le père au moment de l'enquête, ce qui est le cas de 40,9 % des mères majeures ($p < 0,01$).

Tableau 96. Vie commune avec le père au moment de l'enquête selon l'âge de la mère

		Non	Oui	Jamais vécu ensemble	TOTAL
Mineure	n	44	30	24	98
	%	44,9	30,6	24,5	100,0
Majeure	n	438	384	116	938
	%	46,7	40,9	12,4	100,0
TOTAL	n	482	414	140	1 036
	%	46,5	40,0	13,5	100,0

Nr=31 (2,9 %)

Source : ORS – POSS 2010

On n'observe pas de différence entre les trois groupes du point de vue de la situation économique (existence d'un salaire du conjoint, allocations sociales ou aides perçues pendant la grossesse), mais le niveau de couverture maladie est meilleur pour les groupes les plus jeunes : 54,3 % avaient une complémentaire santé en début de grossesse parmi les mères du 1^{er} groupe, 65,7 % dans le 2^e groupe et 67,4 % dans le 3^e groupe ($p < 0,0001$). La mise en place de la CMU en 2000 peut expliquer en partie ce résultat ainsi qu'un biais de mémoire peut-être plus important dans le groupe le plus âgé.

Tableau 97. Existence d'une couverture maladie au début de la grossesse selon le groupe de mères

		Couverture sans mutuelle				TOTAL
		Oui avec mutuelle	Oui sans mutuelle	Absence de couverture maladie	Je ne m'en souviens plus	
Né en 1995-1996	n	169	58	45	39	311
	%	54,3	18,6	14,5	12,5	100,0
Né en 2004-2005	n	220	53	21	41	335
	%	65,7	15,8	6,3	12,2	100,0
Né en 2007-2008	n	273	54	48	30	405
	%	67,4	13,3	11,9	7,4	100,0
TOTAL	n	662	165	114	110	1 051
	%	63,0	15,7	10,8	10,5	100,0

Nr=16 (1,5 %)

Source : ORS – POSS 2010

De la même façon, le renoncement aux soins pendant la grossesse est plus souvent rapporté par des mères du groupe le plus ancien (24,4 %) que par celles du 2^e et 3^e groupe (16,1 % et 19,7 %) ($p < 0,05$).

Tableau 98. Renoncement à des consultations, des examens médicaux ou des soins dentaires pour des raisons financières pendant la grossesse selon le groupe de mères

		Non	Oui	TOTAL
Né en 1995-1996	n	229	74	303
	%	75,6	24,4	100,0
Né en 2004-2005	n	277	53	330
	%	83,9	16,1	100,0
Né en 2007-2008	n	327	80	407
	%	80,3	19,7	100,0
TOTAL	n	833	207	1 040
	%	80,1	19,9	100,0

Nr=27 (2,5 %)

Source : ORS – POSS 2010

Le type de soutien qui a manqué à ces jeunes mères durant la grossesse est variable d'un groupe à l'autre : le groupe le plus ancien relève plus souvent le manque d'accompagnement psychologique (21,7 %) noté par 17,8 % et 13,0 % des deux autres groupes ($p<0,01$).

Les mères les plus jeunes se distinguent en citant plus fréquemment les difficultés économiques et l'absence de soutien financier (49,8 % vs 42,0 % et 41,3% des groupes 1 et 2) ($p<0,01$).

Tableau 99. Absence de soutien psychologique pendant la grossesse selon le groupe de mères

		Non	Oui	TOTAL
Né en 1995-1996	n	245	68	313
	%	78,3	21,7	100,0
Né en 2004-2005	n	278	60	338
	%	82,2	17,8	100,0
Né en 2007-2008	n	362	54	416
	%	87,0	13,0	100,0
TOTAL	n	885	182	1067
	%	82,9	17,1	100,0

Nr = 0

Source : ORS – POSS 2010

Tableau 100. Absence d'aide financière pendant la grossesse selon le groupe de mères

		Non	Oui	TOTAL
Né en 1995-1996	n	181	131	312
	%	58,0	42,0	100,0
Né en 2004-2005	n	199	140	339
	%	58,7	41,3	100,0
Né en 2007-2008	n	209	207	416
	%	50,2	49,8	100,0
TOTAL	n	589	478	1067
	%	55,2	44,8	100,0

Nr = 0

Source : ORS – POSS 2010

Le manque de soutien pour reprendre la scolarité est cité par un cinquième des mères du groupe le plus ancien (20,4 %) ; 13,3 % et 12,0 % des mères du 2^e et 3^e groupe sont de cet avis (p<0,01).

Tableau 101. Absence de soutien pour poursuivre la scolarité selon le groupe de mères

		Non	Oui	TOTAL
Né en 1995-1996	n	249	64	313
	%	79,6	20,4	100,0
Né en 2004-2005	n	293	45	338
	%	86,7	13,3	100,0
Né en 2007-2008	n	366	50	416
	%	88,0	12,0	100,0
TOTAL	n	908	159	1067
	%	85,1	14,9	100,0

Nr = 0

Source : ORS – POSS 2010

Le soutien familial a aussi manqué à près d'un quart des mères du groupe le plus ancien (24,3 %) et, de manière moindre, aux deux autres groupes : 21,2 % pour le 2^e et 14,2 % pour le 3^e (p<0,01).

Tableau 102. Absence de soutien familial selon le groupe de mères

		Non	Oui	TOTAL
Né en 1995-1996	n	237	76	313
	%	75,7	24,3	100,0
Né en 2004-2005	n	267	72	339
	%	78,8	21,2	100,0
Né en 2007-2008	n	357	59	416
	%	85,8	14,2	100,0
TOTAL	n	861	207	1068
	%	80,6	19,4	100,0

Nr = 0

Source : ORS – POSS 2010

Lorsque l'on s'intéresse aux différences entre les mères mineures et majeures du point de vue des mêmes informations, deux éléments se détachent : la nature des revenus disponibles pendant la grossesse et le type de soutien qui leur a fait défaut.

Il ressort en effet que les très jeunes mères avaient comme source de revenu pendant leur grossesse dans un cas sur cinq (22,2 %) un salaire (le leur ou celui de leur compagnon), ce qui est le cas de plus d'une mère sur deux majeures (52,2 %) ($p < 0,0001$). Trois fois moins que ces dernières, les mineures percevaient des allocations chômage (4,4 % vs 11,5 %) ($p < 0,05$) mais plus fréquemment elles déclarent des allocations sociales (familiales, logement) : 68,9 % vs 55,6 % ($p < 0,01$). On observe que l'aide des parents est aussi plus fréquente chez les mineures : plus du quart (26,7 %) contre une sur sept parmi les majeures (14,2 %) ($p < 0,01$).

Si aucune différence distingue les deux groupes de mères du point de vue de la nature des soutiens qui leur ont manqué pendant la grossesse, il demeure qu'à cette question la différence significative est l'absence de soutien à la poursuite de la scolarité citée par 42,5 % des mères mineures contre 16,3 % des majeures ($p < 0,000$).

3.3 Suivi de grossesse

On retrouve une différence de suivi médical de la grossesse mesurée par la fréquence des consultations : les mères les plus âgées (du 1^{er} groupe) comme celles parmi les plus jeunes (du 3^e groupe) déclarent un suivi moins régulier à partir de la déclaration de grossesse : 15,8 % du 1^{er} groupe ont moins d'une consultation par mois et 12,7 % sont dans ce cas dans le 3^e groupe vs 11,2 % dans le 2^e groupe ($p < 0,05$).

Tableau 103. Nombre de consultations à partir de la déclaration de grossesse selon le groupe de mères

		Moins d'une par mois	Une par mois	Plus d'une par mois	TOTAL
Né en 1995-1996	n	48	238	17	303
	%	15,8	78,5	5,6	100,0
Né en 2004-2005	n	37	252	42	331
	%	11,2	76,1	12,7	100,0
Né en 2007-2008	n	51	313	39	403
	%	12,7	77,7	9,7	100,0
TOTAL	n	136	803	98	1 037
	%	13,1	77,4	9,5	100,0

Nr = 30 (2,8 %)

Source : ORS – POSS 2010

Du point de vue du territoire, on relève une différence très significative ($p < 0,0001$) sur la fréquence de suivi de séances de préparation à la naissance et à la parentalité : entre la Lozère avec 69,2 % de bénéficiaires ou celles de la Caf de Montpellier (53,6 %) ou du Gard (50,4 %) et celles de Béziers (35,4 %), des Pyrénées-Orientales (36,7 %) ou de l'Aude (37,8 %), on note un écart important.

Tableau 104. Suivi d'une préparation à la naissance selon les 6 Caf

		Non	Oui	TOTAL
Caf Aude	n	97	59	156
	%	62,2	37,8	100,0
Caf Gard	n	138	140	278
	%	49,6	50,4	100,0
Caf Béziers	n	95	52	147
	%	64,6	35,4	100,0
Caf Montpellier	n	117	135	252
	%	46,4	53,6	100,0
Caf Lozère	n	4	9	13
	%	30,8	69,2	100,0
Caf Pyrénées-Orientales	n	138	80	218
	%	63,3	36,7	100,0
TOTAL	n	589	475	1 064
	%	55,4	44,6	100,0

Nr = 3 (0,3 %)

Source : ORS – POSS 2010

La confrontation à la violence est aussi plus fréquemment déclarée par les mères du groupe le plus ancien ($p < 0,05$) : plus du tiers d'entre elles (34,6 %) vs 29,3 % et 25,7 % des 2^e et 3^e groupes.

Tableau 105. Confrontation à la violence avant votre grossesse ou pendant celle-ci selon le groupe de mères

		Non	Oui	TOTAL
Né en 1995-1996	n	200	106	306
	%	65,4	34,6	100,0
Né en 2004-2005	n	237	98	335
	%	70,7	29,3	100,0
Né en 2007-2008	n	304	105	409
	%	74,3	25,7	100,0
TOTAL	n	741	309	1 050
	%	70,6	29,4	100,0

Nr = 17 (1,5 %)

Source : ORS – POSS 2010

3.4 Autour de l'accouchement

Sur l'accouchement et le post-partum, les trois groupes de femmes se distinguent sur le soutien à l'allaitement dont elles disent avoir ou non bénéficié (à la maternité et à domicile) et sur le suivi en visite post-natale.

Ainsi les plus récemment accouchées parmi les mères (enfant né en 2007-2008) déclarent à 67,3 % avoir été suffisamment soutenues pour l'allaitement à la maternité, ce qui est le cas de 59,8 % du 2^e groupe (enfant né en 2004-05) et de 56,3 % des mères du 1^{er} groupe (enfant né en 1995-96) ($p < 0,05$).

Tableau 106. Soutien pour l'allaitement maternel à la maternité selon le groupe de mères

		Non	Oui	TOTAL
Né en 1995-1996	n	83	107	190
	%	43,7	56,3	100,0
Né en 2004-2005	n	90	134	224
	%	40,2	59,8	100,0
Né en 2007-2008	n	84	173	257
	%	32,7	67,3	100,0
TOTAL	n	257	414	671
	%	38,3	61,7	100,0

Nr = 396 (37,1 %)

Source : ORS – POSS 2010

Cette observation sur l'évolution de l'accompagnement à l'allaitement maternel est confirmée par le soutien obtenu à domicile, plus important pour le groupe le plus récent (62,0 % le déclarent suffisant) que celui déclaré par les mères des groupes 1 et 2 (respectivement 39,2 % et 51,2 %) ($p < 0,0001$).

Tableau 107. Soutien pour l'allaitement à la maison selon le groupe de mères

		Non	Oui	TOTAL
Né en 1995-1996	n	107	69	176
	%	60,8	39,2	100,0
Né en 2004-2005	n	103	108	211
	%	48,8	51,2	100,0
Né en 2007-2008	n	92	150	242
	%	38,0	62,0	100,0
TOTAL	n	302	327	629
	%	48,0	52,0	100,0

Nr = 438 (2,8 %)

Source : ORS – POSS 2010

Par contre, le mouvement inverse est observé sur le suivi post couche avec l'indication d'une visite post natale programmée à la sortie de maternité : les mères du groupe le plus ancien en ont plus fréquemment bénéficié que celles du 2^e et 3^e groupe : 66,2 % vs 53,9 % et 57,7 % ($p < 0,01$).

Tableau 108. Sortie de maternité avec un rendez-vous pour une visite post natale selon le groupe de mères

		Non	Oui	TOTAL
Né en 1995-1996	n	99	194	293
	%	33,8	66,2	100,0
Né en 2004-2005	n	152	178	330
	%	46,1	53,9	100,0
Né en 2007-2008	n	167	228	395
	%	42,3	57,7	100,0
TOTAL	n	418	600	1 018
	%	41,1	58,9	100,0

Nr = 49 (4,6 %)

Source : ORS – POSS 2010

Les différences par territoires ne sont pas significatives. La seule différence, qui distingue les mères mineures des mères majeures, est le fait d'avoir eu **un entretien avec un assistant social avant la sortie de maternité pour 13,5 % des mineures contre 5,6 % des majeures (p<0,005).**

Tableau 109. Entretien avant la sortie de la maternité avec un(e) assistant(e) social(e) et âge de la mère

		Non	Oui	TOTAL
Mineure	n	83	13	96
	%	86,5	13,5	100,0
Majeure	n	880	52	932
	%	94,4	5,6	100,0
TOTAL	n	963	65	1 028
	%	93,7	6,3	100,0

Nr = 39 (3,7 %)

Source : ORS – POSS 2010

3.5 Retour à domicile et insertion

Sur le retour à domicile et la trajectoire d'insertion, nous relevons quelques différences entre les trois groupes de femmes : on constate que les générations les plus jeunes sont aussi celles qui ont eu le plus fréquemment une visite de sage-femme à la maison : de 8,6 % en 1995-1996 à 19,3 % en 2004-2005 et 29,4 % des mères d'enfants nés en 2007-2008 ($p < 0,0001$). Inversement, ce sont les mères du groupe le plus ancien qui déclarent avoir eu le plus fréquemment la visite d'une assistante sociale à leur retour à domicile : 27,6 % contre 8,5 % et 7,8 % pour le 2^e et 3^e groupe ($p < 0,0001$).

Tableau 110. Visite d'une sage-femme à domicile selon le groupe de mères

		Non	Oui	TOTAL
Né en 1995-1996	n	96	9	105
	%	91,4	8,6	100,0
Né en 2004-2005	n	96	23	119
	%	80,7	19,3	100,0
Né en 2007-2008	n	108	45	153
	%	70,6	29,4	100,0
TOTAL	n	300	77	377
	%	79,6	20,4	100,0

Nr = 690 (64,7 %)

Source : ORS – POSS 2010

Tableau 111. Visite d'une assistante sociale à domicile selon le groupe de mères

		Non	Oui	TOTAL
Né en 1995-1996	n	76	29	105
	%	72,4	27,6	100,0
Né en 2004-2005	n	108	10	118
	%	91,5	8,5	100,0
Né en 2007-2008	n	141	12	153
	%	92,2	7,8	100,0
TOTAL	n	325	51	376
	%	86,4	13,6	100,0

Nr = 691 (64,8 %)

Source : ORS – POSS 2010

Nous leur avons posé la question d'un besoin ressenti d'aide supplémentaire compte-tenu de leur jeune âge au retour à domicile. Les réponses sont paradoxales puisque ce besoin d'aide est plus fréquemment exprimé par les « anciennes » mères que par celles qui l'ont été récemment : 38,4 % contre 30,6 % et 26,9 % des 2^e et 3^e groupe ($p < 0,005$).

Le temps joue peut-être comme un effet « décomplexant » vis-à-vis de l'enjeu qu'est celui d'assumer son choix et l'envie de prouver ses compétences maternelles et sa capacité de gérer la situation. L'expression d'une demande d'aide spécifique est alors plus aisée pour les plus « anciennes » ?

Tableau 112. Besoin d'aide spécifique au retour à domicile selon le groupe de mères

		Non	Oui	TOTAL
Né en 1995-1996	n	183	114	297
	%	61,6	38,4	100,0
Né en 2004-2005	n	225	99	324
	%	69,4	30,6	100,0
Né en 2007-2008	n	296	109	405
	%	73,1	26,9	100,0
TOTAL	n	704	322	1 026
	%	68,6	31,4	100,0

Nr = 41 (3,8 %)

Source : ORS – POSS 2010

Un autre effet de génération se profile avec la place du père de l'enfant comme personne ressource pour s'occuper de l'enfant au retour à la maison : un peu plus d'une mère sur deux du groupe le plus ancien le cite (55,3 %) ; c'est le cas de plus d'une mère sur six dans le 2^e groupe (61,6 %) et de 65,3% des mères du 3^e groupe ($p < 0,05$). Les parents de la jeune mère se révèlent aussi plus aidants pour les jeunes mères du groupe le plus récent : 67,7 % contre 63,9 % et 58,3 % pour les 2^e et 1^{er} groupes ($p < 0,05$). Enfin, la famille du père de l'enfant est déclarée plus présente dans le 2^e et le 3^e groupe que parmi les mères qui ont accouché en 1995-1996 : respectivement 33,9 %, 30,3 % contre 22,7 % ($p < 0,005$).

Tableau 113. Le père comme personne pouvant s'occuper de l'enfant selon le groupe de mères

		Non	Oui	TOTAL
Né en 1995-1996	n	132	163	295
	%	44,7	55,3	100,0
Né en 2004-2005	n	126	202	328
	%	38,4	61,6	100,0
Né en 2007-2008	n	140	263	403
	%	34,7	65,3	100,0
TOTAL	n	398	628	1 026
	%	38,8	61,2	100,0

Nr = 41 (3,8 %)

Source : ORS – POSS 2010

Tableau 114. Les parents de la jeune mère pouvant s'occuper de l'enfant selon le groupe de mères

		Non	Oui	TOTAL
Né en 1995-1996	n	123	172	295
	%	41,7	58,3	100,0
Né en 2004-2005	n	118	209	327
	%	36,1	63,9	100,0
Né en 2007-2008	n	130	273	403
	%	32,3	67,7	100,0
TOTAL	n	371	654	1 025
	%	36,2	63,8	100,0

Nr = 42 (3,9 %)

Source : ORS – POSS 2010

Tableau 115. Une personne de la famille du père de l'enfant pouvant s'occuper de l'enfant selon le groupe de mères

		Non	Oui	TOTAL
Né en 1995-1996	n	228	67	295
	%	77,3	22,7	100,0
Né en 2004-2005	n	216	111	327
	%	66,1	33,9	100,0
Né en 2007-2008	n	280	122	402
	%	69,7	30,3	100,0
TOTAL	n	724	300	1 024
	%	70,7	29,3	100,0

Nr = 43 (4,0 %)

Source : ORS – POSS 2010

Quatre éléments caractérisent significativement les mères mineures par rapport aux mères majeures : une plus grande fréquence de visite à domicile de la puéricultrice ($p < 0,01$) et de l'assistante sociale ($p < 0,05$), une meilleure connaissance des aides existantes au retour à domicile ($p < 0,0001$) et une aide du père pour la garde de l'enfant lors de la reprise de la formation ou lors du retour à l'emploi ($p < 0,01$).

Tableau 116. Visite d'une puéricultrice et âge de la mère

		Non	Oui	TOTAL
Mineure	n	27	25	52
	%	51,9	48,1	100,0
Majeure	n	220	94	314
	%	70,1	29,9	100,0
TOTAL	n	247	119	366
	%	67,5	32,5	100,0

Nr = 701 (65,7 %)

Source : ORS – POSS 2010

Tableau 117. Visite d'une assistante sociale et âge de la mère

		Non	Oui	TOTAL
Mineure	n	40	12	52
	%	76,9	23,1	100,0
Majeure	n	276	38	314
	%	87,9	12,1	100,0
TOTAL	n	316	50	366
	%	86,3	13,7	100,0

Nr = 701 (65,7 %)

Source : ORS – POSS 2010

Tableau 118. Ignorance sur les aides professionnelles à domicile et âge de la mère

		Non	Oui	TOTAL
Mineure	n	52	28	80
	%	65,0	35,0	100,0
Majeure	n	314	449	763
	%	41,2	58,8	100,0
TOTAL	n	366	477	843
	%	43,4	56,6	100,0

Nr = 224 (21,0 %)

Source : ORS – POSS 2010

Tableau 119. Le père comme personne pouvant s'occuper de l'enfant et âge de la mère ?

		Non	Oui	TOTAL
Mineure	n	50	44	94
	%	53,2	46,8	100,0
Majeure	n	336	568	904
	%	37,2	62,8	100,0
TOTAL	n	386	612	998
	%	38,7	61,3	100,0

Nr = 69 (6,5 %)

Source : ORS – POSS 2010

3.6 L'insertion

Alors que nous observons une grande permanence dans le temps de la fréquence de reprise de scolarité immédiatement après le congé maternité ou différée dans le temps (un quart des mères pour l'une ou l'autre des trajectoires quand la moitié arrête ses études), on constate une différence significative de génération parmi les mères actives avant l'accouchement (c'est-à-dire en emploi ou à la recherche d'un emploi) et la fréquence de celles qui retravaillent après le congé maternité : 28,1 % parmi le 1^{er} groupe, 19,7 % et 22,4 % dans le 2^e et 3^e groupe ($p < 0,05$).

Tableau 120. Reprise d'emploi après la grossesse selon le groupe de mères

		Je n'ai pas repris le travail	J'ai repris le travail après l'accouchement	J'ai pris un congé parental	TOTAL
Né en 1995-1996	n	51	43	59	153
	%	33,3	28,1	38,6	100,0
Né en 2004-2005	n	85	35	58	178
	%	47,8	19,7	32,6	100,0
Né en 2007-2008	n	112	50	61	223
	%	50,2	22,4	27,4	100,0
TOTAL	n	248	128	178	554
	%	44,8	23,1	32,1	100,0

Source : ORS – POSS 2010

Lorsqu'on recherche les liaisons significatives entre la reprise d'activité et d'autres variables, trois éléments ressortent : la génération à laquelle appartiennent ces mères précoces, leur statut familial et le niveau de qualification qu'elles déclarent au moment de l'enquête.

Les différences inter générations sont statistiquement significatives : le temps est favorable à la reprise d'une activité pour les plus âgées qui s'insèrent immédiatement après leur grossesse dans un quart des cas et dans près du tiers quelques temps plus tard ; ce n'est le cas que d'une femme sur cinq pour une reprise immédiate et dans la même proportion pour une reprise différée pour la plus jeune génération de mères précoces. Ce dernier écart est le plus important (32,8 % vs 22,3 %).

Tableau 121. Reprise d'activité selon le groupe de mères

		Pas d'activité	Rien repris	Reprise immédiate	Reprise différée
Né en 1995-1996	n	21	102	76	97
	%	7,1	34,5	25,7	32,8
Né en 2004-2005	n	37	141	59	89
	%	11,3	43,3	18,1	27,3
Né en 2007-2008	n	49	171	86	88
	%	12,4	43,4	21,8	22,3
TOTAL	n	107	414	221	274
	%	10,5	40,7	21,8	27,0

Nr = 51 (4,8 %)

Source : ORS – POSS 2010

De manière assez inattendue, ce sont les femmes mariées à l'annonce de la grossesse qui reprennent une activité immédiatement après leur congé maternité (27,9 %) ou un peu plus tard (25,0 %). Le schéma assez similaire en matière de reprise d'activité des femmes en couple au moment de la grossesse, renforce l'hypothèse que cette situation de couple fonctionne comme un moteur à l'insertion après une maternité précoce.

Tableau 122. Reprise d'activité selon le statut matrimonial à l'annonce de grossesse

		Pas d'activité	Rien repris	Reprise immédiate	Reprise différée
Mariée	n	28	36	38	34
	%	20,6	26,5	27,9	25,0
Séparée	n	14	64	12	18
	%	13,0	59,3	11,1	16,7
En couple	n	26	151	83	117
	%	6,9	40,1	22,0	31,0
Mère célibataire	n	7	21	12	18
	%	12,1	36,2	20,7	31,0
Autre (sans explication)	n	18	83	46	44
	%	9,4	43,5	24,1	23,0
TOTAL	n	93	355	191	231
	%	10,7	40,8	22,0	26,6

Nr = 197 (18,5 %)

Source : ORS – POSS 2010

Plus le niveau de qualification est déclaré élevé en 2010, plus la reprise d'activité après la grossesse est importante, que ce soit immédiatement pour plus d'une femme sur deux (54,5 %) à niveau supérieur au bac, et de manière différée dans un tiers des cas à partir du niveau bac (33,3 % et 32,5 %). *A contrario*, une mère sans qualification sur deux (52,1 %) n'a pas repris une activité après l'accouchement.

Tableau 123. Reprise d'activité selon le niveau de qualification au moment de l'enquête

		Pas d'activité	Rien repris	Reprise immédiate	Reprise différée
Sans qualification	n	57	162	38	54
	%	18,3	52,1	12,2	17,4
Niveau V	n	34	181	81	124
	%	8,1	43,1	19,3	29,5
Niveau IV	n	12	61	59	66
	%	6,1	30,8	29,8	33,3
Supérieur au Bac	n	2	8	42	25
	%	2,6	10,4	54,5	32,5
TOTAL	n	105	412	220	269
	%	10,4	41,0	21,9	26,7

Nr = 61 (5,7 %)

Source : ORS – POSS 2010

4. Analyse multivariée

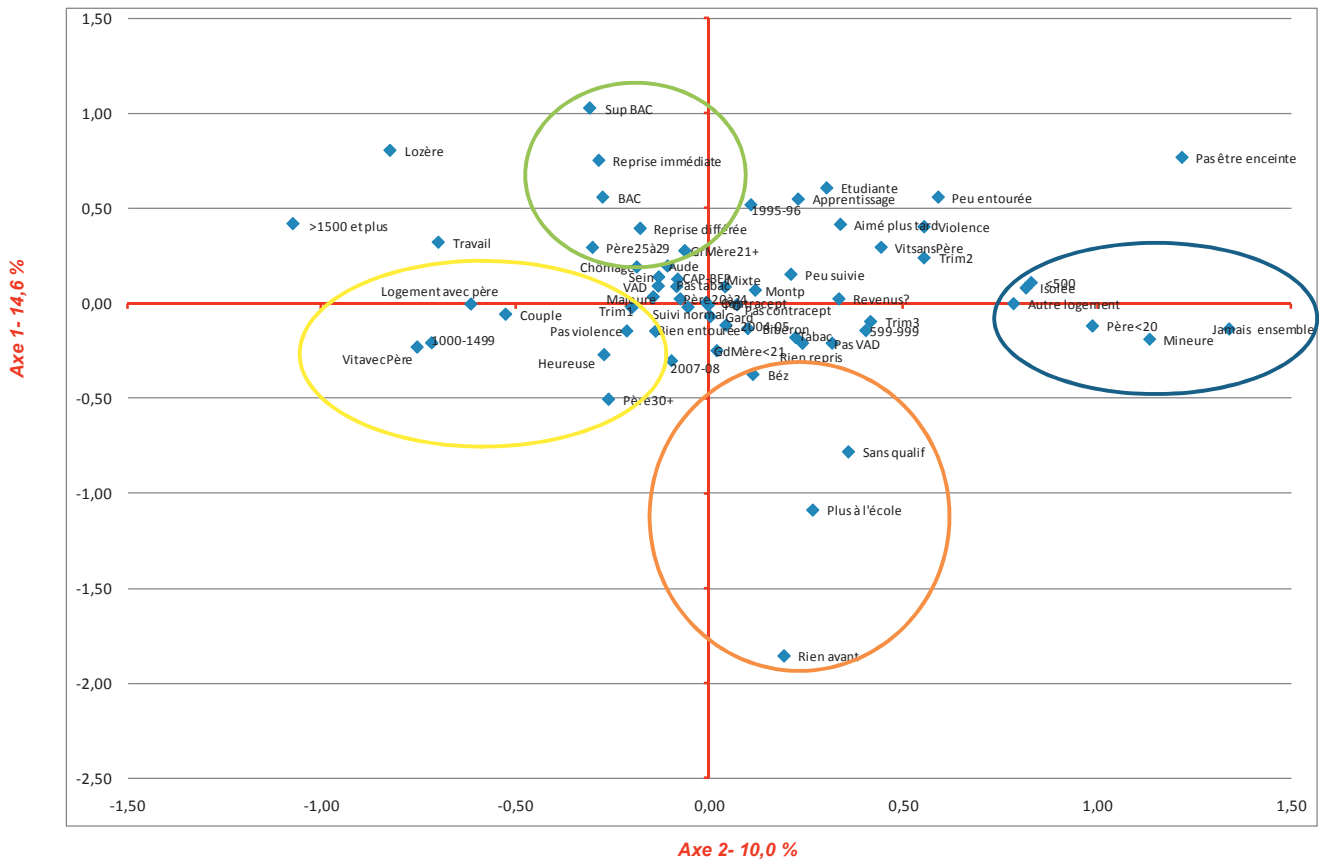
4.1 Une typologie des mères précoces

Deux étapes ont présidé à la réalisation d'une typologie des mères précoces :

- Une analyse des correspondances multiples (ACM) qui permet de décrypter les principales composantes liées à la maternité avant 21 ans

Vingt et une variables ont été utilisées dans l'ACM : Caf / Niveau de qualification / Âge où la mère de l'allocataire a eu son 1^{er} enfant / Vie en couple / Sentiment à l'annonce de grossesse / Sentiment d'avoir été entourée / Âge du père de l'enfant / Vie commune en 2010 avec le père / Activité à l'annonce de grossesse / Déclaration à la Caf / Nombre de consultations / VAD / Tabac pendant la grossesse / Victime de violence / Allaitement / Prescription de contraception en sortie de maternité / Lieu de vie à la sortie de maternité / Revenus / Mère mineure ou majeure / Reprise d'activité / Groupe de mères.

Graphique 1. Représentation graphique de l'analyse multi variée



Source : ORS – POSS 2010

Deux axes organisent l'information et expliquent 24,6 % de la variance : la dimension socio-affective de la maternité précoce et ses conditions économiques et l'axe de la qualification initiale et de l'insertion professionnelle.

L'axe horizontal qui explique 14,6 % de l'information collectée, est déterminé par les caractéristiques ayant attrait aux conditions de logement de la mère, son statut matrimonial, son âge à l'annonce de grossesse et les ressources dont elle a disposé seule ou en couple pour vivre. La partie droite de la représentation graphique (bulle bleue) représente les mères précoces les plus vulnérables : isolées, mineures, n'ayant jamais vécu avec le père de l'enfant et disposant de moins de 500 euros par mois pour vivre et n'ayant aucune autonomie de logement. La partie gauche de la représentation (bulle jaune) est quant à elle

construite autour des mères précoces les moins vulnérables : en couple, vivant avec le père de l'enfant dans un logement autonome. Elles sont heureuses que la grossesse arrive à ce moment là, l'ont déclarée au premier trimestre à la Caf et le père plus âgé qu'elle assure au couple des revenus pour vivre (entre 1 000 et 1 499 euros par mois).

L'axe vertical explique pour sa part 10,0% de l'information. Il est déterminé par différents facteurs liés à la qualification et l'insertion professionnelle des jeunes mères. La partie haute (bulle verte) de la représentation graphique représente les mères précoces caractérisées par un niveau élevé de qualification (niveau bac et supérieur au bac) et qui ont repris une activité immédiatement après le congé maternité ou font le projet d'une reprise différée ; à l'opposé, la partie basse est marquée par une absence de qualification, un décrochage scolaire antérieur à la grossesse et l'absence d'activité avant et de projet d'insertion après celle-ci.

- Une classification ascendante hiérarchique permet ensuite de faire émerger des groupes de mères qui présentent des caractéristiques proches. Cinq profils se détachent de l'analyse comme indiqué dans le tableau suivant :

Tableau 124. Typologie de mères précoces

	n	%
1 – Les « monoparentales vulnérables »	340	31,9
2 – Les mères au foyer par choix de vie	229	21,5
3 – Les adolescentes-mères « par accident »	121	11,4
4 – Les jeunes actives bien entourées	162	15,2
5 – Les plus diplômées en couple	214	20,0

Source : ORS – POSS 2010

Nous pouvons déjà percevoir qu'un tiers des maternités précoces ne présentent pas de spécificités qui méritent qu'on s'y arrête plus que pour toute autre maternité : ce sont les 4^e et 5^e profils qui se dégagent de l'analyse (avec respectivement 15,2 % et 20,0 % de l'échantillon étudié).

Le 2^e groupe correspondant à de jeunes mères au foyer, se caractérise par la présence de facteurs de précarité économique mais une stabilité familiale et affective. Le soutien à la parentalité n'est pas une priorité et l'insertion professionnelle n'est pas d'actualité. Il s'agit d'une mère précoce sur cinq environ.

Le 1^{er} et le 3^e groupe, respectivement un tiers et un dixième de notre population, sont sans doute celles sur lesquelles doivent porter l'attention des professionnels du suivi des grossesses, du suivi des jeunes mères et de leur enfant ainsi que ceux en charge de l'insertion sociale et professionnelle.

Les éléments suivants permettent de caractériser ces cinq groupes du point de vue des principales variables descriptives (avec des différences statistiquement significatives quand on compare le groupe avec l'ensemble de la population de mères précoces).

1 - Les « monoparentales vulnérables » : 31,9 % de l'ensemble de l'échantillon (n=340)

Ce groupe est composé de mères qui ont eu un 1^{er} enfant il y a 14 ans pour la moitié d'entre elles. De ce fait elles sont aussi plus nombreuses que l'ensemble de la population étudiée à être mère de famille nombreuse (près d'une sur dix a quatre enfants ou plus), mais dans leur grande majorité elles sont isolées (près de huit sur dix). La moitié des mères de ce groupe ont un niveau V de qualification. Une sur six a d'ailleurs interrompu un apprentissage à l'annonce de la grossesse. La moitié des mères de ce groupe n'a jamais repris d'activité. La moitié des mères de ce groupe n'était pas heureuse d'être enceinte et elles sont deux fois plus nombreuses que la population étudiée à déplorer le peu d'entourage pendant cette grossesse précoce. Un tiers des grossesses a été déclaré tardivement et un cinquième n'a pas bénéficié d'un bon suivi. Elles sont toutefois repérées par les professionnelles sage-femme et puéricultrice qui les ont suivies à domicile pendant la grossesse. Aux problèmes de précarité économique (une sur deux vit avec moins de 1000 € par mois), il faut ajouter une prévalence de la violence dans ce groupe où une femme sur deux se déclare victime au cours de sa vie.

2 - Les mères au foyer par « choix de vie » avec peu de ressources financières : 21,5 % de l'ensemble de l'échantillon (n=229)

Ce groupe est constitué par la moitié de mères qui l'ont été dernièrement (enfant né en 2007-2008). Mais on relève également que la moitié des mères de ce groupe a au moins deux enfants. En majorité sans qualification, neuf sur dix n'allaient déjà plus à l'école quand elles ont appris qu'elles étaient enceintes. Les mères de ce groupe ont une mère qui elle aussi a eu un 1^{er} enfant très jeune. Souvent en couple à l'annonce de grossesse, elles étaient très heureuses de cette annonce et ont été bien entourées pendant leur grossesse. Moins que l'ensemble de la population étudiée, elles ont bénéficié d'un suivi de grossesse à domicile (sage-femme, puéricultrice) et déplorent plutôt le manque d'aide ménagère et surtout d'aide financière pendant la grossesse.

3 - Les adolescentes mères par « accident », isolées et sans ressources : 11,4 % de l'ensemble de l'échantillon (n=121)

C'est dans ce groupe que les mères mineures sont les plus nombreuses (près de quatre sur dix le sont). Elles sont en proportion équivalentes dans les trois groupes générationnels. La majorité a eu un unique enfant très jeune. Le niveau de qualification de bac et plus est bien plus fréquent que dans l'ensemble de la population étudiée. La grossesse a été annoncée alors qu'elles étaient élève ou étudiante. La plupart du temps isolées et mères célibataires, elles auraient souhaité que cette grossesse arrive plus tard voire pas du tout. Le père de l'enfant lui-même était souvent très jeune. Bien qu'entourées pendant leur grossesse, elles ont tardé à la déclarer (une majorité après le 1^{er} trimestre). Peu autonomes du point de vue du logement, les mères de ce groupe ont repris immédiatement une activité et lorsqu'on les interroge sur le soutien qui leur a manqué, elles répondent, plus souvent que l'ensemble, un soutien psychologique pendant la grossesse et un soutien pour la poursuite de leur scolarité. Paradoxalement c'est le groupe qui déclare le moins fréquemment avoir manqué d'aide financière, avec objectivement de faibles revenus pour vivre. L'exposition à la violence caractérise également ce groupe.

4 - Les jeunes actives bien entourées : 15,2 % de l'ensemble de l'échantillon (n=162)

Toutes les mères de ce groupe sont majeures à la naissance de leur enfant : elles ont un enfant ou deux enfants dans des proportions proches. Pour la plupart, de niveau V de qualification, elles travaillaient déjà à l'annonce de grossesse et vivaient en couple. Heureuses que cette grossesse arrive à ce moment là, elles ont été bien entourées pendant leur grossesse et en tout premier lieu par leur compagnon, père de leur enfant.

Grossesse bien suivie médicalement et quasiment toutes suivies à domicile (sage-femme, puéricultrice), le retour à domicile se fait dans un logement personnel avec le père de l'enfant. La reprise d'activité est immédiate ou en projet. Les revenus du couple sont pour un tiers très modestes et plutôt supérieurs à la moyenne pour une majorité. Les besoins d'aide exprimés vont vers le manque d'aide ménagère et d'aide financière pendant la grossesse.

5 - Les plus diplômées en couple : 20,0 % de l'échantillon (n=214)

On retrouve le même profil de mères que dans le groupe précédent avec un niveau de diplôme supérieur au bac plus fréquent et une situation socioéconomique plus favorable. Les besoins d'aide exprimés vont vers le manque d'aide ménagère et d'un soutien pour la poursuite de leur scolarité pendant la grossesse. Elles ont presque toutes été suivies à domicile par une sage-femme ou une puéricultrice.

4.2 Une régression logistique sur la reprise ou le projet de reprise d'activité après une maternité précoce

La régression logistique est une méthode d'analyse statistique qui permet d'identifier les facteurs de risque associés à un phénomène à expliquer. Les résultats sont exprimés sous forme d'*odds ratio* qui permet d'estimer l'excès de risque.

L'intervalle de confiance indique entre quelles bornes la vraie valeur du risque a 95 % de chance de se situer. Nous avons exploré le fait d'avoir repris une activité après une maternité avant 21 ans ou de faire le projet de reprendre une activité à moyen terme. 78,7 % des mères sont incluses dans l'analyse. Les variables intégrées pour expliquer cette reprise d'activité ou ce projet de reprise d'activité sont celles utilisées dans la pondération et dans l'analyse des correspondances multiples. Elles sont dichotomisées autant que faire se peut : Caf, niveau de qualification, vie en couple au moment de l'enquête, mineure/majeure, déclaration de grossesse 1^{er} trimestre/tardive, revenus mensuels inférieurs à 1 000€/sup., génération de mères, reconnaissance de l'enfant par le père, vie commune à l'annonce de grossesse, ressenti à l'annonce de grossesse, en emploi à la fin de grossesse, renoncement à des soins pendant la grossesse pour raisons financières, victime de violence, issue d'une famille où la mère a eu un 1^{er} enfant avant 21 ans, âge du père de l'enfant, vie commune avec père de l'enfant en 2010, grossesse entourée, visites à domicile (sage-femme ou assistante sociale), suivi de grossesse (moins d'une consultation par mois/une ou plus), à la sortie de maternité : vie en couple dans un logement autonome, pendant la grossesse : a manqué de soutien psychologique, a manqué d'aide ménagère à domicile a manqué d'aide financière, a manqué de soutien à la scolarité, a manqué de soutien familial.

Tableau 125. Facteurs influents sur la reprise d'activité

Les variables retenues qui jouent un rôle de leviers de la reprise d'activité	Odds-ratio	P	IC 95 %
Avoir été en emploi jusqu'à la fin de sa grossesse	26,1	0,0001	[10,3 – 66,1]
Avoir une qualification (niveau V ou plus)	3,1	0,0001	[2,2 – 4,4]
Avoir une mère qui n'a pas eu une maternité précoce	1,4	0,03	[1,0 – 1,9]
Être allée vivre avec le père de l'enfant en logement autonome à la sortie de maternité	1,4	0,046	[1,0 – 1,9]
Les variables retenues qui jouent un rôle de freins de la reprise d'activité	Odds-ratio	P	IC 95 %
Être majeure à la naissance de l'enfant	0,5	0,02	[0,3– 0,9]
Être une mère qui a eu un enfant en 2007-2008 plutôt qu'en 1995-1996	0,5	0,001	[0,4 – 0,8]
Ou en 2004-2005 plutôt qu'en 1995-1996	0,6	0,01	[0,4 – 0,9]
Être heureuse que cette grossesse arrive à ce moment-là voire la souhaiter plus tôt	0,6	0,005	[0,4 – 0,8]
Avoir renoncé à des soins pendant cette grossesse pour des raisons financières	0,7	0,03	[0,4 – 1,0]

Si cette analyse⁷ reprend des éléments déjà mis en exergue dans l'étude, on voit à la lecture des *odds ratio* que **l'insertion économique préalable à la grossesse** et dans un emploi stable est l'élément prédictif le plus fort de la reprise d'activité (avec 26 fois plus de chance). Le fait **d'avoir une qualification de niveau V au moins**, c'est-à-dire Cap ou Bep expose à la reprise d'activité 3 fois plus. Ne **pas être « inscrite » dans une histoire familiale de survenue précoce de la maternité** et avoir un certain **degré d'autonomie** mesuré ici par le fait de s'installer avec le père de l'enfant dans un logement indépendant augmente de 1,5 fois la probabilité de reprendre une activité à l'issue d'une maternité précoce.

A contrario, les mères majeures à la naissance de l'enfant dans la population étudiée ont 1,8 fois plus de risque de ne pas reprendre une activité. C'est le cas de celles qui ont eu cette maternité précoce le plus récemment (en 2007-2008 et dans une moindre mesure en 2004-2005) si on les compare à la génération des mères qui ont eu un enfant en 1995-1996 : respectivement 1,9 fois et 1,7 fois moins de chance de reprendre une maternité que les plus anciennes.

Celles qui déclarent avoir été très heureuses quand elles ont su qu'elles étaient enceintes ou encore qu'elles auraient aimé que cela arrive plus tôt, la reprise d'activité est 1,7 fois moins probable que pour celles qui auraient aimé que cela arrive plus tard voire ne pas être enceinte.

Enfin, si le renoncement aux soins peut être appréhendé comme un facteur de précarité économique, ce sont ces jeunes mères qui ont renoncé aux soins qui ont 1,5 fois moins de chance de reprendre une activité à l'issue de cette maternité précoce.

⁷ Il s'agit d'une régression logistique ascendante pas à pas ; l'ordre d'entrée des variables dans le modèle est donc porteur de sens, indépendamment de la valeur de l'odds ratio. Voici l'ordre d'entrée des variables de l'étape 1 à 8 : *Avoir été en emploi jusqu'à la fin de sa grossesse/ Avoir une qualification (niveau V ou plus)/ Génération de mère/ Être heureuse que cette grossesse arrive à ce moment-là voir la souhaiter plus tôt/ Avoir une mère qui n'a pas eu une maternité précoce/ Avoir renoncé à des soins pendant cette grossesse pour des raisons financières/ Être majeure à la naissance de l'enfant/ Être allée vivre avec le père de l'enfant en logement autonome à la sortie de maternité.*

5. Enquête sur flux auprès des mineures suivies en PMI

5.1 Une enquête sur flux complémentaire par questionnaire administré par les sages-femmes de PMI auprès des mères mineures (suivies ou non en cours de grossesse) et en visite à domicile après l'accouchement

Chaque service de PMI de la région est destinataire des déclarations de grossesse adressées à la Caf et a inscrit comme indicateurs d'alerte les grossesses d'adolescentes mineures. Les cinq services de PMI procèdent à un suivi systématique des **mères mineures enceintes** et proposent aux jeunes mères, souvent en lien avec les maternités publiques et privées, une visite à domicile lors de la sortie de maternité. Il paraît intéressant de saisir ce moment pour collecter une information « à chaud » et assez précise sur le suivi de la grossesse, les conditions de l'accouchement et le retour à domicile, informations que le travail du temps peut biaiser en interrogeant les mères rétrospectivement comme c'est le cas dans l'enquête allocataires.

Il convient donc de construire un questionnaire spécifique (et minimaliste) sur cette population pour connaître par exemple les conditions de suivi de la grossesse, les déclarations tardives, le nombre et le contexte des refus d'aide de ces jeunes femmes sous l'emprise des représentations négatives de la PMI et des travailleurs sociaux (« la peur de l'enfant volé »). Une grille de compétence parentale a été travaillée avec les PMI et les professionnels de l'ASE.

Pratiquement, la collaboration des services de maternités publiques et privées des 5 départements a permis l'inclusion des mères mineures ayant accouché entre le 1^{er} mars 2010 et le 31 mai 2010 (information aux mères avec remise d'un courrier, signalement du service à la PMI du secteur, prise de contact de la sage-femme avec la mère pour convenir d'une rencontre) afin que ces jeunes mères et leur enfant soient rencontrés au retour à domicile par les sages-femmes de PMI un mois environ après la naissance. Les visites avec recueil d'information se sont déroulées entre avril et juin 2010. Compte tenu de la prévalence des naissances de mères mineures dans la région (environ 1 % de l'ensemble des naissances, soit 300 par an), nous pouvions estimer que ce recueil trimestriel s'il était exhaustif porterait sur environ 50 à 70 mères mineures.

5.2 Analyse des grilles d'entretien

Ce sont 24 questionnaires qui sont parvenus à l'ORS à l'issue de la période de l'enquête. Deux questionnaires en sus de mères majeures âgées de moins de 21 ans ont été exclus par souci d'homogénéité. Ce recueil s'est inscrit dans un calendrier professionnel des services assez dense : l'enquête périnatale 2010 sur la deuxième quinzaine de mars et des problématiques de ressources humaines sur deux des cinq départements.

Compte tenu de leur valeur informative plutôt que représentative, l'exploitation des questionnaires est faite manuellement.

Tableau 126. Retour de l'enquête trimestrielle sage-femme PMI auprès des mères mineures

Département	n	Dont complétés avec la jeune mère	Dont complétés par la sage-femme seule (refus, absence de la mère, perdue de vue)
Aude	2	2	0
Gard	8	6	2
Hérault	6	6	0
Lozère	1	1	0
Pyrénées-Orientales	7 (dont 1 par la puéricultrice)	4	3
TOTAL	24	19	5

Source : Services de PMI des 5 départements, enquête SF avril/juin 2010 – Exploitation : ORS L-R, 2010

Source : ORS – POSS 2010

Il ressort de ce recueil d'informations, que sur les 24 mères mineures qui ont fait l'objet de ce recueil d'informations, une moitié a été identifiée et rencontrée par les sages-femmes de PMI dans le cadre des visites systématiques (13/24). Parmi elles, trois étaient faites à la demande de la jeune mère suivie par le service durant sa grossesse. De plus, cinq femmes n'ont pas souhaité recevoir la sage-femme (3) ou étaient absentes voire perdues de vue (2). Douze demandes d'intervention émanent des maternités publiques (8 demandes) et privées (4 demandes) qui ont pu ou non passer convention de partenariat avec les services de PMI. Un service de néonatalogie et un centre de planification ont initié cette demande d'intervention dans un cas chacun.

Rares sont les interventions de la sage-femme auprès d'une mère mineure ignorant tout du service de PMI : la moitié d'entre elles (10/24) a été suivie pendant la grossesse par l'équipe médicale et une partie (7/24) bénéficiait d'un accompagnement psycho-social dès l'anténatal. Quatre mères ont fait la préparation à la grossesse et à la parentalité avec la PMI et trois ont été contactées au moment du *post partum*.

Deux mères mineures rencontrées par les sages-femmes sont hébergées en centre maternel. La majorité a un logement personnel où elles vivent en couple (10/24) ; rares sont celles qui vivent seules avec leur enfant dans un logement personnel (3). Les situations où la mère mineure vit encore avec son enfant chez ses parents n'est pas la plus fréquente parmi les 24 situations enquêtées : 4 cas (plus un cas où c'est une tante qui héberge mère et enfant) ; deux autres vivent avec leur compagnon chez les parents de ce dernier.

En matière de scolarité, les mères mineures rencontrées au cours de cette enquête de prévalence ont pour la plupart arrêté l'école avant leur grossesse, dès l'âge de 16 ans (9) ; cinq ont cessé leur scolarité pendant la grossesse et seules deux mineures ont poursuivi la scolarité jusqu'à la fin de leur grossesse. Le décrochage scolaire se fait souvent en fin de collège (classe de 3^e) ou sur la 1^{ère} année de BEP. Une seule mère mineure n'avait jamais été scolarisée.

Six mères mineures ont émis le souhait de reprendre l'école après la naissance de leur enfant. Pour toutes les autres, l'absence de projet tant scolaire que professionnel les caractérise ; pour celles qui évoquent un projet professionnel (5), le souhait de « travailler avec des enfants » l'emporte sans plus de précision.

La source principale de revenus est le RSA pour 10 d'entre elles et l'API (3) ; 5 vivent avec un compagnon salarié ; une perçoit l'AAH et une vit avec un conjoint qui a l'AAH.

Les informations sur le contexte de la grossesse confirment la prépondérance des grossesses désirées chez ces mineures (11) ; pour 8 autres, la grossesse est notée comme acceptée et seules deux mineures ont indiqué qu'elles étaient hors délai pour une demande d'IVG qu'elles auraient souhaitée.

Toutes sauf une étaient primipares (il s'agissait de son 2^e enfant). Le contexte médical de ces grossesses de mineures est plutôt favorable : 11 ont bénéficié d'un entretien prénatal précoce, 13 futures mères ont fait une préparation à la naissance et à la parentalité. On relève quelques déclarations tardives (5) et autant de suivis de grossesse irréguliers. Deux situations sont caractérisées par un risque médical pour l'enfant et deux cas où le risque était maternel. Les allaitements maternels (avec ou sans soutien) demeurent minoritaires (5) dans la population rencontrée.

La présence du père est le cas de figure le plus fréquent (14) avec son implication relevée par la sage-femme dans la moitié des situations ; le père est lui-même mineur dans 3 des cas rencontrés par les sages-femmes. La plupart des mères mineures, de l'avis de la sage-femme, a un bon étayage familial et/ou amical (16). La principale des difficultés repérées a trait au logement : insalubre, précaire, inadapté à l'accueil d'un bébé, caravane...

Les situations relationnelles difficiles en intra familiales sont assez rares (2 cas avec des violences, du dénigrement de la mère), quelques cas de dégradation de l'environnement avec rupture familiale ou conjugale sont relevés (4) et trois des mères mineures ont vécu un parcours sous protection de l'enfance (ordonnance de placement provisoire, aide éducative en milieu ouvert,...).

La prise en charge pour les mères mineures est tout autant sociale que médicale pour 11 d'entre elles et 6 bénéficient d'une prise en charge psychologique. Pour un même groupe de mères mineures, il existe une grande variabilité du nombre de visites à domicile prénatales (de 1 à 12 visites à domicile) ; le problème de réticence voire de refus semble se poser de manière plus aigüe à l'accueil des professionnels en postnatal, quand bien même l'enquête se déroulait environ 4 semaines après l'accouchement : les sages-femmes ont fait part de méfiance face à leur venue qui pouvait émaner du compagnon ou de la famille de la jeune mère.

Rares sont les demandes d'aide exprimées par la mère mineure ou le couple : quatre cas de difficultés financières et une problématique de regroupement familial difficile avec un conjoint étranger sont rapportés.

Sur la partie du ressenti de la jeune mère à l'annonce de grossesse comme durant celle-ci, les mères mineures expriment leur joie à l'annonce de la grossesse (11) et témoignent sur le plan psychologique d'un état de bien être durant celle-ci (13). La grossesse est arrivée trop tôt pour 8 des mères rencontrées mais 3 seulement ont mal vécu leur grossesse, avec la peur du rejet familial qui est exprimée.

D'un point de vue obstétrical, l'accouchement chez ces mineures s'est bien ou très bien passé : un seul cas de rétention placentaire est rapporté ; à la naissance de leur enfant, elles se sentaient très bien (11) et bien (8) ; une seule des mères mineures témoigne d'un problème psychologique (« peur d'être en contact avec son bébé »). Quant à la relation avec l'enfant au moment de la visite à domicile elle est qualifiée par la sage-femme de très bonne ou bonne dans l'ensemble des cas.

Cette visite à domicile est l'occasion de proposer une intervention ponctuelle de la puéricultrice de PMI (10 cas) : cinq suivis réguliers sont jugés nécessaires et trois suivis

médicaux proposés. Une visite conjointe sage-femme et puéricultrice au domicile est proposée à huit des mères mineures de l'échantillon.

Les observations professionnelles sur le lien précoce, l'attachement et les compétences parentales sont globalement très positives et relatent une grande aisance de ces jeunes mères à s'occuper de leur enfant.

6. Consultation des dispositifs institutionnels et des initiatives associatives existantes

Pour réaliser cette dernière phase de l'étude sur les maternités avant 21 ans, nous proposons plutôt qu'une enquête postale auprès des institutions au ciblage incertain et dont nous pouvons légitimement redouter un faible taux de retour, de poser un diagnostic sur deux territoires comme un exemple test d'une méthode transférable.

En s'adressant directement sous forme de consultation (des entretiens avec une grille de questions) auprès de personnes ressources identifiées en amont, il s'agit d'interroger chaque séquence de la trajectoire d'une jeune mère en demandant aux professionnels dans une telle situation :

- de dérouler les mécanismes du repérage de ces jeunes mères et le type d'aide et d'orientation proposés,
- de préciser s'il s'agit d'une offre de service de « droit commun » ou d'une démarche plus « pro active » à destination des mères précoces,
- d'indiquer comment et auprès de quels professionnels, dans quelles institutions se fait l'orientation face à une difficulté repérée ou un besoin exprimé par la jeune mère (lister les principaux champs : logement, soutien scolaire, aide à domicile, soutien à l'allaitement, appui à la parentalité,... etc),
- si ce partenariat est porté par un réseau, inscrit dans une convention ou figure dans la boîte à outils du professionnel.

Ce diagnostic a été mené sur Montpellier, comme illustrant le maillage urbain, au cours du dernier trimestre 2010.

Un premier entretien a été réalisé le 5 octobre 2010 avec la conseillère technique en travail social à la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, afin de repérer les personnes ressources et les temps importants à sonder dans la trajectoire d'une jeune mère. Treize professionnels issus des institutions et des associations ont été rencontrés en entretien semi-directif individuel pour l'essentiel et de groupe à la maternité hospitalière et à l'école de la deuxième chance.

Un second territoire a été exploré, le département des Pyrénées-Orientales, au cours du premier trimestre 2011, sur la base d'un pré-repérage proposé par le médecin responsable du service de protection maternelle et infantile, et complété au fur et à mesure des entretiens entre autres, des pistes intéressantes proposées par la coordinatrice du Reaap. Les entretiens semi-directifs ont du être menés par téléphone auprès de douze professionnels issus des institutions et des associations des Pyrénées-Orientales.

ENTRETIENS À MONTPELLIER

6.1 L'annonce

6.1.1 Le Mouvement français du planning familial (la coordinatrice planification)

Très en amont du suivi et de la prise en charge, c'est au Mouvement français du planning familial que l'on voit une partie des grossesses précoces chez les filles avant 21 ans. À la recherche d'un accès **aux tests de grossesse confidentiel, gratuit et surtout anonyme**, elles se rendent spontanément au centre situé Boulevard Rabelais (ou dans l'un des huit autres centres et sept permanences d'éducation familiale et de planification que compte le département de l'Hérault⁸). Le réseau de partenaires peut aussi servir à l'orientation de ces jeunes femmes enceintes : les infirmières scolaires et les conseillers pédagogiques d'éducation, les éducateurs des foyers d'accueil pour les jeunes femmes placées sous protection de l'enfance, la protection judiciaire de la jeunesse, les centres médico-psychologiques ainsi que les associations qui œuvrent dans le champ de l'éducation populaire avec lesquelles le Mouvement français du planning familial travaille (Céméa Léo Lagrange qui organise des stages de remobilisation par exemple...).

Depuis ce point d'observation, trois constats sont faits sur le phénomène de la maternité précoce :

- la question de l'image est très prégnante dans le comportement des jeunes femmes : **la demande d'anonymat est forte** et elles sont très sensibles à la question de leur « réputation » ; la peur que l'on sache qu'elles sont enceintes domine et ce d'autant plus qu'elles viennent de petits villages autour de Montpellier (mais aussi les internes d'origine Lozérienne par exemple). Les jeunes urbaines « assument » mieux leur démarche.

Sur un volet culturel et moral, dans les publics migrants mais aussi dans toute communauté au contrôle social fort sur les jeunes femmes, on retrouve cette même appréhension : le regard de la famille au sens large (parents, frères et sœurs), du quartier, de la communauté villageoise en milieu rural.

- **Le contrôle social sur la sexualité a un impact sur le diagnostic précoce de la grossesse** : la non reconnaissance de la sexualité adolescente par les parents et la peur de rompre avec l'image fantasmée qu'ils ont de leur adolescente, amène la jeune fille enceinte à retarder le diagnostic de sa grossesse ; de plus, la norme dominante de la prévention s'articule autour du « *pas le droit à l'erreur* » : attendre et retarder l'annonce de sa grossesse est dans un premier temps une mise en conformité avec cette norme,
- le choix de **poursuivre sa grossesse**, lorsque la déclaration est tardive, est alors **investi d'une valeur sociale : cette recherche du fait accompli permet aussi de s'affirmer comme adulte**.

⁸ Saint Pons, Gignac, Clermont l'Hérault, Bédarieux, Pézenas, Ganges, Saint André de Sangonis

Trois remarques sur ces trajectoires d'adolescentes enceintes sont faites :

- la place du père de l'enfant est minorée par la future mère, c'est encore « *une affaire de fille* » ; un travail sur la relation de genre autour de la maternité est à engager ;
- le médecin référent est totalement absent des récits des adolescentes enceintes ;
- l'orientation des adolescentes enceintes se fait vers l'agence de PMI dont elle relève pour une approche médico-sociale globale. Dans les situations d'accès aux droits, le planning familial oriente aussi vers l'assistante sociale de l'hôpital et vers la permanence d'accès aux soins de santé (Pass) pour celles qui ont un problème de résidence. Pour celles qui en font la demande, le suivi de la grossesse peut être engagé auprès de gynécologues de ville en secteur conventionné partenaires du planning familial.

6.1.2 La Protection maternelle et infantile : l'agence Portes de la mer (un médecin et une sage-femme)

Les déclarations de grossesse faites à la Caf sont adressées à la PMI. Un regard particulier est posé sur les mères mineures : **une sage-femme au sein de l'agence les repère et propose systématiquement par courrier une mise à disposition (proposition de rendez-vous à domicile⁹)**. Le dispositif d'envoi systématique de courrier est décevant et peu « rentable » : trois sur dix sont suivis d'un accord de la future mère pour une visite à domicile. Quelques-unes sont vues par une sage-femme à l'agence. Si le suivi de la grossesse est médical, une à deux visites par semaine peuvent être proposées ; si ce suivi est médico-social, un rendez-vous par mois. **Le suivi de la grossesse est un contact fondamental où une évaluation sociale va être engagée et un soutien à la parentalité proposé.**

La question du logement est centrale même si l'option de l'autonomie de la jeune enceinte n'est pas toujours privilégiée (la stabilité est à évaluer). Chaque cas sera étudié en concertation avec l'avis de plusieurs professionnels (assistante sociale, puéricultrice, médecin, une assistante sociale d'un service extérieur, assistante sociale scolaire par exemple, une conseillère sociale et familiale, une travailleuse familiale,... selon les cas) : pour un couple avec enfant, on privilégiera un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS la Clairière) ou un appartement relais géré par des associations pour le suivi social ; pour les mères de moins de 21 ans, seules avec enfant, l'Abri languedocien peut accueillir pendant trois ans une vingtaine de mères avec une approche éducative globale.

⁹ La pratique du département 34 privilégie le suivi (donc les visites) à domicile : historiquement, les interventions de PMI étaient orientées pour prévenir les accouchements prématurés avec un suivi des grossesses avec monitoring à domicile ; pour ne pas être en concurrence avec les libérales, un axe de suivi des plus vulnérables, des précaires et des moins mobiles est réservé.

6.2 La grossesse et son suivi

6.2.1 La PMI

Selon que la grossesse a été suivie à l'hôpital ou en ville par un gynécologue, **la liaison avec la sage-femme de PMI est systématique pour les mineures (convention avec l'hôpital)** ou selon les cas avec les médecins libéraux qui proposent aussi un suivi par des sages-femmes libérales.

L'âge des mères est rarement le seul facteur pris en compte : ce sont le plus souvent plusieurs critères de vulnérabilité qui engagent à un suivi spécifique (problématique psychologique associée à l'état de grossesse, conditions de vie, déclaration tardive, mesures de justice de type Aide éducative en milieu ouvert (AEMO)....).

Dans les cliniques, les liaisons se font sur les nouveaux nés (les patientes sont les clientes des gynécologues) donc il s'agit avant tout de **liaisons de puéricultrice**.

Il n'existe pas de staff parentalité (sa mise en œuvre est en projet au Conseil général de l'Hérault) : les mères sont toujours informées et consentantes sur les échanges avec la PMI.

6.2.2 Le pôle naissance et le service socio-éducatif de l'hôpital (une sage-femme cadre suivi de couches, le cadre socio-éducatif et trois assistantes sociales)

Le premier problème relaté au sujet des mères adolescentes concerne **les mineures sans parents** (ou représentant de l'autorité parentale) **et sans domiciliation** : en effet, dans ce cas de figure, il est impossible de procéder à une ouverture de droits avant leur majorité sans faire un signalement en protection de l'enfance ; cette démarche n'étant pas toujours justifiée et loin d'être neutre pour le devenir de la mère et de l'enfant, **certaines jeunes mères mineures sortent de maternité sans droits ouverts pour leur suivi médical et celui de l'enfant**. Il n'est pas possible à ce jour de domicilier la patiente mineure à l'hôpital (la question du dépositaire de l'autorité parentale fait obstacle). Même l'accès à l'aide médicale d'État (AME) suppose une domiciliation postale, qui n'est pas possible comme dans tout autre cas au CCAS de Montpellier, quand il s'agit de mineures.

Le **problème de l'hébergement d'urgence** est loin d'être anecdotique puisque les professionnelles rencontrées chiffrent à **70 patients (tout public donné) par semaine** sur les 2 800 lits que compte le centre hospitalier, le nombre de **personnes sans « chez soi »**. Le service d'urgence, d'accueil et d'orientation -CORUS (coordination des réponses à l'urgence sociale)- est mobilisé mais **l'offre d'accueil mères-enfants est insuffisante. Sont citées comme solutions adoptées par le service. Vingt-quatre places à l'Abri languedocien (accueil possible jusqu'aux trois ans de l'enfant voire un peu plus en fonction du projet d'insertion de la jeune maman) et six lits utilisés en urgence à l'institut Saint Pierre de Palavas.**

Il manque en région une unité mère-enfant à vocation médico-sociale comme il en existe au Vézinet¹⁰ en région parisienne et sur une problématique plus de santé mentale, à Montfavet¹¹ dans le Vaucluse.

Cela recoupe le débat sur la place du père qui est aussi exclu des centres maternels comme des centres d'hébergement et de réinsertion sociale, les deux institutions vers lesquelles peuvent se diriger les jeunes femmes enceintes ou les jeunes mères en détresse

¹⁰ UME (Unité Mère-Enfant) du Vézinet soigne la future mère ou la jeune mère sur le plan médical, psychologique, psychiatrique et social. Une hospitalisation qui permet au lien mère-enfant de se tisser, et réduit, le risque périnatal de maltraitance et sa répétition transgénérationnelle....

¹¹ L'Unité Parent Bébé - UPB, est une unité de prévention et de traitement de la relation précoce

sociale. L'expérience unique d'un centre parental *Aire de famille* qui a vu le jour en 2004 dans un quartier nord de Paris sous l'impulsion de Brigitte Chatoney, professionnelle durant des années dans un centre maternel, est une expérimentation fragile soutenue par les pouvoirs publics (le département finance 60 % de l'association et l'État complète, avec deux psychologues, quatre travailleurs sociaux et un toit proposé à une quarantaine de couples avec enfant en 6 ans de fonctionnement autour d'un accompagnement parental, et une réinsertion sociale globale).¹²

Pour le suivi et la prise en charge des mères précoces à l'hôpital, l'âge est un clignotant de vigilance quand la jeune femme arrive à la maternité sans suivi préalable. Les assistantes sociales sont présentes lors des consultations, un peu moins sur les hospitalisations. Mais **si la jeune femme a moins de 21 ans, l'évaluation sociale à l'hôpital n'est pas systématique et n'est jamais faite en direct**. La sage-femme va pouvoir initier une concertation sur l'aspect social lors de la préparation de l'hospitalisation en maternité ou à l'occasion de la sortie de la mère et de l'enfant. **Une liaison écrite avec la PMI -en accord avec la patiente- est faite systématiquement pour les moins de 21 ans pour organiser le suivi à domicile (doublée d'une liaison téléphonique entre l'hôpital et le secteur)**. Des précautions telles qu'éviter une sortie et un retour à domicile la veille du week-end sont prises.

Pour l'allaitement, il n'existe pas de suivi spécifique des plus jeunes mères à l'hôpital. La vigilance sera portée sur un suivi au retour à domicile par la puéricultrice de PMI. Pour les situations évaluées comme fragiles en maternité, des postes de puéricultrices sont alloués à ces cas particuliers. On les nomme « les bébés puéricultrice » : il s'agit de postes alloués à un suivi plus étroit de la mère et de l'enfant avec une attention accrue sur l'instauration du lien et l'attachement pendant le séjour maternité.

Il n'y a jamais de consultation post natale programmée en bilan de sortie pour l'enfant (sauf si hospitalisé dans l'unité kangourou) : c'est **le pédiatre de PMI qui doit prendre le relais par défaut**. Si la jeune mère a un rendez-vous *post partum* à l'hôpital, se pose le problème du suivi et de l'observance par ces jeunes mères : hormis le recours en urgence au système de soins, on constate une difficulté particulière à honorer les rendez-vous, à s'inscrire dans une démarche de programmation et de prévention (cette observation est aussi faite en préparation à la naissance). **Une réflexion sur leur mobilité géographique et sociale est à mener, pour identifier les obstacles et trouver des solutions de contournement**.

Selon la sage-femme cadre, responsable des suites de couche, **aucune patiente ne sort du service sans avoir eu une proposition de contraception**. Une psychologue est également attachée au pôle naissance.

Sur l'évocation du temps et du contenu de l'entretien prénatal précoce (EPP) : selon les assistantes sociales ; cette évaluation faite par la sage-femme n'est pas une évaluation sociale : les aspects psychologiques, les addictions, l'environnement relationnel sont abordés lors de cet entretien mais les assistantes sociales relèvent l'absence d'un diagnostic social.

¹² Brigitte Chatoney et Frédéric Der Borgh, *Protéger l'enfant avec ses deux parents. Le centre parental, une autre voie pour réussir la prévention précoce*, Paris : éditions de l'Atelier.

Un colloque a été organisé au sénat en septembre 2010. Les arguments favorables à ce mode d'accompagnement sont législatifs tout d'abord : loi sur l'autorité commune des deux parents de 1993, loi sur la non-séparation des familles de 1998 ou encore celle de 2007 sur la prévention précoce dans la protection de l'enfance. Des arguments économiques ensuite avec un centre parental qui coûte autour de 90 euros/jour par famille accueillie quand un centre maternel coûte deux fois plus sans le père.

6.2.3 Une clinique privée de Montpellier (la sage-femme cadre suite de couches)

Les quelques mineures qui accouchent dans cette clinique montpelliéraine ont généralement un environnement familial et social très soutenant avec un suivi de la grossesse le plus souvent assuré par un gynécologue de ville. Les patientes de la clinique sont pour l'essentiel, les clientes des gynécologues obstétriciens qui les accouchent. Très peu de déclarations tardives de grossesse sont relevées.

Des liaisons PMI sont faites une fois par semaine. Une puéricultrice de la PMI vient à la clinique évaluer les besoins ; des propositions d'accompagnement sont présentées aux jeunes mères de manière quasi systématique. Peu de refus sont enregistrés à la maternité.

Une conseillère en lactation est en clinique pour les conseils en allaitement.

Un assistant social, salarié de la clinique intervient trois demi-journées par semaine (temps de travail partagé sur trois sites : cliniques du Millénaire, Saint Roch et Clémentville) : **son travail est basé sur du repérage et de l'urgence ; les assistantes sociales du secteur prennent le relais pour le suivi.**

Pour les **évaluations psychologiques, le Pôle périnatal de prévention en santé mentale (P3SM)¹³ intervient à la clinique à la demande des équipes** (un poste de psychologue à temps partiel est cofinancé par la dotation de développement des réseaux de santé et la clinique et un psychiatre peut intervenir sur demande). Une sage-femme coordinatrice du réseau addictions intervient sur les problèmes d'alcool, tabac, drogues et psychotropes à la demande des médecins gynécologues.

Une fois de plus, ce sont les problématiques de l'hébergement qui sont le moins facilement solutionnées dans ce contexte même si leur fréquence est rare en clinique.

Le cas de cette étudiante africaine nous est raconté : ne pouvant plus occuper sa chambre de cité universitaire du Crous à la sortie de maternité (les enfants sont un obstacle réglementaire à l'accès à ce dispositif), elle ne savait où aller en sortant de clinique. Pour que son dossier puisse relever de l'urgence sociale, il ne fallait pas qu'elle soit hospitalisée. À défaut de pouvoir anticiper une solution d'hébergement pour la mère et l'enfant le taxi la déposera directement chez l'assistante sociale en sortie de maternité avec le bébé sous le bras pour obtenir une chambre d'hôtel dans l'urgence et faire la demande d'un studio ou d'une place en foyer mère-enfant. La rigidité du système rend impossible la préparation de la maternité et l'anticipation de solution d'hébergement au mépris du bon sens et de l'intérêt de la mère et de l'enfant.

¹³ Partenaires du réseau :

Clinique CLÉMENTVILLE à Montpellier

Polyclinique SAINT-ROCH à Montpellier

Professionnels de santé libéraux : Gynécologue-obstétriciens – pédiatres– pédopsychiatres- psychologues psychiatres d'adulte- médecins généralistes- sage-femme

Conseil général : PMI- ASE- Service social

Institutions médico-sociales : CMP- CMPP- CAMPS- MPEA- Hôpital Psychiatrique- Cliniques psychiatriques privées.

Objectifs généraux de P3SM :

- Mettre en œuvre, à l'échelle locale une politique de prévention en santé mentale, à partir de la grossesse et de la naissance, visant un meilleur développement psychoaffectif :
 - Des enfants
 - Des futurs adolescents
 - Des futurs parents
- Assurer une meilleure coordination des soins psychologiques autour de la naissance. Améliorer le repérage et les suivis des difficultés psychologiques de la mère, des parents, et des relations parents- enfant autour de la naissance.
- Favoriser l'accompagnement médico-psycho-social des familles avant, pendant et après la grossesse, de diminuer le nombre de grossesses peu ou pas suivies, ainsi que prévenir les troubles de la relation parents enfants et leurs conséquences à long terme (soutien à la parentalité).
- Favoriser l'articulation entre le privé et le public ainsi que l'articulation entre le champ « psy » et somatique et entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie d'adultes.

6.3 La sortie et l'insertion

6.3.1 La PMI

Le projet de la mère va aussi être abordé avec les questions d'offre de garde en lien avec la Caf très impliquée sur ce volet. **Pour les reprises de scolarité de la mère, une offre de garde est étudiée avec une assistante maternelle financée par le conseil général de l'Hérault, une place réservée en halte-garderie ou en micro-crèche : les dossiers sont étudiés en commission au cas par cas.**

Selon le niveau scolaire et la motivation de la femme, un lien va être fait avec le Centre d'information des droits des femmes et des familles (CIDFF) et l'action qu'il anime : il s'agit de groupes de parole pour des femmes isolées (allocataires du RSA monoparentalité, ex API) avec un enfant de moins de 3 ans. Visant l'insertion professionnelle et la remobilisation de ces femmes, ce projet financé par la Caf accueille 15 femmes par an avec une garde de l'enfant assurée en halte-garderie. À raison de deux demi-journées par semaine pendant neuf mois, le travail engagé aborde le développement personnel, l'accompagnement à la parentalité, à la formation et l'insertion (voir plus loin l'action « Une femme, un projet une vie »).

Le soutien à la parentalité se fait à partir de l'évaluation de la sage-femme au niveau du couple avec une interrogation sur la place du père, pendant la grossesse et la préparation à la naissance et la parentalité (PNP) souvent collective est aussi proposée en préparation individuelle pour les plus fragiles. La proposition d'appui parental est portée par les puéricultrices et les éducateurs de jeunes enfants : ce soutien se fait au domicile des bénéficiaires, en individuel. Des actions collectives sont organisées -par exemple une activité de bébés nageurs- pour créer du lien social pour la mère et l'enfant.

L'entourage de la mère et du couple parental est aussi pris en compte avec une évaluation du réseau familial. Souvent le rôle de la grand-mère et la place des pères sont travaillés dans l'approche globale. La difficulté de l'hébergement d'urgence de couple avec enfant est un obstacle auquel sont confrontés les personnels de l'action sociale en agence.

6.3.2 L'école régionale de la 2^e chance (ER2eC) (le directeur)

Cette école existe depuis 4 ans à Montpellier mais le dispositif national a 10 ans : en 2011, il y aura 10 écoles de la 2^e chance dans la région¹⁴. Celle de Montpellier est gérée par le CLAF (un centre de formation privé dont le siège est à Toulouse) ; une deuxième ER2eC va ouvrir dans le quartier Port Marianne en 2011 gérée par La ligue de l'enseignement.

Le public accueilli a entre 18 et 25 ans (pratiquement dès 16 ans sur dérogation) et rempli la condition d'être déscolarisé depuis 6 mois (mais dans les faits ce décrochage peut être plus ancien, en particulier pour les élèves qui suivaient préalablement un enseignement à distance), de bas niveau de qualification (niveau V bis et VI). Le temps de formation est de 10 mois avec une remise à niveau en mathématiques et français et l'élaboration d'un projet professionnel (avec des stages en entreprises). L'accès à l'école se fait par l'intermédiaire des prescripteurs : missions locales, pôle emploi et cap emploi. Ce sont 10 à 15 élèves qui sont accueillis de manière continue avec une offre de formation individualisée à la carte. L'objectif est d'atteindre un niveau de 3^e.

Cette école bénéficie d'un financement État / région / Union européenne (Fonds Social Européen- programme ERI). Les jeunes y sont rémunérés selon un barème tenant compte de leur âge et de leur situation sociale : **les jeunes mères en formation, avec le RSA monoparentalité, peuvent percevoir jusqu'à 700 euros d'allocations.** Cette allocation est aussi cumulable avec les prestations chômage pour ceux inscrits à pôle emploi et qui ont travaillé précédemment.

¹⁴ Une école à Perpignan, Nîmes, Carcassonne, Narbonne, Mende (avec internat), Alès, Béziers

L'équipe de formateurs est composée d'un directeur (psychologue), de quatre formateurs référents temps plein et de trois formateurs vacataires Afpa (un spécialiste des relations avec les entreprises, un spécialiste des métiers petit enfance et hygiène, un spécialiste des techniques d'information et de recherche d'emploi). Un psychologue intervient à temps partiel en plus de partenaires associatifs sur des modules thématiques : MFPP sur éducation à la sexualité, prévention des violences ; des étudiants de l'UFR Staps pour l'activité physique et des stagiaires Afpa et Greta.

Les mères adolescentes inscrites à l'école de la 2^e chance sont adressées par l'Abri languedocien où elles sont hébergées avec leur enfant. Souvent la rupture scolaire a eu lieu pendant la grossesse, et une rupture familiale y est associée. **La condition requise pour s'inscrire est d'avoir impérativement un mode de garde de l'enfance (une place en crèche).** Le critère d'assiduité est partie prenante du contrat de stagiaire. **Les jeunes mères se révèlent très autonomes dans leur démarche de formation, matures et persévérantes ; le taux de réussite à l'issue des 10 mois de formation est très bon (reprise de cursus CAP-BEP ou bac pro. ou insertion par l'emploi).**

Les difficultés repérées à l'école –sans que cela caractérise les jeunes mères plus que les autres mais tout autant–, sont **des problématiques de logement et d'accès alimentaire** : une difficulté est identifiée pour les recherches de logement en urgence : le Samu social et Corus sont interpellés par l'ER2eC ; **notons que l'école n'a pas de lien avec les assistants sociaux du secteur.**

Un lien fort est établi entre ces itinéraires de décrochage scolaire et la survenue de problèmes psychologiques: les élèves de l'ER2eC ont souvent eu des parcours en CMPP, PJJ, connus des désapprentissages menant à l'illettrisme et des troubles de l'apprentissage mal repérés et mal pris en charge (les « dys », les hyperactifs,), des phobies scolaires ainsi que des récits de violences, dont les violences sexuelles, dans les histoires de vie.

6.3.3 L'Abri languedocien (la directrice et l'éducateur chargé de l'insertion)

Créé en 1946, lors de la fermeture des maisons closes (Loi Marthe Richard), l'Abri a été conçu à l'origine pour accueillir les femmes prostituées avec leurs enfants. L'évolution de l'accueil en fait aujourd'hui une maison d'enfant d'un caractère particulier puisque ni tout à fait MECS (maison d'enfant à caractère social) ni CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale). Le Conseil général du département de résidence de la jeune mère orientée vers l'Abri finance la structure dans le cadre de l'ASE.

L'Abri accueille 24 mères mineures ou jeunes majeures (jusqu'à 21 ans) et leur enfant, orientées par le juge pour enfant ou l'aide sociale à l'enfance, à un moment de difficultés relationnelles, de crise (la révélation de la grossesse pouvant faire exploser les relations familiales) où l'accueil de la mère et de son enfant vont permettre un accompagnement vers la parentalité et une aide au projet de vie avec la formation et l'insertion professionnelle. L'Abri a aussi un agrément Protection judiciaire de la jeunesse pour l'accueil de jeunes mineures délinquantes.

Le temps de résidence à l'Abri va de quelques jours à 3 ou 4 années. La moyenne du séjour tend à se raccourcir ces dernières années : la durée moyenne est d'une année avec un âge maternel moyen à l'entrée de 16 ans et demie. Cela distingue l'Abri des CHRS où la durée de séjour est de 6 mois renouvelable une fois.

L'aire de recrutement a également évolué passant en quelques années d'un recrutement national (à un moment où il existait peu d'offre en centres maternels) à un recrutement héraultais pour l'essentiel (dans sept cas sur dix). À côté de l'accueil collectif de type foyer (18 places), l'Abri propose également 7 places (en 2010) en appartement individuel de type relais sur la ville de Montpellier avec une équipe d'éducateurs dédiée¹⁵ (le SAE pour service

¹⁵ Le SAE organisé avec 2 éducateurs spécialisés, un éducateur de jeunes enfants et l'éducateur chargé de l'insertion.

d'accueil extérieur), en fonction de l'autonomie des jeunes. La famille de la jeune mère est souvent présente et sa place et son rôle sont partie prenante de l'accompagnement et du projet ; pour une majorité de résidentes à l'Abri, la sortie se fera vers un logement autonome, seule ou en couple (dans les logements sociaux de l'Office Public de l'Habitat de la Communauté d'Agglomération de Montpellier – ACM- ou dans le parc privé), pour partie elles retournent dans leur famille avec leur enfant. L'association Abri languedocien a différentes missions : assurer la protection de l'enfance, favoriser les relations parents-enfants, favoriser la socialisation et l'insertion sociale et professionnelle, aider à l'autonomie et à la responsabilité, favoriser la valorisation des personnes et promouvoir la parentalité.

En plus du travail réalisé par l'équipe de professionnels de l'Abri, des partenariats institutionnels et associatifs permettent à l'Abri de remplir ses missions :

- ✓ pour le suivi de la grossesse et la maternité ; la PMI assure une permanence de sage-femme une fois par semaine pour la PNP ; un partenariat étroit existe avec la maternité de l'hôpital Arnaud de Villeneuve où la plupart des jeunes femmes accouchent. Il est toutefois possible si le suivi de grossesse a été mis en place avec le secteur privé qu'elles accouchent dans la clinique de leur choix. Ce suivi se fait en lien avec l'infirmière de l'Abri.

- ✓ Pour l'insertion professionnelle :

Un éducateur chargé de l'insertion s'occupe plus spécifiquement de cet axe en concertation avec ses collègues éducateurs référents des jeunes femmes qu'elles soient hébergées en foyer ou dans le service d'aide extérieur. Sans se substituer à la famille des jeunes femmes mineures, ce référent prend contact avec le conseiller pédagogique d'éducation de l'établissement scolaire, avec le professeur principal et reçoit une copie des bulletins scolaires.

Pour celles inscrites dans le réseau scolaire avant l'arrivée à l'Abri, l'inscription est maintenue si elles le souhaitent au moment de l'entretien d'accueil et un accompagnement se met en place. En lien avec le collège ou le lycée de la zone, les jeunes mères poursuivent leur scolarité en accédant à la crèche où 6 places sont réservées pour l'Abri.

Depuis 6 ans, en collaboration avec l'inspection d'académie et le Sapad (service d'assistance pédagogique à domicile) géré par la fédération Pep, des enseignants peuvent se déplacer sur un temps court à l'Abri pour contourner un risque éminent de décrochage.

Pour les jeunes qui ont interrompu leur scolarité, le CIO de la mission générale d'insertion de l'Éducation nationale est contacté pour permettre une remise à niveau dans le cadre d'un projet de reprise : une classe est dédiée dans un établissement scolaire de la ville : la classe des « récurrents ».

Pour les abandons scolaires, un partenariat existe entre l'Abri et la filière BEP sanitaire et social du lycée privé Turgot. L'Abri prend à sa charge les frais d'inscription.

La mission locale du centre ville (MLI Montpellier agglomération) et un référent unique en son sein organise avec l'éducateur de l'Abri le suivi et le conseil vers l'insertion et l'emploi. Sur prescription de la MLI, des jeunes hébergées à l'Abri accèdent à l'école régionale de la 2^e chance, et prochainement aux deux ER2eC de la ville. En 2010, ce sont deux stagiaires qui y ont été admises.

Le bilan 2010 de l'Abri fait état de 13 situations engagées en matière d'insertion scolaire et professionnelle : 4 jeunes femmes en cours de scolarité (4 lycéennes), 6 en centres de formation (dont 2 à l'R2eC) et 3 en formation professionnelle : moniteur éducateur, aide-soignante, aide médico-psychologique.

Pour que cela soit rendu possible, il y a un préalable : l'accès à la crèche pour l'accueil des enfants, un travail de soutien scolaire au sein de l'Abri et

l'accompagnement individualisé afin que la jeune mère ait envie et puisse établir un lien vers l'extérieur, se reconnaisse le droit d'être mère et autre chose.

- ✓ Pour l'insertion sociale, différentes aides sont apportées :
 - pour l'accès au logement : (instruction de dossier HLM dès la majorité de la jeune mère et partenariat avec la Maison du logement et la Boutique du logement) ;
 - pour la gestion du budget (les jeunes mères sont allocataires du RSA monoparentalité et participent aux frais de garde de l'enfant) ;
 - pour la connaissance et l'utilisation des services administratifs et sociaux ;
 - en matière culturelle une convention est passée avec l'association Culture du Cœur et un partenariat engagé avec le service départemental de la culture (mise en place d'une résidence d'artiste à l'Abri, travail avec le Domaine d'Ô autour d'un atelier théâtre),
 - dans le domaine sportif, une collaboration avec le service départemental des sports existe (une salle de sport est disponible à l'Abri et des activités physiques y sont proposées) dans un objectif d'ouverture de la mère et de l'enfant et de restauration de l'image positive de soi ;

- ✓ Pour assurer un soutien psychologique :

deux psychologues sont attachées à l'Abri (1 ETP) et un recours aux partenaires extérieurs, psychologue ou psychiatre, sollicité chaque fois que l'adolescente-maman le souhaite ou le permet. Des intervenants comme le CIDFF ou le MFPP y sont associés sur des questions spécifiques (violences, mariages forcés).

Un travail en interne d'analyse des pratiques est mené avec le soutien d'un professeur de pédopsychiatrie : l'équipe est très engagée sur l'élaboration de protocoles pour faire face aux auteurs de violence entre autres et la prévention de signalement pour l'enfant.

- ✓ L'accueil des enfants se fait dans la crèche installée sur le site, qui depuis 2006 est autonome et fonctionne comme une crèche municipale avec un accueil externe ouvert aux enfants du quartier. Elle permet un accueil sur horaires décalés et est ouverte la nuit pour accueillir les enfants des jeunes mamans de l'Abri qui viennent d'accoucher ou qui travaillent avec des horaires décalés.

Fort de cette expérience, l'Abri a déposé deux projets en 2010 au Conseil général de l'Hérault pour transférer ce type d'accompagnement individualisé des adolescentes mamans en « milieu ouvert » :

- **sur un service d'accueil familial** (une famille d'accueil pour la mère et l'enfant) ;
- **sur un service d'accueil personnalisé** quand la vie autonome de la jeune mère est envisageable dans un logement personnel ou chez ses propres parents.

Ouverts à une vingtaine de jeunes mamans en tout, ces projets pourraient être menés à Montpellier et sur le bassin de Thau, en complément à la structure d'hébergement collectif qu'est l'Abri languedocien. Ces projets présentent une alternative moins lourde financièrement à la nécessité de travailler de manière individualisée et conjointe : le projet d'accompagnement des adolescentes enceintes en difficultés ou rupture de liens et leur accès à une insertion sociale et professionnelle.

6.3.4 La Caf et l'action sociale (la responsable des interventions sociales)

Il n'existe pas d'actions spécifiques jeunes mères dans la politique d'action sociale de la Caf. La responsabilité de l'action sociale étant rappelée comme mission *princeps* du Conseil général. Deux actions de prévention ont cours susceptibles d'impacter ce public :

- **L'« Action séparation »** : si la séparation du couple parental a cours depuis deux mois (veuvage, divorce, séparé de fait), un requêtage est réalisé sur la base allocataires et un courrier envoyé pour proposer une mise à disposition d'un travailleur social. Son champ d'intervention est large : aspect budgétaire et financier, accompagnement du couple conjugal vers une médiation familiale¹⁶, soutien à la parentalité, etc... Le taux de réponse des allocataires ciblés est de 12 %.

Pour cela, le pôle social de la Caf de Montpellier est organisé autour de 16 travailleurs sociaux (assistant social et conseiller en éducation sociale et familiale) qui ont des missions communes et sont répartis sur 11 agences Caf. Ces secteurs ne recoupent plus les agences DSD depuis 2008 mais sont organisés selon deux critères : les lieux d'accueil Caf et l'étude de mobilité des allocataires ; chaque travailleur social a une partie de son secteur en urbain et en périurbain. Cette partition est faite sur la base des Iris.

- **L'« Action première grossesse à moins de 25 ans »** : après requêtage, est organisé l'envoi d'un courrier de mise à disposition d'un travailleur social. Le taux de réponse des allocataires ciblés est de 10 %¹⁷. L'objectif de cette action de prévention est de s'assurer qu'un suivi est en cours (vérifier l'ouverture des droits et réexpliquer si nécessaire les droits), faire une analyse de besoins, informer les futurs parents de l'existence de la PMI et s'appuyer sur le réseau de partenaires pour les problèmes spécifiques (ex : logement...).

La caractéristique de ces deux actions s'inscrit dans la culture d'intervention en action sociale de la Caf : c'est un **travail spécifique, intensif et court**, contrairement à la vocation de suivi des familles des agences départementales.

Une réflexion est engagée au sein du service pour relancer les courriers par un appel téléphonique ; mais l'orientation de la Caf va plutôt vers moins d'individuel et plus de diagnostic partagé (les travailleurs sociaux vont être formés en ce sens en 2011) avec mise en réseau avec les agents de développement local (les ADL sont des salariés de la Caf dans le cadre du contrat enfance).

Deux actions partenariales, pouvant concerner le public enquêté, sont identifiées :

- **L'action CIDFF : une femme, un projet, une vie** : dans le cadre du contrat enfance de la ville de Montpellier, pour les femmes allocataires RSA monoparentalité en insertion, 25 places sont potentiellement négociées pour la garde d'enfants occasionnelle en halte (l'idée de départ avec la mise en place du RSA étant que la Caf soit référente en matière d'accompagnement social sur la monoparentalité ; mais le contrat avec le Conseil général n'a pas vu le jour).

Le requêtage se fait sur les RSA monoparentalité majoré (mères isolées avec enfant de 0 à 3 ans). Deux territoires sont concernés par cette action : à Montpellier, il s'agit du territoire de l'agence porte de la Mer/Ovalie, et celle Écusson/Cœur de ville ; un autre secteur est expérimenté à Béziers.

¹⁶ Trois opérateurs de médiation familiale sont financés par la Caf de Montpellier : le CIDFF, l'EPE 34 et Adage

¹⁷ Les courriers qui n'aboutissent pas (NPAI) ne sont pas comptabilisés ; mais sur une autre action (CIDFF -Une femme, un projet, une vie), pour 1 000 courriers envoyés, 25 reviennent en NPAI.

- **Le parcours maternité avec PMI/CPAM/Caf** : des séances collectives d'information où sont invités les futurs parents avec mise à disposition d'un médecin et d'une sage-femme PMI, de techniciens Caf et de techniciens CPAM ; une relance téléphonique est faite la veille de la séance auprès des assurés qui ont manifesté leur intérêt. Force est de constater que cette offre collective n'est pas forcément la plus adaptée aux jeunes mères fragilisées et éloignées des dispositifs d'accompagnement et de prise en charge
- **En projet pour 2011** : une action expérimentale fonctionnant comme une cellule « mode d'accueil » dédiée à Montpellier pour les jeunes parents.

Il s'agit d'une offre de service spécifique à tous les futurs parents : avec une requête sur les déclarations de grossesse du 1^{er} trimestre et un rattrapage sur les déclarations tardives (requête complémentaire jusqu'au 8^e mois de grossesse) : avec l'envoi d'un courrier informatif et une mise à disposition d'une puéricultrice pour un entretien de 45 minutes au pôle social : cette professionnelle sera formée aux prestations et fera une évaluation financière du coût de garde avec les parents. Des pistes et conseils seront donnés (un numéro de téléphone dédié avec la puéricultrice en direct au bout du fil) ; le taux de réponse qui est estimé : 40 % des allocataires ciblés.

Ce temps pourra aussi être un temps de repérage et d'orientation pour des questions de parentalité, ou de missions relevant d'autres partenaires.

Sur le soutien à la parentalité, la Caf finance sous forme de subventions les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement à la parentalité (Reaap), les lieux d'accueil parents-enfants, 3 points info-famille (PIF) ; les travailleurs sociaux Caf sont réunis en comité interne de financement et donnent un avis sur le choix des attributions en étudiant les dossiers des opérateurs selon leur connaissance des besoins du territoire ; les agents de développement local y sont associés via le contrat enfance.

Sur le logement indécent, une action à Béziers : le Conseil général est maître d'œuvre et la Caf contribue avec un financement de l'opérateur Pacte habitat (loi SRU) : visite technique des lieux et contact avec le propriétaire pour une mise aux normes ; impact sur les prestations (Caf destinataire de tous les diagnostics sur le logement indécet) ; la PMI est porteuse du projet saturnisme.

Sur le logement insalubre, c'est une mission conseil général / État : la plainte du locataire déclenche une 1^{ère} visite de l'ARS dans le cadre de la mesure d'œuvre urbaine et sociale (MOUS) portée par l'opérateur : In situ. Un comité de pilotage se réunit et c'est le Préfet qui déclenche un arrêté qui a comme conséquence de suspendre le paiement des loyers, et de stopper le versement de l'allocation logement par la Caf.

Sur le reprise de scolarité : rien de spécifique mais seulement des financements donnés aux associations au titre de l'accompagnement scolaire.

6.3.5 Le Centre d'information des droits des femmes et des familles: la psychologue du CIDFF

Une action auprès des femmes en situation de monoparentalité est proposée depuis 2004 sur l'Hérault : à Montpellier, Béziers, Bédarieux et Capetang, intitulée « Une femme un projet une vie ».

L'objectif est d'accompagner les femmes vers l'autonomie avec un soutien à l'insertion professionnelle et à la socialisation (convention CG et Caf). Il s'agit d'un stage de 8 mois ouvert à une vingtaine de femmes par action qui sont recrutées par la Caf sur le seul critère

de la monoparentalité avec un enfant âgé de moins de 3 ans (bénéficiaires du RSA monoparentalité). Dans cette action de type collectif 50 à 80 % des femmes stagiaires déclarent avoir été victimes de violence conjugale. Afin qu'elles puissent assister au stage à raison de deux demi journées par semaine, un mode de garde est mis à disposition.

Nous avons repéré lors de l'analyse de l'enquête en population la récurrence des phénomènes de violence parmi les jeunes mères les plus fragiles. Ce facteur de vulnérabilité est aussi apparu lors de ces entretiens. Il semblait donc important de faire un focus sur une association, partenaire des institutions repérées, et qui œuvre sur cette problématique depuis son origine.

Le cas particulier des violences conjugales

Le CIDFF, depuis 30 ans, propose une écoute et une prise en charge à la fois psychologique et juridique pour les victimes de violences conjugales. Les orientations sont faites la plupart du temps par des travailleurs sociaux (dans neuf cas sur dix). Les professionnels de santé commencent à orienter mais c'est très récent. Dans le département de l'Hérault, en 2009, sur 9 000 personnes reçues, 80 % étaient des femmes.

Le CIDFF intervient dans la formation des acteurs du soin : entre 2004 et 2008 (financement GRSP/ Praps) en intervenant dans les écoles de sage-femme mais aujourd'hui le dépistage des violences n'est pas intégré à la formation de l'entretien prénatal précoce ; le même travail de formation est mené auprès des travailleurs sociaux (agences DSD) et à la demande des assistantes sociales du rectorat un partenariat est engagé sur la question de l'égalité homme femme.

Violence et grossesse : le lien est établi depuis le rapport Johnson (1996) : la grossesse est un facteur déclenchant ou aggravant des violences conjugales (40 % débutent à cette occasion, 40 % sont aggravées). La femme enceinte est considérée comme personne vulnérable par la loi (art 226-13).

24 % des victimes en ont parlé spontanément à leur médecin (enquête Enveff 2000).

Le CIDFF intervient aussi sur le champ de l'emploi et de l'insertion sociale et professionnelle. Les prescripteurs sont les acteurs du social, pôle emploi, les MLI. C'est une logique de « guichet précarité ».

Sur le secteur de Montpellier, une action FSE en 2009 puis 2010 avec le soutien de la Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) pour les femmes victimes de violences (soutien psychologique, accompagnement vers l'emploi) : rendez-vous avec un conseiller emploi et un psychologue deux fois par mois plus un travail dans un groupe de paroles une fois par semaine pour restaurer l'estime de soi et encourager la socialisation. Une activité « jeunesse et sport » accompagne l'action avec une action *gym et sophro* (Petit Fennec). 50 à 60 femmes par an profitent de ce dispositif. Dans cette action, un contact est fait avec des mères précoces : **3 mineures sont suivies (une par le biais de l'éducateur de l'Abri languedocien ; une sur les conseils de sa mère après que son enfant ait été secoué ; une adressée par un travailleur social du foyer de l'enfance dont le conjoint est incarcéré.** Le CIDFF n'a pas de convention avec les centres d'hébergement comme l'Abri languedocien.

Le travail avec l'enfant témoin de violence est porté par l'association Via voltaire qui anime le réseau Violences sur Montpellier.

Une référente « violence » est en place à la Caf pour l'accès aux droits, dans les conseils généraux, en police et gendarmerie.

Le point noir est là encore l'hébergement d'urgence de la femme victime et de ses enfants avec un constat : la non application de la loi du 9 juillet 2010 qui stipule l'éviction de l'auteur de violence. À ce jour, l'ordonnance de protection n'est pas appliquée localement et de manière plus générale sur l'ensemble du territoire.

ENTRETIENS À PERPIGNAN

6.4 De la grossesse à l'accouchement : les dispositifs d'accompagnement

6.4.1 Un collège de Saint-Laurent de la Salanque (l'infirmière scolaire)

Dans ce collège de 800 élèves, un exemple récent vient illustrer la révélation et le vécu d'une maternité précoce dans le cadre de la scolarité de la mère. Une élève âgée de 14 ans a accouché en décembre 2010. Sa grossesse a donc été révélée en cours de scolarité, dans le bureau de l'infirmière assez fortuitement à l'occasion du suivi d'une pathologie chronique (diabète insulino-dépendant). L'équipe éducative (principal, conseillère pédagogique, assistante sociale, enseignants) ont été mis au courant puis ont accompagné cette grossesse en toute discrétion dans le temps scolaire. Une fois actée la décision de cette élève de poursuivre sa grossesse, toute mesure a été mise en place pour éviter un regard social stigmatisant et encourager le maintien de la scolarité avant et à l'issue de la grossesse. Une assistance pédagogique à domicile a été mise en place avec des professeurs volontaires deux mois avant le terme (15 jours d'absence pour cause de maladie permettent de déclencher une assistance pédagogique à domicile).

Un partenariat avec le Conseil général était déjà établi entre le collège et une sage-femme pour des interventions sur la contraception. Cette même sage-femme a suivi la grossesse à domicile et donc pu faire le lien avec l'infirmière du collège. La jeune mère a repris sa scolarité en classe de 4^e à la rentrée des vacances d'hiver, mi mars 2011.

6.4.2 Le centre maternel le Rivage (la directrice)

Ce centre maternel porté par une association est financé par le Conseil général sur une ligne Aide sociale à l'enfance. Il accueille des jeunes mères de plus de 18 ans et propose un lieu d'accueil labellisé Laep (lieu d'accueil enfant parents), ouvert sur le quartier. Les motifs d'orientation sont souvent liés à des contextes de violence conjugale, de rupture familiale et d'isolement. Le recrutement est essentiellement départemental mais une liste d'attente existe avec des demandes extérieures.

Dix appartements permettent d'accueillir 21 personnes (mères et enfants) autour d'une équipe pluridisciplinaire (puéricultrice, auxiliaires, monitrices, personnels de maison). Les mères sont orientées vers le centre par des travailleurs sociaux du 7^e mois de grossesse aux 3 ans de l'enfant. Le suivi des grossesses et des nouveaux nés est fait par la PMI. Une convention existe avec la ville de Perpignan pour faciliter l'accès à des crèches collectives et familiales mais la disponibilité des places est rarement à temps plein.

Le lieu d'accueil parents enfant (Laep : l'île aux enfants) est ouvert trois demi-journées par semaine et permet aux mères, une fois qu'elles ont quitté le centre maternel, de maintenir le lien en revenant avec leur enfant. L'assistante sociale du centre met en place, à la sortie des mères vers un logement autonome, un suivi sur 6 mois en ASLL (accompagnement social lié au logement contractualisé).

6.4.3 Les liaisons PMI-maternité (la sage-femme de PMI, chargée des concertations avec la maternité de l'hôpital).

Depuis 10 ans, une convention lie le service de PMI avec les maternités publique (CH St Jean) et privées (Notre Dame de l'Espérance et Saint Pierre). La référente pour la maternité publique s'y rend une fois par semaine avec une puéricultrice PMI et rencontre la sage-femme de consultation prénatale, la sage-femme d'hospitalisation de jour, la puéricultrice et

l'assistante sociale du service maternité et la Pass (permanence d'accès aux soins de santé) hospitalière (une assistante sociale et une infirmière). Une fiche de liaison consigne les informations pendant la grossesse et les demandes d'intervention de la PMI (les mineures sont parmi les indications de vulnérabilité). À partir d'un tri sur les déclarations de grossesse, une mise à disposition est faite par courrier auprès des mineures enceintes et une visite à domicile initiée par la PMI.

Une réunion est organisée avec les sages femmes PMI autour du Dr Baranoff une fois par mois sur le thème des grossesses vulnérables. Les très jeunes mineures (14-15 ans) représentent une dizaine de cas, par an souvent dans la communauté gitane. Le cas des jeunes mères Roumaines est relayé par la Pass. La PMI intervient en anténatal comme en suite de couche et suivi du bébé sur les deux foyers maternels pour mineures et jeunes majeures qui absorbent la demande du département.

La puéricultrice de PMI participe au staff pédiatrique qui a lieu 1 fois par semaine à l'hôpital avec l'équipe de néonatalité, en présence des pédiatres et des gynécologues sur des cas maternels particuliers (toxicomanie, ...).

6.4.4 Le cas particulier du réseau mis en place en Cerdagne (la sage-femme de PMI responsable de la coopération transfrontalière avec l'hôpital de Puigcerdá)

Ce dispositif n'est pas spécifique aux grossesses précoces mais s'adresse aux résidentes de ce territoire qui ont des droits ouverts. Il illustre l'efficacité du service public de protection maternelle et infantile et la force du réseau et de la coordination sur un territoire donné. On compte environ 150 naissances par an sur le plateau cerdan : 40 à 50 femmes accouchent en Espagne.

En 2001, à la fermeture de la maternité de Prades, une convention de prise en charge pour les accouchements en urgence des femmes domiciliées sur le plateau cerdan et en Capcir a été mise en place pour qu'elles soient accueillies en Espagne avec une sortie à 48 heures et un suivi postnatal à domicile. L'objectif visé est la sécurité de la mère et de l'enfant.

En 2005, une extension de cette convention au-delà de l'urgence obstétricale prévoit que trois consultations prénatales hospitalières soient mises en place pour les résidentes de Cerdagne et Capcir qui souhaitent accoucher à proximité (l'hôpital de Puigcerdá est jumelé avec l'hôpital St Jean).

En 2009, une nouvelle extension prévoit 5 consultations prénatales avec l'entretien prénatal précoce réalisé par la PMI après la déclaration de grossesse et jusqu'au 8^e mois de grossesse.

L'intervention de la PMI se fait donc à la demande du gynécologue espagnol, en pré natal, une fois par semaine et en post natal le jour de la sortie (jour de naissance + 1 jour). Ce délai de 48 heures est prolongé en cas de problème pour l'enfant de 24 heures et jusqu'à 4 jours d'hospitalisation si la mère a une césarienne.

Le travail de liaison est important : la sage-femme de PMI se rend à l'hôpital de Puigcerdá une fois par semaine, où un cahier de liaison est tenu par une cadre espagnole ; la sage-femme de PMI fait une visite individualisée de toutes les femmes françaises et prend le relais le jour de la sortie. Une fiche de liaison à l'attention de la puéricultrice de PMI est réalisée en interne et les visites à domicile peuvent se faire conjointement. Une réunion trimestrielle réunit la sage-femme de PMI et les gynécologues espagnols.

Le public de femmes concernées est constitué d'un tiers de mères très isolées sur le secteur Cerdagne, avec une partie de saisonnières primo parturientes, sans famille sur le plateau. Un autre tiers des femmes a de la famille en Roussillon et fait le choix du court séjour en maternité et un tiers enfin a sa famille à Perpignan.

L'accès à la maternité de Puigcerdá est conditionné au fait que les femmes aient des droits ouverts, soient résidentes en Cerdagne/Capcir et pour tous les accouchements prévus entre les mois de novembre et de mars, un double dossier est ouvert en Espagne et en France.

Le bénéficiaire du dispositif, en plus de la sécurité pour la mère et l'enfant, réside en un service public de protection maternelle et infantile à l'action d'accompagnement *ante* et postnatale très globale, avec un suivi des grossesses qualitatif et gratuit, une meilleure écoute et une action sociale performante et un travail de réseau où le généraliste est le pivot : il connaît les familles et en l'absence de gynécologue, mais en lien avec le gynécologue de la maternité, il suit les grossesses, fait les examens et assure la permanence des soins et le suivi pédiatrique en l'absence de médecin spécialiste.

La sage-femme voit aussi son rôle renforcé : elle prescrit tout examen en lien avec la grossesse (échographies, prises de sang), fait la déclaration de grossesse et peut faire un arrêt maladie de 15 jours non renouvelables. Elle prescrit également l'aide ménagère et assure 15 permanences de proximité en plus des visites à domicile. Elle anime un atelier de portage de bébé et un atelier sur l'allaitement une fois par mois, s'occupe du sevrage tabagique (75 % des femmes fument de 1 à 30 cigarettes/jour) réussi pour la moitié d'entre elles. Un guichet avancé proposé par une assistante sociale de la Caf rentre dans le cadre du parcours maternité.

6.4.5 L'action sociale de la Caf des Pyrénées-Orientales en matière de maternité et de parentalité (responsable des interventions sociales, Caf des Pyrénées-Orientales).

Il n'existe pas d'action spécifique « maternités précoces ». Une action d'information pour l'arrivée du 1^{er} enfant atteint 20 % des allocataires sélectionnées au moment de la déclaration de grossesse. Ces réunions sont animées par des travailleurs sociaux et des partenaires sur les problématiques de garde d'enfants (relais assistantes maternelles, directeurs de structures,...). Elles abordent aussi les aspects de prestations et l'accompagnement à la parentalité.

Le public est très mixte et les exigences différentes selon les territoires. Le constat est qu'il manque un lien sur le retour à domicile et l'arrivée du bébé. Le repérage des travailleurs sociaux susceptibles de répondre aux besoins est difficile. Un projet de groupe de paroles en partenariat avec un psychologue du Conseil général doit aboutir en avril 2011 sur la Côte Vermeille (avec 5 ou 6 personnes).

Le travail réalisé en partenariat avec la PMI sur le plateau cerdan est exemplaire de la complémentarité institutionnelle.

Les très jeunes mères sont repérées car souvent vues en entretien individuel avec l'assistante sociale de la Caf. L'accompagnement nécessite souvent d'être individualisé. Les actions collectives ne sont pas forcément adaptées.

Un établissement d'accueil est en gestion directe par la Caf à Perpignan. Cette structure petite enfance est une structure de dépannage et de court terme : 6 mois d'accueil maximum et une priorité donnée à l'insertion sociale et professionnelle. Deux places sont réservées pour l'IDEA (institut départemental pour l'enfance et l'adolescence) qui gère la Maison maternelle pour mineures (Gaïa). L'enjeu des structures de petite enfance est de s'ouvrir vers l'extérieur (en lien avec l'équipe éducative du centre maternel par exemple) dans le respect de la confidentialité. Un groupe de travail a rédigé une charte partenariale en ce sens et deux structures du centre ville de Perpignan sont en cours d'expérimentation.

Depuis 3 ans dans les Pyrénées-Orientales, le parcours maternité est en place avec la CPAM. La Caf a rejoint cette année le parcours comme partenaire de l'offre de service en travail social. Outre le centre ville de Perpignan, la Côte Vermeille et Prades font partie des territoires couverts par la Caf, dans le cadre de ce parcours.

Pour les allocataires du RSA en situation de monoparentalité, les travailleurs sociaux de la Caf à la suite de l'instruction du dossier font des offres de service en accompagnement et orientation. Toutefois, la culture Caf est d'intervenir sur des événements (veuvage, séparation) donc le positionnement est complexe.

6.4.6 Le parcours maternité de l'assurance maladie (responsable du parcours maternité à la Cnam de Perpignan)

Depuis décembre 2008, le parcours maternité est mis en place dans les Pyrénées-Orientales en partenariat avec le Conseil général et la Caf. Le public ciblé est la mère et le père d'un premier enfant, sur la ville de Perpignan.

En juin 2011, le parcours sera étendu à l'ensemble des naissances avec une extension progressive aux autres villes et villages autour de Perpignan, où la Caf organise des réunions en petits groupes.

Pour des réunions d'informations collectives de 2 heures environ, une invitation est adressée par courrier à toutes les futures mères d'un 1^{er} enfant sur un requête de la caisse à partir des dates présumées d'accouchement. Les personnes intéressées s'inscrivent à la séance par téléphone. La participation est évaluée à 10 % des personnes invitées. La Caf est invitée à faire un point sur les prestations, la sage-femme de PMI développe le suivi de grossesse et le retour à la maison et la caisse primaire les examens pris en charge et le congé maternité et paternité. Fin 2011, un volet consacré à la petite enfance et les aspects d'offre de garde et de soutien à la parentalité seront proposés.

Pour les populations spécifiques de mères de moins de 21 ans et les bénéficiaires de la CMU, des relances téléphoniques sont faites pour inciter les futures mères à se rendre aux réunions (connaissance des publics par le travail de l'agence Moulin à Vent à Perpignan sud dirigée par la responsable du parcours maternité).

Dans le projet Cnamts 2011-2012, le parcours maternité devra être étendu à tout le département.

6.5 De l'insertion au soutien à la parentalité

6.5.1 L'école de la 2^e chance -ER2eC- de Perpignan (son directeur)

Cette école est ouverte depuis bientôt 3 ans (juin 2009). Elle est portée par l'association Céméa sur des financements Conseil régional et du Fonds social européen. Une conseillère en insertion sociale (et culturelle) est formatrice salariée au sein de l'école (statut d'animatrice ou de CESF). Elle fait intervenir une association d'infirmières sur Perpignan sur les questions relatives à la santé et la contraception.

Sur 70 stagiaires, 3 ou 4 sont des jeunes mères, vivant en logement autonome avec des enfants scolarisés. Quand les enfants ont moins de 3 ans, la difficulté majeure est la garde de l'enfant avec pour conséquence de l'absentéisme, un projet professionnel difficile à mener avec les obligations familiales, des problématiques connexes comme l'isolement et les comportements addictifs.

Un constat est fait sur les prescripteurs potentiels de l'ER2eC : La MLJ et pôle emploi orientent des jeunes mais ni le Conseil général et sa mission d'insertion, ni le CIDFF ne le font en direct alors qu'ils en ont la possibilité. Or la population des mères isolées est un public captif pour l'ER2eC.

6.5.2 Le réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents des Pyrénées-Orientales (Coordonnatrice Reaap)

Le Reaap 66 dont l'animation est portée par un salarié du Conseil général, n'a pas eu connaissance d'actions spécifiques sur la maternité ou la parentalité précoce. Dans le cadre du Reaap, ce public n'a pas été priorisé parmi les critères de labellisation par exemple. Sa coordonnatrice nous oriente sur le centre maternel le Rivage qui en plus de l'hébergement dispose d'un lieu d'accueil des parents et futurs parents (labellisé Laep avec un financement Caf, comme 5 autres lieux d'accueil parents-enfants sur le département). Un diagnostic départemental sur les besoins de soutien parental a été porté en 2010 par le Reaap. Une synthèse sera diffusée en avril 2011. Dans cet état des lieux, seules 30 mères mineures ont été repérées (partenariat Caf et MSA). Une *Lettre des Parents 66*, édition du Reaap, est transmise à l'issue de l'entretien : elle identifie et localise l'ensemble des accueils parents-enfants (labellisés Laep ou non).

6.5.3 La commission départementale de l'accueil des jeunes enfants (Codaje) (la coordonnatrice)

La coordonnatrice nous informe qu'un état des lieux sera fait sur l'offre d'accueil et les besoins des familles d'enfants de 0 à 6 ans en matière de mode d'accueil individuel et collectif du département entre avril et juin 2011 mais que les places en crèche actuellement ne sont pas réservées ni pour les jeunes mères, ni pour les mères isolées, et que la priorisation sur les critères sociaux prévus dans la loi RSA (une place sur 20 réservée à l'insertion sociale et professionnelle pour les allocataires de minima sociaux) est difficile à appliquer compte tenu des besoins ; historiquement les modes de garde collectifs sont accessibles en priorité aux parents qui travaillent : il faut donc déconstruire ces pratiques.

Un groupe de travail sur ces questions s'est mis en place depuis le début de l'année avec la ville de Perpignan, avec la Caf et les services du Conseil général. Le constat est posé qu'il existe des pratiques très disparates sur le département, une absence de procédures communes. La mise à plat des pratiques est nécessaire.

Pour les pratiques rurales sur Capcir ou Cerdagne, il nous est relaté que les services de PMI donnent des agréments modulés pour les structures et les Asmat afin de prendre en compte la saisonnalité des besoins de garde.

6.5.4 Le lieu d'accueil parents-enfants de la PMI. (l'éducatrice de jeunes enfants animatrice de l'action)

Il y a 10 ans, a été créée une action collective dans les salles d'attente de consultation PMI avec un poste unique en région porté par une éducatrice de jeunes enfants sur une mission non obligatoire d'action sociale. Partant du constat que les mères qui consultaient en PMI pour leur enfant présentaient des difficultés éducatives et avaient un besoin d'étayage mais qu'elles allaient très peu vers les autres professionnels indiqués. L'idée de transformer la salle d'attente en salle de jeux s'est révélée prétexte à donner à voir les compétences des jeunes enfants, en répondant aux questions des mères et en les amenant à travailler sur l'éveil, les limites, dans un discours cohérent potentiellement repris par le médecin et la puéricultrice sur le temps de consultation. Le prétexte médical faisait venir ce public régulièrement, et petit à petit l'accueil parent enfant s'est fait sur des jours sans consultation médicale. Occasion de faire du lien social, ce temps de jeux animé par une éducatrice permet aussi d'orienter et d'informer sur les ressources du quartier. Cette animation est réalisée sur des quartiers prioritaires de Perpignan avec un financement initial du poste d'animatrice par le Fas, la Caf et la Ddass et est reconnue comme action prioritaire en parentalité et outil de la mission enfance-famille (quartiers St Mathieu, St Jacques, Moulin à Vent). En cela il s'agit à la fois d'une mission de prévention en PMI et un outil de suivi pour l'ASE. Le repérage des besoins se fait aussi bien sur les modes de garde, la prescription en RDV d'alphabétisation, l'insertion sociale et professionnelle, de mobilité (aide au permis de conduire) avec la possibilité de monter des projets en partenariat avec les conseillers d'insertion chargés du suivi RSA.

Il y a 5 ans une nouvelle Maison sociale a permis de regrouper les services sociaux et de PMI avec un bureau de puéricultrice, un bureau médical et d'avoir un espace d'accueil dédié de 85 m² organisé et équipé comme une crèche. Une assistante sociale y réside avec une mission hors secteur pour l'accueil d'urgence. Un psychologue peut venir à l'accueil sur demande et les sages-femmes peuvent aussi descendre à l'accueil si besoin.

Des mères isolées prennent connaissance du lieu, souvent orientées par une assistante sociale qui le visite avec elles, ce qui permet ainsi de changer les représentations de la PMI puisque l'accueil est partie prenante de la mission. Un vrai travail d'action sociale peut y être engagé avec la possibilité de déclencher des commissions enfance, faire des signalements et suivre sans stigmatisation des mesures éducatives (Aemo et Aed) et des mères déficientes mentales. Des jeunes mères avec un contrat de jeune majeure suivies par un éducateur s'y rendent sur le levier du soutien parental. Un travail sur l'autonomie des mères est engagé depuis 3 ans avec la halte-garderie du quartier St Mathieu (fondation d'Auteuil) pour mettre à disposition 12 places dans le cadre de la mission de prévention.

Dans le rural, cet accueil est proposé sous forme de prestations de service avec des associations de type ludothèque (les enfants du Lude) pendant les consultations.

6.5.5 Le lieu d'accueil parents-enfants Couleur Famille de Prades (la coordonnatrice)

Nous avons vu que le département est doté de 6 lieux d'accueil enfant parent (labellisés Laep : ADSEA association départementale pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence, l'Ile aux parents porté par l'association qui gère le centre maternel le Rivage, Au petit coin, l'Accueil du nouveau logis, l'Accueil de St Jacques et Mente à l'eau) ouverts à tous les parents d'enfants âgés de 0 à 6 ans. Ils existent aussi des accueils parents-enfants au titre desquels figure « Couleur famille » à Prades. Cette association a investi une approche d'entraide entre parents dès le début de la grossesse, sans limite d'âge pour les enfants et basée sur la rencontre et l'échange intergénérationnels. Tout à la fois centre documentaire PIF (Point information famille), groupe de paroles de parents avec l'intervention d'une sage-femme et d'un psychologue, point d'écoute et action de soutien scolaire « Gouter-cartable », ce lieu articule ses actions autour de l'entraide parentale et de la médiation.

Le Laep Au petit coin à Ansignan nous a été cité comme intéressant pour son aspect itinérant et un essai de promotion de halte-garderie.

7. Discussion et recommandations

À partir des résultats de ce travail, on peut estimer qu'un tiers des mères qui l'ont été avant 21 ans ont très bien vécu leur maternité, sans problème spécifique d'accompagnement sanitaire ou social et que l'impact de cette maternité précoce n'a pas grevé lourdement leur insertion sociale et professionnelle.

Pour les autres, que, à l'issue de l'étude, l'on peut estimer à un millier de mères âgées de moins de 21 ans accouchant chaque année dans la région, il convient de mieux accompagner les difficultés d'accès au parcours maternité et donc à la prévention et aux droits, et porter une attention particulière à l'accès au logement, pour celles qui sont isolées et le plus souvent en rupture familiale. La question de l'accompagnement à la reprise d'une activité est aussi à envisager comme partie prenante du soutien à l'autonomie et à la parentalité.

Nous proposons des recommandations visant les jeunes mères aux quatre temps clés dans le parcours d'une maternité : lors de la déclaration de la grossesse, du suivi sanitaire et social de celle-ci, du séjour à la maternité et de la sortie et enfin de l'insertion sociale et du soutien à la parentalité.

7.1 L'annonce, la déclaration de grossesse

Le parcours maternité développé actuellement en France encadre l'arrivée de l'enfant depuis la déclaration de la grossesse et prévoit des consultations médicales pré et post-natales avec un entretien prénatal précoce, une préparation à la naissance et à la parentalité, des examens para cliniques. Le parcours périnatal repose sur un partage des compétences entre l'État, les organismes de sécurité sociale (Caf et Assurance maladie) et les conseils généraux.

Il existe des outils administratifs partagés par tous les services qui permettent de repérer et de suivre les maternités précoces déclarées : la déclaration de grossesse en est un fondamental.

Outre ce contexte général, cette étude nous a permis, au niveau du repérage des grossesses précoces et de l'orientation des jeunes mères vers les partenaires compétents en matière d'accompagnement et de suivi, d'interroger le rôle de trois organismes : les permanences du Mouvement français du planning familial (MFPF agissant par délégation du service public dans le domaine de la planification familiale) -pour une partie seulement des jeunes mères qui s'y dirigent en première intention-, la Caf et la PMI. Le MFPF est un poste avancé bien identifié par une partie des jeunes femmes pour la délivrance pré financée et « confidentielle » du test de grossesse. Disposer de plusieurs centres d'éducation familiale et de planification comme dans l'Hérault et avoir le choix de se rendre dans une structure éloignée de son quartier permet de ne pas placer la sexualité sous le contrôle social du quartier avec le risque d'un manque de confidentialité. Pour une autre part de cette population de futures jeunes mères, n'oublions pas que ce sont les professionnels médicaux libéraux qui sont le premier recours (médecin référent, gynécologue, sage-femme et pharmaciens).

De son côté, la Caf transmet les avis de grossesse à la PMI qui va par courrier faire une mise à disposition systématique de suivi global de grossesse, médical et médico-social, pour les jeunes femmes (âge inférieur à 18 ou 21 ans selon les départements). Les équipes PMI ont une démarche pro active vers les maternités précoces mais aussi vers les déclarations tardives jusqu'au 8^e mois de grossesse. La PMI 66 initie, en plus du courrier de mise à disposition pour les futures mères mineures, une visite à domicile. L'accord de l'utilisateur est d'environ un tiers des cas. Dans les Pyrénées-Orientales, une réunion est organisée avec les sages femmes PMI autour du médecin de PMI une fois par mois sur le thème des grossesses vulnérables. Dans l'Hérault, les sages femmes font un courrier et

contactent par téléphone chaque fois que possible la future mère pour expliciter « en direct » les propositions d'intervention.

La Caf ne propose pas d'approche spécifique pour les maternités avant 21 ans ou les déclarations tardives de grossesse mais propose à Montpellier une action « 1^{ère} grossesse avec mère de moins de 25 ans » : dès réception de l'avis de grossesse, un courrier est envoyé pour mise à disposition d'un travailleur social (10 % de réponses). La Caf des Pyrénées-Orientales intervient avec une action spécifique de mise à disposition pour l'arrivée du 1^{er} enfant quel que soit l'âge maternel. Un cinquième des allocataires concernées y donne suite.

L'assurance maladie, avec l'implication des Cnam et en partenariat avec les PMI et les Caf dans le parcours maternité, va étendre son action de droit commun en 2011 en développant ce parcours maternité jusque là expérimental, à l'ensemble des naissances (et plus seulement le 1^{er} enfant comme depuis 3 ans à Perpignan et sur tout le territoire couvert par la caisse). Il demeure qu'une identification en amont des maternités précoces ou des situations vulnérables, permet d'inciter au cas par cas les mères à se rendre à ces réunions collectives qui réunissent environ 10 % des personnes invitées.

Les enseignements de l'enquête en population

Et pourtant, sur notre échantillon de mères précoces, on constate que le retard de déclaration est supérieur à ce qui est observé en population générale (enquête périnatale 2003-2004, données régionales : 94,4 % des grossesses déclarées au 1^{er} trimestre) et que le délai de déclaration de la grossesse est prédictif d'un moins bon suivi et révélateur de situations de vulnérabilité médico-sociale parmi lesquelles la minorité de la mère. On relève que 69,7 % de grossesses sont déclarées au cours du 1^{er} trimestre (dont 7,2 % de grossesses chez des mineures), 12,5 % de déclarations au cours du 2^e trimestre (dont 16,3 % chez des mineures) et enfin 5,7 % déclarées au 3^e trimestre avec 23,7 % de mères mineures¹⁸.

Les grossesses déclarées tardivement sont moins suivies (moins d'une consultation par mois) à partir de leur déclaration, que les autres : ainsi la fréquence de grossesses ayant bénéficié de moins d'une consultation par mois est de 10,9 % parmi les grossesses déclarées au 1^{er} trimestre, quand ce taux passe à 20,8 % pour celles déclarées au 2^e trimestre et 19,0 % au 3^e trimestre.

Plus la grossesse est déclarée tardivement, plus le suivi se fait à l'hôpital (38,4 % des grossesses déclarées au 1^{er} trimestre contre 47,5 % des grossesses déclarées au 3^e trimestre ; de même les mères de moins de 21 ans qui déclarent tardivement leur grossesse sont aussi moins fréquemment en logement indépendant que les autres (qu'il s'agisse d'un logement où elles vivent seule ou en couple) : 34,0 % sont dans ce cas pour les grossesses déclarées au 1^{er} trimestre et 55,0 % pour celles du 3^e trimestre).

Toutefois, un « rattrapage » sur la population la plus vulnérable est constaté par un suivi à domicile des grossesses par les sages-femmes de la PMI : les femmes ayant déclaré leur grossesse au 1^{er} trimestre bénéficient dans 12,9 % d'un suivi de grossesse à domicile ; c'est le cas de 22,7 % des femmes lorsque la déclaration a eu lieu au 2^e trimestre et de 30,0 % des femmes pour les grossesses déclarées au 3^e trimestre.

¹⁸ À ces chiffres de déclarations il faut ajouter 0,8 % de grossesses non déclarées parmi lesquelles 12,5 % de mères mineures et 11,3 % qui ne savent pas quand elles ont déclaré leur grossesse parmi lesquelles 7,9 % de mineures.

Les constats issus des entretiens et des échanges autour de l'étude¹⁹

Les PMI sont informées des grossesses à moins de 21 ans suite à l'avis de grossesse et non pas grâce à une remontée d'information en provenance des médecins à l'origine de la déclaration de grossesse ; elles sont parfois alertées par les associations et infirmières scolaires. Ce circuit de l'information est plus ou moins rapide selon les départements.

La proposition de mise à disposition par la PMI –faite par courrier dans les départements de l'Hérault et des Pyrénées-Orientales– comme c'est le cas pour la Caf ou la Cnam pour les invitations dans le cadre du parcours maternité, apparaît comme une limitation possible du suivi des futures jeunes mères car l'adresse des jeunes filles correspond souvent au domicile de leurs parents.

Les missions des PMI des secteurs sont actuellement mieux connues qu'elles ne l'étaient il y a quelques années, notamment des sages-femmes libérales qui bénéficient dans les écoles de sages-femmes de formations dispensées par les PMI. La même information est proposée aux médecins en formation. Par ailleurs, sages femmes et intervenants de PMI bénéficient tous de formations communes dans le cadre du réseau « Naître et grandir en LR ».

L'offre de service des PMI n'a pas un caractère obligatoire ; elle est soumise à l'accord du potentiel bénéficiaire.

Par ailleurs, l'action des PMI est encore marquée par une représentation négative, variable selon les territoires même si elle tend à s'atténuer, représentation liée à celle de l'aide sociale à l'enfance et du placement d'enfants. Cette action est encore redoutée par les publics les plus vulnérables et par les jeunes mères.

En effet, les missions menées en faveur de l'enfance et de la famille sont exercées de manière réglementaire par trois services distincts dans les conseils généraux : la protection maternelle et infantile (PMI), l'aide sociale à l'enfance (ASE) et le service d'action sociale. Les relais entre personnels des PMI et assistantes sociales du Conseil général ne sont pas systématiques lorsqu'il existe un cloisonnement par métier. Dans l'Hérault, le choix a été de mettre en place des équipes territoriales sous le même couvert hiérarchique afin d'appuyer en même temps les ouvertures de droits, les démarches autour du logement,... : la volonté de transversalité y est donc structurée.

Dans l'Hérault, les services hospitaliers et la PMI travaillent une convention pour mettre en place, en particulier, des staffs de parentalité comme c'est déjà le cas dans le Gard²⁰, où le secteur public comme le privé partagent des pratiques sur les questions sociales. Dans l'Hérault, des temps dédiés de sages-femmes et de puéricultrices de PMI sont déjà instaurés. À Perpignan, une coordination entre les maternités et la PMI existe conventionnellement depuis 10 ans : une sage-femme PMI est référente à l'hôpital et deux autres dans les cliniques privées pour faire la liaison avec le suivi *ante* et *post* natal des mères et de leur enfant.

La puéricultrice de PMI participe au « staff pédiatrique » qui a lieu 1 fois par semaine à l'hôpital avec l'équipe de néo natalité, en présence des pédiatres et des gynécologues sur des cas maternels particuliers (toxicomanie,...).

En revanche, dans les Pyrénées-Orientales, il est difficile de travailler les questions médico-sociales avec les gynécologues. Mais *a contrario*, il existe une expérience très performante du suivi des grossesses par tous les services et les professionnels médicaux et médico-sociaux au niveau de la coopération transfrontalière sur le plateau cerdan.

Les remontées d'information par les médecins libéraux aux PMI restent limitées.

¹⁹ Ces constats s'appuient principalement sur les recueils d'information réalisés dans le Montpellierais et les Pyrénées-Orientales. Des initiatives similaires ou différentes peuvent exister sur d'autres territoires de la région.

²⁰ Dans le département du Gard, les conventions existent depuis de nombreuses années avec les services hospitaliers : maternité, néonatalogie et pédiatrie. Les professionnels de PMI assistent au staff de parentalité instauré dans ces trois services. Les questions psychosociales y sont traitées.

Recommandations :

Coordonner les intervenants autour du repérage des maternités précoces et des déclarations tardives dans les départements de la région et construire des critères communs. S'appuyer sur les réseaux régionaux et de proximité pour sensibiliser aux maternités vulnérables.

L'entretien prénatal précoce et sa fiche de synthèse peuvent permettre d'initier ce travail de réseau.

Instaurer un travail en réseau avec les professionnels libéraux au moment de la déclaration de grossesse²¹.

Réaffirmer le rôle du carnet maternité et la nécessité d'un accompagnement lors de sa remise aux jeunes parents ; veiller à sa diffusion par les professionnels libéraux.

Renforcer la communication sur le rôle de la PMI à l'attention des professionnels de santé libéraux ou hospitaliers

Communiquer les résultats des présents travaux auprès des écoles de sages-femmes et des travailleurs sociaux ainsi qu'auprès de l'ordre des médecins et des sages femmes. Les résultats devront également être portés à la connaissance des personnels de l'Éducation nationale, médecins, infirmiers et travailleurs sociaux, bien entendu, mais aussi responsables d'établissements et conseillers d'éducation.

Harmoniser les processus de mise à disposition de la PMI, de la CAF et de la CPAM autour du parcours maternité.

Favoriser tous les moyens de communication pour joindre les femmes de moins de 21 ans (SMS, mail...)

²¹ Inscrit dans le schéma de l'enfance du conseil général du Gard par exemple

7.2 Le suivi de grossesse

Le suivi de grossesse peut se faire, selon le choix des gestantes, dans le secteur libéral, hospitalier ou par la PMI (en complémentarité et en non concurrence); il se fait nécessairement avec l'adhésion des familles. Dans l'Hérault, la majorité des grossesses sont prises en charge par le secteur libéral.

Les enseignements de l'enquête en population

Les maternités précoces sont suivies majoritairement à l'hôpital (39,7 %), en ville dans le secteur privé (35,5 %) et par la PMI (18,4 %) et dans la même proportion par un mixte de ces différents professionnels (18,4 %). Parmi les maternités avant 21 ans, plus la grossesse est déclarée tardivement plus fréquemment elle est suivie par une équipe hospitalière (38,4 % pour les grossesses déclarées au 1^{er} trimestre et 47,5 % pour celles déclarées au 3^e trimestre).

44,6 % des mères enquêtées ont suivi une préparation à la naissance et à la parentalité (seulement 40 % parmi les déclarations au 3^e trimestre).

29,6 % des maternités précoces ont eu un suivi de grossesse à domicile (qu'il s'agisse d'une sage-femme de PMI, libérale ou d'une assistante sociale).

Si la plupart des mères avant 21 ans ont été satisfaites du suivi de leur grossesse (92,7 %), les autres citent dans les deux premiers motifs d'insatisfaction : l'absence d'information vécu comme un manque d'attention portée à leur jeune âge et la perception de préjugés de la part des soignants.

16,7 % des mères avant 21 ans ont changé d'équipe pour le suivi de leur grossesse au cours de celle-ci.

Les constats issus des entretiens et des échanges autour de l'étude :

- Le plan périnatalité 2005-2007 prévoit qu'un « *entretien individuel et/ou en couple sera systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes, aux futurs parents, au cours du 4^e mois (ou au moment de la déclaration de grossesse), afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant* ». Un référentiel national est mis à disposition.
- Le réseau périnatal régional «Naître et Grandir en L-R» a pour mission de fédérer et de constituer un levier d'appui pour tous ces professionnels (élaboration de référentiels, de protocoles, de formations, de reprise de cas etc.).
- Les conclusions de l'enquête Périnatalité de l'Unaf (Unaf/Collectif inter associatif autour de la naissance, 2010) basée sur le témoignage d'un millier de mères de tous âges sur 77 départements ne dénotent pas radicalement des éléments trouvés chez les jeunes mères allocataires enquêtées.
- La gestion de l'accès aux parcours maternité des gestantes non assurées sociales repose sur deux logiques en tension : santé publique et politique de lutte contre l'immigration. Or, depuis l'avènement de la CMU, les non assurés sociaux n'existent théoriquement plus en France si ce n'est en terme de rupture de droit (règlement des dossiers par les caisses d'assurance maladie) et d'accès à la complémentaire; l'aide départementale a été supprimée et seule l'aide médicale d'État (AME) persiste pour les personnes en situation irrégulière après trois mois de résidence²². Les cas des mères mineures sans papier et isolées, certes rares,

²² Depuis mars 2011, l'accès à l'AME est assujéti à une franchise annuelle (contribution forfaitaire des bénéficiaires sous forme d'un droit d'entrée) de 30 euros pour une personne et de 60 euros pour une famille. L'impact de cette réglementation sur le retard d'accès aux soins est déjà dénoncé par nombre de professionnels de santé. De plus la mission confiée en novembre 2010 à l'IGF et l'IGAS s'opposait déjà à ce projet susceptible entre autre d'accroître les dépenses d'AME par un retard tardif de la prise en charge et de faire courir des risques sanitaires sérieux. Dans le cas particulier de la population des femmes enceintes, il est aussi à noter que pour l'AME il n'y a pas d'antériorité du droit : il est effectif au jour de la demande.

ne trouvent pas de solution actuellement et mettent les travailleurs sociaux de l'hôpital devant des situations inextricables administrativement (sans mandataire de l'autorité parentale, absence de domiciliation) et humainement (sortie de l'hôpital sans droits ouverts pour le suivi médical de la mère et de l'enfant).

Recommandations :

L'intérêt de l'entretien prénatal précoce (EPP) n'est pas suffisamment connu et partagé par les professionnels travaillant autour des grossesses : organiser une campagne de sensibilisation autour de l'EPP en y incluant les échographistes, les médecins biologistes des laboratoires d'analyse, les pharmaciens et les ordres professionnels.

Organiser autour de l'entretien prénatal précoce un diagnostic partagé pluridisciplinaire en insistant sur les maternités précoces et en s'appuyant sur le rôle renforcé de la PMI affirmé par la loi de 2007 sur la protection de l'enfance.

Faire un retour des résultats de cette enquête par exemple lors de la formation des sages-femmes salariées et libérales par le réseau « Naître et Grandir en L-R ».

Favoriser les axes territorial et médico-social de l'action du réseau « Naître et grandir en L-R » (notamment le travail autour des situations complexes sur le modèle des revues de cas autour de la naissance : dans cet esprit, le réseau périnatal Nimois fait des reprises de situations complexes ; le groupe de travail de la PMI 66 sur les grossesses vulnérables peut être un cadre intéressant à transférer).

Structurer les partenariats et le traitement pluridisciplinaire des situations dans les staffs maternité en élaborant des protocoles et des conventions.

Favoriser la parole et l'échange de pratiques pour faire évoluer les représentations des professionnels autour de ces maternités précoces.

7.3 Le séjour en maternité et le suivi à domicile

Aucune mesure spécifique n'est prévue pour les jeunes mères lors du passage à la maternité qu'il s'agisse de soin de l'enfant, d'allaitement, de contraception, etc. Mais sur Montpellier, une équipe mobile en santé mentale (le pôle périnatal de prévention) peut intervenir en clinique privée à la demande des équipes ; la sage-femme peut initier une concertation sociale à la sortie (voire lors de la préparation à l'hospitalisation selon les cas). On peut également citer l'unité mobile « petite enfance » organisée par les pédopsychiatres sur Nîmes.

Par contre, la liaison hebdomadaire maternité/sage-femme de PMI est systématique et régulière à Perpignan comme à Montpellier pour les mères mineures (dans l'enquête sur flux, une mère mineure sur deux environ a été suivie par les sages femmes de PMI en suite de couche). Le département du Gard est dans une situation analogue.

En dehors d'une possible liaison écrite entre la maternité et la PMI (faite en accord avec la jeune patiente pour le suivi à domicile) et d'un accompagnement en cas de rupture familiale par l'Abri languedocien à Montpellier ou par la Maison de Gaïa pour les mineures et le centre maternel Le Rivage pour les jeunes majeures à Perpignan, l'offre de service en termes de suivi à domicile, de logement et d'insertion n'est pas spécifique aux jeunes mères

Dans le département du Gard, l'ancien centre maternel a été renommé « centre d'accueil des parents ». Une crèche est annexée au centre.

Les enseignements de l'enquête en population

36,1 % des mères avant 21 ans ont allaité leur enfant (51,4 % des femmes en Languedoc-Roussillon dans l'enquête périnatale 2003-2004) ; 38,3 % expriment un manque de soutien à la maternité pour allaiter et 48,0 % ont éprouvé ce manque de soutien de retour à la maison²³.

On relève dans l'enquête en population de mères avant 21 ans, qu'une minorité a eu un entretien avant la sortie avec un psychologue (6,8 %) ou une assistante sociale (6,7 %).

Plus du quart des jeunes mères (27,6 %) déclare sortir de maternité sans prescription de contraception, à l'inverse des pratiques déclarées par les cadres des soins de couche, mettant en relief le manque de communication sur cette thématique à la sortie de la maternité.

Moins de six mères sur dix sortent de maternité avec un rendez-vous pour une visite post-natale.

Un tiers d'entre elles (31,4 %) exprime qu'une aide supplémentaire leur aurait été utile au retour à domicile en raison de leur jeune âge : la puéricultrice est la professionnelle la plus souvent citée pour répondre à ce besoin d'aide (28,7 %) avant l'aide ménagère (25,9 %). On retrouve dans ces demandes d'aide, la même proportion de besoins que dans la population maternelle primipare.

21,5 % des maternités avant 21 ans déclarent avoir fait une dépression du *post partum*.

²³ Notons que les départements de l'Hérault et du Gard ont mis en place en PMI des réseaux de soutien à l'allaitement (Prall) qui fonctionnent entre autre action de santé communautaire, par le soutien de « mères à mères » dès le retour à domicile.

Recommandations :

Multiplier les analyses de pratique hospitalière concernant les maternités à moins de 21 ans durant le séjour et lors de la sortie de maternité : en particulier sur le soutien à l'allaitement, et la contraception mais aussi sur la mise à disposition d'informations sur les aides au retour à domicile ; le protocole de coordination et de coopération transfrontalières entre le plateau cerdan et l'hôpital espagnol de Puigcerdá tout en témoignant d'une situation territoriale singulière sert de révélateur d'efficacité du réseau local (communication et complémentarité des compétences entre la PMI, le médecin référent, l'équipe médicale hospitalière et les associations prestataires de services d'aide à la personne).... Notons l'existence d'autres expériences comme les groupes de paroles en maternité sur le « retour à domicile » au CHU Caremeau et à la clinique Kennedy en partenariat avec la PMI.

Construire un véritable parcours coordonné entre la prise en charge sanitaire et l'accompagnement à l'insertion dans les trois mois qui suivent la naissance.

À titre expérimental, réfléchir à la faisabilité et au financement (la question de la cotation de cet acte) d'un entretien postnatal précoce dans les 15 jours qui suivent la naissance en inscrivant la dimension d'insertion sociale (en lien avec l'EPP) de toutes les maternités avant 21 ans.

7.4 L'insertion sociale et le soutien à la parentalité

Les constats issus des entretiens et des échanges autour de l'étude

- **L'hébergement**

Dès la sortie de la maternité, un hébergement d'urgence peut faire défaut notamment, pour les mineures sans lien avec leurs parents et sans domiciliation.

Plus généralement, la question du logement pose problème en cas de rupture familiale compte tenu de l'absence de place d'accueil pour les jeunes mères et leurs enfants. Sur Montpellier, ont été identifiés l'Abri languedocien, et exceptionnellement l'Institut Saint-Pierre, mais avec un nombre de places limité. Notons qu'à Perpignan, la Maison de Gaïa et le centre maternel le Rivage offrent le même type d'accueil et d'accompagnement. Cet élément est aussi à mettre en perspective dans un contexte régional de sous équipement en logements sociaux et en structures d'hébergement.

L'expérience de l'Abri est à souligner : 24 places (pour des mères ou futures mères mineures ou jeunes majeures – moins de 21 ans et leurs enfants) sont disponibles sur ordonnance d'un juge pour enfants ou sur orientation par l'ASE. Une prise en charge et un accompagnement global de la jeune mère et de l'enfant sont proposés : hébergement collectif ou en service d'accueil extérieur, suivi de grossesse, soutien à la parentalité, possibilité de garde de l'enfant, accompagnement vers l'insertion sociale et professionnelle, orientation vers le droit commun et soutien vers l'autonomie. Forts de cette expérience, deux projets d'accompagnement individualisé en milieu ouvert sont déposés par l'Abri : un service d'accueil familial (SAF) et un service d'accueil personnalisé (SAP) pour une vingtaine de mères avec enfant, avec le partenariat de l'association Gestare pour le soutien à la parentalité.

- **La garde de l'enfant**

La PMI étudie en commission les solutions de garde de l'enfant pour les mères en reprise de scolarité (place chez une assistante maternelle financée par le conseil général). Par ailleurs, des places en garderie sont légalement réservées depuis le décret de 2006 à raison d'une place pour toute problématique d'insertion par tranche de 20 places (20 % de dépassement possible pour les crèches de plus de 60 places). On constate sur le terrain les difficultés d'application de cette clause de réservation.

Dans certains territoires de l'Hérault, des places sont réservées au titre de la prévention/protection de l'enfance : le conseil général prend en charge par convention quelques places qui sont réservées à des publics fragiles : les enfants de mères mineures, isolées ou vulnérables sur le plan psychologique y sont prioritaires. L'accueil est contractuel et les familles particulièrement entourées par les équipes médico-sociales de secteur.

À Perpignan, la Codaje nous informe qu'un groupe de travail sur ces questions s'est mis en place depuis le début de l'année avec la ville de Perpignan, la Caf et les services du conseil général. Le constat est posé qu'il existe des pratiques très disparates sur le département, une absence de procédures communes. La mise à plat des pratiques est nécessaire. La question de l'offre de garde collective et individuelle est un levier de l'insertion sociale et professionnelle de ces jeunes mères comme pour l'ensemble des parents et plus particulièrement des mères d'enfants de moins de 3 ans.

- **La poursuite de scolarisation de la mère**

Pour les interruptions courtes de scolarité, la mission générale d'insertion de l'inspection d'académie peut orienter les mères vers une classe de remise à niveau (« classe des récurrents»). Par ailleurs, un accès à l'École de la 2^e chance (ER2eC) peut se faire selon certaines conditions (18-25 ans, déscolarisé depuis 6 mois avec bas niveau de qualification, et une obligation d'assiduité qui suppose qu'une garde de l'enfant soit assurée en amont) et passe par un prescripteur (MLI, pôle emploi, Cap emploi). Deux écoles existent à présent à Montpellier et une à Perpignan. Le Conseil général par le biais de sa mission insertion (suivi RSA) ainsi que le CIDFF sont de potentiels prescripteurs de l'ER2eC mais n'utilisent pas directement ce levier ; le directeur de l'ER2eC de Perpignan présente pourtant les jeunes mères isolées comme un public cible de ce tremplin à l'insertion.

- **L'insertion sociale et professionnelle de la mère**

La désinsertion des jeunes mères est difficilement repérable. Celles-ci peuvent bénéficier de plusieurs actions qui ne leur sont pas spécifiquement adressées : une action de remobilisation et de socialisation « **une femme, un projet, une vie** » (CIDFF-Caf) pour les femmes isolées bénéficiaires du RSA majoré, avec une offre de garde et l'action « **séparation** » de la Caf (mise à disposition d'un travailleur social pour les mères isolées pour de la médiation et du soutien parental).

- **Le soutien à la parentalité**

Des services complémentaires, coexistent en particulier en direction des publics vulnérables : REAAP, Laep, Point d'Écoute, etc. Le problème se pose plutôt en termes de lisibilité et d'accessibilité des dispositifs existants, de leurs éventuels chevauchements et de la capacité des jeunes parents à y faire appel. Une expérience intéressante est menée depuis plusieurs années au sein du service de PMI des Pyrénées-Orientales.

Il y a 10 ans, a été créée une action collective, véritable outil de prévention en PMI, dans les salles d'attente de consultation avec un poste alors unique en région porté par une éducatrice de jeunes enfants sur une mission non obligatoire d'action sociale. Le Gard a également développé un tel poste. Cette action est partie du constat que les mères qui consultaient en PMI pour leur enfant présentaient des difficultés éducatives et avaient un besoin d'étayage mais qu'elles allaient très peu vers les autres professionnels indiqués. Le prétexte médical faisait venir ce public régulièrement, et petit à petit l'accueil parents-enfants s'est fait sur des jours sans consultation médicale. Occasion de faire du lien social, ce temps de jeux animé par une éducatrice permet aussi d'orienter et d'informer sur les ressources du quartier. Il y a 5 ans une nouvelle maison sociale a permis de regrouper les services sociaux et de PMI à Perpignan-sud et d'avoir un espace d'accueil dédié de 85 m² organisé et équipé comme une crèche. Une assistante sociale y réside avec une mission hors secteur pour l'accueil d'urgence. Un psychologue peut venir à l'accueil sur demande et les sages-femmes peuvent aussi descendre à l'accueil si besoin.

Dans le rural, cet accueil est proposé sous forme de prestations de service avec des associations de type ludothèque (les enfants du Lude) pendant les consultations.

On retrouve ce même type de démarche dans la majorité des centres de consultation PMI de l'Hérault avec des animations de salle d'attente par des psychologues et des animateurs dont la mission principale est l'accueil, l'écoute et plus globalement le soutien à la parentalité (Jouons en ludothèque, etc...)

Recommandations :

Diffuser l'information sur les services disponibles pour le soutien à la parentalité et coordonner sur le territoire leur intervention (avec mise en ligne sur les sites des conseils généraux, des Caf, ...). Les sites internet des Reaap (réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement à la parentalité) pouvant aussi être des outils performants pour l'information aux familles.

Identifier les besoins sur les territoires de lieux d'accueil adaptés pour les jeunes mères isolées et mettre en place des solutions innovantes en lien avec les plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD). Le nombre de places d'accueil mère-enfant(s) est insuffisant sur le territoire régional.

Renforcer le soutien à la parentalité dans les dispositifs d'accueil et d'hébergement.

Favoriser les partenariats notamment entre travailleurs sociaux et acteurs de l'insertion professionnelle (MLI, ER2eC).

À l'issue du recensement auprès des institutions des dispositifs d'accompagnement existants, et au vu des résultats de l'enquête, on retiendra l'intérêt de se saisir des recommandations proposées sur le repérage et l'accueil de ces jeunes mères dans le parcours de soins (avec la question du retard de déclaration, de l'accueil en maternité, des représentations des professionnels sur ces maternités précoces). On insistera également sur la nécessité de construire un véritable parcours d'accompagnement au retour à domicile en s'appuyant sur les partenariats existants et les réseaux déjà constitués (parcours qui pourrait ensuite profiter à l'ensemble des mères primipares). L'insertion scolaire et professionnelle de ces mères de moins de 21 ans, à l'issue du congé maternité mais aussi en cours de grossesse lorsqu'elles en expriment le souhait est un volet indispensable à aborder avec elles le plus tôt possible, parce qu'il constitue un levier d'autonomie et d'insertion sociale. Cela passera par une meilleure connaissance entre les acteurs du parcours maternité, ceux de l'insertion et de l'action sociale et par un meilleur partage d'informations.

8. Glossaire des sigles

AAH :	Allocation aux adultes handicapés
ACM :	Analyse des correspondances multiples
AEEH :	Allocation d'éducation enfant handicapé
API :	Allocation de parent isolé
ASE :	Aide sociale à l'enfance
CAF :	Caisse d'allocations familiales
CMU :	Couverture maladie universelle
CSP :	Catégorie socioprofessionnelle
DSD :	Direction de la solidarité départementale
IVG :	Interruption volontaire de grossesse
LAEP :	Lieu d'accueil enfant parents
MFPP :	Mouvement français du planning familial
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économiques
ORS-LR :	Observatoire régional de la santé du Languedoc-Roussillon
Paje :	Prestation d'accueil du jeune enfant
PMI :	Protection maternelle et infantile
PNP :	Préparation à la naissance et la parentalité
Poss :	Plate-forme d'observation sociale et sanitaire
RMI :	Revenu minimum d'insertion
RSA :	Revenu de solidarité active
RUC :	Revenu par unité de consommation
VAD :	Visite à domicile

9. Table des illustrations

Tableau 1. Évolution de la proportion de mères de moins de 21 ans sur l'ensemble des naissances domiciliées (en %)	13
Tableau 2. Âge des mères de moins de 21 ans ayant eu un enfant en 2008 (en %)	14
Tableau 3. Rang de naissance selon le département pour une naissance 2008 avec une mère ayant moins de 21 ans	14
Tableau 4. Rang de naissance selon l'année de naissance avec une mère ayant moins de 21 ans (en %)	14
Tableau 5. Âge du père pour les naissances en 2008 de mères ayant moins de 21 ans (en %)	15
Tableau 6. Évolution de l'âge du père pour les naissances de mères ayant moins de 21 ans (en %)	15
Tableau 7. Reconnaissance par le père pour les naissances de mères ayant moins de 21 ans (en %)	15
Tableau 8. Proportion des mères à moins de 21 ans selon les villes de plus de 40 000 habitants sur l'ensemble des naissances domiciliées (en %)	16
Tableau 9. Age des pères d'enfants nés de mères à moins de 21 ans selon les agglomérations de + de 40 000 habitants (en %)	17
Tableau 10. Mères de moins de 21 ans en âge révolu ayant accouché en 2008	18
Tableau 11. Répartition des mères de moins de 21 ans selon leur âge (âge révolu) à la naissance de l'enfant (nés en 2008)	18
Tableau 12. Situation familiale des mères à moins de 21 ans toutes générations confondues	19
Tableau 13. Mères à moins de 21 ans et isolement selon la génération et le département (en %)	19
Tableau 14. Situation économique par Ruc des mères à moins de 21 ans toute génération confondue selon le seuil de précarité (949 €) (en %)	19
Tableau 15. Situation économique par Ruc détaillé des mères à moins de 21 ans toute génération confondue (en %)	20
Tableau 16. Allocations perçues par les mères à moins de 21 ans (toute génération confondue) (en %)	21
Tableau 17. Allocations perçues par les mères à moins de 21 ans par génération (en %)	21
Tableau 18. Situation professionnelle des mères à moins de 21 ans (toute génération confondue) (en %)	22
Tableau 19. Situation professionnelle des mères à moins de 21 ans (génération 1995-1996) (en %)	22
Tableau 20. Situation professionnelle des mères à moins de 21 ans (génération 2004-2005) (en %)	22
Tableau 21. Situation professionnelle des mères à moins de 21 ans (génération 2007-2008) (en %)	23
Tableau 22. Rang de l'enfant des mères à moins de 21 ans (toute génération confondue) (en %)	23
Tableau 23. Pondération de l'échantillon des mères	25
Tableau 24. Participation par territoire	26
Tableau 25. Répartition de mères selon l'année de naissance de l'enfant	26
Tableau 26. Niveau d'études des mères au moment de l'enquête / et au moment de la grossesse à moins de 21 ans	27
Tableau 27. Nationalité des mères	27
Tableau 28. Situation conjugale au moment de l'enquête	28
Tableau 29. Activité professionnelle au moment de l'enquête	28
Tableau 30. Profession des mères au moment de l'enquête	29
Tableau 31. Âge des mères à la naissance de l'enfant	30
Tableau 32. Rang de la mère dans sa famille d'origine	30
Tableau 33. Nombre d'enfants dans la famille maternelle	31
Tableau 34. Âge des pères à la naissance de l'enfant	31
Tableau 35. Situation du couple parental à la naissance de l'enfant	32
Tableau 36. Vie commune du couple parental au moment de l'enquête	32
Tableau 37. Vie commune en 2010 selon la situation conjugale à la naissance de l'enfant (en %)	32
Tableau 38. À l'annonce de la grossesse, situation scolaire ou professionnelle de la mère	33
Tableau 39. Classe fréquentée ou niveau d'études pour les mères scolarisées au moment de l'annonce de grossesse	33
Tableau 40. Type de contrat pour les mères en activité au début de la grossesse	34
Tableau 41. Situation professionnelle du père de l'enfant au moment de la grossesse	34
Tableau 42. Revenus du couple/de la mère isolée au moment de la grossesse	34
Tableau 43. Lieu d'habitation de la mère pendant cette grossesse	35
Tableau 44. Couverture sociale de la mère au début de la grossesse	35
Tableau 45. Ressenti de la mère à l'annonce de la grossesse	37
Tableau 46. Ressenti du père à l'annonce de la grossesse	37
Tableau 47. Ressenti de la mère pendant la grossesse	38
Tableau 48. Sentiment d'être entourée éprouvé par la mère pendant la grossesse	38
Tableau 49. Réaction des parents à l'annonce de la grossesse de leur fille	39
Tableau 50. Motifs de l'insatisfaction quant au suivi de grossesse	40

Tableau 51. Nombre de consultations pour le suivi de grossesse après sa déclaration.....	41
Tableau 52. Mères ayant bénéficié de visites à domicile au cours du suivi de grossesse	41
Tableau 53. Consommation de tabac et grossesse.....	42
Tableau 54. Consommation d'alcool et grossesse.....	42
Tableau 55. Consommation de médicaments et grossesse	43
Tableau 56. Consommation de cannabis et grossesse	43
Tableau 57. Victime de violence.....	44
Tableau 58. Moments de survenue de la violence (n=304).....	44
Tableau 59. Cadre de survenue de la violence (n=304).....	45
Tableau 60. Sentiment sur le déroulement de leur accouchement.....	46
Tableau 61. Ressenti de la mère à la naissance de l'enfant	46
Tableau 62. Poids de naissance des enfants.....	47
Tableau 63. Terme en semaines des enfants déclarés prématurés par la mère	47
Tableau 64. Séparation mère/enfant à la naissance	48
Tableau 65. Durée de séparation en jours.....	48
Tableau 66. Allaitement	49
Tableau 67. Durée d'allaitement au sein en jours.....	49
Tableau 68. Soutien reçu pour l'allaitement, à la maternité	50
Tableau 69. Soutien reçu pour l'allaitement, à la maison	50
Tableau 70. Durée du séjour en maternité regroupée en 3 classes.....	51
Tableau 71. Comparaison des durées moyennes en jours pour le séjour en maternité	51
Tableau 72. Entretien avant la sortie de la maternité avec un psychologue.....	51
Tableau 73. Entretien avant la sortie de la maternité avec un(e) assistant(e) social(e).....	52
Tableau 74. Prescription d'une contraception lors de l'examen de sortie.....	52
Tableau 75. Programmation d'une visite post-natale avant la sortie de maternité.....	52
Tableau 76. Lieu d'habitation de la mère, à la sortie de maternité	53
Tableau 77. Aide à domicile reçue par les jeunes mères au retour de la maternité.....	54
Tableau 78. Type d'aide souhaitée par les mères	55
Tableau 79. Prévalence d'une dépression du post-partum déclarée par la mère.....	55
Tableau 80. Activité de la mère.....	56
Tableau 81. Les trois groupes de mères par Caf.....	57
Tableau 82. Situation conjugale selon les Caf.....	58
Tableau 83. Situation conjugale selon le groupe de mères.....	59
Tableau 84. Situation matrimoniale selon le groupe de mères	59
Tableau 85. Nombre d'enfants selon le groupe de mères	59
Tableau 86. Activité professionnelle selon les trois groupes de mères.....	60
Tableau 87. Niveau d'études atteint en 2010 selon l'âge de la mère à l'arrivée de l'enfant	60
Tableau 88. Sentiment d'avoir été entourée pendant la grossesse selon le groupe de mères.....	61
Tableau 89. Reconnaissance par le père selon le groupe de mères.....	61
Tableau 90. Vie commune au moment de l'enquête selon le groupe de mères	62
Tableau 91. Vie commune avec le père selon les Caf à l'annonce de la grossesse.....	63
Tableau 92. Vie commune avec le père de l'enfant au moment de l'enquête selon le groupe de mères selon les caisses.....	63
Tableau 93. État psychologique de la mère à l'annonce de la grossesse selon l'âge.....	64
Tableau 94. Vie commune avec le père de l'enfant à l'annonce de la grossesse selon l'âge de la mère	64
Tableau 95. Reconnaissance par le père selon l'âge de la mère	64
Tableau 96. Vie commune avec le père au moment de l'enquête selon l'âge de la mère	65
Tableau 97. Existence d'une couverture maladie au début de la grossesse selon le groupe de mères.....	65
Tableau 98. Renoncement à des consultations, des examens médicaux ou des soins dentaires pour des raisons financières pendant la grossesse selon le groupe de mères	66
Tableau 99. Absence de soutien psychologique pendant la grossesse selon le groupe de mères.....	66
Tableau 100. Absence d'aide financière pendant la grossesse selon le groupe de mères	67
Tableau 101. Absence de soutien pour poursuivre la scolarité selon le groupe de mères.....	67
Tableau 102. Absence de soutien familial selon le groupe de mères.....	67
Tableau 103. Nombre de consultations à partir de la déclaration de grossesse selon le groupe de mères	69
Tableau 104. Suivi d'une préparation à la naissance selon les 6 Caf.....	69
Tableau 105. Confrontation à la violence avant votre grossesse ou pendant celle-ci selon le groupe de mères	70
Tableau 106. Soutien pour l'allaitement maternel à la maternité selon le groupe de mères	71

Tableau 107. Soutien pour l'allaitement à la maison selon le groupe de mères	71
Tableau 108. Sortie de maternité avec un rendez-vous pour une visite post natale selon le groupe de mères.....	72
Tableau 109. Entretien avant la sortie de la maternité avec un(e) assistant(e) social(e) et âge de la mère	72
Tableau 110. Visite d'une sage-femme à domicile selon le groupe de mères	73
Tableau 111. Visite d'une assistante sociale à domicile selon le groupe de mères.....	73
Tableau 112. Besoin d'aide spécifique au retour à domicile selon le groupe de mères.....	74
Tableau 113. Le père comme personne pouvant s'occuper de l'enfant selon le groupe de mères.....	74
Tableau 114. Les parents de la jeune mère pouvant s'occuper de l'enfant selon le groupe de mères.....	75
Tableau 115. Une personne de la famille du père de l'enfant pouvant s'occuper de l'enfant selon le groupe de mères	75
Tableau 116. Visite d'une puéricultrice et âge de la mère.....	75
Tableau 117. Visite d'une assistante sociale et âge de la mère.....	76
Tableau 118. Ignorance sur les aides professionnelles à domicile et âge de la mère.....	76
Tableau 119. Le père comme personne pouvant s'occuper de l'enfant et âge de la mère ?.....	76
Tableau 120. Reprise d'emploi après la grossesse selon le groupe de mères	77
Tableau 121. Reprise d'activité selon le groupe de mères.....	77
Tableau 122. Reprise d'activité selon le statut matrimonial à l'annonce de grossesse	78
Tableau 123. Reprise d'activité selon le niveau de qualification au moment de l'enquête.....	78
Graphique 1. Représentation graphique de l'analyse multivariée	79
Tableau 124. Typologie de mères précoces.....	80
Tableau 125. Facteurs influents sur la reprise d'activité	83
Tableau 126. Retour de l'enquête trimestrielle sage-femme PMI auprès des mères mineures.....	86

10. Annexes

10.1 Caractéristiques des 5 profils de mères dans l'échantillon étudié

1 - Les « monoparentales vulnérables » : 31,9 % de l'ensemble de l'échantillon

- 25,3 % sont allocataires de la Caf de Montpellier et 23,8 % de celle des Pyrénées-Orientales (dans l'ensemble de l'échantillon : Caf de Montpellier : 23,5 % et Caf des Pyrénées-Orientales 20,5 % mais différence non significative) ;
- 46,5 % de mères du 1^{er} groupe (enfant né en 1995-1996) (*ensemble* : 29,3 %)
- 8,0 % ont 4 enfants ou plus (*ensemble* : 5,2 %)
- 52,8 % ont un niveau V de qualification (*ensemble* : 41,7 %)
- 15,8 % étaient en apprentissage à l'annonce de grossesse (*ensemble* : 7,7 %)
- 77,9 % sont isolées (*ensemble* : 47,4 %)
- 48,0 % n'étaient pas heureuses à l'annonce de grossesse (*ensemble* : 35,5 %)
- 42,4 % peu entourées pendant leur grossesse avant 21 ans (*ensemble* : 20,8 %)
- 79,5 % ne vivent plus avec le père (*ensemble* : 46,4 %) et 16,4 % n'ont jamais vécu avec le père de l'enfant (*ensemble* : 13,7 %)
- 33,9 % de déclaration tardive de grossesse (*ensemble* : 30,2 %)
- 21,3 % avec moins d'une consultation par mois (*ensemble* : 13,2 %)
- 73,2 % ont eu un suivi de grossesse à domicile (SF, puéricultrice) (*ensemble* : 70,3 %)
- 40,4 % ont fumé pendant grossesse (*ensemble* : 30,2 %)
- 56,6 % victimes de violence (*ensemble* : 29,4 %)
- 34,3 % sortent sans contraception de maternité (*ensemble* : 27,6 %)
- 37,0 % d'allaitement maternel (*ensemble* : 36,1 %)
- 37,6 % sortent de maternité pour vivre dans un logement personnel avec le père de l'enfant (*ensemble* : 53,5 %)
- 51,6 % ont moins de 1 000 € par mois (*ensemble* : 42,1 %)
- 49,8 % n'ont rien repris comme activité (*ensemble* : 40,8 %)
- 35,2 % ont eu une reprise différée d'activité (*ensemble* : 26,9 %)
- 54,6 % ont manqué d'un soutien psychologique pendant la grossesse (*ensemble* : 21,3 %)
- 40,4 % ont manqué d'un soutien familial pendant la grossesse (*ensemble* : 24,1 %)
- 57,9 % ont manqué d'une aide financière pendant la grossesse (*ensemble* : 55,8 %)
- 20,2 % ont manqué d'un soutien pour la poursuite de leur scolarité pendant la grossesse (*ensemble* : 18,6 %)

2 - Les mères au foyer par « choix de vie » avec peu de ressources financières : 21,5 % de l'ensemble de l'échantillon

- 19,7 % sont allocataires de la Caf de Béziers (*ensemble Caf de Béziers : 13,9 % mais différence non significative*)
- 52,0 % de mères du 3^e groupe (enfant né en 2007-2008) (*ensemble : 38,9 %*)
- 53,7 % ont au moins 2 enfants (*ensemble : 52,5 %*)
- 10,5 % de mineures (*contre 9,4 % pour l'ensemble*)
- 66,4 % sont sans qualification (*ensemble : 31,2 %*)
- 89,9 % n'allaient déjà plus à l'école quand elles ont appris qu'elles étaient enceintes (*30,3 % de l'ensemble*)
- 64,9 % ont une mère qui a eu son 1^{er} enfant avant 21 ans (*47,6 % de l'ensemble*)
- 56,8 % vivent en couple (*ensemble: 52,6 %*)
- 84,3 % étaient heureuses à l'annonce de grossesse (*ensemble : 64,5 %*)
- 92,2 % bien entourées pendant leur grossesse (*ensemble : 79,2 %*)
- 11,5% des pères avaient entre 15 et 19 ans à la naissance (*10,6 % de l'ensemble*) et 22,6 % étaient âgés de plus de 30 ans (*12,5 % de l'ensemble*)
- 52,4 % vivent au moment de l'enquête avec le père (*ensemble : 39,9 %*) et 14,5 % n'ont jamais vécu avec le père de l'enfant (*ensemble : 13,7 %*)
- 18,9 % de déclaration au 3^e trimestre de grossesse (*ensemble : 17,7 %*)
- 37,0 % sans un suivi de grossesse à domicile (SF, puéricultrice) (*ensemble : 29,7 %*)
- 37,1 % ont fumé pendant grossesse (*ensemble : 30,2 %*)
- 31,4 % sortent sans contraception de maternité (*ensemble : 27,6 %*)
- 28,9 % d'allaitement maternel (*ensemble : 36,1 %*)
- 53,9 % sortent de maternité pour vivre dans un logement personnel avec le père de l'enfant (*ensemble : 53,5 %*)
- 46,3 % ont moins de 1 000 € par mois (*ensemble : 42,1 %*)
- 44,0 % n'avaient aucune activité avant d'être enceinte (*10,5 % pour l'ensemble*) et 43,6 % n'ont rien repris (*40,8 % pour l'ensemble*)
- 24,0 % ont manqué d'une aide ménagère à domicile pendant la grossesse (*ensemble : 16,8 %*)
- 59,1 % ont manqué d'une aide financière pendant la grossesse (*ensemble : 55,8 %*)

3 - Les adolescentes mères par « accident », isolées et sans ressources : 11,4 % de l'ensemble de l'échantillon

- 28,9 % sont allocataires de la Caf du Gard et 24,0 % de Montpellier (*ensemble respectivement : 26,3 % et 23,5 % mais différence non significative*)
- 39,2 % de mères mineures (*ensemble 9,4 %*)
- 40,5 % de mères du 3^e groupe (enfant né en 2007-2008) (*ensemble : 38,9 %*) et 33,9 % du 2^e groupe (enfant né en 2004-2005) (*ensemble : 31,8 %*)
- 56,2 % ont eu un seul enfant (*ensemble : 47,5 %*)
- 42,0 % ont un niveau Bac et plus dont 21,8 % supérieur au bac (*ensemble respectivement : 27,1 % et 7,5 %*)
- 86,8 % étaient élève ou étudiante à l'annonce de grossesse (*ensemble : 30,8 %*)
- 65,3 % sont isolées (*ensemble : 47,4 %*)
- 62,2 % auraient souhaité que cette grossesse arrive plus tard et 10,1 % ne pas être enceinte (*ensemble : 28,5 et 7,0 %*)
- 40,4 % des pères âgés entre 15 et 19 ans à la naissance (*10,6 % pour l'ensemble*)
- 85,2 % bien entourées pendant leur grossesse (*ensemble : 79,2 %*)
- 45,5 % n'ont jamais vécu avec le père de l'enfant (*ensemble : 13,7 %*)
- 65,5 % ont une mère qui n'est pas concernée par une 1^{ère} grossesse précoce (*ensemble 52,4 %*)
- 54,7 % de déclaration tardive de grossesse (*ensemble : 30,2 %*)
- 50,0 % n'ont pas eu un suivi de grossesse à domicile (SF, puéricultrice) (*ensemble : 29,7 %*)
- 88,3 % n'ont pas fumé pendant grossesse (*ensemble : 69,8 %*)
- 30,8 % victimes de violence (*ensemble : 29,4 %*)
- 85,7 % sortent avec une contraception de maternité (*ensemble : 72,4 %*)
- 9,2 % sortent de maternité pour vivre dans un logement personnel avec le père de l'enfant (*ensemble : 53,5 %*)
- 57,9 % ont moins de 1 000 € par mois (*ensemble : 42,1 %*) et 18,2 % moins de 500 € (*ensemble 11,5 %*)
- 44,4 % ont repris immédiatement une activité (*ensemble : 21,8 %*)
- 30,0 % ont manqué d'un soutien psychologique pendant la grossesse (*ensemble : 21,3 %*)
- 40,0 % ont manqué d'un soutien pour la poursuite de leur scolarité pendant la grossesse (*ensemble : 18,6 %*)
- Paradoxalement c'est le groupe qui déclare le moins d'avoir manqué d'aide financière : 45,0 % (*ensemble : 55,8 %*).

4 - Les jeunes actives bien entourées : 15,2 % de l'ensemble de l'échantillon

- 29,6 % sont allocataires de la Caf du Gard, 29,0 % de Montpellier et 15,4 % de Béziers (*ensemble respectivement : 26,3 %, 23,5 % et 13,9 % mais différence non significative*)
- Toutes ces mères sont majeures à la naissance de leur enfant (*ensemble 90,6 %*)
- 52,8 % de mères du 3^e groupe (enfant né en 2007-2008) (*ensemble : 38,9 %*) et 38,7 % du 2^e groupe (enfant né en 2004-2005) (*ensemble : 31,8 %*)
- 52,1 % ont eu un seul enfant (*ensemble : 47,5 %*) et 41,1 % ont eu 2 enfants (*ensemble : 35,9 %*)
- 66,7 % ont un niveau V de qualification (*ensemble : 41,7 %*)
- 69,8 % travaillaient à l'annonce de grossesse (*ensemble : 23,8 %*)
- 78,5 % vivent en couple (*ensemble : 52,6 %*)
- 84,0 % étaient heureuses que cette grossesse arrive à ce moment là (*ensemble : 64,5 %*)
- 58,8 % des pères âgés entre 20 et 24 ans à la naissance (*51,2 % pour l'ensemble*) et 28,8 % entre 25 et 29 ans (*25,7 % pour l'ensemble*)
- 95,7 % bien entourées pendant leur grossesse (*ensemble : 79,2 %*)
- 71,6 % vivent au moment de l'enquête avec le père de l'enfant (*ensemble : 39,9 %*)
- 54,2 % ont une mère qui n'est pas concernée par une 1^{ère} grossesse précoce (*ensemble : 52,4 %*)
- 85,2 % de déclaration de grossesse au 1^{er} trimestre (*ensemble : 69,7 %*)
- 97,5 % de suivi de grossesse avec une consultation par mois (*ensemble : 86,8 %*)
- 74,8 % ont eu un suivi de grossesse à domicile (SF, puéricultrice) (*ensemble : 70,3 %*)
- 32,1 % ont fumé pendant grossesse (*ensemble : 30,2 %*)
- 8,8 % victimes de violence (*ensemble : 29,4 %*)
- 83,0 % sortent avec une contraception de maternité (*ensemble : 72,4 %*)
- 72,2 % sortent de maternité pour vivre dans un logement personnel avec le père de l'enfant (*ensemble : 53,5 %*)
- 34,4 % ont entre 500 et 1 000 € par mois (*ensemble : 30,6 %*) et 44,8 % plus de 1 500 € (*ensemble 13,5 %*)
- 32,1 % ont repris immédiatement une activité (*ensemble : 21,8 %*) et pour 32,1 % la reprise est différée (*ensemble : 26,9 %*)
- 23,7 % ont manqué d'une aide ménagère pendant la grossesse (*ensemble : 16,8 %*)
- 62,7 % ont manqué d'une aide financière pendant la grossesse (*ensemble : 55,8 %*)

5 - Les plus diplômées en couple : 20,0 % de l'échantillon

- 19,2 % sont allocataires de la Caf de l'Aude, 4,7 % de Lozère et 22,4 % des Pyrénées-Orientales (*ensemble respectivement : 14,6 %, 1,3 % et 20,5 % mais différence non significative*)
- 96,6 % sont majeures à la naissance de leur enfant (*ensemble : 90,6 %*)
- 36,9 % de mères du 1^{er} groupe (enfant né en 1995-1996) (*ensemble : 38,9 %*)
- 60,3 % ont eu plus d'un enfant (*ensemble : 52,5 %*) 40,4 % ont un niveau Bac et 20,2 % un niveau supérieur au bac (*ensemble 19,6 % et 7,5 %*)
- 54,5 % étaient élève ou étudiante à l'annonce de grossesse (*ensemble : 30,8 %*)
- 86,9 % vivent en couple (*ensemble : 52,6 %*)
- 69,0 % étaient heureuses que cette grossesse arrive à ce moment-là et 28,2 % auraient souhaité qu'elle arrive plus tard (*ensemble : 64,5 % et 28,5 %*)
- 55,9 % des pères âgés entre 20 et 24 ans à la naissance (*51,2 % pour l'ensemble*) et 28,4 % entre 25 et 29 ans (*25,7 % pour l'ensemble*)
- 83,5 % ont été bien entourées pendant leur grossesse (*ensemble : 79,2 %*)
- 72,4 % vivent au moment de l'enquête avec le père de l'enfant (*ensemble : 39,9 %*)
- 60,1 % ont une mère qui n'est pas concernée par une 1^{ère} grossesse précoce (*ensemble : 52,4 %*)
- 77,5 % de déclaration de grossesse au 1^{er} trimestre (*ensemble : 69,7 %*)
- 88,3 % de suivi de grossesse avec une consultation par mois (*ensemble : 86,8 %*)
- 81,2 % ont eu un suivi de grossesse à domicile (SF, puéricultrice) (*ensemble : 70,3 %*)
- 16,0 % ont fumé pendant grossesse (*ensemble : 30,2 %*)
- 48,4 % allaitent (*36,1 % : ensemble*)
- 12,7 % victimes de violence (*ensemble : 29,4 %*)
- 71,6 % sortent avec une contraception de maternité (*ensemble : 72,4 %*)
- 89,2 % sortent de maternité pour vivre dans un logement personnel avec le père de l'enfant (*ensemble : 53,5 %*)
- 43,2 % ont entre 1 000 € et 1 500 € par mois (*ensemble : 17,8 %*) et 16,9 % plus de 1 500 € (*ensemble : 13,5 %*)
- 37,9 % ont repris immédiatement une activité (*ensemble : 21,8 %*) et pour 31,1 % la reprise est différée (*ensemble : 26,9 %*)
- 19,2 % ont manqué d'une aide ménagère pendant la grossesse (*ensemble : 16,8 %*)
- 26,7 % ont manqué d'un soutien pour la poursuite de leur scolarité pendant la grossesse (*ensemble : 18,6 %*)

10.2 Questionnaire allocataires Caf



Objet : enquête sur les maternités survenues avant l'âge maternel de 21 ans

Madame,

Afin de mieux connaître **l'impact d'une maternité précoce sur le parcours de formation et d'insertion professionnelle de la mère**, la caisse d'allocations familiales, en partenariat avec la plate forme d'observation sanitaire et sociale du Languedoc-Roussillon participe à la réalisation d'une enquête régionale sur ce sujet. Cette étude doit permettre d'identifier les aides apportées aux jeunes mères (institutionnelles, familiales, ...) mais aussi leurs besoins, afin d'améliorer l'accompagnement social de ces jeunes mamans.

Dans cette perspective, vous recevez un questionnaire chez vous, vous demandant des renseignements sur les conditions de votre grossesse, l'arrivée de votre enfant et vos conditions de vie à cette période. Les informations recueillies lors de cette enquête feront l'objet d'une exploitation informatique à des fins statistiques anonymes. C'est l'Observatoire régional de la santé, organisme indépendant, qui est chargé de recevoir et d'analyser les questionnaires. Vous êtes libre de ne pas retourner ce questionnaire pour ne pas participer à cette enquête. Votre refus n'aura évidemment aucune conséquence.

Si vous acceptez de participer à l'enquête, et après avoir rempli le questionnaire, vous le glissez dans l'enveloppe T adressée à l'ORS et déjà affranchie.
Le questionnaire est à renvoyer **au plus tard le 31 mars 2010**.

Nous vous remercions par avance de votre coopération et vous prions, Madame, de recevoir nos cordiales salutations.

Le directeur de la CAF de Montpellier
Jean-Pierre Péquignot

Le Président de la POSS-LR
Directeur Régional de l'Insee-LR
Henri Théron

Si vous avez envie de vous exprimer plus librement et si les questions qui suivent ne vous ont pas permis de le faire, cet espace est réservé à votre avis, votre ressenti général sur le sujet, sur votre expérience

Enquête régionale : les maternités avant 21 ans

Comment remplir le questionnaire

Pour chaque question, il vous suffit de cocher les réponses avec lesquelles vous êtes le plus d'accord de la façon suivante : X

Vos réponses sont confidentielles et anonymes.

CAF |4|

■ SITUATION DE LA MÈRE : au moment de l'enquête (en 2010) ■ *Pour mieux vous connaître, nous allons commencer par nous intéresser à votre situation personnelle, familiale et professionnelle aujourd'hui.*

1. Quelle est votre date de naissance (mois/année) : |_|_| - |_|_|_|_|
2. Quel est votre niveau d'études ?

Sans qualification.....	<input type="checkbox"/> 0
CAP-BEP.....	<input type="checkbox"/> 1
BAC.....	<input type="checkbox"/> 2
Supérieur au BAC.....	<input type="checkbox"/> 3
3. Habitez-vous une commune : Plutôt urbaine 1 Plutôt rurale 2
4. Quelle est votre nationalité :

Française de naissance.....	<input type="checkbox"/> 1
Française par acquisition (naturalisation, mariage, déclaration ou option à la majorité).....	<input type="checkbox"/> 2
Étrangère d'un autre pays d'Europe.....	<input type="checkbox"/> 3
Étrangère d'un pays d'Afrique du Nord (Maroc, Algérie, Tunisie).....	<input type="checkbox"/> 4
Étrangère d'un pays d'Afrique.....	<input type="checkbox"/> 5
Autre nationalité.....	<input type="checkbox"/> 6
5. Dans quel pays êtes-vous née ? _____
6. Si vous êtes née à l'étranger, en quelle année êtes-vous arrivée en France ? |_|_|_|_|
7. Quel est votre rang dans votre famille ? (exemple : 01 /03 pour aînée d'une famille de 3 enfants) |_|_|/|_|_|
8. À quel âge votre mère a eu son premier enfant : |_|_| ans
9. Quelle est la profession de vos parents (ou la dernière qu'ils ont exercée) ?
Mère _____ Père _____
10. Actuellement, vivez-vous en couple ? Oui 1 Non 0
11. Etes-vous : mariée, pacsée, vie en couple 1 séparée 2 divorcée 3 célibataire 4
12. Combien d'enfants avez-vous eu ? |_|_|
13. Année de naissance de vos enfants : |_|_|_| | |_|_|_| | |_|_|_| | |_|_|_| | |_|_|_| | |_|_|_|
14. Vivent-ils tous avec vous ? Oui 1 Non 0
Si non, combien vivent avec vous la plupart du temps ? |_|_|_|
15. Actuellement, êtes-vous :

En activité professionnelle (salarisée ou à votre compte).....	<input type="checkbox"/> 1
À la recherche d'un emploi.....	<input type="checkbox"/> 2
En formation.....	<input type="checkbox"/> 3
Femme au foyer.....	<input type="checkbox"/> 4
En congé parental.....	<input type="checkbox"/> 5
En congé maternité.....	<input type="checkbox"/> 6
En invalidité.....	<input type="checkbox"/> 7
16. Quelle est votre profession actuelle ou la dernière que vous avez exercée ? _____

■ SITUATION DE LA MÈRE : au moment de la grossesse étudiée ■ *Nous allons à présent nous intéresser à votre grossesse qui s'est déroulée alors que vous étiez âgée de moins de 21 ans (si vous avez eu plusieurs enfants avant d'avoir 21 ans, donnez-nous les renseignements sur la 1^{ère} de ces grossesses survenues avant vos 21 ans).*

17. À quelle date est né votre enfant ? |__| - |__| - |__| |__| |__|

18. Lorsque vous avez su que vous étiez enceinte (une seule réponse) :

Vous étiez heureuse que cette grossesse arrive à ce moment-là 1
 Vous auriez aimé qu'elle arrive plus tôt 2
 Vous auriez aimé qu'elle arrive plus tard 3
 Vous auriez préféré ne pas être enceinte 4

19. Sur le plan psychologique, comment vous sentiez-vous pendant votre grossesse ?

Très bien 1
 Bien 2
 Mal 3 (expliquer) _____
 Très mal 4 (expliquer) _____

20. Pendant votre grossesse, estimez-vous avoir été :

Très bien entourée 1
 Bien entourée 2
 Peu entourée 3
 Pas du tout entourée 4

21. Quel âge avait le père de l'enfant au moment de la naissance ? |__| |__| ans

22. a. Viviez-vous avec le père de l'enfant à l'annonce de la grossesse ? Oui 1 Non 0
 b. Étiez-vous ? mariés 1 séparés 2 autre situation (expliquez) 3 _____

23. Le père de votre enfant l'a-t-il reconnu à la naissance ? Oui 1 Non 0

24. Lorsque le père de votre enfant a su que vous étiez enceinte (une seule réponse):

Il était heureux que cette grossesse arrive à ce moment-là 1
 Il aurait aimé qu'elle arrive plus tôt 2
 Il aurait aimé qu'elle arrive plus tard 3
 Il aurait préféré que vous ne soyez pas enceinte 4
 Vous n'avez pas su ce qu'il a ressenti 5
 Il n'a pas su que vous attendiez un enfant 6

25. Aujourd'hui, vivez-vous ensemble ? Oui 1 Non 0 Nous n'avons jamais vécu ensemble 2

26. Pendant cette grossesse, où habitiez-vous la plupart du temps (une seule réponse)?

Dans un logement personnel avec le père de l'enfant 1
 Dans un logement personnel seule 2
 Chez vos parents 3
 Chez les parents de votre compagnon 4
 Dans la famille ou chez des amis 5
 En foyer maternel 6
 Dans la rue ou en squat 7
 Autre (préciser) 8

27. Que diriez-vous de la réaction de votre mère à l'annonce de votre grossesse ?

Votre mère était heureuse que cette grossesse arrive à ce moment-là 1
 Votre mère aurait aimé qu'elle arrive plus tôt 2
 Votre mère aurait aimé qu'elle arrive plus tard 3
 Votre mère aurait préféré que vous ne soyez pas enceinte 4
 Vous n'avez pas su ce qu'elle en pensait 5

28. Que diriez-vous de la réaction de votre père à l'annonce de votre grossesse ?

Votre père était heureux que cette grossesse arrive à ce moment-là 1
 Votre père aurait aimé qu'elle arrive plus tôt 2
 Votre père aurait aimé qu'elle arrive plus tard 3
 Votre père aurait préféré que vous ne soyez pas enceinte 4
 Vous n'avez pas su ce qu'il en pensait 5

29. Lorsque vous avez appris que vous étiez enceinte :

Vous n'alliez déjà plus à l'école 1
 Vous étiez élève ou étudiante (y compris stage de formation) 2
 Vous étiez en apprentissage (contrat de qualif. en alternance) 3
 Vous travailliez 4
 Vous étiez au chômage 5
 Vous étiez femme au foyer 6
 Vous étiez dans une autre situation (préciser) 7

- 30. Si vous étiez à l'école, à l'université ou en formation au début de cette grossesse :**
a. Préciser en quelle classe ou quelle année d'étude vous étiez : _____
b. À quel mois de grossesse avez-vous interrompu votre scolarité sans la reprendre jusqu'à l'accouchement ?

- 31. Si vous aviez un emploi au début de cette grossesse, quel contrat de travail aviez-vous ? :**

CDI 1
 CDD (y compris contrat de qualif. en alternance)..... 2
 Travailleur indépendant..... 3
 Apprentie, stagiaire..... 4
 Autre (préciser) 5

- a.** À la fin de votre grossesse, aviez-vous toujours un emploi : Oui 1 Non 0

- b.** À quel mois de grossesse avez-vous interrompu votre travail sans le reprendre jusqu'à l'accouchement ?

- 32. Au moment de la grossesse, quelle était la situation professionnelle du père de l'enfant ?**

Il n'allait plus à l'école 1
 Il était élève ou étudiant (y compris stage de formation) .. 2
 Il travaillait 3
 Il était au chômage 4
 Il était dans une autre situation (préciser) 5
 Je ne sais pas..... 6

- 33. Si le père de l'enfant était en emploi ou au chômage, quelle était sa profession? Je ne l'ai jamais su 0**
 Sa profession (préciser) : _____

- 34. Pendant votre grossesse, quelles étaient vos sources de revenus pour vous (si seule) ou pour le couple (si vie maritale) ? (plusieurs réponses possibles)**

Salaire ou autre revenu provenant d'une activité professionnelle
 Allocation chômage
 Allocations (familiales, logement)
 Allocation de l'aide sociale à l'enfance
 Aide des parents
 Autres ressources (et allocation handicap)

- 35. Pendant votre grossesse, quelle somme d'argent aviez-vous par mois pour vivre (seule ou en couple) ?**
 _____ €

- 36. Au début de votre grossesse, aviez-vous une couverture maladie ?**

Oui avec mutuelle complémentaire..... 1
 Oui sans mutuelle complémentaire..... 2
 Non 3
 Je ne m'en souviens plus 4

- 37. Pendant votre grossesse, avez-vous dû renoncer à des consultations, des examens médicaux ou des soins dentaires pour des raisons financières ?** Oui 1 Non 0

■ SUIVI DE LA GROSSESSE ■

- 38. Quand avez-vous déclaré votre grossesse à la CAF ?**

Au 1^{er} trimestre de grossesse..... 1
 Au 2^e trimestre de grossesse 2
 Au 3^e trimestre de grossesse 3
 Je ne l'ai pas déclarée..... 4
 Je ne m'en souviens pas 5

- 39. Pour l'ensemble de votre grossesse, vous êtes-vous fait suivre :**

Essentiellement par une équipe de professionnels libéraux 1
 Essentiellement par une équipe de professionnels à l'hôpital 2
 Essentiellement par une équipe de professionnels de PMI... 3
 Par plusieurs de ces professionnels..... 4

- 40. Étiez-vous satisfaite de ce suivi ?** Oui 1 Non 0
 Si non, expliquer _____

- 41. Avez-vous changé d'équipe en cours de grossesse ?** Oui 1 Non 0

42. Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance pendant cette grossesse ? Oui 1 Non 0
 Si oui - préparation individuelle 1 - préparation en groupe 2
 - combien de séances :

43. Cette préparation à la naissance vous a-t-elle aidée ? Oui 1 Non 0

44. Avez-vous pu préparer matériellement l'arrivée de votre enfant (achat de layette, préparation de la chambre, matériel de puériculture, ...)? Oui 1 Non 0 **Si non, expliquer pourquoi** _____

45. Combien de consultations avez-vous eu après la déclaration de grossesse, pour le suivi de celle-ci ?
 Moins d'une consultation par mois en moyenne..... 0
 Une consultation par mois en moyenne..... 1
 Plus d'une consultation par mois en moyenne..... 2

46. Avez-vous consulté d'autres professionnels pendant cette grossesse (comme par ex. : psychologue, assistante sociale, travailleuse familiale, ...)
 Non, aucun..... 0
 Oui, préciser le(s)quel(s)..... 1 _____

47. Avez-vous eu des visites à domicile par une sage-femme ou une assistante sociale? (y compris hospitalisation à domicile) (plusieurs réponses possibles)
 Non
 Oui par une sage-femme de la PMI
 Oui par une sage-femme libérale.....
 Oui par une assistante sociale.....

48. Avez-vous été aidée par une aide à domicile (une travailleuse familiale) ?
 Oui 1 Non 0

49. Quel type d'aide vous a manqué pendant votre grossesse ? (plusieurs réponses possibles)
 Soutien psychologique.....
 Aide ménagère à domicile
 Aide financière.....
 Soutien pour poursuivre votre scolarité.....
 Soutien familial
 Autre (préciser)..... _____

50. Pouvez-vous compléter le tableau suivant sur vos habitudes de consommation de tabac, alcool, médicaments, cannabis et autres drogues ?

Consommez-vous ? (cochez si c'est votre cas)	Non concerné	Avant la grossesse	Pendant la grossesse	Après la grossesse	Avez-vous reçu de l'aide pour arrêter, à l'occasion de votre grossesse ? Si oui, préciser de qui ?
Du tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 0 _____
De l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 0 _____
Des médicaments (tranquillisants, anxiolytiques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 0 _____
Du cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 0 _____
D'autres drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 0 _____

51. Avant votre grossesse ou pendant celle-ci, avez-vous personnellement été confrontée à une violence ?
 Non 0 (si non passer à la question 57) Oui 1

Si oui (plusieurs réponses possibles) :
 Physique (agressions physiques, coups, excision, ...)
 Morale (insultes et menaces verbales, chantage affectif, harcèlement, ...)
 Sexuelle (attouchements sexuels, viols, autres pratiques sexuelles imposées, etc ...)
 Mariage forcé

52. À quel moment de votre vie (plusieurs réponses possibles) ?
 Dans l'enfance
 À l'adolescence
 À l'âge adulte

53. Dans quel cadre cette violence a eu lieu (plusieurs réponses possibles) ?

- Famille
Entourage
Couple
Au travail
Dans un autre cadre (préciser)

54. Avez-vous pu en parler à un professionnel à l'occasion de cette grossesse ? Non 0 Oui 1

Si oui, à qui ? _____

55. Avez-vous été aidée pour cela ? Non 0 Oui 1

56. Avez-vous porté plainte ? Non 0 Oui 1

■ L'ACCOUCHEMENT ■ Nous allons maintenant vous poser des questions sur votre accouchement.

57. Diriez-vous que votre accouchement s'est :

- Très bien passé 1
Bien passé 2
Mal passé 3 (expliquer) _____
Très mal passé 4 (expliquer) _____

58. Diriez-vous que la douleur au moment de l'accouchement a été bien prise en charge ?

- Non 0 Oui 1

59. Sur le plan psychologique, comment vous sentiez-vous à la naissance de votre enfant ?

- Très bien 1
Bien 2
Mal 3 (expliquer) _____
Très mal 4 (expliquer) _____

60. Votre enfant était : Un garçon 1 Une fille 2

61. Quel était son poids à la naissance (en grammes) :

62. Quelle était sa taille à la naissance (en cm) :

63. Etait-il prématuré ? Non 0 Oui 1

Si oui, né à combien de semaines :

64. Avez-vous été séparée de votre enfant à la naissance ?

- Non 0
Oui, pourquoi :
Enfant hospitalisé 1
Mère hospitalisée dans un autre service que la maternité 2
Enfant accueilli dans un foyer de l'ASE 3
Autre raison de séparation (préciser) 4

Si oui, combien de temps avez-vous été séparée de votre enfant (préciser en jours ou semaines ou mois):

65. Comment votre enfant a-t-il été nourri ?

- Au sein exclusivement 1 Combien de temps : _____
Au lait artificiel uniquement 2
En allaitement mixte (sein et lait artificiel) 3 Combien de temps : _____

66. Avez-vous été suffisamment soutenue pour l'allaitement ?

- À la maternité oui 1 non 0
À la maison oui 1 non 0

67. Combien de jours êtes-vous restée en maternité : jours

68. Avez-vous eu un entretien avant la sortie de la maternité avec un psychologue ? Non 0 Oui 1

69. Avez-vous eu un entretien avant la sortie de la maternité avec un(e) assistant(e) social(e) ? Non 0 Oui 1

70. Lors de l'examen de sortie, vous a-t-on prescrit une contraception ? Non 0 Oui 1

71. Avez-vous eu un rendez vous programmé pour une visite post natale ? Non 0 Oui 1
Si oui, pour vous 1 pour votre enfant 2 pour les deux 3

■ LE RETOUR A DOMICILE ■ *Nous allons maintenant vous poser des questions sur votre retour au domicile.*

- 72. À la sortie de maternité, où êtes-vous allée vivre :**
- Dans un logement personnel avec le père de l'enfant. 1
 - Dans un logement personnel seule 2
 - Chez vos parents 3
 - Chez les parents de votre compagnon 4
 - Dans la famille ou chez des amis 5
 - En foyer maternel 6
 - Sans domicile fixe 7
 - Autre (préciser) 8

73. Pouvez-vous compléter le tableau suivant sur les aides à domicile que vous avez pu avoir au retour au domicile ?

Aviez-vous eu la visite ? (cochez si c'est votre cas)	Combien de fois ?	Pour quelle aide ?	Cette aide vous a-t-elle paru suffisante ? Si non, préciser pourquoi ?
D'une sage femme <input type="checkbox"/>	_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 0 _____
D'une puéricultrice <input type="checkbox"/>	_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 0 _____
D'une assistante sociale <input type="checkbox"/>	_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 0 _____
D'une aide ménagère <input type="checkbox"/>	_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 0 _____
D'un autre professionnel (à préciser) : <input type="checkbox"/>	_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 0 _____
J'ignorais l'existence de ces aides <input type="checkbox"/>			

74. Compte-tenu de votre âge à l'arrivée de votre enfant, pensez-vous qu'une aide supplémentaire vous aurait été utile au retour à domicile ? Non 0 Oui 1

Si oui, à quel type d'aide pensez-vous ? _____

Si oui, pendant combien de temps ? _____

75. Avez-vous pu disposer d'un service pour garder votre enfant (assistante maternelle, halte garderie, crèche ...) si vous en aviez besoin ? Non 0 Oui 1

76. Avez-vous participé vous et le père, avec votre enfant, à un accueil collectif parents-enfant de type accueil-jeux, ludothèque, maison verte, ... ?

Non 0 Oui 1 J'ignorais que cela existe 2

77. Y avait-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide (matérielle, psychologique, ...) ? Non 0 Oui 1

a. Si oui, qui (préciser) _____

b. Préciser quelle(s) aide(s) _____

78. Avez-vous eu des ressources financières suffisantes pour élever votre enfant ? Non 0 Oui 1

79. Quel est le soutien qui vous a manqué et qui vous aurait été nécessaire pour vous aider dans l'éducation de votre enfant ? _____

80. En dehors de vous, qui pouvait s'occuper de votre enfant ? (plusieurs réponses possibles)

- Le père
- Vos parents
- Une autre personne de votre propre famille
- Une personne de la famille du père de l'enfant
- Une assistante maternelle
- Une crèche, halte garderie
- Autre (préciser)

81. Avez-vous fait une dépression du *post-partum* ? Non 0 Oui 1 Je ne sais pas ce que c'est 2

82. Dans la liste de points positifs, pouvez-vous indiquer les trois éléments les plus favorables que vous avez ressentis après votre accouchement :

- joie d'être mère
- complicité avec mon enfant
- soutien du père de l'enfant
- soutien de ma famille
- vie indépendante
- être reconnue comme mère
- droit à des allocations pour vivre
- construction d'une famille
- fierté de donner la vie
- arrêter l'école
- être indispensable à mon enfant
- solidarité de mon entourage (amis, voisins)
- fin de l'insécurité
- solution à mes problèmes
- entrée dans la vie adulte
- stabilité affective dans mon couple

83. Dans la liste de difficultés potentielles, pouvez-vous indiquer les trois difficultés que vous avez le plus ressenties après votre accouchement :

- isolement social
- découragement
- problème financier
- absence de logement individuel
- allaitement difficile
- soins de mon enfant (hygiène, nourriture, sommeil)
- manque de confiance en soi
- immense fatigue
- problème relationnel avec le père de l'enfant
- compréhension difficile de mon enfant (pleurs, troubles du sommeil)
- décalage avec les autres filles de mon âge
- relations difficiles avec mes parents
- absence de temps libre et de loisirs
- absence de garde pour mon enfant
- regret de quitter l'école
- regret de quitter mon emploi

■ INSERTION PROFESSIONNELLE ■ *Pour finir, nous allons maintenant vous poser des questions sur la reprise ou non de votre formation ou de votre vie professionnelle après votre congé maternité.*

84. Après votre congé maternité, avez-vous repris l'activité que vous aviez avant votre grossesse ?

a. Pour les élèves et étudiants avant la grossesse, avez-vous repris une scolarité, des études ou une formation ?

- Non, jamais 0
- Oui, peu de temps après l'accouchement 1
- Oui, mais plus tard 2

b. Pour les femmes en emploi ou à la recherche d'un emploi avant la grossesse :

- Je n'ai pas repris le travail 0
- J'ai repris le travail après l'accouchement 1
- J'ai pris un congé parental et fait le projet de reprendre le travail ou chercher un emploi plus tard 2

85. Quel âge avait votre enfant quand vous avez repris votre scolarité ou votre emploi? [] [] []
(préciser mois ou année)
Non repris

86. Lors de la reprise de votre formation ou de votre emploi, quelle personne gardait votre enfant pendant votre absence (plusieurs réponses possibles) ?

- Le père de l'enfant
- Vos parents
- Une autre personne de votre famille
- Une personne de la famille du père de l'enfant
- Une assistante maternelle
- Une crèche, halte garderie
- A l'école
- Autre (préciser)

87. Pour la reprise de votre formation ou de votre emploi après cette première grossesse, de quel type d'aide auriez-vous eu besoin que vous n'avez pas eue (plusieurs réponses possibles) ?

- Solution de garde d'enfant
- Soutien psychologique
- Soutien familial
- Aide financière
- Aide au retour à l'école (remise à niveau, école de la 2^e chance)
- Accompagnement dans la recherche d'emploi
- Autre aide (préciser)

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à cette enquête. Dans quelques mois, les conclusions de cette étude et les pistes d'action qui seront proposées pour améliorer le suivi et la prise en charge des jeunes parents et de leur enfant seront publiées et une information sera accessible sur le site de l'Observatoire Régional de la Santé www.ors-lr.org

10.3 Grille d'entretien PMI



L'ÉTUDE SUR LES MATERNITÉS AVANT 18 ANS

Grille de recueil en PMI [avec consignes]







(Population concernée : femmes ayant accouché en mars, avril et mai 2010 ; inclusion faite par les maternités et vues en visite après la naissance (environ 1 mois après) en avril, mai et juin 2010 (à domicile ou centre médico-social))

- Rubriques qui peuvent être documentées sans la présence de la mère (1, 3, 4, 5, 6, 7, 9)
- Celles renseignées lors de la visite après la naissance (2, 8, 10)

Rubriques	Questions (partie fermée systématique)	Observations libres de la sage-femme ou réaction de la mère
1. Le cadre de l'intervention post natale	<ul style="list-style-type: none"> • Date naissance enfant : ----/----/2010 • Date de la visite : ----/----/2010 • Sage-femme PMI : 11 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> • Demande d'intervention initiale : <ul style="list-style-type: none"> visite systématique <input type="checkbox"/> demande de la maternité publique <input type="checkbox"/> demande du service néonatalogie <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="checkbox"/> demande de la mère <input type="checkbox"/> (préciser motif de la demande)..... <input type="checkbox"/> 	<p><i>Si la mère est connue de la sage-femme par un suivi anté natal par exemple, mais qu'il n'y a pas de possibilité de la rencontrer en post natal (refus, déménagement, visites infructueuses...), les informations concernant la mère mineure et son enfant peuvent faire l'objet d'un recueil partiel à partir du dossier professionnel de la sage-femme ; L'enquête trimestrielle de prévalence permettra de mesurer à minima le nombre de naissances avec mère mineure et les difficultés à les suivre ou non.</i></p> <p><i>Si le contact se fait par le service social ou le centre de planification, la consigne est d'orienter la patiente vers la sage-femme.</i></p>

Rubriques	Questions (partie fermée systématique)	Observations libres de la sage-femme ou réaction de la mère
2. La jeune mère	<p>Date naissance mère : ____/____/____ Née en France : oui <input type="checkbox"/></p> <p>Connaissez-vous le service de PMI ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> non connu <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> service connu par le suivi médical de la grossesse <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> service connu par la préparation à la naissance <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> service connu en accompagnement psycho-social dès l'anténatal <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> service connu au moment du post partum <input type="checkbox"/></p> <p>Où habitez-vous ?</p> <p>Dans un logement personnel, seule <input type="checkbox"/> Dans un logement personnel, en couple <input type="checkbox"/></p> <p>Chez mes parents, seule <input type="checkbox"/> Chez mes parents, en couple <input type="checkbox"/></p> <p>Chez mes beaux-parents, seule <input type="checkbox"/> Chez mes beaux-parents, en couple <input type="checkbox"/></p> <p>Chez mes grands-parents, seule <input type="checkbox"/> Chez mes grands-parents en couple <input type="checkbox"/></p> <p>En centre maternel <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Pouvez-vous me parler de votre scolarité :</p> <p>Jamais scolarisée <input type="checkbox"/> Fin de scolarité à 16 ans <input type="checkbox"/></p> <p>Arrêt avant grossesse <input type="checkbox"/> (préciser niveau scolaire) _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Arrêt pendant grossesse <input type="checkbox"/> Scolarisée jusqu'à la fin de grossesse <input type="checkbox"/></p> <p>Avez-vous un emploi ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Avez-vous le projet de reprise d'études ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Avez-vous un projet professionnel ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>De quels revenus disposez-vous pour vivre ? _____</p>	<p>(1 seule réponse) : la porte d'entrée par rapport au service de PMI</p> <p>La question du logement s'intéresse à leur situation au moment de la rencontre avec la sage-femme</p> <p>Pour ces 2 questions sur le projet, ne pas interroger la mère mais noter si elle aborde spontanément la question lors de l'entretien</p> <p>Permettra de savoir si dans le couple, le père travaille ; si la mère seule perçoit l'API, etc</p> <p>Contexte culturel particulier : il sera noté ici dans l'observation professionnelle si cet élément s'impose dans la compréhension de la situation de la mère et de l'enfant</p>
3. Le contexte de début de grossesse	<p><input checked="" type="checkbox"/> Grossesse désirée <input type="checkbox"/></p> <p>Grossesse acceptée <input type="checkbox"/></p> <p>Demande d'IVG non réalisée ou avec délai dépassé <input type="checkbox"/></p>	
4. Le contexte médical	<p>Déclaration tardive de grossesse <input type="checkbox"/></p> <p>Suivi de grossesse irrégulier <input type="checkbox"/></p> <p>Risque médical enfant _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Risque médical mère : _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Antécédents médicaux (noter toutes pathologies médicales physiques ou psychiques ainsi que conduites addictives) : _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Existence d'un handicap maternel <input type="checkbox"/></p> <p>A bénéficié d'un entretien prénatal précoce <input type="checkbox"/></p> <p>Préparation naissance <input type="checkbox"/></p>	

	<p>Post partum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Séparation mère-enfant (préciser le motif : hospitalisation mère, enfant, retrait enfant, enfant confié à un tiers familial, ...) • Allaitement maternel <ul style="list-style-type: none"> avec soutien <input type="checkbox"/> sans soutien particulier <input type="checkbox"/> • Baby blues <input type="checkbox"/> • Dépression post-partum autre (dont psychose puerpérale) <input type="checkbox"/> 	
<p>5. Le contexte psycho-social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rang de naissance de l'enfant : _____ sur _____ • Nb enfants vivant avec la mère : _____ • Présence du père de l'enfant <input type="checkbox"/> • Père de l'enfant mineur <input type="checkbox"/> • Bon étayage familial, amical, ... de la jeune mère <input type="checkbox"/> • Difficultés repérées : <ul style="list-style-type: none"> - Logement (SDF, squat, camping, hôtel, foyer, insalubrité, ...) - Relations intra familiales (violence, ...) - Relations extra familiales (...) - Autres : • Isolement social de la jeune mère <input type="checkbox"/> • Parcours sous protection de l'enfance : lequel _____ <input type="checkbox"/> • Mère victime de maltraitance et violence <input type="checkbox"/> • Dévalorisation de la mère par l'entourage <input type="checkbox"/> • Dégradation environnement (abandon récent du conjoint, deuil, maladie grave, accident, rupture familiale, ...) <input type="checkbox"/> 	<p>Pour cette rubrique sur les « difficultés » : ne cocher que les situations verbalisées ou qui s'imposent à l'observation</p>
<p>6. La prise en charge existante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sociale <input type="checkbox"/> • Psychologique <input type="checkbox"/> • Médicale <input type="checkbox"/> • Nombre de VAD prénatales effectives : _____ • Nombre de VAD postnatales effectives : _____ 	
<p>7. La demande éventuelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'aide exprimé par la mère/ le couple <input type="checkbox"/> : _____ 	
<p>8. Le ressenti interrogé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • À l'annonce de la grossesse, comment vous sentiez-vous : <ul style="list-style-type: none"> heureuse <input type="checkbox"/> grossesse arrivée trop tôt <input type="checkbox"/> grossesse arrivée trop tard <input type="checkbox"/> souhait de ne pas être enceinte <input type="checkbox"/> • Sur le plan psycho, pendant la grossesse, comment vous sentiez-vous : <ul style="list-style-type: none"> très bien <input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> mal <input type="checkbox"/> très mal <input type="checkbox"/> (expliquer les « très mal ») _____ 	

	<ul style="list-style-type: none"> • L'accouchement s'est : très bien passé <input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> mal <input type="checkbox"/> très mal <input type="checkbox"/> (<i>expliquer les « très mal »</i>) • Sur le plan psycho. à la naissance de l'enfant, comment vous sentiez-vous : très bien <input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> mal <input type="checkbox"/> très mal <input type="checkbox"/> (<i>expliquer les « très mal »</i>) • Sur le plan psycho. au moment de l'entretien, la relation avec votre enfant est : très bien <input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> mal <input type="checkbox"/> très mal <input type="checkbox"/> (<i>expliquer les « très mal »</i>) 	
<p>9. La proposition d'intervention suite à la rencontre avec la sage femme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention proposée au domicile (laquelle) : _____ ✓ Intervention ponctuelle de la puéricultrice PMI <input type="checkbox"/> ✓ Engagement d'un suivi par la puéricultrice PMI <input type="checkbox"/> ✓ Visite conjointe de la puéricultrice et de la sage-femme de PMI <input type="checkbox"/> ✓ Mise en place de l'intervention d'une aide ménagère <input type="checkbox"/> ✓ Mise en place de l'intervention TISF <input type="checkbox"/> ✓ Autre <input type="checkbox"/> • Si refus, quelle raison est invoquée, quelles peurs (retrait enfant, méfiance vis-à-vis de l'institution, ...), représentations identifiées/formulées : _____ • Capacité à décoder les besoins de l'enfant et de s'adapter : (0 = Incapacité 5 = Aisance) 	
<p>10. Observation professionnelle (sur lien précoce, compétences et attachement)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anticipation des besoins de l'enfant :  • Interactions et échanges avec l'enfant :  • Manifestation d'affection envers l'enfant :  • Manifestation d'affection envers l'enfant :  • Soins et prise en charge adaptés : repas, toilette, habillage, sommeil ... :  • Capacités à mettre en place les conseils :  	

10.4 Liste des entretiens semi-directifs menés à Montpellier et dans les Pyrénées-Orientales

- **Perrine Barone**, sage-femme PMI, Conseil général Pyrénées-Orientales
- **Sophie Bertaud**, directrice du centre maternel le Rivage, Perpignan
- **Sylvie Bouissac**, gynécologue, centre planification familiale PMI, Conseil général Pyrénées-Orientales
- **Chantal Casimir**, responsable des interventions sociales, Caf de Perpignan
- **Audrey Chabert**, surveillante suites de couches, maternité Arnaud de Villeneuve, Montpellier
- **Mme Chamvoux**, directrice de l'Abri languedocien, Montpellier
- **Aline Chateaneuf**, sage-femme PMI, responsable de la coopération transfrontalière, Puigcerdà/Cerdagne/Capcir
- **Charline Colin**, responsable Parcours Maternité Perpignan et de l'agence Moulin à vent, CPAM 66
- **Aurore Coru**, coordinatrice-animatrice du lieu d'accueil parent-enfant, Couleur famille, Prades
- **Virginie Del Signore**, infirmière scolaire, collège Saint Laurent de la Salanque
- **Brigitte Duchêne**, assistante sociale pôle naissance, maternité Arnaud de Villeneuve, Montpellier
- **Marie-Christine Etienne**, cadre socio-éducatif, CHU Montpellier
- **Aline Faucherre**, psychologue, CIDFF, Montpellier
- **Jean-Claude Godard**, directeur ER2^eC, Céméa, Perpignan
- **Said Hallou**, éducateur spécialisé, chargé d'insertion, Abri languedocien, Montpellier
- **Marie Perrin-Lacour**, conseillère technique en travail social, DRJSCS, Montpellier
- **Dr Monique Laurent-Vauclare**, médecin PMI, agence Portes de la Mer
- **Josiane Moualek**, coordinatrice des centres de planning familial, MFPF 34, Montpellier
- **Aline Pézé**, coordinatrice du Reaap, Conseil général des Pyrénées-Orientales, Perpignan
- **Michèle Plusch**, assistante sociale pôle naissance, maternité Arnaud de Villeneuve, Montpellier
- **Aurélié Robic**, coordonnatrice de la Commission départementale de l'accueil des jeunes enfants, Conseil général Pyrénées-Orientales
- **Véronique Roseau**, responsable des interventions sociales, Caf de Montpellier
- **Carole Le Saout**, éducatrice jeune enfant, action PMI d'accueil pour enfants, Conseil général Pyrénées-Orientales, Maison sociale Perpignan sud
- **Mireille Selvy**, sage-femme coordonnatrice, Montpellier
- **Delphine Temey**, surveillante suites de couches, clinique Clémentville, Montpellier
- **David Voinson**, directeur ER2^eC du Millénaire, Montpellier