

Les maternités avant 21 ans en Languedoc-Roussillon :

quel impact social et professionnel pour les jeunes mères ?



Mai 2011

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.

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 régional. Cette problématique y est identifiée comme facteur aggravant de fragilité sociale pour le 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 psychologiques et leurs facteurs explicatifs. 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 approche.

L'étude :

✓ Son 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.

✓ La population cible

La limite d'âge retenue par le groupe de travail pour qualifier une maternité précoce est 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. Dans l'ensemble de ce document, les mères de moins de 21 ans seront dénommées «jeunes mères».

✓ Ses modalités

Outre la réalisation d'une revue statistique régionale à partir des données d'État civil de 2000 à 2008 et des données des CAF, une enquête postale par questionnaire auto administré sans relance a eu lieu au cours du premier trimestre 2010. Elle a été adressée à 3 générations de mères allocataires qui ont eu un enfant précocement (enfant né en 1995 ou 1996 ; enfant né en 2004 ou 2005 ; enfant né en 2007 ou 2008). Le taux de participation à cette enquête est de 14,4 % avec 1 067 réponses intégrées à l'analyse. Une procédure de pondération avec calage sur les marges a été utilisée pour assurer la représentativité de l'échantillon.

Une enquête sur flux pendant un trimestre a également été menée par les services de PMI des cinq conseils généraux de la région auprès des femmes mineures qui venaient de donner naissance à un enfant un mois auparavant. Elle a permis d'être au plus proche des préoccupations des jeunes mères dans l'immédiat de cette grossesse et de cette naissance.

Une consultation des dispositifs institutionnels a été réalisée sur deux territoires test : le Montpellierain et les Pyrénées-Orientales fin 2010 et début 2011 auprès d'une vingtaine de structures et associations engagées dans l'accompagnement sanitaire et social des jeunes mères.

Ce travail a été possible grâce au soutien ou à la participation de :



Les mères de moins de 21 ans

Un phénomène stable dans le temps : environ 1 600 naissances par an

L'analyse des données d'État-civil (source Insee) montre que les maternités avant 21 ans sont un phénomène relativement stable qui représente en moyenne 5,3 % de l'ensemble des naissances domiciliées en Languedoc-Roussillon sur la période 2000-2008 sur un total d'environ 30 000 naissances annuelles. 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 %).

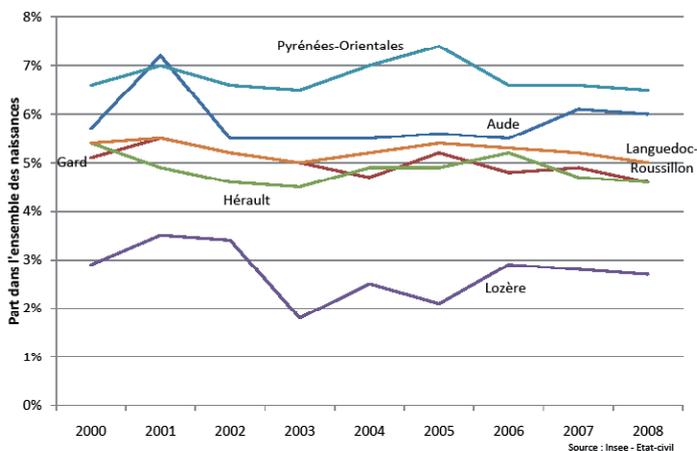
Le rapprochement des données d'État civil avec les données de la Caf montre que 71,9 % des jeunes mères¹ relèvent du régime général de protection sociale.

Les mères mineures représentent 12,2 % des naissances en 2008 parmi les femmes de moins de 21 ans et 0,7 % de l'ensemble des naissances

Les données de l'Insee montrent que les femmes âgées de 20 ans et mères en 2008 sont les plus nombreuses : elles représentent 41,2 % de l'ensemble des jeunes mères 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 représentent 12,2 % des naissances parmi les femmes de moins de 21 ans. 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.

La proportion de mères mineures, toutes générations confondues, est plus élevée dans les villes de plus de 40 000 habitants que dans le reste de la région (en moyenne 14,6 % contre 12,3 %).

Naissances de mères de moins de 21 ans



Plus de sept enfants sur dix nés d'une mère âgée de moins de 21 ans sont reconnus par leur père ; la reconnaissance de l'enfant par le père est en progression au cours du temps

La proportion d'enfants nés hors mariage, comme le montre les données d'État-civil de l'Insee, est significativement plus élevée chez les jeunes mères 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 jeune mère. Dans près de la moitié des cas (44,6 %), les pères des enfants sont âgés entre 21 et 24 ans. Dans moins d'un quart des cas (23,0 %), ils ont entre 25 et 29 ans et 19 % 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 %.

¹ Dans ce résumé, le terme «jeunes mères» recouvre les mères de moins de 21 ans à la naissance de leur enfant.

Toute génération confondue, l'enfant né d'une mère âgée de moins de 21 ans est reconnu par son père dans 73,9 % des cas. Ce taux reste moindre à celui observé chez les mères âgées de plus de 20 ans (93,7 %). Dans le département des Pyrénées-Orientales, le taux de reconnaissance des enfants nés de jeunes mères par leur père est le plus bas avec 63,3 % d'entre eux. L'évolution de la reconnaissance de l'enfant entre 2000 et 2008 montre une augmentation de celle-ci au cours du temps, passant de 69,9 % en 2000 à 78,5 % en 2008.

Près de huit femmes sur dix, mères à moins de 21 ans, vivent en-dessous du seuil de pauvreté

L'analyse des données collectées auprès des caisses d'allocations familiales de la région pour 2008 montre que près de huit femmes mères à moins de 21 ans sur dix (79,1 %) vivent en-dessous du seuil de pauvreté, c'est-à-dire avec un revenu par unité de consommation (Ruc) inférieur à 949 euros par mois. Les jeunes mères sont plus nombreuses dans les tranches de faibles revenus que le reste des mères de la région : près de huit mères précoces sur dix (78,3 %) ont des revenus par unité de consommation de moins de 1 000 euros contre moins d'une allocataire sur deux (45,1 %) tous âges de maternité confondus.

Les femmes mères à moins de 21 ans, toutes générations confondues, perçoivent en 2008 plus souvent des aides des Caf (hors allocation adulte handicapé) que l'ensemble des allocataires :

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

Les données sur les allocataires des Caf montrent également que des différences existent entre les trois générations de jeunes mères. Une meilleure connaissance de l'activité professionnelle est observée pour la génération des jeunes mères les plus âgées (avec un enfant né en 1995-1996) : 40,3 % contre 23,9 % pour la génération de femmes plus jeunes (avec un enfant né en 2007-2008). Parmi celles ayant leur situation professionnelle connue, la génération de mères la plus âgée a plus souvent une activité salariée que les plus jeunes (73,2 % contre 50,8 %). En revanche, la génération des mères plus jeune est plus souvent étudiante (31,1 % contre 0,4 % pour la génération des mères avec un enfant né en 1995-1996).

Dans huit cas sur dix, les jeunes mères indiquent avoir manqué d'aides pendant leur grossesse

Dans le cadre de l'enquête menée auprès des allocataires, quand les jeunes mères sont interrogées sur le type d'aides qui leur a manqué pendant la grossesse, les réponses suivantes sont recueillies :

- 19,6 % ne répondent pas à cette question, indiquant ainsi qu'elles n'ont manqué d'aucune aide ;
- 44,8 % disent avoir manqué d'une aide financière ;
- 19,4 % disent avoir manqué d'un soutien familial ;
- 17,0 % disent avoir manqué d'un soutien psychologique ;
- 14,9 % disent avoir manqué de soutien pour la poursuite de leur scolarité ;
- 13,6 % disent avoir manqué d'une aide ménagère à domicile ;
- 10,7 % 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).

Une typologie des mères précoces

La typologie des jeunes mères a été réalisée en deux étapes :

- Une analyse des correspondances multiples (ACM) qui permet de décrypter les principales composantes liées à la maternité avant 21 ans. Deux axes organisent l'information : la dimension socio affective de la maternité précoce et ses conditions économiques d'une part, et la qualification initiale et de l'insertion professionnelle, d'autre part.
- 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.

1^{er} groupe : 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 également 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 suivi régulier. 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 1 000 € par mois), il faut ajouter une prévalence de la violence dans ce groupe où une femme sur deux déclare en avoir été victime au cours de sa vie.

2^e groupe : 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 pour moitié de mères qui l'ont été dernièrement (enfant né en 2007-2008). 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^e groupe : 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). Elles sont en proportion équivalente dans les trois groupes générationnels. La majorité a eu un unique enfant très jeune. Le niveau de qualification «bac et plus» est bien plus fréquent que dans l'ensemble de la population étudiée. La grossesse a été annoncée alors qu'elles étaient élèves ou étudiantes. 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^e groupe : 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. Grossesses bien suivies 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^e groupe : 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 socio-économique 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.

En résumé, il apparaît que :

- un tiers des maternités précoces ne présente pas de spécificités particulières : ce sont les 4^e et 5^e profils qui se dégagent de l'analyse ;
- 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 sont sans doute ceux sur lesquels doit porter l'attention des professionnels du suivi des grossesses, des jeunes mères et de leur enfant ainsi que ceux en charge de l'insertion sociale et professionnelle.

Recommandations émises par le comité de pilotage de l'étude

Ce travail a mis en évidence le besoin d'informations sur les maternités survenant tôt dans la vie de ces jeunes femmes à destination des professionnels de la naissance, de la formation et de l'insertion. Ainsi, le comité de pilotage a mis en avant la nécessité de communiquer ces résultats auprès des écoles de sages-femmes et des travailleurs sociaux ainsi qu'auprès de l'ordre des médecins et des sages femmes. Cela pourrait notamment prendre la forme d'un retour des résultats de cette enquête lors des formations des sages-femmes salariées et libérales organisées par le réseau « Naître et Grandir en L-R ». 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.

Afin de proposer des recommandations qui soient le plus concrètes possibles, quatre temps du parcours maternité ont été identifiés comme repères des recommandations issues de l'analyse et des consultations des différents acteurs de ce parcours.

► Le temps de l'annonce de la grossesse et sa déclaration

- 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 grossesse.
- 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.
- 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...).

► Le suivi de la grossesse

- 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.
- 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.

► Le séjour en maternité et le suivi à domicile

- 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'efficience 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.

► L'insertion sociale et le soutien à la parentalité

- 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 (missions locales, écoles régionales de la 2^e chance).

Pour en savoir plus :

Le rapport d'étude est téléchargeable sur le site de la Poss-LR (www.poss-lr.net) et sur celui de l'ORS L-R (www.ors-lr.org)
POSS-LR - DRJSCS Languedoc-Roussillon - 3 avenue Charles Flahault 34094 Montpellier
ORS L-R - Parc Euromédecine - 209 rue des Apothicaires 34196 Montpellier cedex 5