

## PROTCOLE

### « ETUDE SUR LES MATERNITES PRECOCES »

JUILLET 2009

1

« Face à une grossesse chez une jeune adolescente, l'entourage- qu'il soit familial, scolaire, institutionnel, etc.- reçoit trois mauvaises nouvelles simultanément à la face : la première, c'est « elle a une vie sexuelle ». La deuxième, c'est : « elle est enceinte ». La troisième et non des moindres, c'est : « ... et si jamais elle l'avait voulu ? ».

Patrick Alvin, pédiatre, chef de service de médecine pour adolescents  
CHU Bicêtre, Paris, in, Grossesses précoces : entre nature et culture.

### Contexte

Le nombre de mères adolescentes a diminué depuis une décennie dans tous les pays de l'OCDE. Mais cette diminution affecte inégalement les nations et au sein de ces nations, les diverses régions et les différentes catégories de la population (A. Daguette et C. Nativel, *Les maternités précoces, Dossiers d'études, CNAF : février 2004, 53*). 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 la Finlande, du Danemark, de l'Espagne, de l'Italie ou de 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 sur le plan médical pour l'enfant.

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 (voir C. Le Vann, *Grossesses à l'adolescence : normes sociales, réalités vécues, L'Harmattan, 1998*.)

A 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.

Dans la région, en 2004, 1 461 enfants étaient nés vivants de mères âgées entre 13 et 20 ans, soit 5,2 % des naissances régionales domiciliées contre 4,9 % en France entière. Le département des Pyrénées-Orientales est le 7<sup>ème</sup> 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.

## Objectifs

Le thème d'étude sur les maternités précoces en région a été retenu comme prioritaire au cours du premier comité technique de la plate-forme d'observation sanitaire et sociale (POSS-LR).

L'étude vise à **décrire l'impact d'une maternité précoce sur les relations familiales, la construction de la parentalité et le parcours de formation et d'insertion de la mère.**

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.

Cette étude ne sera pas une approche sur les facteurs explicatifs d'une grossesse à l'adolescence. Ces recherches ont déjà été documentées par ailleurs (*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.*) Le parti pris intellectuel de notre démarche ne sera pas non plus de considérer cette grossesse comme un accident de contraception. 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. Tel n'est pas notre angle d'approche.

Une 1<sup>ère</sup> réunion de travail s'est tenue le 3 juin et une seconde le 29 juin. Elles ont permis de préciser les contours de l'étude.

Les choix de méthode qui se dessinent sont les suivants :

## Méthode de travail

### 1-ANALYSE DES DONNEES EN ROUTINE

Il s'agit d'abord de réaliser **une revue statistique régionale** à partir des données d'état-civil, du recensement de la population (données 2006) et des données CAF à partir de leur système d'information (le SID -système d'information décisionnelle- pour la CAF). Ce dernier contient des données sur la grossesse lors de sa déclaration et des informations générales sur l'allocataire. Seraient 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'API, la situation sociale, familiale et le nombre d'enfants.

### 2-ENQUETE AUPRES DES MERES

#### 2.1- enquête par questionnaire auto administré auprès des mères

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 apparaît peu réaliste en raison de la relative rareté de ce phénomène (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 s'accordent sur le fait d'abandonner ce projet d'enquête au profit d'une **enquête rétrospective par questionnaire auto-administré auprès de 3 groupes de mères, permettant d'appréhender 3 « 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**) ;
- 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**) ;
- 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**).

❖ Les modalités de mise en contact :

Les 6 CAF de la région seront associées avec un protocole commun :

Les mères relevant des critères d'inclusion définis plus haut (appartenance à l'un des 3 groupes) seront repérées dans les fichiers CAF. Un courrier d'information sur l'étude leur sera adressé accompagné d'un coupon-réponse les invitant à participer. Dans un délai de deux semaines, sauf refus explicite de recevoir le questionnaire (retour du coupon-réponse), le questionnaire sera adressé avec une enveloppe T pour le retour à ces allocataires. Une déclaration simplifiée à la CNIL validera le caractère anonyme de la procédure de recueil et d'analyse.

❖ Le nombre de sujets enquêtés au dernier trimestre 2009 :

- **Les mères allocataires avec un enfant né en 2007 ou 2008** alors que la mère est âgée de moins de 21 ans;
- **Les mères allocataires avec un enfant né en 2004 ou 2005** alors que la mère est âgée de moins de 21 ans ;
- **Les mères allocataires avec un enfant né en 1995 ou 1996** alors que la mère est âgée de moins de 21 ans ;

Avec environ 1 400 naissances annuelles en région de mères âgées de moins de 21 ans, on aura en base de sondage sur 2 années de naissance, 2 800 mères par groupe. La CAF couvrant environ 85 % de la population des allocataires, on peut partir sur une base de 2 500 mères par groupe. Escomptant un taux de participation de 25 %, on peut espérer 625 questionnaires retournés par groupe soit 1 875 sujets pour l'ensemble des 3 groupes à l'analyse.

Pour toutes les mères, seront 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 plus jeunes mères (avec un enfant de moins de 1 ou 2 ans) pourraient répondre aux mêmes types de questions que celles envisagées pour les jeunes filles venant d'accoucher, notamment sur la déclaration de la grossesse, le suivi de grossesse et les pratiques addictives avant et pendant celle-ci, avec un biais de mémoire minime.

Les 3 groupes pourraient être 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 après
- Conditions de survenue de la ou les grossesses précoces et les antécédents d'IVG
- 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) : échelle d'évaluation de compétence parentale à utiliser voire adapter

- 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.
- Evaluer les stratégies qu'elles ont pu développer.

La grille de compétence parentale élaborée au Québec pourrait être reformulée et retravaillée avec les PMI et les professionnels de l'ASE (*Q.A.E.C.E.P : questionnaire d'auto-évaluation de la compétence éducative parentale*, B. TERRISSE et D. TRUDELLE, 1988). Nous veillerons 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 qu'elle a pu rencontrer (vigilance sur le biais du regard professionnel).

4

### ***2.2- enquête complémentaire par questionnaire administré par les professionnels de PMI auprès des jeunes mères 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 adolescentes (nous pourrions réfléchir à l'intérêt de restreindre pour l'enquête ce groupe suivi par la PMI aux mères mineures ou l'étendre aux critères d'âge retenus pour l'enquête allocataires). Le service de PMI procède à un suivi systématique des **jeunes mères enceintes** et fait 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 conviendrait 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 »). La grille de compétence parentale simplifiée pourrait être proposée à cette occasion. Evidemment, cela ne concernerait qu'une partie des maternités précoces.

### ***2.3- enquête qualitative auprès des mères en focus group***

---

Un complément qualitatif pourrait enrichir cette approche. Différents groupes de paroles existent sur le territoire régional avec plusieurs acteurs impliqués : des groupes parentalité autour des PMI, des groupes de parole organisés par les centres d'information sur les droits des femmes et des familles. Nous pourrions nous appuyer sur ces groupes préexistants ou en construire de nouveaux sur la base de l'adhésion volontaire des mères et des pères entrant dans le champ de l'étude, à partir de la technique **des focus group** (1 focus group par département).

*La réalisation des focus group suit un processus précis et cadré, basé sur le respect d'une grille d'entretien. En pratique, cette dernière sert de guide à l'animateur pour faire de la discussion de groupe une succession de prise de paroles, en veillant à ce que chaque participant ait la possibilité de s'exprimer. Ceci, doit être fait tout en maintenant une dynamique et une progression dans les échanges. La technique des focus group permet d'engager la discussion autour d'un nombre limité de thèmes. Ces thèmes sont bien délimités et sont présentés en amont aux participants (8 à 12 personnes).*

### 3-LES DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT ET D'AIDE PUBLIQUES

La dernière partie de l'étude consisterait 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 (y c les staffs de parentalité au sein des maternités), 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, 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 sera 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).

5

## Comité de pilotage

Un comité de pilotage de l'étude est en cours de constitution autour des premiers partenaires présents lors de l'élaboration du projet : la statisticienne de la Drass, la directrice de la santé du Conseil régional, le directeur adjoint à la fédération régionale des CAF, le médecin et la sage-femme de la PMI 66, la coordinatrice du réseau périnatal Naître en LR, le médecin Drass en charge de la périnatalité en plus du médecin directeur et d'une chargée d'études de l'ORS. Seront associés à ce comité de pilotage : les deux fédérations de MSA, toutes les PMI de la région avec présence de professionnels de l'ASE, l'assistante sociale conseillère technique du Recteur, les animateurs des REAPP, le planning familial, un CIDFF (Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles), la délégation aux droits des femmes, l'Acsé, Carole Durand du centre d'orthogénie, éventuellement un référent santé de MLI. Une élue, Mme Neuville, conseillère générale dans le département des Pyrénées Orientales, et sensibilisée sur ces questions, pourrait être sollicitée, entre autre.

## Financement

L'ensemble du dispositif d'étude est à budgéter et le financement à trouver : une demande de subvention sera faite au conseil régional et à la DREES.

On peut également lister la contribution technique et matérielle des CAF avec la mise à disposition de techniciens pour la requête statistique et l'envoi du matériel d'information et de collecte des données auprès des allocataires ; il en va de même pour la contribution des PMI avec la mise à disposition des professionnels (sages-femmes et puéricultrices) pour le recueil des données des jeunes mères enceintes et jeunes accouchées.

Des demandes de subvention complémentaires à cette collaboration pourront être faites auprès des CAF, des conseils généraux, du GRSP, entre autre.

## Calendrier

**Septembre-décembre 2009** : préparation de la requête et analyse des données en routine (phase 1) ; mise en place de l'enquête auprès des mères (phase 2) ; préparation de l'enquête des dispositifs d'aide (entretiens phase 3)

**Décembre 2009** : enquête auprès des mères, allocataires CAF

**Janvier-mars 2010** : enquête trimestrielle des mères mineures suivies par les services de PMI

**Janvier-avril 2010** : retour et saisie des questionnaires allocataires CAF ;

**Avril-mai 2010** : organisation des focus group et retranscription (un par département)

**Avril-août 2010** : analyse et rédaction du rapport d'étude.

## Références de l'équipe

### **Dr Bernard Ledésert - Médecin directeur, spécialiste de santé publique et médecine sociale**

Il est titulaire d'un diplôme de docteur en médecine (Faculté Broussais Hôtel-Dieu Université Paris 6 - 1992), d'un diplôme d'étude spécialisée en santé publique et médecine sociale (Faculté Broussais Hôtel-Dieu Université Paris 6 - 1992) et d'un diplôme d'études approfondies en statistiques et santé (Faculté Kremlin-Bicêtre Université Paris 11 – 1989).

Il dirige l'Observatoire régional de la santé depuis juillet 1994. A ce titre il a réalisé ou coordonné de nombreuses études en santé publique dans la région sur des sujets variés : périnatalité et petite enfance, santé des jeunes, santé des personnes âgées, accès aux soins, hépatites, autisme, ...

Il a dernièrement assuré la phase de diagnostic et d'état des lieux sur la santé en Languedoc-Roussillon dans le cadre de la préparation du plan régional de santé publique et de la conférence régionale de santé.

Il est vice-président de la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé et trésorier de la Société française de santé publique.

Il assure la direction administrative et scientifique de l'Observatoire régional de la santé.

### **Valérie Desmartin Belarbi - Chargée d'études santé social**

Elle est diplômée d'un Institut d'études politiques (IEP Grenoble, 1991) et titulaire d'un diplôme d'études approfondies en sciences politiques (IEP Grenoble, 1992), d'un diplôme universitaire en santé publique et communautaire (Nancy, 1994) et d'un diplôme inter universitaire en santé humanitaire (Centre européen de santé humanitaire, Lyon/Montpellier, 2004).

Elle occupe un poste de chargée d'études à l'ORS depuis septembre 1993. Dans le cadre de cette fonction, elle a réalisé ou participé à des études utilisant des méthodes quantitatives et qualitatives, sur des thèmes variés : santé de la mère et de l'enfant (tableau de bord régional sur les indicateurs mère-enfant, sur la santé des femmes, suivi régional du recours à l'IVG), état de santé, modes de vie et comportements à risques des adolescents (observatoire d'épidémiologie scolaire, étude de connaissances et pratiques en matière de contraception chez les adolescents, évaluation d'une action d'éducation à la sexualité en lycée professionnel, diagnostic régional sur la santé des 16-25 ans), santé des populations précaires (diagnostic de santé et développement social de quartier, illettrisme et difficultés d'accès aux soins, vieillissement des immigrés, représentations de santé des jeunes en insertion).

### **Hafid Boulahtouf - Assistant d'études**

Après des études universitaires (maîtrise de physiologie-pharmacologie), il a suivi une année spéciale d'informatique (Montpellier, 1992) et est titulaire d'un diplôme universitaire de santé publique et communautaire (Nancy, 1999).

Dans le cadre de la formation continue, il a suivi l'enseignement proposé à l'Ecole d'été de santé publique et d'épidémiologie de la Faculté du Kremlin Bicêtre (Villejuif, 1995).

Depuis 1994, il travaille à l'Observatoire régional de la santé où il assure la gestion des bases de données dont dispose l'observatoire.

Parallèlement, il suit chacune des études réalisées par l'ORS qui repose sur un recueil ou un traitement de données.

Il réalise les masques de saisie, le codage et la saisie des questionnaires et participe à leur analyse statistique.