

La monoparentalité à l'accouchement : une réalité plurielle

Approche statistique à partir de l'Enquête nationale périnatale

Mots-clés

- Naissances hors couple
- Monoparentalité
- Maternité adolescente
- Normes procréatives
- Suivi de grossesse

Arnaud Régnier-Loilier Directeur de recherche à l'Institut national d'études démographiques (Ined).
Louise Wierup Étudiante en master à Sorbonne université (Paris IV), en stage à l'Ined.

À la faveur de la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et de la contraception médicalisée, plus de huit naissances sur dix sont aujourd'hui « planifiées » en France, proportion stable depuis le début des années 1980 (Régnier-Loilier, 2016). La notion de « naissance planifiée » renvoie principalement au fait d'avoir choisi le « bon moment » et, en particulier pour l'arrivée du premier enfant, d'avoir réuni préalablement un ensemble de conditions : avoir terminé ses études, être en emploi, disposer d'un logement indépendant et vivre en couple (Hobcraft et Kiernan, 1995 ; Régnier-Loilier et Perron, 2016) ; un couple pas nécessairement marié mais stable, cohabitant, où les deux partenaires souhaitent devenir parents et se sentent prêts (Mazuy, 2009). Les études portant sur les femmes seules ayant recours à la procréation médicalement assistée (PMA) confirment l'importance de ce qui pourrait être qualifié d'« impératif conjugal », en montrant que la majorité d'entre elles auraient préféré devenir mères dans le cadre d'une relation de couple (Jadva *et al.*, 2009 ; Rozée-Gomez, 2015 ; Salomon *et al.*, 2015). Ainsi, malgré la croissance continue de la part des naissances hors mariage (qui dépasse 60 % en 2018), les naissances « hors couple », c'est-à-dire survenant alors que la mère ne vit pas avec le père, restent minoritaires en France (7 %) et aucune évolution à la hausse ne se dessine depuis le milieu des années 1990 (Blondel *et al.*, 2005 ; Blondel et Kermarrec, 2011).

Dans ce contexte, donner naissance à un enfant sans vivre en couple apparaît comme une transgression de la « norme procréative » (Bajos et Ferrand, 2006) et s'accompagne du stigmate de la mère seule dont l'aptitude à élever correctement son enfant est questionnée. En effet, dans les esprits, les naissances « hors couple » sont souvent associées aux maternités adolescentes, ces mères vivant rarement avec le père. Émerge ainsi la notion de « cumul

des risques », avec à la fois l'idée de précarité mais aussi de déviance par rapport aux codes sociaux en vigueur (Le Den, 2014). Quelles situations sont associées à cette « transgression » ? S'agit-il de choix délibérés ou d'échecs dans le contrôle des naissances ? Plusieurs hypothèses, complémentaires plus que concurrentes, peuvent être formulées.

De précédentes recherches, conduites principalement à l'étranger, ont montré une surreprésentation, parmi les mères ne vivant pas en couple, de femmes jeunes voire très jeunes (Brzozowska, 2014, Algava, 2002), peu diplômées et plus souvent issues des milieux défavorisés (Kiernan et Smith, 2003). À cet égard, un certain rapprochement paraît pouvoir être fait entre la maternité hors couple et la maternité adolescente. Devenir mère représenterait, pour certaines d'entre elles, une façon d'acquérir une identité socialement reconnue et valorisée face à un avenir incertain (Le Van, 1998 ; Tomkinson, 2016). On peut ainsi supposer qu'une partie des naissances chez les mères ne vivant pas en couple, plutôt jeunes et peu diplômées, seraient désirées. Pour autant, les interruptions volontaires de grossesse sont nombreuses aux jeunes âges et plus d'une femme sur deux qui y recourt ne vit pas en couple (Vilain *et al.*, 2010). Par ailleurs, les jeunes femmes, sans activité déclarée et sans enfant sont celles dont la prise en charge de l'interruption de la grossesse intervient le plus tardivement (Mazuy *et al.*, 2014). Les femmes dans des situations précaires ou plus inexpérimentées face aux démarches administratives et médicales auraient ainsi plus de difficultés à accéder aux services d'IVG. Ce contexte suggère qu'un certain nombre de naissances hors couple, notamment aux jeunes âges, seraient mal planifiées, voire non désirées, et tiendrait au fait d'avoir dépassé le délai légal pour interrompre la grossesse. Ces situations pourraient s'accompagner d'un moindre suivi

Les auteurs remercient Bénédicte Garnier et Sandra Zilloniz pour leur aide sur la mise en place de la classification ainsi que Lidia Panico et Béatrice Blondel pour leur relecture.

Les enquêtes nationales périnatales ont été subventionnées par le ministère en charge de la Santé (direction générale de la santé et direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) et coordonnées par l'Unité 953 de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale. Elles ont été réalisées grâce à la participation des services départementaux de la protection maternelle et infantile, des services de maternité, des enquêteurs et de toutes les femmes qui ont accepté de répondre aux questionnaires.

médical de la grossesse. Aux âges approchant du terme de la vie féconde, les naissances hors couple pourraient être le résultat d'un choix de la part de femmes nullipares. Ne pas avoir trouvé le bon partenaire et la crainte de rester sans enfant pourrait les avoir décidées à avoir, seules, un enfant. Il s'agirait alors de premières naissances tardives, souhaitées à ce moment-là ou plus tôt.

Qu'elles soient ou non planifiées, ces naissances hors couple interrogent plus généralement sur le suivi de la grossesse. En effet, d'importantes disparités socioéconomiques ont été mises en évidence quant à l'accès aux soins. La précarité financière s'accompagne d'une surveillance prénatale moindre et d'attitudes préventives nettement moins favorables à l'enfant (Blondel *et al.*, 2009). Dans ce contexte, l'hypothèse d'un suivi médical plus lâche des grossesses donnant lieu à une naissance « hors couple » peut être émise.

Cet article vise plusieurs objectifs. Dans un premier temps, il s'agit de décrire, du point de vue sociodémographique, les spécificités des mères accouchant alors qu'elles ne vivent pas en couple, en comparaison avec les mères résidant avec un conjoint, et de caractériser les naissances survenues « hors couple ». Si certains des éléments présentés ci-dessus peuvent plutôt inciter à une lecture misérabiliste de la maternité « hors couple », les naissances survenant dans ce contexte sont-elles pour autant non désirées et non planifiées ? Dans quelle mesure ces grossesses sont-elles suivies du point de vue médical ? Enfin, l'hypothèse d'une hétérogénéité de la monoparentalité à la naissance est testée, en faisant émerger différents profils de la population des mères « hors couple » au moyen d'une méthode de classification. Les données de l'Enquête nationale périnatale (ENP) de 2010 (encadré 1) ont ainsi été mobilisées. L'ENP offre plusieurs atouts par rapport aux enquêtes classiques de fécondité conduites en population générale. Réalisée en maternité dans les jours qui suivent l'accouchement, elle présente une unité de temps qui permet un meilleur repérage de la situation conjugale au moment précis de la naissance. Sa composante épidémiologique offre, par ailleurs, un ensemble d'informations sur la situation contraceptive des mères et le suivi de la grossesse.

Dans le contexte français où, à notre connaissance, très peu d'études ont été consacrées aux femmes ayant un enfant alors qu'elles ne vivent pas en couple, l'ambition de cet article est avant tout descriptive. Il vise à proposer un panorama général, mais nuancé, de la maternité hors couple.

Les naissances « hors couple » : en rupture avec la « norme procréative » ? *Des mères plus jeunes*

À l'instar de ce qui a été observé dans d'autres pays (Brzozowska, 2014 ; Kiernan et Smith, 2003 ; Smallwood, 2004), les mères accouchant alors qu'elles ne vivent pas en couple sont bien plus jeunes que celles ayant un

L'Enquête nationale périnatale 2010

L'enquête nationale périnatale 2010 a été mise en œuvre par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), la direction générale de la santé (DGS) et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) avec la participation des services départementaux de la protection maternelle et infantile. L'objectif de cette enquête est de mieux connaître l'état de santé des mères et des enfants, les pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement ainsi que les facteurs de risque périnatal. L'échantillon (n = 14 681 mères en métropole) est constitué de toutes les naissances ayant eu lieu sur une semaine (du 15 au 21 mars 2010) dans l'ensemble des maternités publiques et privées, à condition que la naissance ait eu lieu au plus tôt pendant la vingt-deuxième semaine, que l'enfant pèse au minimum cinq cents grammes et que la mère n'ait pas accouché sous X. En raison de la très bonne participation des établissements (98 % en métropole) et des mères, l'enquête est considérée comme exhaustive sur la semaine de référence*.

L'enquête comporte deux volets : un questionnaire auto-administré distribué aux mères durant leur séjour à la maternité et une partie remplie à partir du dossier médical. Cette étude s'appuie principalement sur les informations suivantes :

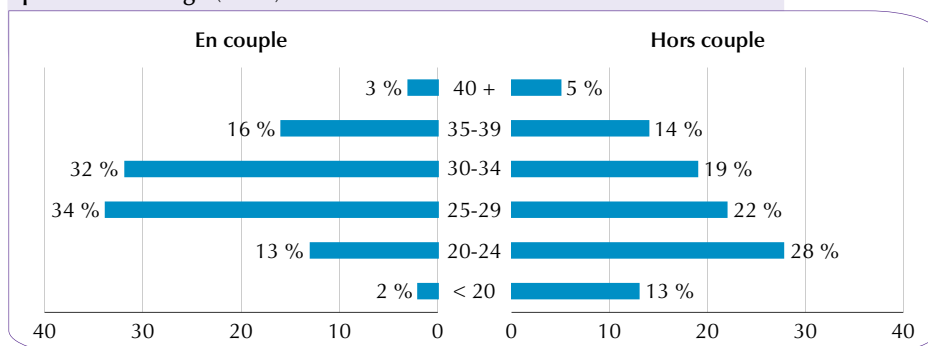
- les caractéristiques sociodémographiques de la mère (classes d'âge, nationalité, situation vis-à-vis de l'emploi, niveau d'études, revenu mensuel, situation maritale). La situation de couple au moment de l'accouchement est captée par la question : « *Actuellement vivez-vous en couple ?* » (*Oui/Non*). L'échantillon de mères « hors couple » au moment de leur accouchement est constitué de 998 observations ;
- la planification et la contraception : ressenti à la découverte de la grossesse, pratiques contraceptives, trimestre de déclaration de la grossesse ;
- le suivi de grossesse : dépistages [VIH (virus de l'immuno-déficience humaine), trisomie 21], nombre d'échographies, de consultations prénatales, participation ou non aux séances de préparation à l'accouchement.

(*) Blondel B., Kermarrec M., 2011, *Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*, rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale-direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques-direction générale de la santé. Site internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf (consulté en juin 2020).

conjoint. La pyramide des âges (graphique 1) illustre ces écarts : 41 % des premières ont moins de 25 ans, contre 15 % des secondes. Ces différences peuvent être rapprochées de la situation conjugale observée aux différents âges : entre 18 et 24 ans, 56 % des femmes n'ont jamais vécu en couple (Insee, 2015).

En raison de leur plus jeune âge, les mères hors couple ont, sans surprise, plus souvent accouché d'un premier enfant (51 %) que les mères en couple (43 %) (tableau 1). Mais une légère surreprésentation des naissances de rang élevé apparaît (troisième enfant ou plus) parmi les mères hors couple (12 % contre 8 %). Avoir un enfant sans vivre en couple est donc loin d'être assimilable aux seules maternités adolescentes, une naissance hors couple sur deux n'étant pas un premier enfant. Également en lien avec l'âge, les mères hors couple se distinguent par leur moindre indépendance résidentielle : 35 % vivent au sein de leur famille (avec leurs parents, principalement), situation très rare (3 %) chez les mères résidant avec un conjoint. Corollairement, elles se caractérisent par un plus faible taux d'activité (34 % ont un emploi à la fin de la grossesse contre 70 % des mères en couple) ; elles sont alors plus souvent en études, au chômage ou au foyer. Ces situations sont toutefois variables selon l'âge (graphique 2, p. 24). Ainsi, parmi les mères hors couple, 79 % des moins de 20 ans vivent au sein de leur famille contre 9 % de celles âgées de 40 ans

Graphique 1 – Répartition des mères « hors couple » et « en couple » par tranche d'âge (en %)



Source : Drees-DGS-Inserm, Enquête nationale périnatale 2010.

Champ : femmes ayant accouché en France métropolitaine en 2010.

Lecture : 28 % des mères ne vivant pas en couple au moment de la naissance de l'enfant sont âgées de 20 ans à 24 ans.

Tableau 1 – Caractéristiques des mères vivant « en couple » ou « hors couple » (en %)

	Hors couple	En couple	Ensemble
Situation vis-à-vis de l'emploi			
En emploi	33,7	70,2	67,0
dont (catégorie socioprofessionnelle, sur 100 femmes en emploi) :			
<i>artisans, commerçantes, agricultrices</i>	2,4	2,4	2,4
<i>cadres (professions libérales, professeure, ingénieure...)</i>	7,9	16,9	16,5
<i>professions intermédiaires (institutrice, infirmière, technicienne...)</i>	15,9	28,1	27,7
<i>employées de la Fonction publique ou administration des entreprises</i>	29,6	28,7	28,8
<i>employées de commerce, de service</i>	30,2	17,5	18,0
<i>ouvrières</i>	14,0	6,4	6,6
Au chômage	20,7	12,6	13,3
Étudiante, élève	10,0	1,9	2,5
Au foyer	23,5	11,3	12,1
Autres situations (non précisées)	12,1	4,0	5,1
Situation résidentielle			
Logement personnel	58,1	95,7	93,0
Chez les parents, famille ou amis	35,4	3,5	5,8
En foyer, internat, hôtel, autres	6,5	0,8	1,2
Rang de naissance de l'enfant			
Un	51,1	43,1	43,3
Deux	25,3	35,4	34,6
Trois	12,2	14,3	14,3
Quatre ou plus	11,4	7,2	7,8
Nationalité			
Française	78,3	87,5	86,8
Européenne	2,1	3,3	3,2
Afrique du Nord	3,9	4,9	4,8
Autres nationalités	15,7	4,3	5,2
Total (pour chaque variable)	100,0	100,0	100,0
Effectifs	998	12 748	13 746

Source : Drees-DGS-Inserm, Enquête nationale périnatale 2010.

Champ : femmes ayant accouché en France métropolitaine en 2010.

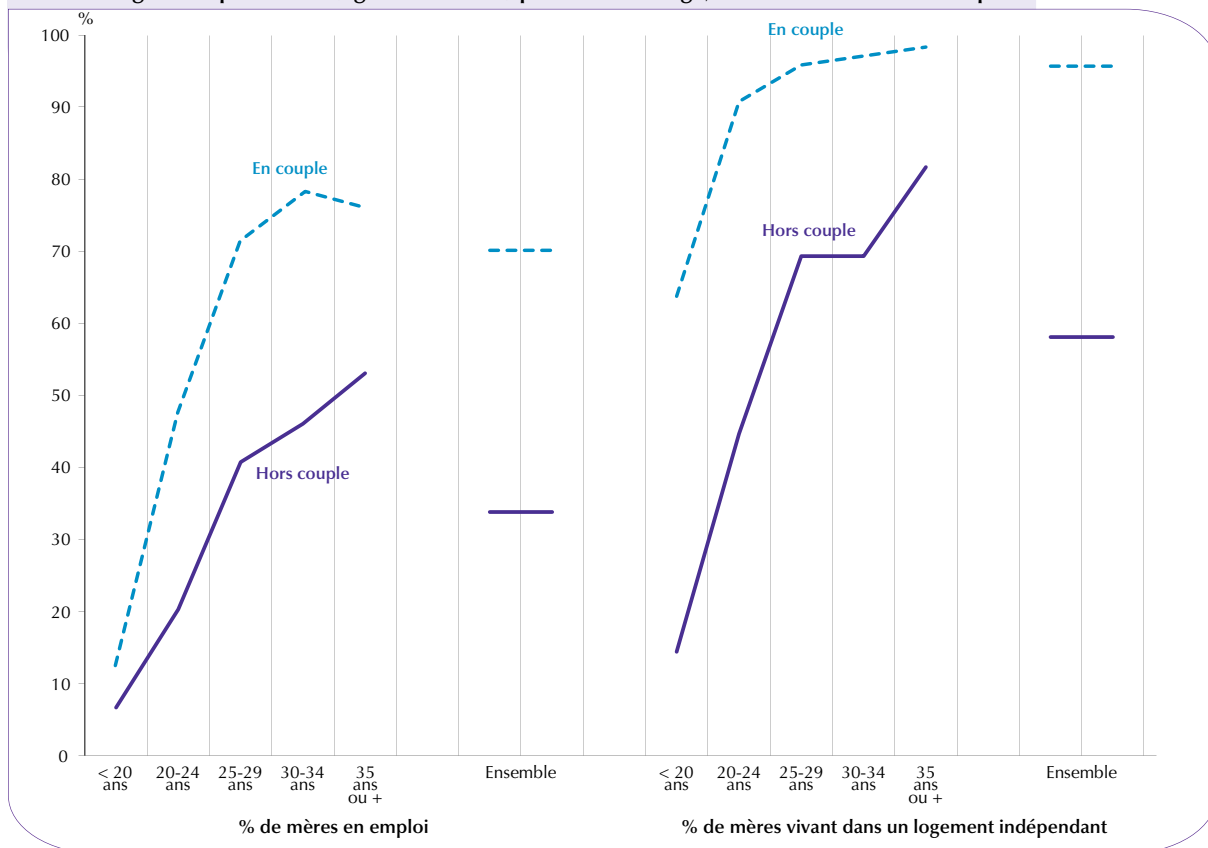
Lecture : 33,7 % des mères ne vivant pas en couple au moment de l'accouchement exerçaient un emploi à la fin de leur grossesse.

ou plus. En termes d'activité, 93 % des moins de 20 ans sont inactives contre 51 % des 40 ans et plus. Mais, quel que soit l'âge, l'indépendance résidentielle vis-à-vis des parents ou de la famille et l'exercice d'une activité professionnelle sont toujours moins fréquentes chez les mères hors couple que chez celles vivant en couple cohabitant. Cet éloignement du marché de l'emploi s'accompagne de revenus faibles, voire très faibles : 78 % des mères « hors couple » ont un revenu mensuel inférieur à 1 500 euros et 58 % d'entre elles ont un revenu inférieur à 1 000 euros⁽¹⁾. Lorsqu'on limite l'observation aux seules mères exerçant une activité, la part de bas revenus (incluant les allocations) diminue mais reste importante (54 % d'entre elles disposent de moins de 1 500 euros et 23 % de moins de 1 000 euros). Les données ne permettent pas une comparaison directe avec les mères en couple

au moment de l'accouchement en raison de la manière dont est formulée la question (incluant également les revenus du conjoint). Toutefois, les mères hors couple qui exercent une activité sont surreprésentées en bas de l'échelle des catégories socioprofessionnelles, comparativement à celles vivant en couple : 14 % sont ouvrières et 30 % employées de commerce et de service aux particuliers contre 6 % et 18 %, respectivement, pour les mères vivant en couple.

Plus souvent étudiantes, les mères en situation de monoparentalité à la naissance sont aussi moins diplômées. En limitant le champ à celles qui ne sont pas en études au moment de l'enquête (graphique 3), 57 % ont un niveau inférieur au lycée et 28 % ont un niveau « collège » ou inférieur, contre 26 % et 9 %, respectivement, pour les

Graphique 2 – Part des mères en emploi (figure de gauche) et des mères résidant dans un logement personnel (figure de droite) par tranche d'âge, selon la situation de couple



Source : Drees-DGS-Inserm, Enquête nationale périnatale 2010.

Champ : femmes ayant accouché en France métropolitaine en 2010.

Lecture (exemple, figure de gauche) : 20 % des mères âgées de « 20-24 ans » ne vivant pas en couple au moment de l'accouchement (courbe « Hors couple ») exerçaient un emploi à la fin de leur grossesse. Tous âges confondus (« Ensemble »), 34 % des mères « hors couple » exerçaient un emploi à la fin de la grossesse.

(1) La question était : « Si vous tenez compte de toutes vos ressources, y compris vos allocations, quel est le montant habituel de vos revenus chaque mois, pour vous et votre mari ou votre compagnon ? ».

mères vivant avec un conjoint. Cela peut tenir à des études plus courtes et achevées au moment de la conception de l'enfant, mais aussi à des abandons d'études à l'annonce de la grossesse (la situation d'activité décrite étant celle observée à la fin de la grossesse). Enfin, les mères accouchant d'un enfant sans résider avec le père sont plus souvent de nationalité étrangère (tableau 1), principalement d'une « autre » nationalité que française, européenne ou d'Afrique du Nord (16 % contre 4 %). Ces « autres » nationalités correspondent, dans plus de la moitié des cas, à des femmes nées en Afrique subsaharienne. Cette tendance recoupe de récents travaux menés sur la monoparentalité des mères immigrées. Contrairement aux mères nées en Europe, au Maghreb ou en Asie, celles originaires d'Afrique subsaharienne sont en effet beaucoup plus souvent en situation de monoparentalité dès la naissance, et moins souvent à la suite d'une séparation (Thierry *et al.*, 2018). Cela pourrait tenir à un usage moins fréquent de la contraception et à une moindre planification des naissances de leur part (voir *infra*). Cette hypothèse est soutenue par les travaux portant sur la fréquence du recours à l'IVG. Les femmes nées en Afrique subsaharienne ont en effet, plus que les autres, recours à des IVG répétées (Mazuy *et al.*, 2014).

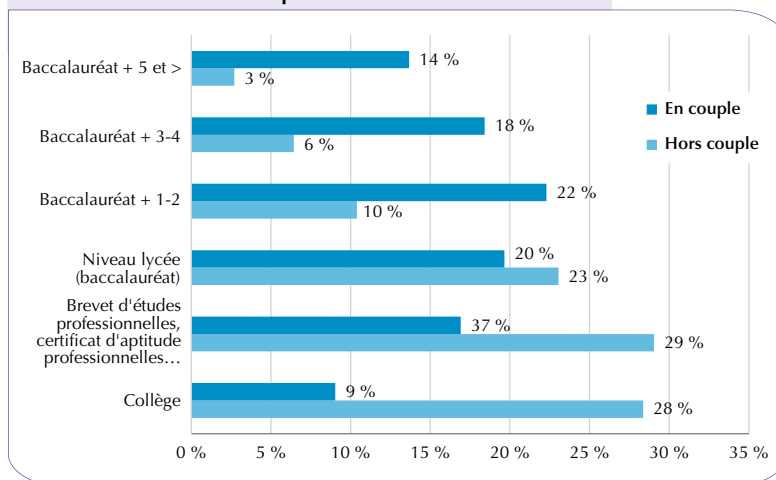
Des naissances moins souvent planifiées mais majoritairement désirées

De manière générale, les caractéristiques des mères hors couple sont aussi celles associées à un moindre degré de planification des naissances (bas revenus, situations de chômage ou d'études, jeunes âges – Régnier-Loilier, 2016). On peut donc s'attendre, comme au Royaume-Uni (Kiernan, 2006), à ce que les naissances survenant hors couple soient moins bien planifiées. L'ENP fait effectivement ressortir des écarts significatifs quant au ressenti qu'ont eu les femmes à la découverte de la grossesse⁽²⁾, selon qu'elles vivent seules au moment de l'accouchement ou en couple : 22 % des premières auraient « aimé qu'elle arrive plus tard » et 12 % auraient « préféré ne pas être enceintes », contre respectivement 10 % et 2 % pour les secondes. Les naissances survenues au bon moment (représentées ici par la modalité « Vous étiez heureuse que cette grossesse arrive maintenant ») sont par conséquent bien moins fréquentes pour les

mères ne vivant pas en couple, mais elles sont cependant majoritaires (six sur dix). Si l'on ajoute à ces grossesses celles qui étaient voulues « plus tôt »⁽³⁾, dont on peut présumer qu'elles sont souhaitées, les deux tiers des naissances hors couple (67 %) peuvent être considérées comme « planifiées ». Cette part élevée peut surprendre au regard du contexte normatif actuel où le fait de vivre en couple représente une condition préalable avant d'envisager d'avoir des enfants.

Ces naissances hors couple « planifiées » pourraient en partie s'expliquer par le fait que certaines sont issues d'une relation de couple qui s'est terminée avant la naissance de l'enfant. Les données de l'Enquête longitudinale française depuis l'enfance⁽⁴⁾ révèlent en effet que les trois quarts des mères ne vivant pas en couple au moment de l'accouchement l'avaient été six mois auparavant (Pailhé *et al.*, 2020). Par ailleurs, la « transgression » de la norme procréative, avec des situations matérielles et résidentielles plus souvent précaires chez les mères hors couple, peut être rapprochée de la forte valorisation de la maternité en France. Avoir un enfant même sans vivre en couple permettrait à certaines femmes de milieux défavorisés d'acquiescer une identité sociale et une forme de reconnaissance qu'elles auraient plus de mal à obtenir dans d'autres

Graphique 3 – Niveau d'études des mères selon la situation de couple à la naissance de l'enfant



Source : Drees-DGS-Inserm, Enquête nationale périnatale 2010.

Champ : femmes n'étant pas étudiantes, ayant accouché en France métropolitaine en 2010.

Lecture : 3 % des mères ne vivant pas en couple au moment de l'accouchement ont un niveau d'études « baccalauréat + 5 et plus ».

(2) La question était : « Quand vous avez su que vous étiez enceinte : 1. Vous étiez heureuse que cette grossesse arrive maintenant ; 2. Vous auriez aimé qu'elle arrive plus tôt ; 3. Vous auriez aimé qu'elle arrive plus tard ; 4. Vous auriez préféré ne pas être enceinte ».

(3) Dans les enquêtes de fécondité (réalisées par l'Ined et l'Inserm), les naissances souhaitées « à ce moment-là » ou « plus tôt » sont habituellement regroupées pour estimer la part des naissances « planifiées ».

(4) Voir le site internet : www.elfe-france.fr.

sphères (la professionnelle par exemple), rejoignant les logiques de la maternité adolescente, en particulier en Grande-Bretagne jusqu'aux années récentes (Tomkinson, 2016). Chez les plus jeunes, la maternité peut également constituer un mode de passage à l'âge adulte (Bajos et Ferrand, 2006). Étudiant les grossesses adolescentes à partir d'une enquête qualitative, Charlotte Le Van (1998) identifie notamment des « grossesses insertion » et des « grossesses identité ». Moins investies dans les sphères scolaire, familiale ou amicale, ces jeunes mères voient dans l'enfant un moyen de redonner un sens à leur vie. Devenir mère peut être assimilé à un rite initiatique et les investit d'un nouveau rôle et de nouvelles responsabilités.

La décomposition de l'analyse par tranche d'âge et par rang de naissance (graphique 4) va plutôt dans le sens des observations de C. Le Van (1998), en montrant que le phénomène est pluriel. Chez les jeunes primipares, le ressenti à la découverte de la grossesse a certes été positif pour nombre d'entre elles, mais la part de naissances planifiées est particulièrement faible : 41 % pour

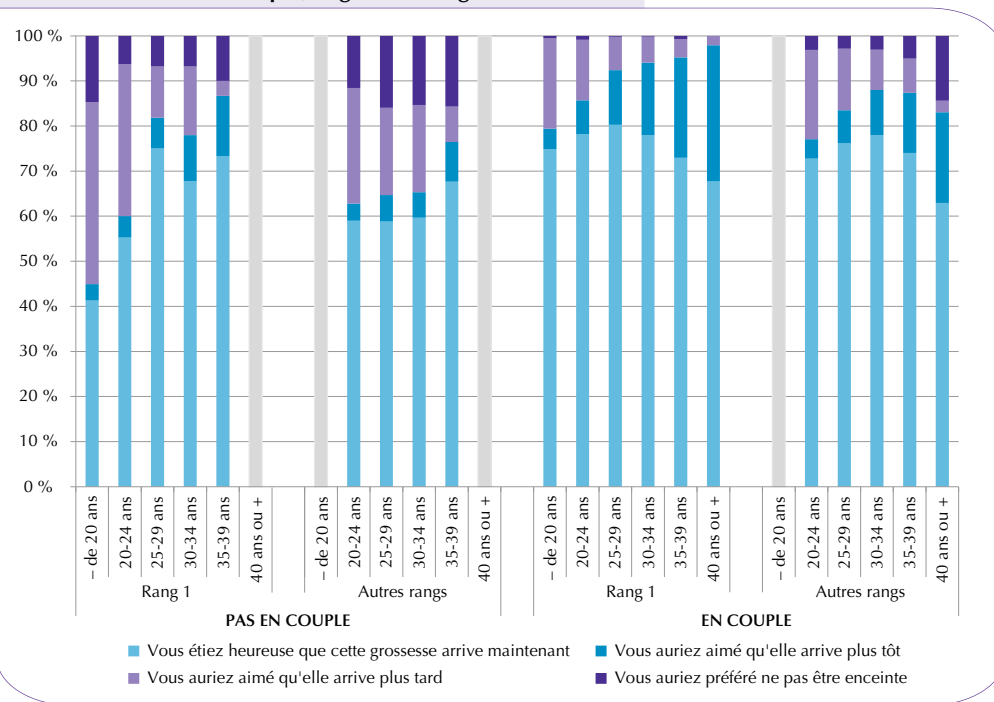
les naissances survenues avant l'âge de 20 ans et 55 % entre 20 ans et 24 ans. À ces âges, les naissances ne sont pas pour autant « non désirées » mais souhaitées « plus tard », signe possible que certaines de ces mères sont peut-être en couple au moment de l'enquête sans pour autant vivre avec leur partenaire au moment de l'accouchement.

Le moindre degré de planification des naissances hors couple peut être rapproché des pratiques contraceptives. Trois indicateurs peuvent être mobilisés dans l'ENP : le fait d'avoir ou non déjà utilisé une méthode pour éviter d'être enceinte, le cas échéant la dernière méthode utilisée et le motif d'arrêt de la contraception⁽⁵⁾. Parmi les mères hors couple, 16 % disent ne jamais avoir utilisé de méthodes contraceptives contre 8 % des mères vivant avec un conjoint. Quant à la dernière contraception utilisée, le recours aux méthodes pouvant être qualifiées de plus régulières et efficaces (méthodes hormonales et stérilet) est également moindre chez les mères hors couple (82 % contre 90 % chez les mères en couple). Ces différences s'accompagnent d'échecs contraceptifs plus fréquents, 21 % de mères hors couple déclarant avoir arrêté la contraception parce

qu'elles étaient enceintes (contre 7 % des mères en couple). Corollairement, l'arrêt de la contraception lié au souhait d'avoir un enfant est moins fréquent chez elles (46 % contre 82 %, respectivement).

D'importantes variations apparaissent cependant selon l'âge. Cela se traduit par des échecs contraceptifs (approchés ici par le fait de déclarer avoir arrêté sa contraception pour cause de grossesse) plus fréquents chez les jeunes, quelle que soit la situation conjugale au moment de la naissance, mais avec un effet plus marqué chez les mères hors couple. Ainsi, 37 % des mères hors couple de moins de

Graphique 4 – Ressenti à la découverte de la grossesse selon la situation de couple, l'âge et le rang de naissance



Source : Drees-DGS-Inserm, *Enquête nationale périnatale 2010*.

Champ : femmes ayant accouché en France métropolitaine en 2010.

Les barres « grisées » correspondent à des effectifs trop faibles pour présenter la répartition.

Lecture : 12 % des mères de moins de 20 ans ne vivant pas en couple au moment de l'accouchement auraient « préféré ne pas être enceintes ».

(5) Trois motifs étaient proposés : « Vous souhaitez avoir un enfant » ; « Vous étiez enceinte » ; « Pour une autre raison ».

20 ans ont arrêté la contraception car elles étaient enceintes contre 13 % des 35-39 ans (graphique 5). Notons par ailleurs que ces situations sont plus fréquentes lorsqu'il s'agit d'un premier enfant (rang 1) pour les mères ne vivant pas en couple, tandis qu'elles concernent davantage des naissances de rangs supérieurs pour les mères vivant avec un conjoint (catégorie « Ensemble »).

Un effet de la nationalité apparaît également, les mères étrangères ayant moins recours à un moyen pour éviter une grossesse que les mères françaises. Si la contraception et la planification des naissances sont la norme, la sexualité demeure taboue pour certaines catégories de femmes. Cela conduit à un manque de connaissances en ce qui concerne les méthodes existantes, les modes d'accès, de remboursement et leur utilisation adéquate. Cela va parfois jusqu'à une méconnaissance des risques de grossesse voire à de fausses croyances. C'est notamment le cas chez les adolescentes, chez lesquelles la sexualité et l'utilisation de la contraception restent encore largement un tabou (Le Van, 1998). La moindre utilisation de la contraception et les échecs contraceptifs plus fréquents chez les mères hors couple s'accompagnent de l'expérience plus fréquente d'une IVG. Bien que plus jeunes en moyenne, 28 % ont déjà subi une ou plusieurs IVG contre 14 % des mères en couple. Témoins d'une volonté de planifier les naissances, ces IVG reflètent aussi une moindre maîtrise de la fécondité.

Si certaines des caractéristiques passées en revue ci-dessus sont liées entre elles (par exemple, les plus jeunes résident davantage chez leurs parents), un effet propre de chacune demeure une fois neutralisés d'éventuels effets de structure (régression logistique, tableau 2). La monoparentalité à la naissance concerne davantage des femmes faiblement diplômées, n'exerçant pas d'emploi, résidant chez leurs parents et d'autres nationalités que française, européenne ou d'Afrique du Nord (c'est-à-dire principalement des femmes originaires d'Afrique subsaharienne). Il s'agit plus souvent de premiers enfants et de grossesses moins souvent souhaitées à ce moment dans la vie des femmes. Cela semble pouvoir être relié à une moindre maîtrise de la fécondité : l'expérience d'IVG antérieure(s) est plus fréquente et ces naissances sont plus souvent associées à l'absence de contraception ou à l'usage du préservatif.

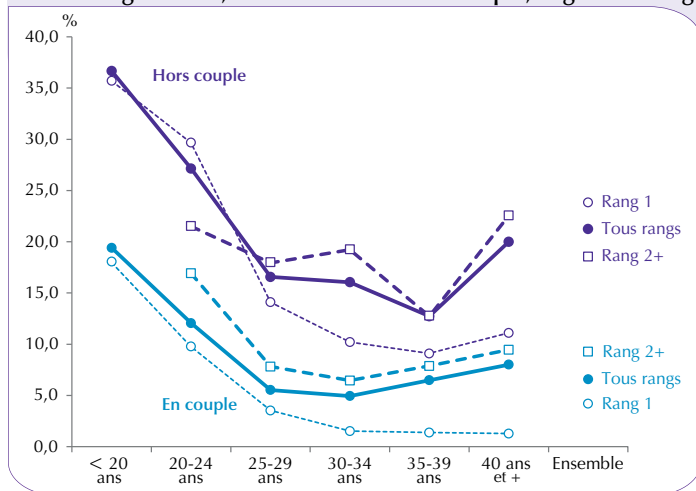
Un moindre suivi des grossesses « hors couple »

Des déclarations de grossesse plus tardives

En raison du moindre degré de planification des naissances hors couple, certaines grossesses peuvent être mises au jour plus tardivement. Les mères hors couple se caractérisent ainsi par une déclaration plus tardive de leur grossesse et, en conséquence, par un moindre suivi de celle-ci. En France, une grossesse destinée à être menée à terme doit être déclarée auprès de la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) et de la caisse d'Allocations familiales (Caf) lors du premier trimestre afin de bénéficier de certaines aides financières et d'une meilleure prise en charge par l'assurance maladie (encadré 2, p. 28). Les femmes enceintes ont ainsi intérêt à déclarer leur grossesse à temps, notamment sur le plan financier. L'ENP montre cependant que les naissances hors couple sont moins souvent déclarées avant l'accouchement (2,4 % contre 0,3 % des naissances de parents vivant en couple). Et, lorsque la grossesse est déclarée avant, elle l'est beaucoup plus tardivement : 26 % ont effectué leur déclaration au deuxième ou au troisième trimestre, contre 6 % des mères résidant avec un conjoint.

Cette surreprésentation de déclarations tardives tient probablement à une découverte plus tardive de la grossesse. Cette hypothèse est soutenue par les proportions plus élevées d'arrêt de contraception pour cause de grossesse, d'une part, et de grossesses non désirées, d'autre part. Il est ainsi possible que certaines grossesses déclarées

Graphique 5 – Proportion d'arrêt de la contraception pour cause de grossesse, selon la situation de couple, l'âge et le rang



Source : Drees-DGS-Inserm, *Enquête nationale périnatale 2010*.
 Champ : femmes ayant accouché en France métropolitaine en 2010, ayant déjà utilisé une méthode contraceptive.
 Lecture (exemple, courbe « Tous rangs ») : 37 % des mères âgées de moins de 20 ans et ne vivant pas en couple au moment de l'accouchement (« Hors couple ») ont arrêté la contraception car elles étaient enceintes. Tous âges confondus (« Ensemble »), 21 % des mères « hors couple » ont arrêté leur contraception pour cette raison.

Tableau 2 – Facteurs associés au fait d’avoir un enfant sans vivre en couple versus vivre en couple (régression logistique, paramètres β et seuil de significativité)

	β	Seuil de significativité
Constante	- 4,54	***
Âge		
Moins de 20 ans	0,40	**
20-24 ans	0,41	***
25-29 ans		Réf.
30-34 ans	0,24	**
35 ans et plus	0,69	***
Niveau de diplôme		
CAP/BEP	0,85	***
Collège	1,05	***
Lycée	0,56	***
Bac à bac + 2		Réf.
Bac + 3, bac + 4	- 0,21	-
Bac + 5 et plus	- 0,63	***
Nationalité		
Française		Réf.
Européenne	- 0,97	***
Afrique du Nord	- 0,83	***
Autres nationalités	0,60	***
Situation vis-à-vis de l'emploi		
En activité		Réf.
Chômage, études, autres	0,82	***
Au foyer	0,43	***
Rang de naissance de l'enfant		
Un	0,27	***
Deux		Réf.
Trois ou plus	- 0,05	-
Situation résidentielle		
Logement personnel		Réf.
En foyer, internat, hôtel, autre	1,59	***
Chez les parents, famille ou amis	2,26	***
La grossesse était souhaitée...		
Maintenant ou plus tôt		Réf.
Plus tard	0,63	***
Aurait préféré ne pas être enceinte	1,38	***
Dernière méthode de contraception utilisée		
Aucune	0,29	**
Pilule		Réf.
Préservatif	0,28	***
Retrait, abstinence	- 0,06	-
Stérilet, implant	0,07	-
Expérience d'interruption volontaire de grossesse antérieure		
Non		Réf.
Oui	0,76	***
Effectifs et %		
Naissances « hors couple »	936	7,1 %
Naissances de femmes vivant en couple	12 284	92,9%

Source : Drees-DGS-Inserm, Enquête nationale périnatale 2010.

Champ : femmes ayant accouché en France métropolitaine en 2010.

Réf. = situation de référence ; *** = facteur significatif au seuil de risque inférieur à 1 % ; ** = à 5 % ; * = à 10 %

CAP : certificat d'aptitude professionnelle, BEP : brevet d'études professionnelles ; Bac : baccalauréat.

Lecture : un paramètre β positif (resp. négatif) et statistiquement significatif indique que l'on est en présence d'un facteur positivement (resp. négativement) associé à une naissance « hors couple ». Plus la valeur de ce paramètre est élevée, plus l'effet est fort.

au deuxième trimestre ou au troisième trimestre aient été découvertes hors des délais légaux d'IVG, fixés en France à douze semaines (premier trimestre), ceci ayant conduit à la poursuite de la grossesse. Cependant, la déclaration tardive de la grossesse peut être révélatrice d'autres phénomènes tels que la méconnaissance de la législation, une méfiance envers le monde médical et institutionnel ou encore un déni de grossesse. Les quelques travaux sur le sujet suggèrent une surreprésentation, parmi les mères ne déclarant pas ou tardivement leur grossesse, de femmes de nationalité étrangère en raison de leur méconnaissance de l'obligation de déclarer la grossesse, de femmes sujettes à des addictions craignant le monde médical et un éventuel placement de l'enfant, ou encore de femmes très jeunes souhaitant garder l'enfant et qui cacheraient la grossesse à leur entourage de peur d'avoir à subir une pression à avorter (Richir, 2009). Ces tendances se retrouvent d'une certaine façon dans les résultats de l'enquête. En premier lieu, la part de déclarations tardives ou d'absence de déclaration est plus élevée chez les femmes de nationalité étrangère (37 % contre 23 % pour les Françaises). En second lieu, elle décroît avec l'âge : de 44 % chez les mères hors couple de moins de 20 ans, elle est de 15 % chez les 35-39 ans (graphique 6, p. 29).

La déclaration de grossesse en France

Dès que la grossesse est confirmée médicalement à la suite du premier examen prénatal, la déclaration de grossesse est établie, et ce avant la fin du troisième mois (quatorze semaines de grossesse), sauf cas particuliers. La déclaration peut être directement enregistrée en ligne par le médecin, la/le sage-femme ou la/le gynécologue auprès de la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) et la caisse d'Allocations familiales (Caf), ou être envoyée à ces deux organismes à l'aide d'un formulaire remis par le médecin. Cette déclaration permet l'ouverture d'un certain nombre de droits, notamment :

- les frais médicaux : remboursement à 100 % de certains frais médicaux les cinq premiers mois, de tous les frais médicaux à partir du sixième mois jusqu'à douze jours après l'accouchement ; pas d'avance de frais^(*) ;
- les allocations familiales : la déclaration de grossesse ouvre le droit à la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) qui comprend la prime de naissance et l'allocation de base (versée mensuellement jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant). L'attribution de la Paje dépend des revenus⁽²⁾ ;
- le congé de maternité : la déclaration auprès de la Cpam permet également de bénéficier du congé maternité (pré et postnatal).

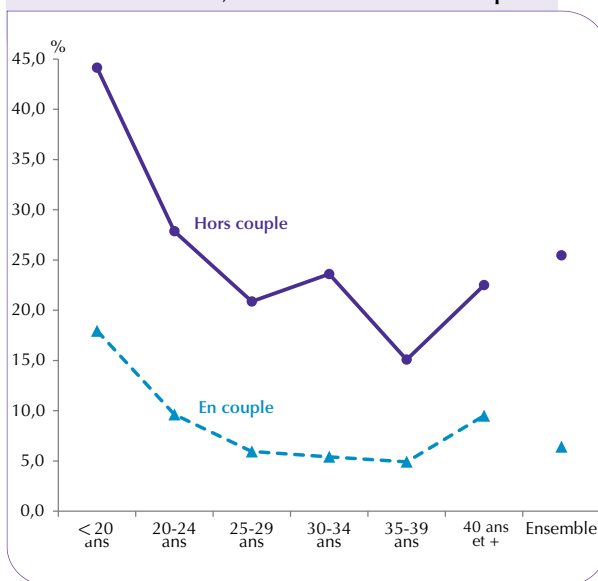
(*) <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/famille/maternite-paternite-adoption/grossesse>.

Des grossesses moins suivies

Effectuée par un personnel médical, la déclaration de grossesse marque ainsi le début du suivi médical de la gestation. Même si la fréquence du suivi et les examens prescrits varient selon les grossesses (en fonction de leur déroulement, d'éventuels risques, etc.), une norme de suivi existe avec un certain nombre d'examens et de dispositifs d'accompagnement. S'il ne s'agit pas d'obligations, ces examens sont proposés à toutes les femmes enceintes et sont remboursés par l'assurance maladie. Le fait d'être déclarées plus tardivement explique en grande partie que les grossesses des mères ne vivant pas en couple soient moins suivies (tableau 3). Les mères « hors couple » sont ainsi moins nombreuses à avoir passé les trois échographies prévues et à avoir suivi les sept consultations prénatales habituelles. Quant aux dépistages, les écarts les plus marqués concernent le dépistage de la trisomie 21⁽⁶⁾ (70 % pour les mères hors couple contre 85 % pour les mères en couple) et du diabète gestationnel (78 % contre 87 %). Aucune différence significative n'apparaît cependant en ce qui concerne le dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)⁽⁷⁾. Par ailleurs, les mères « hors couple » sont également moins nombreuses à avoir assisté aux séances de préparation à l'accouchement, qui sont généralement proposées à toutes et remboursées.

Quelle que soit la situation de couple à l'accouchement, le suivi est moindre lorsque la grossesse a été déclarée tardivement, le nombre d'examens étant très lié au temps

Graphique 6 – Proportion par âge de déclarations de grossesses au deuxième trimestre ou au troisième trimestre, selon la situation de couple



Source : Drees-DGS-Inserm, Enquête nationale périnatale 2010.

Champ : femmes ayant accouché en France métropolitaine en 2010, ayant déclaré leur grossesse.

Lecture : 44 % des mères âgées de moins de 20 ans et ne vivant pas en couple au moment de l'accouchement ont déclaré leur grossesse aux deuxième et troisième trimestres.

de grossesse restant après la découverte de celle-ci, certains n'étant par ailleurs plus possibles au-delà d'un certain délai⁽⁸⁾. À trimestre équivalent de déclaration

Tableau 3 – Suivi de grossesse selon la situation de couple et le trimestre (T) de déclaration de la grossesse (en %)

	Hors couple			En couple		
	T1	T2 ou T3	Ensemble	T1	T2 ou T3	Ensemble
Échographies : trois ou plus	99,3	78,2	92,7	99,4	93,3	98,8
Consultations prénatales : sept ou plus	74,8	48,3	67,0	80,3	65,6	79,0
Dépistage trisomie 21	80,3	44,5	69,8	87,3	65,6	85,4
Dépistage diabète	84,1	64,9	78,5	87,5	76,7	86,5
Dépistage VIH	76,0	70,0	74,3	73,3	65,9	72,6
Préparation à l'accouchement	30,9	23,2	28,7	51,5	33,2	49,9
Répartition (% en ligne)	69,7	30,3	100,0	90,9	9,1	100,0

Source : Drees-DGS-Inserm, Enquête nationale périnatale 2010.

Champ : femmes ayant accouché en France métropolitaine en 2010.

Lecture : 78,2 % des mères ne vivant pas en couple au moment de l'accouchement et ayant déclaré leur grossesse après le premier trimestre (« T2 ou T3 ») ont bénéficié de trois échographies ou plus.

(6) Il s'agit d'une anomalie génétique provoquant, chez la plupart des personnes atteintes, une déficience intellectuelle et un retard au développement psychomoteur.

(7) Le VIH est un rétrovirus qui affaiblit le système immunitaire. À un stade avancé, il rend donc l'organisme vulnérable aux infections. Il se transmet par voie sexuelle ou sanguine, ou encore de la femme enceinte à son enfant (source : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/vih/comprendre-infection-vih>).

(8) Par exemple, le dépistage de la trisomie 21 a lieu principalement au premier trimestre : parmi les femmes ayant accouché en 2015, 83 % ont réalisé cet examen ; 76 % au premier trimestre et 7 % au deuxième trimestre (Piffaretti *et al.*, 2018). Ce dépistage repose en effet sur deux examens réalisés entre onze et treize semaines d'aménorrhée, la mesure de la clarté nucale et de la longueur craniocaudale lors de la première échographie, d'une part, le dosage de deux marqueurs sériques par prise de sang, d'autre part. En cas de risque élevé révélé par ces examens, une amniocentèse peut être réalisée, généralement entre quinze et dix-sept semaines d'aménorrhée.

(trimestre 1)⁽⁹⁾, les grossesses ayant donné lieu à une naissance hors couple semblent moins suivies mais les différences sont en partie dues à des effets de structure (âge, nationalité, rang de naissance, position sociale des mères « hors couple »)⁽¹⁰⁾.

Quatre profils de mères « hors couple » à l'accouchement

Si les naissances hors couple sont davantage associées à la période de la jeunesse (résidence chez les parents, en études), elles sont également fréquentes à des âges plus avancés. C'est ainsi un visage pluriel de la monoparentalité à l'accouchement qui se dessine, la rendant non réductible aux seules maternités adolescentes. Afin de mettre au jour la diversité des profils des mères ayant un enfant alors qu'elles ne vivent pas avec un conjoint, une classification a été réalisée (on se limite donc ici aux seules naissances hors couple). Bien qu'ayant un effet propre, les variables

de ressenti au moment de la découverte de la grossesse, d'utilisation d'une contraception, de rang de naissance et d'âge sont articulées entre elles et suggèrent des logiques plurielles de monoparentalité à l'accouchement. Partant de ces quatre variables (dites « actives » dans l'analyse), une analyse des correspondances multiples (ACM) a d'abord été réalisée, puis une classification ascendante hiérarchique a été effectuée (CAH)⁽¹¹⁾. Par cette méthode, l'objectif est de regrouper au sein d'une même classe des individus qui se ressemblent (maximisation de l'homogénéité intraclasse) tout en cherchant à ce que les classes soient le plus possible dissemblables entre elles (maximisation de l'hétérogénéité interclasse). Quatre situations de monoparentalité à l'accouchement se dégagent de l'analyse : les « jeunes mamans » (28 % des mères « hors couple »), les « naissances tardives » (13 %), les « petits derniers non souhaités » (16 %) et les « naissances souhaitées maintenant » (43 %). Pour décrire une classe donnée,

Tableau 4 – Caractéristiques (variables ayant servi à la construction des classes) des quatre groupes de mères hors couple

	Naissances souhaitées maintenant (43 %)	Jeunes mamans (28 %)	Naissances tardives (13 %)	Petit dernier non souhaité (16 %)
Âge				
Moins de 20 ans	9,9	25,2	1,5	7,4
20-24 ans	23,8	55,2	9,2	7,4
25-29 ans	35,7	10,7	3,8	20,4
30-34 ans	19,5	8,9	29,8	27,2
35-39 ans	11,1	0,0	26,7	32,7
40 ans et plus	0,0	0,0	29,0	4,9
Rang de naissance				
Un	56,2	77,5	23,9	16,1
Deux	39,5	17,3	10,5	14,2
Trois ou plus	4,3	5,2	65,7	69,7
Ressenti à la découverte de la grossesse				
Heureuse que la grossesse arrive maintenant	95,0	25,4	59,0	28,1
Grossesse souhaitée plus tôt	2,5	1,8	38,6	0,0
Grossesse souhaitée plus tard	2,0	66,2	2,4	11,9
Aurait préféré ne pas être enceinte	0,5	6,6	0,0	60,0
Usage de la contraception				
Jamais	21,2	6,2	6,9	26,9
Déjà utilisé	78,8	93,8	93,1	73,1
Total (pour chaque variable)	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Drees-DGS-Inserm, Enquête nationale périnatale 2010.

Champ : femmes ayant accouché en France métropolitaine en 2010 ne vivant pas en couple au moment de l'accouchement (n = 998).

Lecture : 25,2 % des femmes du groupe « Jeunes mamans » ont moins de 20 ans.

(9) La comparaison pour les autres trimestres de déclaration est peu pertinente du fait que les grossesses hors couple sont davantage déclarées au troisième trimestre qu'au deuxième trimestre par rapport aux grossesses de mères vivant en couple ; en outre, des variations importantes de durée peuvent avoir lieu au sein d'un même trimestre.

(10) Lorsque l'on tient compte d'un ensemble de caractéristiques (modèle de régression logistique incluant la situation de couple, l'âge, le rang de naissance, la nationalité, le revenu, la situation résidentielle, le ressenti à la découverte de la grossesse et le trimestre de déclaration), il n'y a pas d'effet propre de la situation conjugale sur le suivi de la gestation (modèle disponible auprès des auteurs).

(11) Les quatre premiers axes de l'ACM ont été conservés pour construire la classification.

nous nous appuyons uniquement sur les traits qui les différencient significativement (test du χ^2) des autres classes réunies⁽¹²⁾. L'ensemble des caractéristiques des mères des différentes classes est présenté dans les tableaux 4, 5 et 6 (p. 32).

Des « jeunes mamans »

Un premier profil de « jeunes mamans » (28 %) se distingue par trois caractéristiques : leur jeune âge (80 % ont moins de 25 ans), le fait qu'il s'agisse d'une première naissance

(78 % des cas) et que celle-ci était souhaitée « plus tard » (66 %). De par leur jeune âge, ces mères sont célibataires (97 %) et plus de la moitié d'entre elles (56 %) résident chez leurs parents. Les femmes de nationalité française sont surreprésentées dans ce groupe (87 %). Seul un quart d'entre elles ont un emploi et 71 % ont un revenu inférieur à 1 000 euros nets par mois. S'il s'agit du groupe dans lequel l'usage de la contraception est le plus répandu (seulement 9 % n'ont jamais utilisé de contraception), « l'échec » est ici le plus fréquent : une mère sur deux

Tableau 5 – Caractéristiques sociodémographiques des quatre groupes de mères hors couple

	Naissances souhaitées maintenant (43 %)	Jeunes mamans (28 %)	Naissances tardives (13 %)	Petit dernier non souhaité (16 %)
Statut matrimonial légal				
Non mariée	89,0	97,0	84,7	94,4
Mariée	11,0	3,0	15,3	5,6
Situation résidentielle				
Logement personnel	61,7	37,7	76,7	67,9
Chez les parents, famille ou amis	33,5	56,1	16,5	21,0
En foyer, internat, hôtel, autre	4,8	6,2	6,8	11,1
Situation vis-à-vis de l'emploi				
En activité	39,7	25,3	41,3	26,7
Au foyer	16,3	13,9	30,1	36,1
En études	5,7	21,6	3,0	6,8
Au chômage	26,6	24,5	18,8	17,4
Autre, non précisé	11,7	14,7	6,8	13,0
Revenu mensuel net				
Moins de 1 000 euros	55,6	71,0	44,9	54,8
1 000 à moins de 1 500 euros	17,3	14,5	23,3	31,2
1 500 à moins de 2 000 euros	11,6	8,8	14,0	8,9
2 000 euros et plus	15,5	5,7	17,8	5,1
Nationalité				
Française	78,1	86,9	80,6	62,4
Européenne	2,6	0,7	1,5	3,7
Afrique du Nord	4,9	1,5	4,5	4,9
Autres nationalités	14,4	10,9	13,4	29,0
Diplôme				
Collège ou inférieur	25,2	21,3	33,1	37,1
Brevet d'études professionnelles, Certificat d'aptitude professionnelle	27,5	35,5	29,3	22,8
Niveau lycée (baccalauréat)	24,7	24,9	17,3	23,5
Bac + 1-2	10,2	12,8	9,0	10,5
Bac + 3-4	8,5	4,4	6,8	4,9
Bac + 5 et plus	3,9	1,1	4,5	1,2
Total (pour chaque variable)	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Drees-DGS-Inserm, Enquête nationale périnatale 2010.

Champ : femmes ayant accouché en France métropolitaine en 2010 ne vivant pas en couple au moment de l'accouchement (n = 998).

Lecture : 97,0 % des femmes du groupe « Jeunes mamans » ne sont pas mariées.

(12) Par exemple, pour dégager les spécificités de la classe « jeunes mères », des tests du χ^2 ont été réalisés sur l'ensemble des variables présentées dans les tableaux 4, 5 et 6 par rapport aux trois autres classes réunies (« naissances tardives », « petits derniers non souhaités » et « naissances souhaitées maintenant »). Seules sont décrites les caractéristiques pour lesquelles le test du χ^2 était significatif au seuil de 5 %.

Tableau 6 – Contraception et suivi de grossesse des quatre groupes de mères hors couple

	Naissances souhaitées maintenant (43 %)	Jeunes mamans (28 %)	Naissances tardives (13 %)	Petit dernier non souhaité (16 %)
Dernière contraception				
Aucune	27,0	9,5	11,9	31,3
Pilule	43,4	54,5	49,2	36,2
Stérilet	5,4	1,5	11,9	7,4
Implant	3,5	4,0	3,7	8,0
Préservatif	19,5	27,6	20,9	14,1
Retrait	0,5	0,7	0,8	0,6
Abstinence	0,2	1,1	0,8	1,2
Autre, non précisé	0,5	1,1	0,8	1,2
Trimestre de déclaration				
Premier	77,0	61,4	79,1	57,1
Deuxième	13,4	28,4	12,7	25,8
Troisième	3,5	5,5	1,5	6,1
Ne sait pas	6,1	4,7	6,7	11,0
Nombre de visites prénatales				
Aucune	3,7	5,0	3,2	6,8
Une à trois	11,7	16,0	10,2	23,7
Quatre à six	12,9	12,2	13,4	17,6
Sept ou plus	71,7	66,8	73,2	51,9
Nombre d'échographies				
Moins de trois	3,8	12,4	2,2	11,0
Trois ou plus	96,2	87,6	97,8	89,0
Test de dépistage trisomie 21				
Oui	74,0	67,1	77,4	57,4
Non	18,7	27,0	14,8	31,6
Ne sait pas	7,3	5,9	7,8	11,0
<i>Dont : % car consultation trop tardive</i>	6,3	17,0	1,6	15,5
Test de dépistage diabète				
Oui	81,4	77,7	80,1	70,6
Non	15,9	19,7	17,6	25,0
Ne sait pas	2,7	2,6	2,3	4,4
Test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)				
Oui	74,7	71,8	73,0	78,1
Non	18,0	20,5	13,1	8,8
Ne sait pas	7,3	7,7	13,9	13,1
Séances de préparation à l'accouchement				
Oui	32,0	35,0	23,7	13,1
Non	68,0	65,0	76,3	86,9
Interruptions volontaires de grossesse antérieures (IVG)				
Aucune	63,9	62,4	65,0	67,8
Au moins une	36,1	37,6	35,0	32,2
<i>Total (pour chaque variable)</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Source : Drees-DGS-Inserm, Enquête nationale périnatale 2010.

Champ : femmes ayant accouché en France métropolitaine en 2010 ne vivant pas en couple au moment de l'accouchement (n = 998).

Lecture : 54,5 % des femmes du groupe « Jeunes mamans » ont utilisé la pilule comme dernier moyen de contraception.

déclare avoir arrêté sa contraception parce qu'elle était enceinte et 43 % d'entre elles pour un « autre motif » (non précisé). Quatre mères sur dix ont déclaré leur grossesse après le premier trimestre, signe possible d'une découverte tardive de celle-ci. Les grossesses des « jeunes mamans » se révèlent moins bien suivies, à la fois en termes de dépistage et de nombre d'échographies (tableau 6). Ce moindre suivi est à rapprocher de la découverte plus tardive de la grossesse, qui empêche certains examens tel le dépistage de la trisomie 21 : 17 % des mères de cette classe disent ainsi ne pas avoir été dépistées parce qu'elles ont découvert trop tardivement être enceintes. Une exception apparaît toutefois : les « jeunes mamans » ont plus que les autres bénéficié de séances de préparation à l'accouchement (35 %), le moment de la découverte de la grossesse n'ayant pas lieu d'affecter ce type de pratiques. Au contraire, en raison de leur jeune âge et qu'il s'agit plus souvent d'un premier accouchement, une attention particulière leur est probablement portée à cet égard.

Des « naissances tardives »

Un deuxième profil, que l'on peut qualifier de « naissances tardives », rassemble 13 % des mères hors couple : 29 % ont 40 ans ou plus ; 86 % ont au moins 30 ans. Les deux tiers des naissances sont de rang 3 ou plus ; il s'agit néanmoins d'un premier enfant dans 24 % des cas. La plupart de ces femmes ont déjà utilisé un moyen de contraception et les naissances sont toutes voulues. Ce qui caractérise ces mères par rapport à celles des autres groupes est que nombre d'entre elles auraient souhaité que la grossesse survienne « plus tôt » (39 %). Ce groupe rassemble probablement plusieurs profils de femmes, certaines ayant pu rencontrer des difficultés à avoir un enfant pour des raisons médicales, d'autres parce qu'elles n'avaient pas de partenaire. Du point de vue sociodémographique, elles se distinguent des trois autres classes par leur statut matrimonial : 15 % de ces mères sont mariées, laissant supposer l'existence d'une vie de couple à distance ou une séparation durant la grossesse. Elles sont plus souvent actives, vivent dans un logement privé et ont des revenus plus élevés (38 % gagnent au moins 1 500 euros nets par mois). Les « naissances tardives » sont plus fréquemment déclarées dès le premier trimestre de grossesse. Pour cette raison, mais peut-être également en raison de l'âge de la mère, cela conduit à un nombre d'échographies plus important et à un dépistage de la trisomie 21 plus fréquent que dans les autres classes. La pratique d'autres tests de dépistage (VIH, diabète), la préparation à l'accouchement ou encore les consultations prénatales ne sont pas signifi-

cativement différentes de celles observées dans les trois autres groupes réunis.

Des « petits derniers non souhaités »

Le troisième groupe (16 %) se rapproche du précédent par ses caractéristiques d'âge, bien que les naissances survenant à 40 ans ou après y soient très peu fréquentes. Dans sept cas sur dix, il s'agit de naissances de rang 3 ou plus, et 60 % des mères ont déclaré qu'à l'annonce de la grossesse, elles auraient préféré ne pas être enceintes. Cette classe se distingue des autres par une proportion très élevée de femmes déclarant ne jamais avoir utilisé une méthode pour éviter d'être enceinte (27 %). Si ce groupe rassemble probablement des femmes pour qui il s'agit d'un « petit dernier non souhaité », arrivé par surprise, les caractéristiques des femmes de ce groupe laissent toutefois supposer que d'autres naissances pourraient advenir. Ces femmes sont en effet nettement plus éloignées des pratiques contraceptives mais aussi socialement défavorisées. Le moindre recours à la contraception peut d'abord être rapproché de la nationalité, les femmes d'Afrique subsaharienne étant surreprésentées dans ce groupe. Plus souvent au foyer, elles sont moins diplômées que les femmes des autres groupes et ont des revenus plutôt bas, compris entre 1 000 et 1 500 euros nets mensuels. Ces mères vivent davantage dans des logements atypiques (foyer, hôtel ou autre type de résidence non précisé). Les grossesses de ces femmes ont été le moins bien suivies, en tous points. À l'instar des « jeunes mamans », elles déclarent davantage leur grossesse au deuxième trimestre, expliquant l'absence plus fréquente de dépistage de la trisomie 21 et des échographies moins nombreuses. Mais, contrairement aux « jeunes mamans », elles se caractérisent par un nombre plus restreint de consultations prénatales (30 % en ont eu moins de quatre), une moindre pratique du test du diabète et une préparation à l'accouchement plus rare. Seul le test du VIH est davantage pratiqué, même si 13 % des mères disent ne pas savoir s'il a été réalisé.

Des naissances « souhaitées maintenant »

Un dernier profil, le plus fréquent (43 %), rassemble des femmes d'âges intermédiaires, accouchant d'un premier ou d'un deuxième enfant et qui étaient majoritairement « heureuses que cette grossesse arrive maintenant » (95 %). Si ces femmes se différencient de celles du groupe des « naissances tardives » en étant plus jeunes et en déclarant très peu de naissances souhaitées « plus tôt », elles leur ressemblent par de nombreux aspects. Sur le plan sociodémographique d'abord, leur situation est plus

installée : 40 % exercent une activité, elles sont proportionnellement plus nombreuses à disposer d'un logement indépendant et de revenus mensuels nets supérieurs à 1 500 euros. Une mère sur dix de ce groupe est par ailleurs mariée. La situation de ces femmes pourrait s'expliquer par une séparation avant l'accouchement et dont le divorce n'est pas prononcé au moment de l'enquête. Un tiers des mères de ce groupe vivent en effet chez leurs parents, ce qui pourrait correspondre à un retour au domicile parental subséquent à la rupture de leur union. La grossesse a été le plus souvent déclarée dès le premier trimestre. Elles ont ainsi bénéficié plus souvent du test du dépistage de la trisomie 21 et ont été par ailleurs mieux suivies : 72 % d'entre elles ont eu au moins sept consultations prénatales, 96 % ont eu trois échographies ou plus, et 32 % des séances de préparation à l'accouchement (la fréquence de ces dernières étant plus élevée lors d'un premier accouchement).

Cette classification fait ainsi ressortir différentes logiques de la monoparentalité à la naissance, avec un degré de planification de la grossesse variable selon le moment où elle intervient dans la trajectoire des femmes. Cela n'est pas sans incidence sur le suivi médical dans la mesure où les grossesses mal planifiées sont beaucoup moins souvent déclarées dès le premier trimestre (parmi les naissances hors couple, 63 % des grossesses souhaitées « plus tard » et 47 % des grossesses « non désirées » ont été déclarées le premier trimestre contre près de huit grossesses planifiées sur dix). Le souhait de la maternité apparaît ainsi comme un facteur-clé quant au suivi de la grossesse.

Conclusion

Les familles monoparentales sont en nette augmentation ces dernières décennies (+ 87 % entre 1990 et 2013). Cette hausse n'est cependant pas liée à une fréquence plus élevée des naissances « hors couple », dont la proportion est relativement stable (7 % en 2010) depuis le milieu des années 1970 (Toulemon, 1994 ; Blondel *et al.*, 2005 ; Blondel et Kermarrec, 2011). Elles font le plus souvent suite à une séparation et sont majoritairement composées (dans 85 % des cas en 2013) d'une mère vivant avec ses enfants (Daguet, 2017). De façon générale, les mères de familles monoparentales résident plus souvent dans des logements trop petits, sont plus souvent inactives et, lorsque cela n'est pas le cas, elles sont surreprésentées dans des métiers peu qualifiées et précaires.

Si ces traits sont communs avec les mères « hors couple » au moment de l'accouchement, la monoparentalité à l'accouchement est en outre spécifique en étant davantage inscrite dans la durée. Alors que la durée moyenne de vie en situation de monoparentalité est de cinq ans et demi, elle est de sept ans pour les personnes ayant vécu en couple mais séparées avant la naissance de l'enfant et de près de dix ans pour celles n'ayant jamais vécu en couple (Buisson *et al.*, 2015). Par ailleurs, les résultats montrent que les naissances « hors couple » sont moins souvent planifiées, rejoignant les résultats d'une précédente étude conduite au Royaume-Uni (Kiernan, 2006). L'Enquête nationale périnatale permet d'aller plus loin en montrant que ces grossesses sont bien moins suivies que les autres sur le plan médical (suivi échographique, dépistages, consultations prénatales, etc.), en grande partie en raison de leur découverte plus tardive. Ce résultat vient réaffirmer la nécessité de « garantir la possibilité pour les personnes de choisir de concevoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent », recommandation émise dans la « Stratégie nationale de santé sexuelle – Agenda 2017-2030 »⁽¹³⁾ (p. 29), en améliorant « l'impact des informations en santé sexuelle, en particulier chez les jeunes » (p. 13). Pour autant, la maternité hors couple n'est pas réductible aux seules situations de précarité. Elle relève de différentes logiques mises au jour à partir de notre classification. Si les « jeunes mamans » se caractérisent par une forte dépendance vis-à-vis de la famille, avec un éloignement prononcé du marché de l'emploi et de bas revenus, il s'agit toutefois d'un profil minoritaire parmi l'ensemble des mères « hors couple ». Par ailleurs, bien que ces naissances hors couple soient moins bien planifiées, la majorité de ces mères étaient « heureuses » à la découverte de la grossesse, rompant avec l'imaginaire de naissances qui ne seraient pas souhaitées ; non décidées pour certaines (souhaitées « plus tard »), elles ne sont pas pour autant non désirées.

L'Enquête nationale périnatale, dont l'objectif principal est de mieux connaître l'état de santé des mères, des enfants et les facteurs de risque périnatal, comporte certaines limites pour aller plus loin dans l'analyse. En premier lieu, la monoparentalité à l'accouchement est à relativiser dans un certain nombre de cas. En effet, les modalités de réponses de la question « Vivez-vous actuellement en couple ? » ne permettent pas de distinguer les mères en couple non cohabitantes des mères sans conjoint. Élisabeth Algava (2002) avait déjà observé que nombre de personnes repérées dans le recensement de la population comme vivant en famille

(13) Voir le site internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf.

monoparentale (à partir de la composition de leur ménage) faisaient cependant état d'une union en cours. Ces situations peuvent correspondre à un éloignement du conjoint, pour motifs professionnels par exemple, ou à des situations de multirésidence. L'enquête ne contient pas non plus d'informations sur le passé conjugal des mères. Or, il est possible qu'une partie des enfants aient été conçus dans le cadre d'un couple cohabitant qui s'est séparé ou qui ne cohabite pas. Les données de la cohorte Elfe montrent que, dans la majorité des cas, le père est connu : seulement 0,1 % des mères célibataires disent ne pas savoir qui est le père. Par ailleurs, même si la mère vit seule au moment de la naissance, le père peut être par la suite impliqué dans la parentalité, en particulier lorsque l'enfant est issu d'un couple non cohabitant (Pailhé *et al.*, 2020).

Sur ce point, l'Enquête nationale périnatale de 2016 (données non disponibles à ce jour) permettra d'aller plus loin dans la mesure où la situation de couple à l'accouchement est désormais saisie de façon plus précise, en distinguant trois situations : en couple corésident, en couple non corésident et seule. Le rapport présentant les premiers résultats de l'édition 2016 de l'enquête montrent ainsi que quatre mères « hors couple » sur dix sont en réalité « en relation non cohabitante » au moment où elles accouchent (Inserm-Drees 2017), situation probablement transitoire pour la majorité de ces mères. De ce point de vue, il serait intéressant de voir dans quelle mesure les naissances des mères en couple non cohabitant diffèrent de celles des mères en couple cohabitant.

- Algava É., 2002, Les familles monoparentales en 1999, *Population*, vol. 57, n° 4, p. 733-758.
- Bajos N., Ferrand M., 2006, L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative, *Sociétés contemporaines*, vol. 61, n° 1, p. 91-117.
- Blondel B., Kermarrec M., 2011, *Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*, rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale-direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques-direction générale de la santé. Site internet : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_naissances2010.pdf (consulté en juin 2020).
- Blondel B., Lelong N., Saurel-Cubizolles M.-J., 2009, Les femmes en situation précaire en France, déroulement de la grossesse et santé périnatale, *Journées de la Société française de médecine périnatale*, Arnette, Rueil-Malmaison, p. 3-17.
- Blondel B., Supernant K., du Mazaubrun C., Bréart G., 2005, *Enquête nationale périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998*, rapport Institut national de la santé et la recherche médicale-direction générale de la santé-direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Paris. Site internet : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/enp_2003_rapport_inserm.pdf (consulté en août 2019).
- Brzozowska Z., 2014, Births to single mothers: Age – and education – related changes in Poland between 1985 and 2010, *Demographic Research*, vol. 30, n° 52, p. 1445-1462.
- Buisson G., Costemalle V., Daguet F., 2015, Depuis combien de temps est-on parent de famille monoparentale ?, *Insee Première*, n° 1539.
- Daguet F., 2017, Des ménages toujours plus nombreux, toujours plus petits, *Insee Première*, n° 1663.
- Hobcraft J., Kiernan K., 1995, Becoming a parent in Europe in EAPS/IUSSP, *Proceedings of European Population Conference Milan*, Plenary paper for European Population Conference, september, p. 27-65.
- Institut national de la santé et la recherche médicale (Inserm), direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), 2017, *Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010*, octobre. Site internet : http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf (consulté en juin 2020).
- Institut national de la statistiques et des études économiques (Insee), 2015, Couples et familles, *Insee Références*, édition 2015. Site internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2017528> (consulté en juin 2020).
- Jadvá V., Badger S., Morrissette M., Golombok S., 2009, Mom by choice, single by life's circumstance... Findings from a large scale survey of the experiences of single mothers by choice, *Human Fertility*, vol. 12, n° 4, p. 175-184.

- Kiernan K., 2006, Non-residential fatherhood and child Involvement: Evidence from the Millennium Cohort Study, *Journal of Social Policy*, 35, n° 4, p. 651-669.
- Kiernan K., Smith K., 2003, Unmarried parenthood: new insights from the Millennium Cohort Study, *Population Trends*, n° 114, p. 26-33.
- Le Den M., 2014, *Grossesses et maternité à l'adolescence. Sociohistoire d'un problème public*, Paris, L'Harmattan, collection Logiques sociales.
- Le Van C., 1998, *Les grossesses à l'adolescence. Normes sociales, réalités vécues*, Paris, L'Harmattan, collection Le travail social.
- Mazuy M., 2009, Avoir un enfant : être prêts ensemble ?, *Revue des sciences sociales*, n° 41, p. 30-41.
- Mazuy M., Toulemon L., Baril É., 2014, Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours *Population*, vol. 69, n° 3, p. 365-398.
- Pailhé A., Panico L., Heers M., 2020, Being born to a single mother in France: Trajectories of father's involvement over the first year of life, *Longitudinal and Life Course Studies*, vol. 11, n° 1, p. 123-149. Voir le site <https://doi.org/10.1332/175795919X15720984151059> (consulté en avril 2020).
- Piffaretti C., Looten V., Rey S., Fresson J., Fagot-Campagna A., Tuppin P., 2018, Management of pregnancy based on healthcare consumption of women who delivered in France in 2015: Contribution of the national health data system (SNDS), *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, n° 47, p. 299-307.
- Régnier-Loilier A., 2016, La planification des naissances : mesure et facteurs associés, in Régnier-Loilier A. (dir.), *Parcours de familles*, Collection « Grandes Enquêtes », Institut national d'études démographiques, p. 217-238.
- Régnier-Loilier A., Perron Z., 2016, Intentions de fécondité et arrivée du premier enfant. Éléments de cadrage statistique dans la France contemporaine, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 214, p. 80-93.
- Richir A., 2009, *La déclaration tardive de grossesse. Identification des facteurs de risque psycho socioéconomiques chez les femmes ayant déclaré leur grossesse après 20 semaines d'aménorrhée à la Maternité régionale de Nancy entre le 01/01/2009 et le 01/07/2009*, Mémoire, Université Henri Poincaré Nancy I, École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz.
- Rozée-Gomez V., 2015, Les normes de la maternité en France à l'épreuve du recours transnational de l'assistance médicale à la procréation, *Recherches familiales*, n° 12, p. 43-55.
- Salomon M., Sylvest R., Hansson H., Nyboe Andersen A., Schmidt L., 2015, Sociodemographic characteristics and attitudes towards motherhood among single women compared with cohabiting women treated with donor semen - a Danish multicenter study, *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, vol. 94, n° 5, p. 473-481.
- Smallwood S., 2004, Characteristics of sole registered births and the mothers who register them, *Population Trends*, n° 117, p. 20-26.
- Thierry X., Prigent R., Eremenko T., Moguérou L., 2018, Caractéristiques et organisation quotidienne des familles monoparentales immigrées, *Revue des politiques sociales et familiales*, n° 127, p. 57-64.
- Tomkinson J., 2016, Les naissances de mères de moins de 20 ans en recul en Angleterre : un rapprochement avec l'Europe ?, *Population et sociétés*, n° 536.
- Toulemon L., 1994, La place des enfants dans l'histoire des couples, *Population*, vol. 49, n° 6, p. 1321-1345.
- Vilain A., Collet M., Moisy M., 2010, Les IVG en France en 2007 : caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge, in *L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique, Rapport 2009-2010*, collection Études et statistiques, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Site internet : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_sante_2009-2010.pdf (consulté en juin 2020).