Comprendre & Partager > Agir >

CAPITALISATIONS ET EXPERTISES 02

PRATIQUES D'ALIMENTATION ET DE SOINS DES FEMMES ENCEINTES ET DES JEUNES ENFANTS À NEVERS

Étude des quartiers Baratte-Courlis et Bords de Loire, 2013

Anne Bichard, Anaëlle Bidalot,
Mirrdyn Denizeau, Rémi Geoffray

ÉDITIONS DU GRET

LE GRET

Fondé en 1976, le Gret est une ONG internationale de développement qui agit du terrain au politique pour lutter contre la pauvreté et les inégalités.

Dans plus de 20 pays, ses professionnels interviennent sur une palette de thématiques afin d'apporter des réponses durables et innovantes pour le développement solidaire.

LA COLLECTION « COMPRENDRE, AGIR ET PARTAGER »

invite à réfléchir sur les politiques et les pratiques des acteurs du développement et de la solidarité. Elle restitue les résultats de travaux conduits par le Gret et ses partenaires : capitalisations d'expériences, recherches et expertises. À la croisée de retours d'expériences sur des projets ou des terrains spécifiques, et d'apports théoriques en sciences sociales, politiques ou économiques, elle s'adresse aussi bien aux praticiens et décideurs qu'aux étudiants et chercheurs.

Cette collection s'inscrit dans la continuité des publications du Gret « Études et travaux en ligne » (n° 1 à 46) et « Coopérer aujourd'hui » (n° 1 à 78), téléchargeables sur le site www.gret.org.

Pratiques d'alimentation et de soins des femmes enceintes et des jeunes enfants à Nevers

Étude des quartiers Baratte-Courlis et Bords de Loire, 2013

Anne Bichard
Anaëlle Bidalot
Mirrdyn Denizeau
Rémi Geoffray

AVRIL 2018

LES AUTEURS

Anne Bichard

Anne Bichard est actuellement chargée de programme pour l'Iram, où elle conduit des travaux d'expertise dans le champ de la sécurité alimentaire et nutritionnelle. Elle travaille depuis plus de 20 ans sur les questions d'alimentation et a développé une expertise sur l'analyse des déterminants des pratiques alimentaires. Elle a bâti l'essentiel de son expérience en Afrique subsaharienne, où elle a souvent collaboré avec le Gret.

Anaëlle Bidalot

Anaëlle Bidalot est actuellement chargée de projet et d'ingénierie pour l'Ireps Bourgogne Franche-Comté, où elle contribue au développement de la promotion et de l'éducation pour la santé sur le territoire. Elle participe à l'élaboration de projets territoriaux et accompagne les acteurs locaux dans la mise en œuvre de leurs actions et projets.

Mirrdyn Denizeau

Ingénieur agroalimentaire et expert en Nutrition en santé publique, Mirrdyn Denizeau comptabilise neuf années d'expérience professionnelle dans le domaine de la nutrition dans les pays en développement. Spécialisée en élaboration et gestion de programmes et de projets de nutrition en lien avec la sécurité alimentaire, les filières agroalimentaires, les filets sociaux et la santé materno-infantile, elle est, depuis 2013, responsable des activités Nutrition du Gret et en charge de la coordination de l'équipe « Santé : nutrition et protection sociale ».

Rémi Geoffray

Rémi Geoffray est diplômé d'un master de recherche en sociologie politique de l'IEP de Bordeaux. Il a participé à l'étude sur les pratiques d'alimentation et de soins à Nevers dans le cadre de la validation de ce master. Il a par la suite changé d'orientation et s'est lancé dans le domaine de l'artisanat.

REMERCIEMENTS

Cette étude, réalisée par le Gret en partenariat avec l'association Les acteurs solidaires en marche (Asem), a été menée par Anaëlle Bidalot et Rémi Geoffray, stagiaires puis consultants au Gret. Anne Bichard, consultante au Gret, leur a fourni un appui précieux pour l'analyse des résultats et la rédaction du rapport. Mirrdyn Denizeau, responsable des activités nutrition au Gret, a coordonné et supervisé l'étude.

Le Gret tient à remercier l'ensemble des acteurs ayant rendu possible ce travail, et plus particulièrement les acteurs locaux qui ont participé aux réunions organisées tout au long de l'étude, facilité le travail de collecte de données et contribué à l'analyse des résultats en apportant leur expérience et connaissance du contexte de Nevers : l'agence régionale de santé (ARS), la Caisse d'allocations familiales (CAF), le comité communal pour l'action sociale (CCAS), le Centre départemental de planification et d'éducation familiale de la Nièvre (CDPEF), le conseil général de la Nièvre, Consommation, logement et cadre de vie (CLCV), Coopération et famille, la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), la Croix-Rouge, le centre social Accords de Loire et le centre socio-culturel de la Baratte, la direction départementale de la Cohésion sociale et de la Protection des populations (DDCSPP), le Programme de réussite éducative (PRE), le groupement d'intérêt public-dotation (GIP), l'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS), la maison départementale de l'enfance et de la famille (Madef), la mairie de Nevers, la maison de la prévention et de l'accès aux soins (MPAS), Nièvre habitat, les services de la Protection maternelle et infantile (PMI), le Pays Nevers sud Nivernais (PNSN), la préfecture de la Nièvre, le réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP), Résédia (réseau nivernais des acteurs du diabète et de l'obésité), les Restos du cœur, le Secours catholique, le Secours populaire français et l'association Solidaires avec les paysans.

Nous tenons par ailleurs à remercier Mathilde Paperin et Nathalie Moreau, respectivement responsable du pôle épicerie et directrice de l'association Les acteurs solidaires en marche (Asem), pour leur aide et leur soutien tout au long de l'étude. Elles ont permis d'enrichir le partenariat entre le Gret et l'Asem, et ont grandement facilité le travail des consultants chargés de l'enquête terrain.

Nous remercions également le Comité national de liaison des régies de quartier et la Fondation Vinci pour leurs apports enrichissants.

Enfin, nous tenons à remercier la Fondation Daniel et Nina Carasso pour sa confiance et pour avoir financé cette étude, et également pour tous les échanges intéressants que nous avons pu avoir ensemble tout au long de celle-ci.

RÉSUMÉ

POURQUOI CETTE ÉTUDE ?

La prévention du surpoids et de l'obésité chez les enfants constitue un enjeu majeur des politiques publiques en France, dont la population touchée par des maladies non transmissibles a considérablement augmenté ces dernières décennies. Si de nombreux travaux ont analysé l'alimentation et la santé des adultes et des enfants de trois à dix-huit ans, peu d'études ou d'actions ont été conduites sur les enfants plus jeunes et sur les femmes enceintes. Le statut nutritionnel de la mère, son alimentation durant la grossesse ainsi que celle de l'enfant pendant ses deux premières années de vie (en période d'allaitement et de diversification alimentaire), de même que les pratiques de soins de la femme enceinte et du jeune enfant, ont pourtant des conséquences sur le statut nutritionnel de ce dernier et se répercutent sur sa santé à l'âge adulte. Les premières années de vie sont également une période d'apprentissage au cours de laquelle se développent les habitudes et se construisent les représentations et normes relatives à l'alimentation. On remarque enfin l'existence d'une relation forte entre statut socio-économique et taux de morbidité des pathologies liées à l'alimentation. Face à ces enjeux, le Gret et la Fondation Daniel et Nina Carasso, en lien avec l'association Les acteurs solidaires en marche (Asem), ont jugé pertinent de mener une étude afin de mieux comprendre les pratiques d'alimentation et de soins des femmes enceintes et des enfants de moins de trois ans en situation de précarité. Compte tenu de l'implantation géographique de l'Asem et du peu d'études conduites dans les villes de taille moyenne, Nevers nous a semblé être un terrain d'étude judicieux.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Cette étude a pour but d'analyser les pratiques d'alimentation et de soins des femmes enceintes et des enfants de moins de trois ans issus de familles en situation de précarité dans deux quartiers vulnérables de Nevers. Elle cherche également à identifier les difficultés rencontrées par ces femmes pour adopter les pratiques recommandées et à définir, en lien avec les acteurs locaux de la santé et de l'action sociale, un plan d'action afin de les améliorer.

MÉTHODOLOGIE

Les données présentées dans cette étude ont été récoltées par le biais de recherches bibliographiques, par des enquêtes auprès de familles en situation de précarité et par des entretiens avec les acteurs locaux intervenant auprès des populations ciblées sur le terrain. L'une des difficultés a notamment été d'identifier ces dernières et d'entrer en contact avec elles.

Suite à la pré-identification des familles à enquêter, la première phase de l'étude a consisté à faire du porte-à-porte dans les quartiers choisis (près de 2 000 logements au total) afin de voir qui souhaitait participer à l'enquête. Si cette étape, relativement longue, a permis de collecter énormément d'informations, l'exhaustivité initialement recherchée (échantillon de 150 personnes environ) n'a pas été atteinte car de nombreuses femmes n'ont pas souhaité participer à l'enquête. On estime ainsi n'avoir touché qu'un tiers de la population ciblée (50 femmes sur les 155 identifiées), ce qui constitue un biais pour l'étude.

CONTEXTE ET GROUPE ENQUÊTÉ

Les quartiers ciblés par l'étude, Bords de Loire et Baratte-Courlis, affichent les caractéristiques des zones urbaines « sensibles » : prédominance du logement social, taux de chômage élevé, faible niveau de ressources, quartiers excentrés avec peu d'accès aux commerces, etc. On note dans le groupe des femmes enquêtées une sous-représentation des femmes originaires du Maghreb et d'Europe de l'Est (plus difficile à interroger), ainsi qu'une forte présence des femmes nées en France (62 %). La moitié des femmes rencontrées se déclarent comme famille monoparentale. Une majorité (66 %) est allée au lycée général ou technique, sans nécessairement avoir décroché de diplômes. Pour l'analyse des résultats, les femmes enquêtées ont été réparties en différents groupes selon leur précarité, de façon à pouvoir étudier les liens entre précarité et pratiques d'alimentation et de soins.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Des pratiques de santé et d'alimentation inadéquates

Le modèle d'alimentation auquel se réfère l'ensemble des femmes rencontrées est celui des trois repas par jour et, si le grignotage entre les repas est un fait avéré, tous les enfants suivent néanmoins ce rythme. Chez les mères en revanche, les prises de repas sont plus irrégulières et moins de la moitié d'entre elles (48 %) a pris trois repas la veille de l'entretien. La fréquence des repas dépend souvent des échanges avec leurs enfants durant la journée, et plus elles sont isolées, plus leur alimentation est déstructurée.

La consommation en fruits et légumes est faible, et notamment chez les mères puisque, la veille de l'entretien, 65 % d'entre elles n'avait pas mangé de fruits (38 % pour les enfants). Celles-ci justifient cette faible consommation par le **goût** (préférence pour d'autres aliments) et des **raisons financières** : il existe en effet chez certaines une véritable demande en fruits et légumes à prix réduits.

Les principaux messages de promotion de l'équilibre alimentaire diffusés par le Programme national nutrition santé (PNNS) sont parfaitement connus du fait de l'omniprésence de la télévision dans les foyers. Les mères enquêtées ne se sentent toutefois pas directement concernées, alors même qu'elles consomment régulièrement, ainsi que leurs enfants, des produits sucrés et autres « nourritures plaisir ». Elles revendiquent une « forme de liberté » en réaction aux conseils de prévention, vécus par beaucoup comme une forme de jugement de leurs habitudes alimentaires et de leur style de vie.

Si les femmes allaitent leur enfant, cela ne dure toutefois jamais longtemps et la pratique de l'allaitement est moins généralisée qu'à l'échelle nationale. Les femmes qui allaitent le moins sont celles dont la situation est la plus précaire, avec 62 % des enfants jamais mis au sein contre 28 % pour les moins précaires. Ce constat est d'autant plus paradoxal que le lait maternisé ou en poudre représente un coût non négligeable. Les connaissances au sujet de l'allaitement sont globalement faibles, la majorité de femmes ne connaissant pas le principe de l'allaitement maternel exclusif et se montrant sceptique quant à sa pertinence. Concernant la diversification de l'alimentation, on note une introduction très précoce des aliments (entre deux et quatre mois pour 40 % des enfants de l'échantillon) ainsi qu'un important recours aux produits industriels (lait maternisé, Blédines et petits pots). Les messages publicitaires diffusés par l'industrie alimentaire pour bébé ont d'ailleurs souvent plus de poids que les conseils délivrés par les médecins.

Enfin, les problèmes de santé observés chez les femmes enceintes sont nombreux (diabète, hypertension, etc.) et engendrent des suivis de grossesse particuliers. 25 % des femmes interrogées ont ainsi vu augmenter la fréquence de leurs visites de suivi, et au moins 20 % ont dû suivre un régime alimentaire spécifique à cause d'un diabète gestationnel. Si l'on note dans l'ensemble une bonne observance des prescriptions médicales en cas de pathologie avérée, on observe toutefois une mise à distance des messages de prévention lorsque le risque médical n'est pas clairement identifié ou semble lointain. La santé des enfants paraît dans l'ensemble satisfaisante, grâce notamment à la régularité du suivi assuré par les médecins (et en particulier la Protection maternelle et infantile – PMI).

Une relation mère/enfant problématique

L'alimentation est un domaine dans lequel les mères cherchent à éviter le conflit avec l'enfant. Elles affichent une volonté de « bien faire » à la fois pour le satisfaire, mais également pour lui donner ce qui est le meilleur. Parce que les messages de prévention vont à l'opposé de cette optique de satisfaction, ils sont très peu suivis.

Les femmes développent des relations fusionnelles avec leur enfant et n'en laissent la garde à personne d'autre, ce qui engendre un repli sur la sphère familiale. Deux tiers des femmes interrogées ne font ainsi jamais garder leur enfant, et cette tendance s'amplifie chez celles ayant été confrontées au risque de le voir placé (20 % de l'échantillon).

Enfin, les mères ont des difficultés à affirmer leur autorité auprès de leur enfant, et le thème de « l'enfant roi » revient dans de nombreux entretiens.

Isolement et méfiance des femmes vis-à-vis de leur environnement

Fuyant ce qu'elles appellent les « rumeurs », par crainte d'être jugées sur leurs pratiques et leur style de vie, les femmes interrogées se replient sur le foyer. Elles limitent au maximum les relations avec les autres habitants du quartier, dont elles se méfient, et ne participent pas aux activités proposées dans leur entourage. 50 % des femmes déclarent ainsi n'avoir aucune fréquentation dans le quartier, et beaucoup vivent leur grossesse et les quelques années qui suivent complètement isolées, sans recevoir le moindre soutien ou conseil de la part de leur entourage.

À l'inverse, ces femmes sont particulièrement encadrées par les services sociaux. Les allocations constituent pour la majorité d'entre elles leur principale ressource financière. Cette situation de dépendance est toutefois mal vécue, et elles semblent chercher à réaffirmer leur indépendance en refusant autant que possible les conseils et interventions des services sociaux et médicaux, jugés intrusifs et infantilisants. La multiplicité des structures qui participent à leur encadrement crée par ailleurs un environnement complexe et difficile à appréhender. Il favorise l'émission de messages divergents qui brouillent les recommandations et encouragent ces femmes dans leur attitude de rejet.

RECOMMANDATIONS ET PROPOSITIONS D'ACTION

L'étude menée à Nevers révèle l'existence, dans certains contextes sociaux défavorables, de problèmes flagrants en termes de santé publique. Une intervention ne devra ainsi pas se limiter à des actions de sensibilisation ou d'éducation, car beaucoup de conseils actuellement émis sont déjà connus et souvent rejetés. L'isolement des femmes enquêtées constitue le nœud du problème et doit être la porte d'entrée pour une amélioration des pratiques d'alimentation et de soins des femmes enceintes et des enfants de moins de trois ans.

La mise en œuvre de cette action devrait idéalement être portée par une structure neutre et en même temps bénéficier d'une double tutelle (médicale et sociale) étroitement associée au pilotage du projet, afin de permettre une approche intersectorielle et faciliter ainsi les échanges d'expériences. Afin de répondre aux contraintes observées sur le terrain, l'intervention peut se décliner suivant quatre objectifs.

→ OBJECTIF n° 1 : faciliter l'insertion des femmes enceintes et des mères dans leur environnement

- Créer et animer, dans chaque quartier, un ou deux groupes de discussion accueillant les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants.
- Proposer des activités « attractives ».
- Répondre aux questions des mères.
- Faciliter les échanges entre femmes.
- Attirer les femmes à l'extérieur de leur logement.
- Informer les femmes sur les services proposés dans le quartier (guide).

→ OBJECTIF nº 2 : promouvoir des pratiques de soins et d'alimentation positives et compatibles avec l'environnement des mères

- Proposer des activités en réponse aux « pratiques des mères » : ateliers-cuisine, allaitement, plat bébé, etc. Ces activités doivent être l'occasion de valoriser les aspects positifs des pratiques de ces femmes.
- Rapprocher les femmes des initiatives existantes, comme par exemple les ateliers « Équilibrez-vous bien » ou encore les activités de l'association Solidaires avec les paysans.
- Améliorer le taux et la durée de l'allaitement grâce à un accompagnement rapproché dès la grossesse et lors de l'apparition des premières difficultés.
- Organiser des « carrefours allaitement » et un « réseau allaitement ».

→ OBJECTIF nº 3 : améliorer la relation mère-enfant et renforcer les capacités de ces femmes à remplir leur rôle d'éducatrice

- Proposer des activités rassurant la mère et la renforçant dans son rôle d'éducatrice : atelier massage bébé, théâtre forum, etc.
- L'attitude de l'animateur et des intervenants est déterminante : ils doivent valoriser les pratiques des mères et éviter toute forme de jugement.

→ OBJECTIF nº 4 : plaidoyer pour un environnement favorable à de bonnes pratiques de soins et d'alimentation

Les pratiques changeront d'autant plus facilement si le contexte est favorable à leur évolution. En d'autres termes, les acteurs locaux doivent avoir une meilleure compréhension des problématiques de nutrition propres au contexte local et avoir la volonté de s'engager dans des actions encourageant un changement de pratiques. Les actions de plaidoyer peuvent ainsi avoir à moyen terme des répercussions favorables sur les partenaires, par exemple pour inciter l'hôpital de Nevers à adhérer au label « Hôpital ami des bébés[1] », pour que la ville adhère à la charte Villes PNNS (Programme national nutrition santé), pour prioriser la promotion de l'allaitement au niveau du département ou encore pour faciliter l'homogénéisation des discours médicaux au sujet de l'alimentation de l'enfant.

1. Les établissements certifiés « Hôpital ami des bébés » s'engagent à garantir une qualité d'accueil du nouveau-né et de ses parents dans les maternités et les services de néonatalogie, notamment en encourageant et en soutenant l'allaitement, ou encore en organisant des soins autour des rythmes biologiques du nouveau-né et de sa mère. Plus d'informations sur https://amis-des-bebes.fr/.

Sommaire

Sigles et acronymes 17

INTRODUCTION 19

PARTIE 1 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE **23**

Objectifs initiaux **23**

Travail préparatoire **23**

Constituer une bibliographie 23

Rencontrer les acteurs intervenant auprès des pupulations vulnérables 24

Choix du terrain d'étude **24**

Nevers et ses quartiers 24

Les quartiers Baratte-Courlis et Bords de Loire 26

Méthode d'enquête **28**

Choix et composition du questionnaire 28

Entrer en contact 29

Les refus d'enquête 31

Organisation des *focus groups* **34**

Objectifs 34

Méthodologie 34

Récapitulatif du déroulé de l'étude **35**

PARTIE 2 : CARACTÉRISTIQUES DU TERRAIN D'INTERVENTION **37**

Les quartiers Baratte-Courlis et Bords de Loire **37**

Prédominance de la méfiance et de l'isolement 37

Diversité des conditions d'habitation 38

Cartographie des acteurs 39

Profil de la population enquêtée **47**
Trajectoire d'arrivée à Nevers 48
Origines 49
Niveaux scolaires 52
Niveaux de précarité 53
Garde de l'enfant : entre méfiance et confiance 54
Le centre social : un lieu de rencontres peu fréquenté 56
L'isolement des femmes 58

PARTIE 3 : PRATIQUES D'ALIMENTATION **65**

Préparer le repas pour la famille **65**

Déstructuration de l'alimentation quotidienne chez la mère **67**
Corrélation entre alimentation de la femme et son entourage 67
Déséquilibres nutritionnels 68

Déstructuration de l'alimentation durant la grossesse **70**
Connaissance des recommandations... 70
... et leur mise en application 70
Le faible suivi des recommandations préventives 72

L'allaitement : forte préférence pour le lait maternisé **72**
Déterminants socio-économiques des pratiques d'allaitement 75
L'allaitement maternel exclusif : une pratique méconnue 76
Manque de lait et difficultés à discuter de l'allaitement 77
Différences d'allaitement entre femmes nées en France et femmes nées à l'étranger 78
La confiance dans le lait maternisé 79
Une diversification alimentaire plutôt précoce 80

L'enfant, « roi » de son alimentation quotidienne ? **82**
L'omniprésence des produits sucrés 83
L'indépendance revendiquée des mères 83
La relation mère/enfant 84

PARTIE 4 : L'ACCÈS À L'ALIMENTATION **87**

La prépondérance du supermarché **87**

L'Épicerie solidaire **88**

La dépréciation des recours aux autres associations d'aide alimentaire **89**

PARTIE 5 : L'ACCÈS ET LES PRATIQUES DE SOINS 91

L'hôpital, suivi privilégié de la grossesse **91**
Des femmes à la santé fragile 91
Les problèmes de santé lors de la grossesse 92
Multiplication et confusion des suivis 93

Les soins de l'enfant **94**
La PMI, acteur reconnu 94
La PMI et l'accompagnement du rôle de mère 95
La concurrence entre médecins 97

PARTIE 6 : LA MISE À DISTANCE DES CONSEILS 99

Les messages **99**
L'omniprésence des messages de santé diffusés à la télévision 99
Les messages des médecins et de l'entourage 100

La mise à distance des conseils **101**
Le refus des conseils considérés comme intrusifs 101
Préventif *vs* curatif 102

CONCLUSION 105

Principaux résultats **105**
Pratiques d'alimentation et de soins inadéquates 105
Une relation mère-enfant parfois difficile 106
Isolement et méfiance des femmes vis-à-vis de leur environnement 106

Recommandations et propositions d'actions **107**
Différents niveaux d'intervention 107
Schéma global d'intervention 108

Bibliographie 113

ANNEXES

Annexe 1. Dates et contenus des réunions organisées durant l'étude 117
Annexe 2. Questionnaire utilisé pour l'étude 119
Annexe 3. Principaux résultats de l'enquête 131
Annexe 4. Panorama des acteurs de l'étude 139
Annexe 5. Variables utilisées pour l'analyse des variations de durée et des types d'allaitement 147

SIGLES ET ACRONYMES

ADN	Agglomération de Nevers
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASEM	Acteurs solidaires en marche
CAF	Caisse d'allocations familiales
CCAS	Comité communal pour l'action sociale
CDPEF	Centre départemental de planification et d'éducation familiale
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNLRQ	Comité national de liaison des régies de quartier
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CSCB	Centre socio-culturel de la Baratte
CUCS	Contrat urbain de cohésion sociale
DDCSPP	Direction départementale de la Cohésion sociale et de la Protection des populations
PRE	Programme de réussite éducative
GIP	Groupement d'intérêt public
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRD	Institut de recherche pour le développement
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
MADEF	Maison départementale de l'enfance et de la famille
MPAS	Maison de la prévention et de l'accès aux soins
PMI	Protection maternelle et infantile
PNNS	Programme national nutrition santé
PNSN	Pays Nevers sud Nivernais
REAAP	Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents
RÉSÉDIA	Réseau nivernais des acteurs du diabète et de l'obésité
ZUS	Zone urbaine sensible

Introduction

ENJEUX DE L'ALIMENTATION DES FEMMES ENCEINTES ET DES ENFANTS EN BAS ÂGE EN MILIEU PRÉCAIRE

Surpoids et obésité : des problèmes de santé publique

L'alimentation est devenue un facteur déterminant de la santé de la population : l'équilibre alimentaire, ainsi que la prévention du surpoids et de l'obésité chez les enfants, constitue un enjeu majeur pour les politiques publiques menées dans le pays (Programme national nutrition santé – PNNS[1] – Plan Obésité[2]). En effet, la part de la population française touchée par des maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, diabète, surpoids, obésité, etc.) a considérablement augmenté ces dernières décennies.

Grossesse et petite enfance : une question déterminante mais négligée

Si, en France, de nombreuses études concernant l'alimentation et la santé des adultes et des enfants de trois à dix-huit ans ont été réalisées[3], peu de recherches ont été conduites sur les enfants plus jeunes, en dehors de l'étude *Épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie*[4] (Épifane). De la même façon, il n'existe aucune enquête nationale concernant le statut nutritionnel des femmes enceintes. Le monde scientifique s'accorde pourtant à penser que les problèmes nutritionnels des enfants, qui affectent leur santé à l'âge adulte, sont liés d'une part au statut nutritionnel de la mère, à son alimentation et à ses soins durant la grossesse, et d'autre part à l'alimentation et aux soins que reçoit l'enfant pendant ses deux premières années de

1. Programme national de nutrition santé (PNNS), http://www.mangerbouger/. Le Programme national de nutrition santé est un plan de santé publique lancé en 2001, dont l'objectif est d'améliorer l'état de santé de la population en agissant sur la nutrition.

2. France. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2010-2013.

3. Études INCA, https://www.anses.fr/fr/content/les-%C3%A9tudes-inca, Institut de veille sanitaire, 2006.

4. De Launay C. *et al.*, 2011.

vie[5]. En effet, si un déséquilibre alimentaire lors de la grossesse peut entraîner chez le fœtus des carences en micronutriments (vitamines et minéraux), qui favorisent l'apparition d'anomalies risquant de devenir irréversibles si la mère n'est pas prise en charge rapidement[6], une alimentation insuffisamment diversifiée peut également provoquer chez la femme enceinte un surpoids et du diabète gestationnel, susceptibles d'entraîner des complications lors de l'accouchement et d'occasionner du diabète chez le nourrisson[7].

Le mode d'alimentation de l'enfant influençant sa santé future, l'allaitement constituerait un moyen pour limiter les risques d'obésité[8]. Des chercheurs de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ont démontré qu'une alimentation trop riche en protéines et pauvre en lipides exposait les enfants de moins de deux ans à un risque de surpoids à l'âge adulte[9]. Ce déséquilibre serait très fréquent, provoqué notamment par une consommation trop précoce de lait de vache demi-écrémé, plus maigre que le lait maternel ou maternisé (35 % des enfants de dix mois et 67 % des enfants de deux ans ayant participé à l'étude menée par l'Inserm consommaient du lait de vache demi-écrémé).

Une diversification alimentaire trop précoce constitue également un facteur de risque d'obésité[10], de même que la nature des aliments solides peut favoriser le développement du surpoids aux alentours de l'âge de cinq ans[11]. Les premières années de vie constituent une période d'apprentissage au cours de laquelle l'enfant développe des habitudes et construit ses premières représentations et normes relatives à l'alimentation. Par conséquent, l'alimentation chez la femme enceinte et le jeune enfant doit être considérée comme déterminante des bonnes conditions de vie et de santé de la population.

Inégalités sociales face à l'obésité

On observe, en particulier pour les pathologies liées à l'alimentation, une corrélation entre statut socio-économique et taux de morbidité. L'*Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité* (Obépi)[12] montre ainsi qu'il existe une relation inversement proportionnelle entre le niveau de revenu du foyer et la prévalence de l'obésité, et les personnes défavorisées seraient donc plus exposées aux risques de surpoids.

Au vu des enjeux en matière de santé publique et des enjeux sociaux révélés par les données scientifiques disponibles, il semble pertinent de focaliser l'étude sur les populations en situation de précarité et sur les pratiques d'alimentation et de soins des femmes enceintes et des jeunes enfants. La limite d'âge de trois ans a été fixée pour deux raisons : premièrement parce que les jeunes enfants sont une cible prioritaire dans la pro-

5. Maternal and Child Nutrition Study Group, 2013.
6. Gluckman P.D. *et al.*, 2010.
7. Callec R. *et al.*, 2015.
8. PNNS, 2005.
9. Rolland Cachera M.-F. *et al.*, 2013.
10. Huh S.Y. *et al.*, 2011.
11. Fleischer Michaelsen K. *et al.*, 2003.
12. Inserm, Kantar Health, Roche, 2012.

blématique de la malnutrition, et deuxièmement parce que cela permet de simplifier la conduite de l'étude, les enfants concernés n'allant pas encore à l'école (l'alimentation en milieu scolaire n'est pas notre sujet de préoccupation).

LES ACTEURS DE L'ÉTUDE ET SON LANCEMENT À NEVERS

Cette étude a été initiée sous l'impulsion de plusieurs acteurs : le Gret, la Fondation Daniel et Nina Carasso, la Fondation Vinci et le Comité national de liaison des régies de quartier (CNLRQ), dont fait partie Les acteurs solidaires en marche (Asem).

L'expérience du Gret en nutrition

Le Gret a développé depuis 1994 un programme cherchant à améliorer la situation nutritionnelle et sanitaire des femmes et des enfants dans différents pays en développement *via* la modification de leurs pratiques d'alimentation, d'hygiène et de soins. Appelé Nutridev, il est mené en partenariat avec l'Institut de recherche pour le développement (IRD). En plus de ses répercussions directes sur la population et les acteurs locaux, il a également permis de développer des méthodologies et outils dans des contextes d'intervention très variés (Asie, Afrique, océan Indien, Caraïbes, en milieu urbain ou rural). Or, il semble possible d'utiliser ces mêmes savoir-faire en France dans le cadre d'interventions ciblant les populations précarisées. Pour le Gret, qui n'est pour l'instant que peu intervenu en métropole sur le territoire national, le défi consiste à adapter ces outils et à les mettre à disposition des acteurs intervenant déjà auprès des familles en situation de précarité afin de les aider à agir plus efficacement sur ces questions de nutrition.

La Fondation Daniel et Nina Carasso

La Fondation Daniel et Nina Carasso a été créée en 2010 en hommage à la mémoire du fondateur de Danone et de son épouse. Indépendante du groupe Danone, elle finance des initiatives s'articulant autour de deux grands domaines.

- **L'alimentation :** filières agro-alimentaires innovantes, gestion des ressources naturelles et initiatives de sensibilisation à l'alimentation, de lutte contre la malnutrition et l'isolement social. Elle soutient des rencontres scientifiques sur ces sujets.
- **L'art :** métiers d'art, projets ayant pour objectif de démocratiser l'art et de le rendre plus accessible aux populations, projets liant l'art à l'éducation, à la science, aux technologies et à la solidarité internationale.

L'Asem de Nevers

L'association Les acteurs solidaires en marche (Asem) est une association née de la fusion, en janvier 2013, de l'Épicerie solidaire et de la Régie de quartier de Nevers.

- **La Régie de quartier**, fondée en 1996, a pour objectif l'insertion par le travail. Divisée en plusieurs ateliers (mécanique, menuiserie, espaces verts, nettoyage, chantiers, etc.), elle propose des contrats d'insertion renouvelables de plusieurs mois.

- **L'Épicerie solidaire**, créée en 1998, est un magasin auquel les bénéficiaires peuvent avoir accès sous conditions de ressources. Elle facilite l'accès à tous types de produits (fruits et légumes, produits d'épicerie, frais et surgelés, entretien et hygiène) à des prix inférieurs au commerce classique.

  L'Asem emploie environ 90 personnes, dont la grande majorité est dans une démarche d'insertion. Elle est implantée principalement dans les quartiers des Bords de Loire et de Baratte-Courlis, mais intervient dans toute l'agglomération de Nevers. Elle s'adresse tout particulièrement aux familles en situation de précarité et s'intéresse aux questions d'alimentation et de soins. L'Asem a hérité des partenariats tissés au fil des années par les deux structures qui la composent : elle est totalement intégrée au tissu associatif de Nevers et travaille en relation avec de nombreuses collectivités et structures étatiques.

LE LANCEMENT DE L'ÉTUDE À NEVERS

C'est dans le cadre d'une réflexion autour de l'utilisation en France des savoir-faire du Gret, principalement mis en œuvre dans les pays en développement, que des échanges ont été initiés entre le Gret, la Fondation Daniel et Nina Carasso et la Fondation Vinci, par l'intermédiaire de cette dernière. Ceux-ci ont confirmé l'intérêt de travailler ensemble sur la question de la nutrition en milieu précaire.

Comme il semblait pertinent de conduire une étude dans une ville de taille moyenne, hors région parisienne – la majorité des travaux conduits en milieu précaire la ciblant très souvent – le Gret et la Fondation Daniel et Nina Carasso se sont tournés vers le Comité national de liaison des régies de quartier (CNLRQ) afin d'identifier la zone d'intervention, puis d'y établir un partenariat avec une structure locale implantée auprès de populations en situation de précarité.

Grâce au CNLRQ, des contacts ont été établis avec l'Asem, structure implantée à Nevers au sein de deux quartiers identifiés comme zone urbaine sensible (ZUS) : les quartiers Bords de Loire et Baratte-Courlis. Il s'agit de quartiers vulnérables classés zone à urbaniser en priorité (ZUP) dont la taille devait permettre de faire reposer les résultats de l'étude sur un échantillon de personnes représentatif et exhaustif. Accueillant de nombreuses structures intervenant dans les domaines médicaux et sociaux, ces dernières étaient de plus susceptibles de faciliter la compréhension du contexte local, de favoriser le contact avec les populations et de faire par la suite office de relais d'intervention.

Méthodologie de l'étude

OBJECTIFS INITIAUX

Le principal objectif de cette étude est d'analyser les pratiques d'alimentation et de soins des femmes enceintes et des enfants de moins de trois ans dans deux quartiers vulnérables de Nevers (Bords de Loire et Baratte-Courlis).

Il s'agit de :

- comprendre le contexte de vie des habitants et les relations qu'ils entretiennent avec les acteurs locaux intervenant dans le domaine de la santé et/ou de l'alimentation ;
- analyser les pratiques d'alimentation et de soins des femmes enceintes et des enfants de moins de trois ans ;
- identifier les déterminants de ces pratiques ;
- déterminer, le cas échéant, en lien avec les acteurs de la santé et de l'action sociale, des activités permettant de les améliorer.

Un binôme de stagiaires-consultants a été recruté par le Gret afin de mener l'étude sur le terrain, d'après la méthodologie présentée ci-dessous. Il a travaillé en étroite collaboration avec les équipes de l'Asem et du Gret, et a été hébergé dans les locaux de l'Asem durant toute la durée de l'étude (mai 2013-mars 2014).

TRAVAIL PRÉPARATOIRE

Constituer une bibliographie

Très peu d'études croisent les catégories femmes enceintes/jeunes enfants avec la thématique de la précarité. Le travail bibliographique a donc puisé dans une diversité de politiques publiques, publications et études abordant la question des populations vulnérables en situation de précarité (notamment dans la Nièvre), de l'alimentation, des soins et de la précarité, de la consommation et des jeunes enfants.

Rencontrer les acteurs intervenant auprès des populations vulnérables

Le Gret a rencontré 25 acteurs (sur les 30 identifiés) intervenant dans les domaines du médical, du social et/ou de l'alimentaire auprès des populations des quartiers de Bords de Loire et Baratte-Courlis.

Une série d'entretiens a permis de :

- présenter le projet d'enquête et d'en discuter avec des acteurs travaillant auprès des populations des deux quartiers ciblés ;
- disposer d'un panorama global des services et structures de Nevers.

Les personnes rencontrées ont confirmé l'existence de « mauvaises » pratiques d'alimentation.

Si les personnes rencontrées ont confirmé l'existence de « mauvaises » pratiques d'alimentation, elles ont toutefois également reconnu leur méconnaissance des populations de ces quartiers (nombre d'habitants exact, caractéristiques socio-économiques, etc.).

Des réunions ont été organisées (voir le déroulé en annexe 1) et ont permis à des acteurs ne se connaissant pas, ou très peu, de se rencontrer. Des échanges informels réguliers ont permis de faire le point sur l'étude, notamment avec la Protection maternelle et infantile (PMI) et les centres sociaux.

CHOIX DU TERRAIN D'ÉTUDE

Nevers et ses quartiers

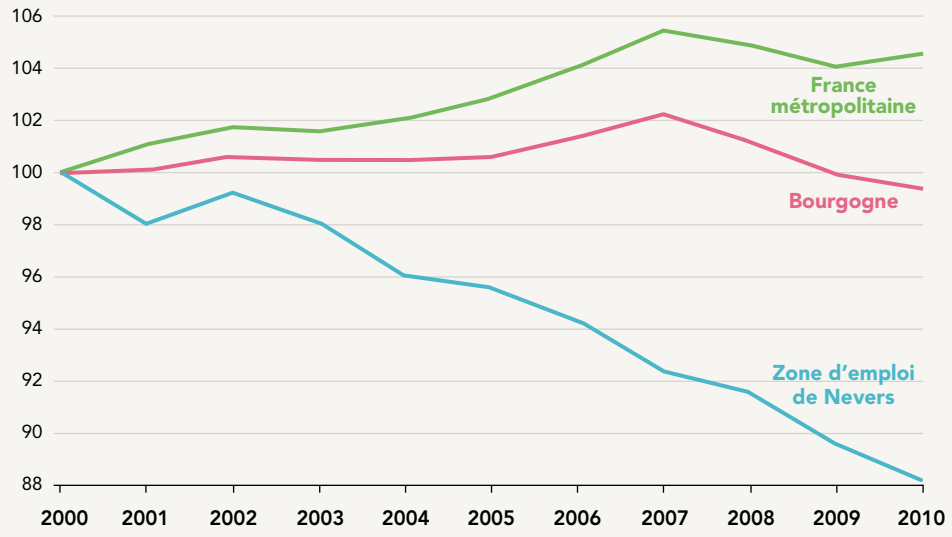
Nevers est la quatrième agglomération de la région Bourgogne. Sa population diminue du fait d'un déficit à la fois naturel et migratoire. Depuis 2000, le territoire perd des emplois de façon continue, y compris dans le tertiaire, peu stimulé par les changements démographiques. La ville est touchée par un taux de chômage supérieur au niveau national, comme le montre la figure 1 ci-contre.

Quatre quartiers présentent une situation particulièrement précaire : le Banlay, les Bords de Loire, les Courlis et la Grande Pâture.

Quatre quartiers présentent une situation particulièrement précaire : le Banlay, les Bords de Loire, les Courlis et la Grande Pâture, tous concernés par le contrat urbain de cohésion sociale[1]. Un habitant de Nevers sur cinq vit dans ces quartiers, soit au total 6 700 personnes. Les salariés sont majoritairement des ouvriers, et les cadres représentent moins de 1 % de la population. Les revenus des ménages sont nettement plus faibles que dans le reste de l'agglomération :

1. Il s'agit d'un contrat passé entre l'État et les collectivités territoriales qui engage chacun des partenaires à mettre en œuvre des actions concertées pour améliorer la vie quotidienne des habitants dans les quartiers connaissant des difficultés (chômage, violence, logement, etc.).

FIGURE 1 Évolution de l'emploi à Nevers entre 2000 et 2010 (base 100 en 2000)



en 2006, le revenu médian par unité de consommation[2] était de seulement 7 500 euros, contre 15 500 à Nevers[3].

La population est largement couverte par les allocations de la Caisse d'allocations familiales[4] (CAF), et les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) y sont également plus fréquents (35 % contre 16 %). Les personnes couvertes par la CAF et concernées par un revenu minimum social[5] sont là encore plus nombreuses qu'au niveau de la commune dans son ensemble (44 % contre 28 %). La précarité y est très importante : au Courlis, près de 35 % des allocataires de la CAF dépendent de ces prestations sociales, qui représentent les trois quarts de leurs revenus[6].

31 % des chômeurs n'ont aucune qualification, contre 24 % pour tout Nevers. La population y est plus jeune : 28 % a moins de dix-huit ans, contre 20 % pour le reste de la commune. Enfin, le parc de logements de ces quartiers est constitué d'habitats collectifs (92 %), et les propriétaires sont peu nombreux (6 %).

2. Système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes.

3. Insee Bourgogne, 2009.

4. 72 % contre 51 % pour le reste de la ville.

5. Revenu versé à chaque personne précaire dès l'âge de 18 ans, sous conditions de ressources.

6. Brion D., 2013.

FIGURE 2 Les différents quartiers de la ville de Nevers (source : Ville de Nevers)

Les quartiers Baratte-Courlis et Bords de Loire

L'identification des populations auprès desquelles mener l'enquête a nécessité un important travail de préparation. La population de ces deux quartiers est relativement jeune (près de 40 % a moins de vingt-cinq ans), peu diplômée, et le taux de chômage y est bien supérieur à la moyenne nationale (29,1 % dans la ZUS des Bords de Loire, qui regroupe les quartiers Bords de Loire et Baratte-Courlis, contre 16 % à Nevers et 10 % au niveau national). Le revenu médian par unité de consommation est compris dans la catégorie des salaires les plus modestes (7 431 euros contre 17 165 euros à Nevers) et montre de fortes dispersions (147 % par unité de consommation en 2009) – voir le tableau 1 ci-contre.

L'identification des populations auprès desquelles mener l'enquête a nécessité un important travail de préparation.

D'après le recensement réalisé par le ministère de la Ville à partir des données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), il y avait à l'époque de l'étude 3 589 habitants dans la ZUS des Bords de Loire. Si l'on considère que les populations sont réparties de manière équilibrée, on peut estimer que les enfants de moins de trois ans représentent

3,7 % du total[7]. L'échantillon de la population cible étant estimé dans les deux quartiers ciblés par l'étude à environ **140** personnes, il semblait donc possible d'y réaliser une enquête exhaustive (données Insee). **Sur la base de ces données, et toujours dans un objectif d'exhaustivité, la taille de l'échantillon a donc été calibrée à 150 personnes environ.**

La taille de l'échantillon a été calibrée à environ 150 personnes.

TABLEAU 1 Comparaison des variables socio-économiques de Nevers et de la ZUS des Bords de Loire (quartiers Bords de Loire et Baratte-Courlis)

(source : données Insee)

	ZUS DES BORDS DE LOIRE	UNITÉ URBAINE DE NEVERS
Chômage	29,1 %	16 %
Part des jeunes adultes sans diplôme de niveau au moins égal au baccalauréat (début 2007)	70 %	49,1 %
Moins de 25 ans	39,7 %	29,9 %
Étrangers	7,7 %	4,3 %
Familles monoparentales	35,2 %	17,2 %
Revenu par unité de consommation médian (2009)	7 431 €	17 165 €
Indicateur de dispersion du revenu par unité de consommation (2009)	146,8 %	75,9 %
Part des ménages locataires (fin 2009)	99,8 %	49 %
Ménages non imposés	76 %	42 %

Quartier Baratte-Courlis © Gret

Quartier Bords de Loire © Gret

7. Estimation réalisée en prenant en compte que les moins de quinze ans représentent 18,43 % de la population. Source : Insee, *Estimations de la population en France métropolitaine* (résultats provisoires arrêtés à fin 2012).

Pour des raisons de confidentialité, il n'a pas été possible d'obtenir les données enregistrées par les structures travaillant en lien avec les femmes enceintes et les jeunes enfants (CAF, bailleurs sociaux, PMI, etc.), et donc d'établir une liste précise des familles à enquêter. Les réunions avec la PMI ont toutefois permis d'estimer, grâce au suivi effectué par les puéricultrices intervenant dans les deux quartiers, à environ **160** le nombre de femmes enceintes et d'enfants de moins de trois ans, corroborant ainsi l'estimation calculée sur la base des données Insee.

MÉTHODE D'ENQUÊTE

Une enquête sur l'alimentation pose des défis méthodologiques spécifiques, et particulièrement lorsqu'elle porte sur des populations en situation de précarité.

Le premier problème, spécifique aux enquêtes menées en France, est de parvenir à trouver des personnes acceptant de participer à l'enquête lorsqu'elles ne sont pas rémunérées. Les données à collecter peuvent de plus être très générales (habitudes de consommation) ou « se rapporter à des cas particuliers dus à la diversité et à l'instabilité des pratiques quotidiennes[8] ». En milieu précaire, ces pratiques sont potentiellement instables et changeantes (horaires, fréquences, aliments consommés, etc.), ce qui représente une difficulté supplémentaire pour l'interprétation des données collectées, et d'autant plus sur un échantillon non représentatif de la population. Ces difficultés sont accentuées par l'asymétrie enquêteurs/enquêtés et l'habitude de ces derniers d'adapter leur discours face aux institutions de contrôle (assistants sociaux, CAF, etc.) : les réponses obtenues sont en effet susceptibles de correspondre à ce que l'enquêté croit être la bonne réponse plutôt qu'à ce qu'il pense ou fait réellement. Ce biais peut toutefois être prévenu par la création entre les deux parties d'une relation de confiance.

Le questionnaire permet de mener des discussions riches en information tout en offrant la possibilité de produire des données standardisées et chiffrées.

La méthode d'enquête mise en place à Nevers se compose de deux volets, qui sont respectivement la conduite de **questionnaires** et la réalisation de ***focus groups***.

Choix et composition du questionnaire

Le questionnaire permet de mener des discussions riches en information tout en offrant la possibilité de produire des données standardisées et chiffrées pouvant être comparées. Sa logique se rapproche de plus de celle du sondage et de l'enquête, connus des habitants car les bailleurs sociaux en effectuent régulièrement auprès de leurs locataires, par téléphone ou porte-à-porte. Cela permet d'atténuer les réactions d'appréhension et/ou refus.

8. Masullo A., 2011.

Le questionnaire final comporte 184 questions[9], qui ont permis d'aborder l'ensemble des thèmes suivants :

- histoire de la personne interrogée ;
- composition du foyer ;
- éducation et situation professionnelle ;
- revenus ;
- relation au quartier ;
- connaissances sur les pratiques recommandées d'alimentation et de soins de la femme enceinte et du jeune enfant ;
- alimentation de la mère ;
- alimentation du nourrisson ;
- alimentation du jeune enfant ;
- accès à l'alimentation ;
- soins durant la grossesse ;
- soins du nourrisson.

Ce questionnaire a été complété par un entretien. Cet entretien a duré une vingtaine de minutes pour les femmes enceintes, et un peu plus longtemps pour les femmes ayant un enfant en bas âge (environ une demi-heure). Il est préférable de fixer un rendez-vous plutôt que de chercher à collecter les informations directement lors de la prise de contact. La longueur du questionnaire a parfois été un motif de refus de participer à l'enquête.

Entrer en contact

Premier contact

Afin de se présenter (expliquer leur présence dans le quartier et l'objet de l'étude de la façon la plus transparente possible), les deux consultants du Gret ont dû multiplier les rencontres avec les femmes concernées par l'étude et les professionnels intervenant dans ces zones, et se mêler autant que possible à ce nouvel environnement. L'objectif de cette première phase était de créer une relation de confiance afin que les questionnaires soient menés sans appréhension. Les prises de contacts ont été nombreuses : à la sortie des écoles, de la crèche, au centre social, à la PMI, dans la rue, etc. Les consultants ont standardisé leur manière de se présenter : en binôme pour l'enquête de terrain ; seuls pour les prises de contact, le porte-à-porte et la conduite du questionnaire afin de ne pas impressionner les personnes rencontrées et par souci d'efficacité.

Séverine Gojard, directrice de recherche à l'Institut national de recherche agronomique (Inra), explique que « la discussion avec une enquêtrice sur l'alimentation des nourrissons n'est jamais un exercice neutre, *a fortiori* lorsque l'enquêtrice semble connaître l'équipe

9. Voir annexe 2.

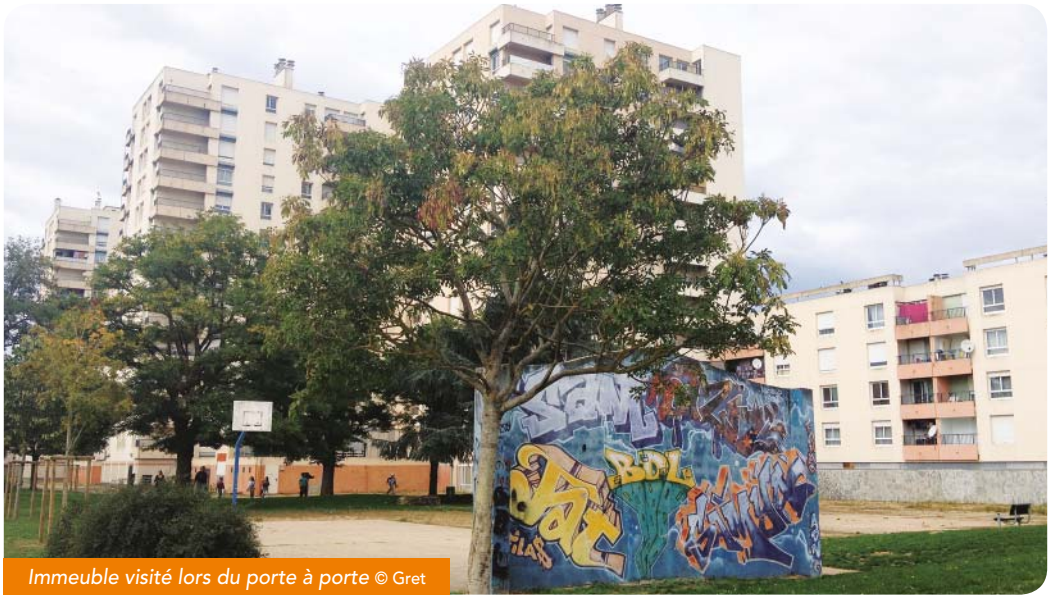
L'étiquette « nouvel acteur » du Gret a semblé être un avantage pour recueillir des réponses moins biaisées.

de soins de la PMI et y est plus ou moins assimilée[10] ». Dans notre cas, l'étiquette « nouvel acteur » de l'enquêteur du Gret, détaché des institutions, a semblé être un avantage pour recueillir des réponses moins biaisées. En effet, il aurait été beaucoup plus difficile de discuter des pratiques d'alimentation et de soins en représentant un acteur connu des populations (le centre social ou la PMI par exemple), susceptible d'inspirer de la méfiance ou de représenter des intérêts particuliers aux yeux de la population.

Porte-à-porte

D'après les acteurs locaux, la méthode d'enquête en porte-à-porte est la plus efficace pour entrer en contact avec le maximum de femmes enceintes et de mères d'enfants en bas âge : c'est donc celle qui a été choisie. Bien qu'elle ait nécessité beaucoup de temps (plus de 2 000 foyers ont été identifiés pour composer l'échantillon), c'est le seul moyen qui permette d'identifier, d'estimer et de localiser efficacement la population à enquêter ainsi que les personnes qui n'auraient pas été ciblées, faute d'utiliser les services locaux. Cette méthode a ainsi permis de préciser le nombre de femmes enceintes et/ou de mères d'enfants de moins de trois ans vivant dans les deux quartiers ciblés, pour pouvoir les contacter et leur présenter le questionnaire.

Plus de 2 000 foyers ont été identifiés pour composer l'échantillon.



Immeuble visité lors du porte à porte © Gret

10. Gojard S., 2012, p. 3.

Afin de rencontrer le plus de personnes possible, les consultants ont adapté l'heure de leur passage en fonction des jours de la semaine et de la période scolaire. Ils se sont ainsi présentés durant les vacances en fin de matinée (10 h 30-12 h 30) et en fin d'après-midi (16 h-18 h), et un peu plus tôt lorsqu'il y avait école (de façon à avoir terminé la prise de contact avant le retour des enfants scolarisés).

Prises de rendez-vous

Des rendez-vous ont ensuite été fixés avec les femmes acceptant de participer à l'étude afin de répondre au questionnaire, le plus souvent un jour d'école et durant les heures de classe des enfants, ou lors des jours de repos pour celles ayant un emploi.

Si, dans la plupart des cas, il a simplement fallu convaincre les femmes de participer à l'étude, il a également parfois été nécessaire d'en discuter avec leur conjoint lorsque celui-ci était présent ou que leur femme ne parlait pas français (fait relativement minoritaire). Parmi les femmes rencontrées :

- une minorité a tout de suite accepté, sans qu'il y ait besoin de discuter de l'intérêt de l'étude. Il s'agissait surtout de femmes isolées restant chez elles ou intriguées par notre démarche ;
- la majorité a fait preuve d'un certain scepticisme, voire d'un refus catégorique : il a alors fallu négocier la participation à l'étude et insister sur les raisons pour lesquelles il était important de répondre au questionnaire, ainsi que sur les bénéfices qu'elles pouvaient en tirer.

Au total, 83 rendez-vous ont été fixés. Lors de ces rencontres, les deux enquêteurs se sont retrouvés dans une position relativement ambiguë : par la méthode du porte-à-porte, ils étaient assimilés à des commerciaux dont les passages sont fréquents, et qui ne sont pas appréciés ; par celle du questionnaire et la référence aux partenaires (Les acteurs solidaires en marche – Asem –, PMI et centres sociaux), ils étaient rattachés à des institutions importantes et reconnues, mais également parfois sources de craintes.

Les refus d'enquête

Sur les 83 questionnaires prévus initialement, 50 seulement ont pu être menés à bien. Il n'a pas été possible d'atteindre l'objectif d'exhaustivité pour trois grandes raisons : les portes fermées, les refus directs et les rétractations.

50 questionnaires seulement, sur les 83 prévus initialement, ont pu être menés à bien.

Portes fermées

On estime que, parmi les 155 personnes « pré-identifiées », environ 40 n'ont pas ouvert leur porte lors de la première visite des enquêteurs. Il s'agit du type de refus le plus compliqué à expliquer, puisqu'il n'a pas été possible de discuter avec les personnes concernées ni d'avoir la confirmation de la présence d'enfants en bas âge ou de femmes enceintes dans ces appartements (les informations collectées à ce sujet n'étaient pas entièrement fiables, car soit en partie confidentielles, soit provenant des indications

incertaines de voisins). Les portes fermées associées au bruit de pas veulent en général dire que la personne, après avoir regardé par le judas, n'a tout simplement pas voulu ouvrir la porte.

TABLEAU 2 Récapitulatif chiffré de la conduite des questionnaires

	NOMBRE DE QUESTIONNAIRES EN CHIFFRES	NOMBRE DE QUESTIONNAIRES EN POURCENTAGES
Nombre total de questionnaires prévus (estimation)	**155**	**100 %**
Questionnaires conduits	**50**	**32,3 %**
Réalisés le jour prévu	22	14,1 %
Reportés une ou plusieurs fois	28	18,2 %
Questionnaires non conduits, pour les raisons suivantes :	**105**	**67,6 %**
Portes fermées	40	25,8 %
Refus directs	32	20,6 %
Rétractations	33	21,2 %
- dont rendez-vous pris, mais la porte n'a jamais été réouverte	17	10,9 %
- dont changement d'avis, avec refus au moment du rendez-vous	16	10,3 %

Refus directs

Il s'agit des personnes qui, au moment du passage de l'enquêteur, ont ouvert la porte mais n'ont pas souhaité participer à l'enquête. On en compte au total 32. Cela est révélateur de l'une des limites de la méthode du questionnaire à domicile, dont l'aspect intrusif est parfois mal perçu.

« Tant que je serai vivante, que je serai chez moi, on ne passera pas les portes de chez moi. »

Jeune mère avec sa sœur, ses deux enfants, et sa mère : ne souhaite pas participer (fatiguée), parce que ce type d'enquête l'ennuie : « Déjà elles [à la PMI] me disent ce que je dois faire, je sais ce qui est bon pour mes enfants. »

Journal d'enquête, 27 juin 2013.

« Et là j'ai dit "non", moi je vous jure que l'assistant social, comme les dames de PMI […], ils ne viendront pas chez moi. Tant que je serai vivante, que je serai chez moi, on ne passera pas les portes de chez moi [rires]. Vous avez eu de la chance de venir. »

Mme D., *focus group* 1.

Ces refus viennent d'une part d'un manque d'intérêt pour le sujet de l'enquête, et d'autre part d'une réaction contre les intrusions d'institutions extérieures. Les visites de l'assistante sociale, de la PMI ou d'éducateurs ont très souvent été évoquées lors des questionnaires. Elles sont dans l'ensemble mal perçues, considérées comme une forme de surveillance et de jugement, ou comme dénuées de tout intérêt. Le besoin exprimé est celui de « se sentir chez soi ». Il s'agit ici de refus **ouverts** : la personne dit clairement ne pas vouloir/pouvoir participer, parfois avant même toute tentative pour la convaincre.

> *« Pourquoi tu la cherches ? […] Elle va te dire, "oui j'ai des soucis avec les enfants", et après tu vas faire quoi ? […] Arrête de me casser les couilles et ne repasse plus chez moi. »*
>
> M. M., Journal d'enquête, 1er octobre 2013.

Rétractations

Sur les 83 personnes avec qui un rendez-vous a été fixé, 33 se sont finalement rétractées :

- 17 n'ont jamais réouvert la porte. Si, d'après les voisins, certaines personnes avaient déménagé, la majorité d'entre elles n'a tout simplement plus donné signe de vie, manifestant ainsi son refus ;
- 16 personnes ayant accepté de participer, et avec qui un rendez-vous avait été fixé, se sont finalement rétractées, souvent après que l'enquêteur fut passé chez elles plusieurs fois sans succès. L'argument du temps est souvent utilisé. Pour quatre personnes, c'est le conjoint qui, n'ayant pas été prévenu du rendez-vous pris par son épouse, a refusé de laisser entrer l'enquêteur.

Sur les 50 questionnaires effectivement menés à terme, seulement 22 ont été conduits le jour du rendez-vous. La majorité a nécessité plusieurs passages, jusqu'à une dizaine dans certains cas : oubli du rendez-vous, présence d'invités, des enfants, absence, etc.

Ces difficultés pour entrer en contact et obtenir une participation volontaire des habitants sont des constantes des enquêtes menées auprès de publics en situation de précarité. Des travaux anciens font déjà mention de ces défis : dans sa thèse d'ethnologie conduite en 1978 sur la question des liens sociaux dans une cité HLM de Stains[11], Monique Selim évoque de nombreux refus, parfois agressifs, des habitants avec qui elle essaie de mener des entretiens. Le déroulement de l'enquête est difficile, et elle décide de renoncer à son objectif initial d'exhaustivité. Ces difficultés viennent de l'impossibilité de trouver des personnes qui entretiennent des relations suffisamment bonnes avec leurs voisins pour pouvoir leur présenter l'enquêtrice.

Obtenir une participation volontaire des habitants est une difficulté constante des enquêtes menées auprès de publics en situation de précarité.

11. Selim M., 1979.

ORGANISATION DES *FOCUS GROUPS*

Objectifs

Trois *focus groups* ont été organisés, avec les objectifs suivants :

- compléter et vérifier les informations récoltées *via* le questionnaire ;
- mener une discussion en groupe pour permettre aux femmes d'échanger entre elles et de faire ressortir des éléments d'analyse ;
- approfondir certains thèmes, choisis après l'analyse des questionnaires ;
- pérenniser éventuellement ce groupe de discussion (demande formulée par plusieurs des femmes).

Méthodologie

Vingt femmes ayant répondu aux questionnaires ont été choisies et invitées à un « goûter des mamans » organisé dans les locaux de l'Épicerie solidaire. Un rappel sous la forme d'un passage à domicile a été effectué une semaine avant la date prévue pour les *focus groups*, et les numéros de téléphone notés lorsque les femmes l'acceptaient. Les participantes ont été rappelées la veille de la réunion, ce qui a été déterminant compte tenu du fait qu'aucune d'entre elles n'en avait noté la date.

Test du questionnaire à l'Épicerie solidaire de Nevers © Rémi Geoffray

RÉCAPITULATIF DU DÉROULÉ DE L'ÉTUDE

Pré-identification, avec les acteurs intervenant à Nevers, des populations cibles et compréhension du contexte.	
Choix du terrain d'intervention en fonction du nombre de foyers pouvant être enquêtés et de leur vulnérabilité socio-économique.	
Calibrage de l'échantillon cible (femmes enceintes et enfants de moins de trois ans), d'après les données Insee et le témoignage des acteurs sociaux, à environ 150 personnes.	
Préparation des questionnaires et *focus groups*, associant les acteurs locaux.	
CONDUITE DES QUESTIONNAIRES	
Porte-à-porte auprès de 2 000 logements afin d'identifier clairement les personnes composant l'échantillon (150 environ).	
Sur les 155 personnes identifiées comme cibles pour l'enquête :	
➢ La porte est **fermée** (40 personnes)	Il n'a jamais été possible de vérifier qu'il s'agissait bien de la population cible.
➢ La porte est **ouverte** (115 personnes)	1. La personne refuse directement de participer à l'enquête (32 personnes)
	2. Un rendez-vous est fixé ultérieurement pour conduire le questionnaire (83 personnes).
	- **CAS 1 :** la personne honore le rendez-vous (parfois repoussé plusieurs fois) et le questionnaire est rempli (50 personnes).
	- **CAS 2 :** la personne n'a jamais réouvert la porte (17 personnes).
	- **CAS 2 :** la personne se désiste au dernier moment (16 personnes).
CONDUITE DES *FOCUS GROUPS*	
Sélection de 20 femmes parmi les 50 ayant répondu au questionnaire.	
Organisation d'un goûter auquel ces 20 femmes sont invitées.	

Étapes préparatoires *Étapes méthodologiques*

Caractéristiques du terrain d'intervention

LES QUARTIERS BARATTE-COURLIS ET BORDS DE LOIRE

La phase de porte-à-porte et la rencontre avec les structures opérant dans les quartiers ont permis de mieux comprendre le contexte de vie des deux quartiers ciblés.

Prédominance de la méfiance et de l'isolement

Le porte-à-porte a permis de recenser et de localiser les femmes enceintes et les enfants en bas âge, mais également d'échanger avec un très grand nombre d'habitants et, ce faisant, de s'immerger dans le quotidien des quartiers de Bords de Loire et Baratte-Courlis. Certaines personnes rencontrées ayant un besoin visible de parler, les discussions s'engagent autour de sujets qui s'écartent rapidement du cadre strict de l'enquête pour aborder les relations de voisinage, les problèmes de logement, les études, le travail, le quartier, la ville ou, plus généralement, la politique. Paradoxalement, s'il est assez facile d'établir le contact lorsque l'on effectue une démarche en porte-à-porte, cela l'est beaucoup moins avec les femmes concernées par l'enquête. Il est en effet très rare qu'elles réservent un accueil aussi chaleureux que celui d'autres personnes non enquêtées, comme les seniors isolés. La perspective de se livrer dans le cadre formalisé de l'enquête, avec des informations qui seront rapportées et analysées, suscite en effet chez elles une certaine forme de méfiance.

Les consultants ont pu échanger avec des personnes aux opinions très variées du fait de la diversité des âges, des relations avec le quartier et des histoires propres à chacun. Toutefois, le principal constat partagé par la quasi-totalité des personnes rencontrées est celui de l'isolement et de la méfiance entre habitants.

> *« Moi les voisins, c'est bonjour/bonsoir, et chacun chez soi. »*
>
> *« Les voisins je ne m'en occupe pas, allez leur demander, je ne veux pas savoir. »*
>
> *« Je ne peux pas vous dire, je pars le matin, je rentre le soir, moi c'est "bonjour/bonsoir" et c'est tout. »*
>
> *« Nous on ne veut pas d'histoires, ici ça parle sur tout le monde, donc on dit rien. »*
>
> Extraits du Journal d'enquête.

Diversité des conditions d'habitation

Les quartiers Bords de Loire et Baratte-Courlis, construits respectivement dans les années 1970 et 1980, ont connu de nombreux changements : vieillissement et diminution de la population, disparition des commerces, transformation progressive des bâtiments pour rompre les grands ensembles, etc. Ces évolutions ont influencé le dynamisme des quartiers, et en particulier celui de Baratte-Courlis. Relativement isolé du reste de la ville par sa géographie particulière, il est entouré au sud par la Loire, à l'ouest par le canal de dérivation de la Nièvre, à l'est par l'autoroute et au nord par le quartier pavillonnaire de la Baratte. Il se concentre de plus autour d'un espace particulier, la « Place des Grands Courlis », qui était autrefois considérée comme un endroit chaleureux et convivial, mais aujourd'hui connue pour sa délinquance et ses dégradations.

Ces quartiers concentrent de nombreuses familles en situation précaire.

Ces quartiers regroupent de nombreuses familles en situation précaire : en 2006, le revenu fiscal annuel médian des ménages était respectivement de 6 900 pour le quartier de Baratte-Courlis et de 8 200 euros pour celui des Bords de Loire. Dans ces mêmes quartiers, respectivement 74 % et 67 % des ménages n'étaient, en 2007, pas imposés[1].

Dans le quartier des Bords de Loire, tous les bâtiments sont gérés par Nièvre habitat. Dans le quartier Baratte-Courlis, 60 % des logements appartiennent à Nièvre habitat, et 40 % à Coopération et famille. On observe une différence de population entre les bâtiments, et notamment entre ceux gérés par Nièvre habitat. Certains sont occupés majoritairement par des seniors, d'autres plutôt par des familles. À certains étages, on ne trouve par exemple que des familles d'origine étrangère. Si ce constat n'est pas confirmé par les représentants de Nièvre habitat, il semble y avoir une forme de rapprochement entre habitants en fonction de critères spécifiques. Des personnes âgées ont ainsi expliqué que certains bâtiments, situés à la périphérie des quartiers, étaient plus demandés car réputés pour leur sécurité et leur propreté. Les immeubles de l'allée de Neubrandenburg possèdent par exemple des halls spacieux et parfaitement entretenus, et sont équipés de parkings souterrains sécurisés (ce sont les seuls immeubles à en disposer). Ils sont majoritairement occupés par des personnes âgées vivant seules.

Ces différences entre immeubles sont souvent amplifiées dans l'imaginaire des personnes par la circulation de rumeurs.

> *« Et puis cette tour-là, elle a été squattée […]. Je n'habite pas dans cette grande tour heureusement, il y a eu un mort, ce serait un meurtre, il a été enfermé dans sa propre cave, mais il a été ouvert, tous ses organes sortaient. Il y a eu aussi une violée par quinze gars du quartier, y'en a eu de la jungle dans cette tour. »*
>
> Mme S., *focus group* 1.

À la différence de Nièvre habitat, dont le taux d'occupation des bâtiments reste relativement élevé (entre 81 et 83 %, voir le tableau ci-contre), Coopération et famille regroupe

1. Insee Bourgogne, 2009.

les habitants dans quelques bâtiments et mure progressivement ceux qui sont vides. En trois ans, le taux d'occupation est ainsi passé de 81 % à 48 %, suite à la fermeture de quatre immeubles. Il s'agit d'une évolution majeure pour le quartier de Baratte-Courlis, qui tranche avec l'image du passé que gardent en mémoire des habitants présents depuis plus de dix ans.

En trois ans, le taux d'occupation des immeubles de Coopération et famille est passé de 81 % à 48 %.

« J'ai connu les Courlis, au tout début, maintenant c'est mort, il n'y a plus rien. »

« J'ai connu les Courlis, au tout début, maintenant c'est mort, il n'y a plus rien, des bâtiments se font détruire, donc là où habitait mon ami, vers l'école Jean Macé, tous les bâtiments pratiquement se font vider, parce qu'ils vont être détruits. Il y en a deux sur la place déjà qui sont vides, totalement vides. On a l'impression qu'il n'y a plus personne là-dedans. Il y en a un deux trois qui vont être détruits aussi, dans le troisième les gens ont du mal à partir parce qu'ils vont faire détruire les bâtiments mais ils ne savent pas pourquoi. »

Mme S., *focus group* 1.

TABLEAU 3 Logements vides et occupés par bailleur dans les quartiers Baratte-Courlis et Bords de Loire

BAILLEURS	LOGEMENTS	LOGEMENTS OCCUPÉS	TAUX D'OCCUPATION (%)
Nièvre habitat			
Barratte-Courlis	720	600 (estimation)	83 %
Bords de Loire	860	700 (estimation)	81 %
Coopération et famille			
Baratte-Courlis	432 (258*)	208	48 % (81 %)
TOTAL	**1 973**	**1 575**	**80 %**

* En trois ans, quatre bâtiments ont été vidés puis fermés. En comptant les immeubles désormais vides, le nombre d'appartements gérés par Coopération et famille s'élève à 432. Si on ne les prend pas en compte, ce chiffre baisse à 258.

Cartographie des acteurs

Les trois schémas suivants ont été établis sur la base des échanges et des informations collectées. Ils permettent de dresser une cartographie des acteurs intervenant dans trois grands domaines :

- le parcours de la femme enceinte et de la mère d'un jeune enfant ;
- l'accueil de l'enfant en bas âge ;
- l'aide à l'alimentation.

Ils montrent également la multiplicité des associations et des structures existantes, ainsi que la panoplie de services proposés. La complexité du paysage associatif explique d'autant mieux les raisons pour lesquelles les familles, et notamment celles en situation de précarité, y ont peu recours. De plus, même si les acteurs intervenant dans ces deux quartiers sont très nombreux, les entretiens ont souligné la faible coordination entre ces structures, tant dans le secteur médical que social. Les plateformes de dialogue entre professionnels médicaux et sociaux restent de plus très rares.

La complexité du paysage associatif explique pourquoi les populations en situation de précarité y ont peu recours.

L'annexe 4 fournit des détails supplémentaires sur les activités des différents acteurs.

Parcours de la femme enceinte et des mères de jeunes enfants

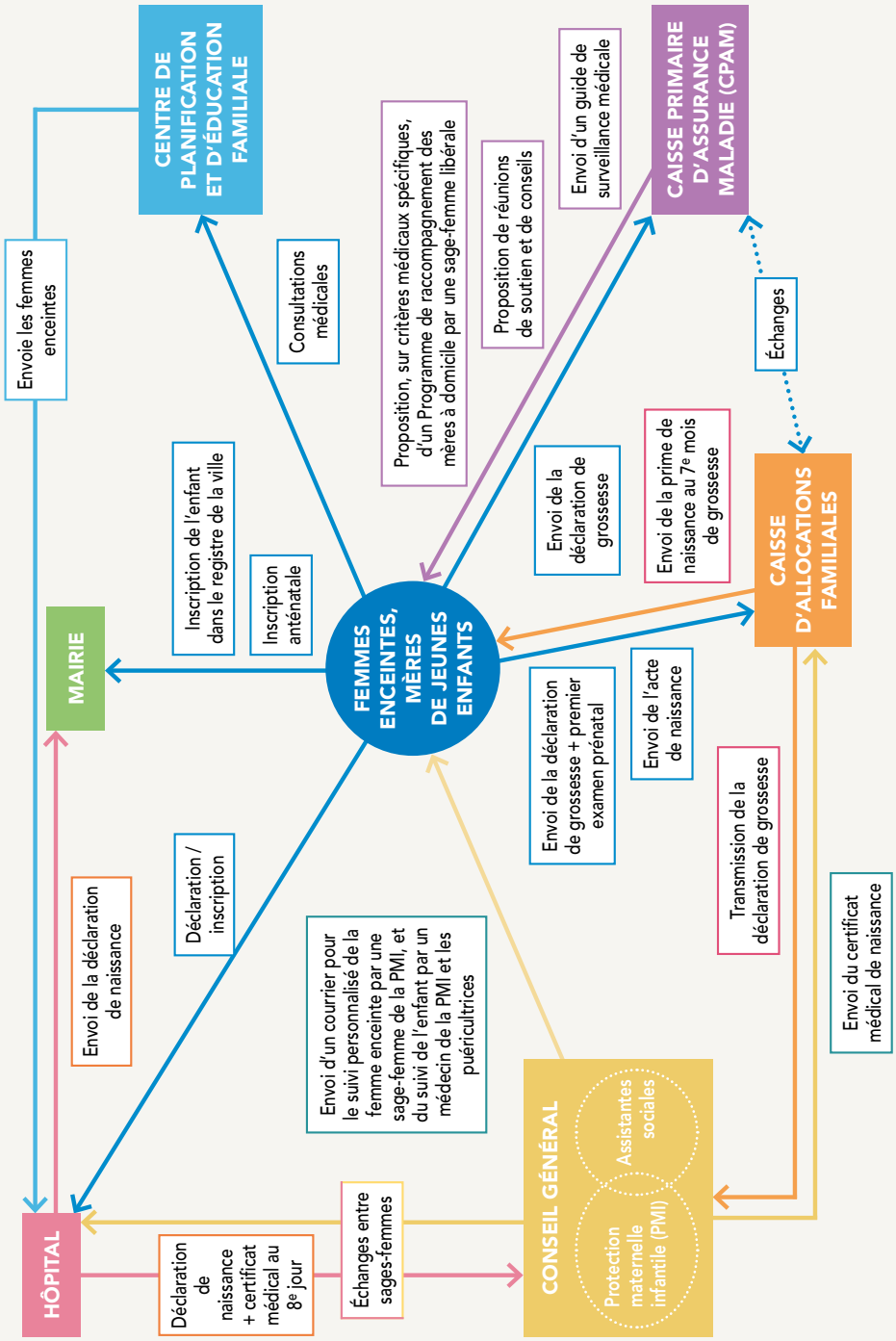
→ La Caisse d'allocations familiales (CAF)

- Finance les centres sociaux.
- Transmet les déclarations de grossesse aux professionnels intervenant auprès des femmes enceintes.
- Travaille en partenariat avec plusieurs structures intervenant auprès des femmes enceintes (conseil général de la Nièvre, Caisse primaire d'assurance maladie – CPAM, etc.).
- Reçoit la déclaration de grossesse de la femme enceinte avant la fin de la 14e semaine.
- Reçoit, de la part de la femme enceinte, un duplicata du document intitulé « premier examen prénatal » réalisé avant la fin du troisième mois de grossesse.
- Peut attribuer, après avoir reçu le document attestant du premier examen prénatal, une prime à la naissance, allouée sur critères socio-économiques. D'un montant total de 923,08 euros, elle est versée en une seule fois lors du septième mois de grossesse, et ce pour chaque enfant à naître.
- Reçoit l'acte de naissance de l'enfant une fois celui-ci venu au monde.

→ La Protection maternelle et infantile (PMI)

- Est attachée au pôle « Solidarité et économie sociale » du conseil général.
- Est un service public, gratuit et ouvert à tous.
- Reçoit les déclarations de grossesse envoyées par la CAF.
- Envoie un courrier aux femmes enceintes pour leur proposer un suivi personnalisé avec la sage-femme de la PMI.
- Reçoit de la part de l'hôpital les déclarations de naissances.
- Peut consulter les données de la CAF (il n'y a toutefois pas d'échanges directs entre les deux structures).

FIGURE 3 Structures intervenant dans le parcours des femmes enceintes et mères de jeunes enfants à Nevers



- Envoie un courrier à chaque mère de nouveau-né pour proposer un suivi de l'enfant par la PMI.
- Peut suivre les enfants jusqu'à l'âge de six ans, propose des consultations médicales et offre la possibilité de faire des vaccins.

→ La Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)

- Gère les droits à la sécurité sociale et à l'assurance maladie.
- Prend en charge les accidents de travail et les maladies professionnelles.
- Reçoit la déclaration de grossesse de la femme enceinte.
- Envoie un guide de surveillance médical à la femme enceinte, accompagné d'un calendrier des examens à effectuer durant la grossesse puis jusqu'au troisième mois suivant la naissance de l'enfant. Le calendrier est personnalisé.
- Rembourse ces examens à hauteur de 100 %.
- Propose à la femme enceinte des réunions de discussion et de conseils pour la préparer à l'accouchement et à la nouvelle vie de mère.
- Propose un programme post-accouchement pour faire raccompagner les mères à domicile par une sage-femme libérale. Les femmes sont sélectionnées en fonction de critères médicaux précis tels que le poids du bébé à la naissance, le mode d'accouchement ou encore le nombre de grossesses de la mère.

→ L'hôpital

- Accueille les femmes enceintes qui s'y sont inscrites.
- S'occupe d'envoyer la déclaration de naissance à la PMI et à la mairie.
- Met en relation les sages-femmes de l'hôpital avec celles de la PMI.

→ La mairie

- Enregistre l'inscription anténatale des femmes enceintes.
- Reçoit les déclarations de naissance envoyées par l'hôpital.
- Enregistre le nom et prénom(s) de l'enfant dans les registres de la ville.

→ Les assistantes sociales

- Sont attachées au pôle « Solidarité et économie sociale » du conseil général.
- Soutiennent et orientent les femmes enceintes ainsi que les nouvelles mères.

→ Le centre de planification et d'éducation familiale

- Effectue des consultations médicales gratuites, accessibles à tous.
- Propose un accueil par des professionnels de santé tels que des médecins, des sages-femmes ou des psychologues.
- Travaille avec l'hôpital pour les suivis de grossesse.

Structures de l'aide alimentaire

→ L'Épicerie solidaire

- Donne accès à tout type de produit (alimentaire, hygiène, etc.) à prix réduit.
- Facilite les inscriptions sous condition de ressources.

→ Secours catholique

- Distribue des bons alimentaires à utiliser à l'Épicerie solidaire.
- Aide pour le paiement de factures.
- Reçoit les femmes enceintes et les mères d'enfants en bas âge envoyées par les assistances sociales.

→ Secours populaire

- Travaille avec les assistantes sociales.
- Distribue des colis standardisés contre une participation économique.
- Ne distribue pas de colis d'urgence.
- Ne sélectionne pas les bénéficiaires en fonction de critères socio-économiques.

→ Restos du cœur

- Fonctionne par un système de barèmes de ressources.
- Distribue des produits spéciaux pour bébé.
- Ne demande aucune participation financière.
- Propose des colis d'urgence sur demande des assistantes sociales.

→ Le Prado

- Est un centre d'hébergement et de réinsertion sociale, hébergé par l'association Pagode (entraide et action sociale).
- Peut accueillir les femmes enceintes et les mères d'enfants en bas âge, redirigées vers le centre par les assistances sociales.

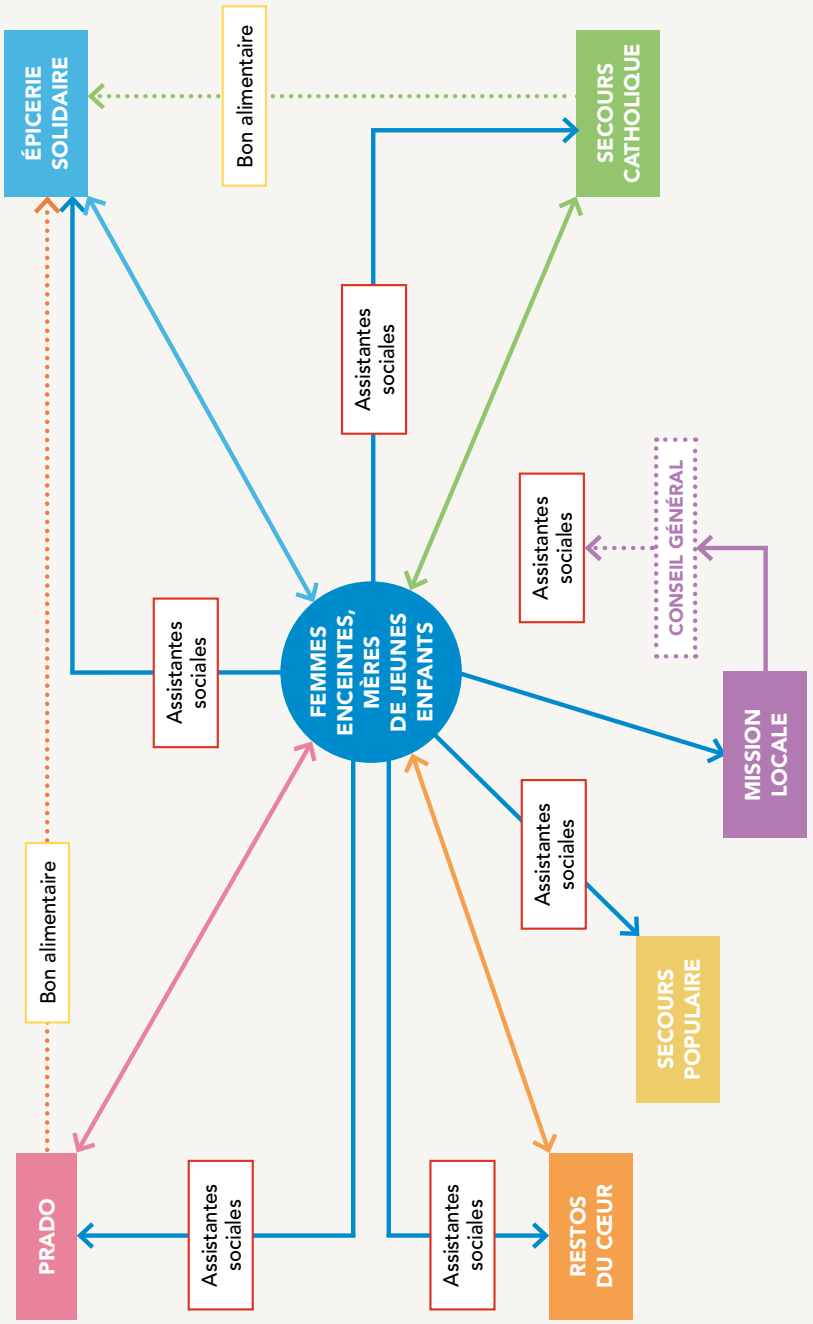
→ La Mission locale

- Octroie, en cas d'urgence, des aides financières sous la forme de chèques utilisables à l'Épicerie solidaire, uniquement pour les personnes seules et sans enfants. Les personnes avec enfants sont redirigées vers le conseil général afin d'être prises en charge par les assistantes sociales.

→ Les assistantes sociales

- Dirigent, en cas d'urgence, les femmes enceintes et les jeunes mères vers le comité communal pour l'action sociale (CCAS) et, lorsqu'il y a besoin d'un colis alimentaire d'urgence, vers le Prado, l'Épicerie solidaire ou le Secours catholique.

FIGURE 4 Structures de l'aide alimentaire intervenant auprès des femmes enceintes et des mères de jeunes enfants à Nevers



Accueil des jeunes enfants

→ Centres sociaux

- Proposent de nombreuses activités ouvertes à tous. Il y a un centre social dans chacun des deux quartiers ciblés par l'enquête.
- Hébergent les permanences de la PMI, des assistantes sociales et de la mission locale. Ils sont une porte d'entrée pour toutes les structures qui s'intéressent au quotidien des habitants.

→ Crèche multi-accueil

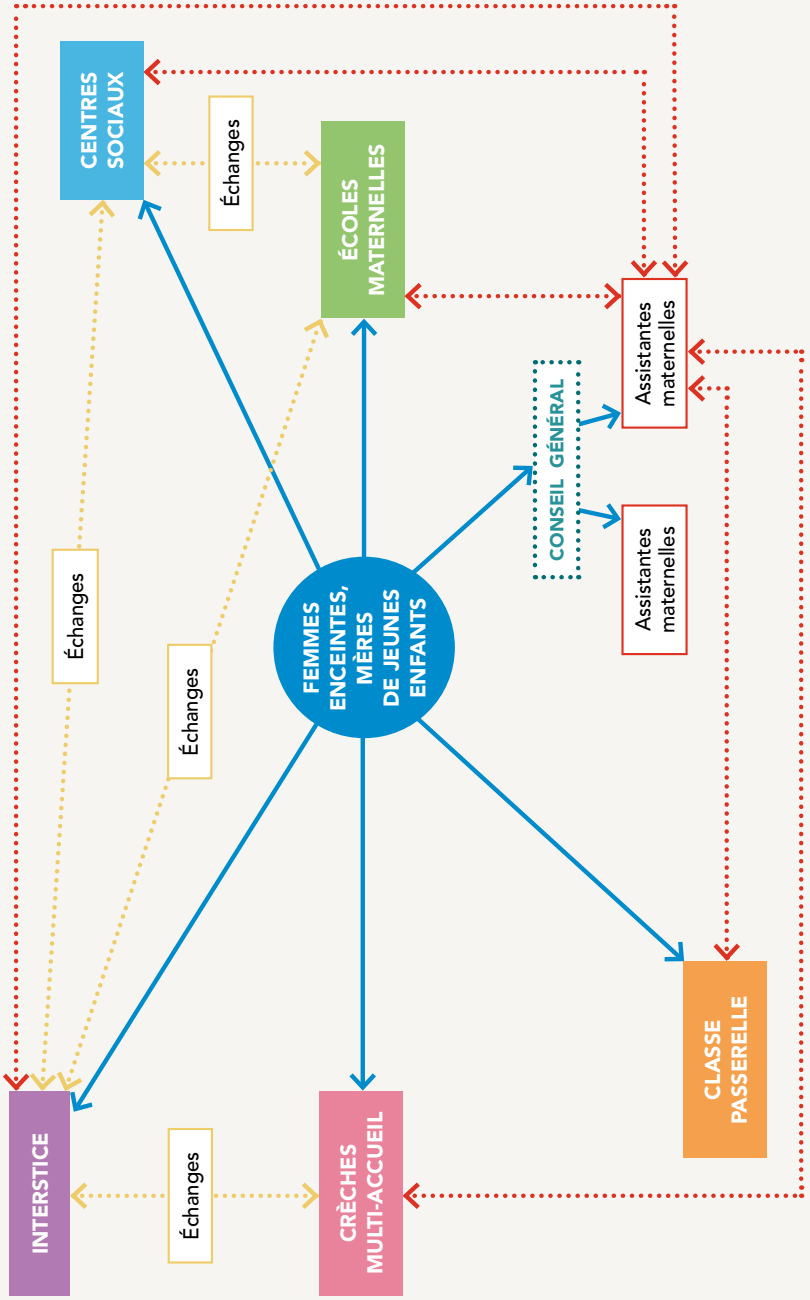
- Peut accueillir les enfants de trois mois à cinq ans. Le prix est fixé en fonction des ressources des familles. Elle est rattachée au comité communal pour l'action sociale (CCAS).
- Peut faire appel aux médecins de la PMI en cas de besoin.

→ Interstice

- C'est une association de prévention spécialisée dans l'environnement familial, scolaire, professionnel ou social, qui vient en aide aux personnes en situation difficile. Ses éducateurs sont présents dans les quartiers, les centres sociaux et les collèges.
- Travaille en partenariat avec les assistances sociales et les centres sociaux.

Immeuble ciblé pour l'enquête © Mirrdyn Denizeau

FIGURE 5 Structures intervenant dans l'accueil des jeunes enfants



- **Classe passerelle**
  - Accueille les enfants de vingt mois à trois ans pour les intégrer progressivement en milieu scolaire. Gratuit.
- **Écoles maternelles**
  - Travaillent en partenariat avec les centres sociaux et les assistantes sociales pour le suivi des enfants en situation difficile.

PROFIL DE LA POPULATION ENQUÊTÉE

Les résultats de cette enquête s'appuient sur 50 entretiens menés auprès de :

- 8 femmes enceintes ;
- 2 femmes enceintes et mères d'enfants de moins de trois ans ;
- 40 mères d'enfants de moins de trois ans (dont six avec deux enfants appartenant à cette catégorie d'âge).

L'âge moyen des femmes enquêtées est de vingt-neuf ans, celui de leur enfant de vingt mois. Les femmes rencontrées sont majoritairement soit en couple avec un enfant, soit seules avec deux enfants. 40 % des femmes n'ont qu'un seul enfant. Les familles nombreuses sont peu présentes dans l'échantillon : il est plus facile de mener des entretiens avec les mères dont l'unique enfant est à la crèche qu'avec des femmes dont le quotidien est organisé en fonction des différents rythmes scolaires et/ou des gardes d'enfants.

TABLEAU 4 Répartition des femmes interrogées en fonction de l'âge

CATÉGORIE D'ÂGE	NOMBRE	PROPORTION
Moins de 20 ans	4	8 %
20-24 ans	10	20 %
25-29 ans	13	26 %
30-35 ans	16	32 %
36-40 ans	3	6 %
Plus de 40 ans	4	8 %
TOTAL	**50**	**100 %**
Âge moyen **Âge médian**	29 ans 29 ans	

Un peu plus d'une famille sur deux se déclare comme monoparentale. Si la question était posée de façon relativement ouverte au début du questionnaire, ce résultat est à nuancer car la situation de monoparentalité représente un enjeu majeur auprès des services sociaux, celle-ci ouvrant l'accès à des services et allocations spécifiques. Ainsi, plusieurs mères se sont déclarées en situation de monoparentalité, alors qu'un homme paraissait pourtant vivre avec elles.

Un peu plus d'une famille sur deux se déclare comme monoparentale.

TABLEAU 5 Âge des enfants des familles enquêtées

CATÉGORIE D'ÂGE	NOMBRE DE FAMILLES	PROPORTION
0-5 mois	8	16,7 %
6-11 mois	11	22,9 %
12-17 mois	5	10,4 %
18-23 mois	8	16,7 %
24-29 mois	4	8,3 %
30-35 mois	12	25 %
TOTAL	**48**	**100 %**

Les enfants issus de pères différents et de familles recomposées sont des cas courants, estimés à environ 40 % de l'échantillon (il s'agit d'une estimation, l'identité des pères n'étant pas demandée à chaque fois). Les configurations familiales apparaissent souvent complexes et l'histoire familiale est potentiellement marquée par des épisodes très difficiles.

> *Madame M. est enceinte de son conjoint actuel. Elle a trois enfants d'un précédent conjoint (de deux, cinq et six ans), placés ensemble depuis juillet pour une durée de un an à cause de querelles conjugales. L'actuel conjoint a deux autres enfants à Bourges, eux aussi placés (quatorze et seize ans).*
>
> Mme M., Journal de terrain, 20 septembre 2013.

Les configurations familiales sont complexes et l'histoire familiale marquée par des épisodes très difficiles.

Trajectoire d'arrivée à Nevers

La majorité des femmes interrogées habite à Nevers depuis relativement longtemps (la moitié depuis plus de six ans, et un tiers y est né). Elles ont toujours habité dans le quartier et ont une mobilité géographique limitée. Certaines souhaitent partir de Nevers pour aller dans l'Allier, le Cher ou la Côte-d'Or (départements limitrophes).

Les personnes non originaires de Nevers s'y sont installées du fait de la présence de proches (familles, amis, conjoint) : c'est notamment le cas des familles originaires d'autres pays[2]. Ces dernières ont-elles aussi une mobilité géographique limitée et, sauf exceptions, n'ont habité que dans la Nièvre (après éventuellement un séjour à Paris au moment de l'arrivée en France).

Les personnes restantes (17 %) sont arrivées à Nevers suite à une demande de logement social ou pour raison professionnelle.

L'implantation durable de familles d'origine étrangère à Nevers s'explique en grande partie par la possibilité d'obtenir un logement social de façon relativement rapide (surtout lorsque la demande est effectuée auprès de Coopération et famille), par la présence de nombreux acteurs sociaux et par l'optique d'avoir des conditions de vie meilleures qu'en banlieue parisienne.

Les familles d'origine étrangère choisissent rarement le quartier dans lequel elles emménagent.

En revanche, ces dernières choisissent rarement le quartier dans lequel elles emménagent. Les bailleurs sociaux leur proposent les quartiers de Bords de Loire et de Baratte-Courlis plutôt que ceux du Banlay, des Montôts ou de la Grands Pâture (nord et ouest de Nevers, voir carte p.26). La moitié de l'échantillon est installé depuis moins de deux ans et demi dans l'appartement où s'est déroulé l'entretien.

Les déménagements au sein d'un même quartier ou d'un quartier à un autre sont fréquents, particulièrement lorsque les familles demandent un logement plus grand suite à la naissance d'un enfant : Nièvre habitat, principal bailleur social de la ville, indique que les locataires restent en moyenne deux ans dans le même appartement. L'« obligation », en l'absence d'autres choix, d'habiter dans les quartiers de Baratte-Courlis ou Bords de Loire expliquerait le fait que les locataires prennent très peu soin de leur immeuble ou de leur appartement. Les bailleurs sociaux signalent ainsi de nombreux problèmes d'hygiène dans les parties communes, mais aussi de plus en plus dans les appartements, qui ne sont pas entretenus par leurs occupants.

Les habitants rencontrés s'investissent également très peu dans la vie du quartier, et notamment dans les associations.

Les habitants rencontrés s'investissent très peu dans la vie du quartier, et notamment dans les associations.

Origines

Sur l'ensemble des femmes interrogées pour cette étude, 62 % se disaient d'origine française (métropole) et 26 % d'Afrique subsaharienne. Les 12 % restants sont composés de personnes originaires d'autres pays d'Europe, d'Asie mineure, du Maghreb ou encore de départements et régions d'Outre-mer.

2. Centres d'accueil de demandeurs d'asile de Clamecy, Nevers et Chantenay-Saint-Imbert.

TABLEAU 6 Récapitulatif des origines déclarées par les familles interrogées

ZONE GÉOGRAPHIQUE	PAYS	NOMBRE	POURCENTAGE
Europe centrale	France (métropole)	31	62 %
Europe de l'Est et Asie mineure	Portugal, Russie, Arménie	3	6 %
Afrique subsaharienne	Comores, République démocratique du Congo, Sénégal, Centrafrique, Angola	13	26 %
Maghreb	Tunisie, Maroc	2	4 %
Départements et régions d'Outre-mer	Guyane	1	2 %
TOTAL		**50**	**100 %**

Bien qu'il n'existe pas de statistiques concernant l'origine géographique des familles installées dans les quartiers de l'étude, les femmes originaires du Maghreb et d'Europe de l'Est sont clairement sous-représentées dans l'échantillon : on compte plus d'une quinzaine de refus de la part de femmes originaires de ces régions du monde. Les femmes nées en France et originaires d'Afrique subsaharienne, plus enclines à accepter l'entretien, sont donc probablement sur-représentées. Les femmes d'origine asiatique sont, quant à elles, absentes de l'échantillon.

La non-représentativité de l'échantillon est d'ailleurs confirmée par les professionnels médicaux et sociaux intervenant dans le quartier. Dans son étude sur les femmes d'origine tunisienne, Caroline Méjean[3] ne parvient pas à mener avec ces dernières les questionnaires sur la santé et l'alimentation. Après un an et demi d'enquête, et à cause des difficultés rencontrées pour lier contact avec elles, elle décide de recentrer l'étude sur les hommes.

La non-représentativité de l'échantillon est confirmée par les professionnels médicaux et sociaux intervenant dans le quartier.

Le fait que notre enquête ne touche qu'une certaine partie des familles habitant les quartiers de Baratte-Courlis et Bords de Loire constitue un biais important. Plusieurs femmes d'origine maghrébine rencontrées à l'Épicerie solidaire et à la Protection maternelle et infantile (PMI) avaient accepté de participer à l'enquête, mais n'ont pas ouvert la porte lors de la seconde visite au domicile. D'après les observations recueillies,

3. Mejean C., 2008.

ces femmes semblent bien se connaître et forment des cercles d'interconnaissance dans lesquels il n'a malheureusement pas été possible de pénétrer.

Nicole Darmon explique dans ses travaux que certaines catégories de personnes, en particulier les plus pauvres, sont régulièrement exclues des enquêtes menées à l'échelle nationale du fait de l'inadaptation de la méthodologie à certains marqueurs de la précarité[4] : instabilité du logement, absence de téléphone, mauvaise connaissance du français, clandestinité, etc. Bien que spécifique aux populations en situation de précarité, notre étude se heurte encore aux facteurs avancés par l'auteur, qui expliquent en partie la non ou la sous-représentation de certaines catégories. Les changements de logement, les retours au pays d'origine, la non-régularité des papiers et la capacité de la mère à parler français sont des raisons importantes, auxquelles il convient d'ajouter le refus de l'intrusion d'une institution étrangère à domicile, potentiellement plus marqué chez certaines populations.

Le facteur de la langue est décisif, et deux questionnaires ont été menés avec des personnes maîtrisant peu le français. Le premier s'est déroulé en anglais et en parlant très lentement, et le second grâce à l'aide d'une cousine. Ces deux entretiens ont pu être menés car les femmes enquêtées y ont vu l'occasion de pratiquer le français, et ont clairement manifesté leur volonté d'améliorer leur niveau. À l'inverse, de nombreux refus rencontrés chez les femmes originaires du Maghreb ou d'Europe de l'Est ont été justifiés par leur incapacité à parler français, qui s'accompagnait généralement d'un refus de l'entourage de faire office de traducteur. Bien que la barrière de la langue puisse parfois faire office de stratégie pour éviter de répondre au questionnaire, l'incapacité apparente de quelques femmes à parler français met toutefois en évidence l'isolement dans lequel vivent certaines d'entre elles.

La barrière de la langue peut parfois faire office de stratégie pour éviter de répondre au questionnaire.

Récapitulatif de la composition de l'échantillon

- Échantillon équilibré par rapport à l'âge des femmes.
- Échantillon représentatif de la monoparentalité.
- Sous-représentation de certaines communautés d'Afrique du Nord, d'Europe de l'Est et d'Asie.
- Sous-représentation des familles nombreuses.
- Sur-représentation des femmes d'origine française.

4. Darmon N., 2007.

Niveaux scolaires

TABLEAU 7 Niveau scolaire des femmes interrogées

Primaire	4 %
Collège	14 %
Lycée*	66 %
Bac ou post-bac	16 %

* Le « niveau lycée » concerne les personnes ayant suivi un CAP et/ou un BEP (diplômées ou non), et celles ayant suivi une filière bac général ou technologique (mais n'ayant pas obtenu le baccalauréat). À noter que plusieurs femmes non diplômées du brevet se situent dans cette catégorie.

Parmi les femmes rencontrées, 18 % déclarent avoir un niveau scolaire équivalent au collège ou primaire. Deux tiers (66 %) sont d'un niveau lycée. Il y a deux types de profils.

- **Celles qui ont arrêté leur scolarité en seconde ou en première.** Une partie d'entre elles n'a pas eu le brevet des collèges et ne dispose donc d'aucun diplôme. La grande majorité de ces femmes n'ont jamais trouvé d'emploi et sont souvent devenues mères jeunes. Ce sont les plus dépendantes des allocations et/ou des ressources de leur conjoint. Le parcours de Mme S. illustre la précarité de leur situation.

> *« Il y a plein de trucs pour éviter de gâcher sa jeunesse, parce que du coup elles gâchent leur vie, avoir un enfant à cet âge-là, elles ne peuvent plus continuer leurs études. Moi déjà j'ai eu un diplôme qui n'a pas été validé par l'État, et à cause de ça, je ne peux rien faire d'autre, j'ai gâché ma vie en ne foutant rien à l'école, alors déjà si j'avais eu un enfant à cet âge-là, je ne sais pas ce que j'aurais fait. »*
>
> Mme S., *focus group* 2.

- **Celles qui ont suivi un cursus CAP et/ou BEP.** Elles sont plus nombreuses à avoir eu des expériences professionnelles, notamment dans le domaine paramédical (aide-soignante ou auxiliaire de vie).

Parmi les femmes nées à l'étranger, les profils s'équilibrent entre celles qui déclarent un niveau équivalant au collège ou au primaire, et celles déclarant un niveau bac ou supérieur. Les niveaux d'études sont donc relativement équivalents entre femmes nées à l'étranger et celles nées en France. Toutefois, si le fait de posséder un diplôme augmente les chances de trouver un emploi, celui-ci est rarement en rapport direct avec leurs études effectuées : par exemple Mme M., diplômée d'un bac littéraire d'un lycée français en Afrique, travaille comme caissière.

Niveaux de précarité

Répondre à des questions concernant les ressources du foyer n'a presque jamais posé de problème, les femmes enquêtées ayant l'habitude d'évoquer le sujet avec diverses institutions. Les réponses doivent toutefois être considérées avec beaucoup de recul :

- un certain nombre de femmes n'étaient pas certaines du montant du revenu de leur conjoint ;
- les revenus liés au travail sont souvent fluctuants d'un mois à l'autre ;
- les mères en situation de monoparentalité cumulent différentes allocations et ne s'y repèrent pas tout le temps ;
- les imprécisions (volontaires ou non) sont probablement importantes.

Plus de la moitié des femmes rencontrées disent ne pas occuper d'activité professionnelle, de même qu'aucune autre personne dans le foyer. Seules 18 % des femmes interrogées disent travailler et, parmi elles, un tiers se déclare en situation de monoparentalité.

Plus de la moitié des femmes rencontrées n'a pas d'activité professionnelle.

TABLEAU 8 Caractéristiques socio-économiques de l'échantillon

Aucun actif occupé dans le logement	58 %
Femmes qui travaillent	18 %
Femmes se déclarant en situation de monoparentalité qui travaillent	33 %
Revenu médian mensuel par habitant dans le logement	300 €

Au-delà du constat de la rareté de l'emploi, et tout particulièrement de l'emploi stable, question qui concerne la majorité des enquêtées, on note que la diversité des profils permet de classer les femmes en quatre groupes, en fonction de leur niveau de précarité.

TABLEAU 9 Les divers profils socio-économiques

CATÉGORIE	FOURCHETTE DE RESSOURCES MENSUELLES PAR PERSONNE DANS LE FOYER	PART DES FAMILLES CONCERNÉES
Très forte précarité	50-200 €	32 %
Forte précarité	200-300 €	28 %
Moyenne précarité	300-450 €	20 %
Faible précarité	Plus de 450 €	20 %

Très forte précarité

Ces familles ne disposent d'aucune ressource en rapport avec une quelconque situation professionnelle (emploi ou chômage) et dépendent entièrement des allocations. Le logement compte en moyenne 4,5 personnes, chiffre supérieur aux trois autres catégories. Il s'agit des femmes avec plusieurs enfants, très souvent sans conjoint. Les femmes nées en France sont autant représentées que celles d'origine étrangère.

Forte précarité

Pour la grande majorité, il s'agit de familles qui ne disposent d'aucune ressource liée au travail, le plus souvent de femmes seules avec leur(s) enfant(s). Il y a en moyenne trois personnes par logement, mais on trouve également des familles plus nombreuses bénéficiant d'un revenu lié au travail.

Moyenne précarité

Ces familles ont un revenu lié au travail et touchent également des allocations. La majeure partie des familles comptent 3,5 personnes en moyenne, et présentent une certaine sécurité financière. Toutefois, les changements d'allocations étant rapides, leur situation peut très rapidement se détériorer. On y trouve également des femmes seules avec leur enfant, qui bénéficient d'un revenu autre que le RSA.

Faible précarité

Il s'agit de couples comptabilisant deux revenus (en plus des allocations) : emploi, chômage ou allocations spécifiques. Ils sont en moyenne un peu moins de trois par logement. Bien qu'habitant aux Courlis ou aux Bords de Loire, ils se situent en marge des quartiers et sont souvent de passage, pour quelques années seulement.

Un peu plus de la moitié des familles est en situation de vulnérabilité financière.

Cette différenciation des profils permet de préciser le constat de précarité : un peu plus de la moitié des familles (les deux premières catégories) est en situation de vulnérabilité financière. Cette catégorisation permet également d'affiner les résultats présentés plus loin.

Garde de l'enfant : entre méfiance et confiance

Les comportements vis-à-vis de la garde d'enfant diffèrent en fonction des besoins, des moyens et de la perception de chacun.

Les recours à la garde d'enfant

Seulement un tiers des mères utilisent un mode de garde plusieurs fois par semaine, voire tous les jours, et sont habituées à confier régulièrement leur enfant. Les raisons invoquées pour expliquer cette décision sont les horaires de travail, l'absence de conjoint, l'impossibilité de garder l'enfant ou encore la

Seulement un tiers des mères sont habituées à confier régulièrement leur enfant.

nécessité qu'il soit en contact avec d'autres afin de se développer. Par exemple, Mme D., mère de trois enfants, évoque son souhait que la dernière aille à la crèche :

> *« Je voudrais qu'elle aille à la garderie, déjà pour qu'elle rencontre des bébés de son âge, et puis au niveau du parler, parce que moi mes deux gamins ils n'ont pas parlé avant l'âge de trois ans, pas marché avant l'âge de trois ans, et ils n'ont pas fait leur nuit avant l'âge de trois ans. »*
>
> Mme D., *focus group* 1.

Ces femmes s'organisent pour soit garder le bébé à plusieurs (avec la famille ou des femmes de même origine), soit pour le confier à une crèche.

La crèche multi-accueil Frimousse, située dans le quartier Baratte-Courlis, bénéficie d'une excellente réputation et toutes les mères qui l'ont fréquentée la recommandent, mettant en avant le professionnalisme et la compétence de l'établissement. Pourtant, la confiance n'est pas toujours une raison suffisamment motivante :

> *« Il a trois mois, j'ai commencé à le mettre pour me séparer de lui, pour qu'il soit habitué à être gardé par d'autres personnes que moi. Il y a été jusqu'à ce qu'il rentre à la maternelle. Ils sont très bien, ils font pas mal d'activités par rapport aux âges des enfants, des jeux d'éveil, des trucs comme ça, des chansonnettes. Si si, ils sont très bien, j'y ai mis mon premier. Je sais qu'ils sont très bien. Par contre, je n'y mettrai pas le deuxième, parce que j'arrive pas à m'en défaire. »*
>
> Mme S., *focus group* 1.

Pour les deux tiers de ces femmes, les gardes sont rares ou inexistantes et, dans 6 % des cas, l'enfant est en permanence avec la mère. Les femmes les plus isolées sont également celles ayant le moins recours à un mode de garde, qui dépend en grande partie des liens que la mère entretient avec les autres habitants du quartier.

TABLEAU 10 Les différents modes de garde et leur fréquence

Usage fréquent d'un mode de garde pour l'enfant *(plusieurs fois par semaine)*	**37 %**
- Crèche et assistante maternelle	67 %
- Famille	27 %
- Amie	6 %
Usage peu fréquent d'un mode de garde pour l'enfant *(quelques fois par mois, voire moins)*	**57 %**
- Crèche et assistante maternelle	30 %
- Famille	48 %
- Amis	13 %
- Cas particuliers	9 %
Refus d'utiliser un mode de garde	**6 %**

Le non-recours à la garde d'enfant

62 % des mères interrogées n'ont presque jamais recours à un mode de garde : il s'agit de celles expliquant ne jamais vouloir se séparer de leur enfant, avouant sans difficulté avoir une relation fusionnelle avec ce dernier. C'est le cas de Mme K., mère d'une fille de onze mois :

> *« Jamais je ne confie ma fille à quelqu'un […]. Même pas à son père [avec lequel elle vit]. Le jour où elle ira à l'école, on va pleurer toutes les deux. »*
>
> Mme K., Journal de terrain, 8 octobre 2013.

La question de la séparation d'avec l'enfant est un problème.

Pour ces femmes, la question de la séparation d'avec l'enfant est un problème : elles ne veulent ni le confier à des professionnels, ni à la famille. On retrouve dans cette catégorie toutes les mères ayant été confrontées au placement d'un enfant et qui veulent désormais les garder près d'elles. Mme S., mère de deux fils, appréhende fortement la séparation avec son aîné, qui doit être placé durant une année.

> *« J'ai décidé de prendre un congé parental ; je veux rester avec mes deux enfants, emmener l'autre à l'école, le premier, et puis lui, le garder vers moi, et faire son évolution moi toute seule. Je ne peux pas m'en séparer. »*
>
> Mme S., *focus group* 1.

L'attitude de la mère envers les modes de garde peut varier d'un enfant à l'autre, mais également pour le même enfant. Cela peut être lié à de multiples facteurs : changement de conjoint, commencement ou perte d'un emploi, intervention des services sociaux, etc.

Le centre social : un lieu de rencontres peu fréquenté

Les deux centres sociaux des quartiers concernés par l'étude proposent des activités pour les enfants de plus de cinq ans (centre de loisirs, aide aux devoirs), les familles (sorties, vacances) et les adultes (petit déjeuner entre parents, cours de français, groupes de discussion, sorties, ateliers divers, etc.). Ces activités sont pour la plupart gratuites, et si une participation financière est demandée pour les sorties ou les vacances, elle reste toutefois mineure et très inférieure aux coûts réels.

Un tiers des femmes déclare ne jamais fréquenter le centre social.

Un peu plus d'un tiers des femmes enquêtées déclare ne jamais fréquenter le centre social, et ce pour deux raisons principales :

- celles qui sont issues du quartier ne veulent pas y aller pour éviter de rencontrer des personnes qu'elles ne souhaitent pas voir ;
- d'autres gardent leurs distances vis-à-vis du centre social pour montrer qu'elles peuvent se passer des services proposés et ainsi se démarquer des populations qui habitent le quartier. Il s'agit souvent des mères disposant de plus de ressources que la moyenne, comme Mme B.

> *« Je n'y suis jamais allée [au centre social]. Je ne suis pas une fille du quartier, ce n'est pas mon genre de fréquentations. »*
>
> Mme B., Journal de terrain, 28 août 2013.

Quartier des Courlis © Gret

Certaines femmes parmi celles ayant de faibles ressources cherchent à se distinguer des populations du quartier qu'elles considèrent comme étant réellement dans le besoin. Dans ses propos, Mme C. croise les deux types d'explications :

> *« Je ne suis pas intéressée [par les vacances avec le centre social], parce que moi si j'ai envie de partir en vacances, je me débrouille. Pendant une année on peut mettre de l'argent de côté, donc moi je pars sans ces trucs-là. Automatiquement on fait le voyage ensemble, s'il y a des personnes que je n'aime pas, et bien ça ne passera pas. Je suis assez bloquée là-dessus, il y a forcément des gens que je n'ai pas envie de voir, ou on n'est pas intéressé par eux. Vu mon caractère non, ça ne passerait pas. C'est comme l'Épicerie solidaire, je n'en ai pas besoin ; on m'a déjà proposé, je sais que j'y ai droit, mais ça ne m'intéresse pas, je n'ai pas envie. C'est plus pour les personnes qui ont une misère, qui n'ont rien du tout. »*
>
> Mme C., *focus group* 1.

Les activités du centre social destinées aux enfants sont plébiscitées par les deux tiers des mères. Par exemple Mme D., rencontrée au centre social de la Baratte, évoque l'importance que revêt celui-ci au quotidien pour ses enfants :

> *« Mon fils va au centre aéré, et moi ils me proposent souvent des sorties, ou des vacances, je crois que c'est une semaine, soit à la mer, soit à la montagne. En plus ce n'est pas cher. Je sais qu'ils me proposent des choses pour nous, pour la famille, mais aussi pour les enfants, du théâtre, ma fille elle est accro au théâtre, elle aime bien tout ça. Alexandre il est inscrit au "machin" vous savez informatique, même s'il n'a que onze ans, moi vous savez je trouve qu'ils proposent beaucoup de choses. »*
>
> Mme D., *focus group* 1.

Les activités destinées aux parents trouvent difficilement leur public : en effet, moins de 15 % des femmes interrogées déclarent se rendre au centre social pour des activités pour adultes.

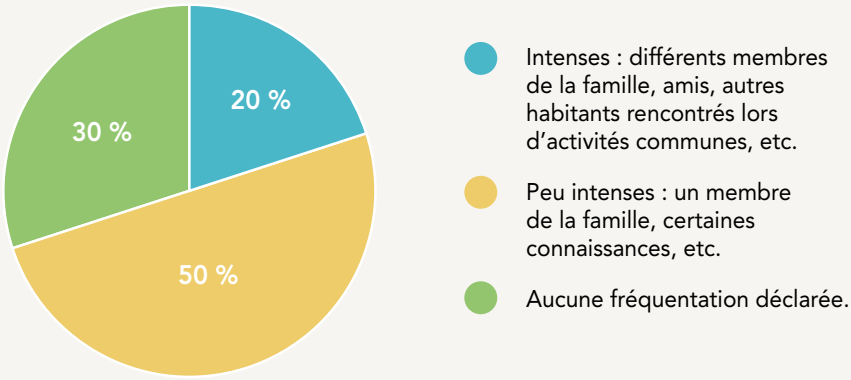
Sauf exception, le centre social est avant tout fréquenté pour les activités ou les soins de l'enfant (les consultations de la PMI du quartier de Baratte-Courlis s'y déroulent).

Le centre social est avant tout fréquenté pour les activités ou les soins de l'enfant.

L'isolement des femmes

Les questionnaires confirment le constat effectué lors de la phase de porte-à-porte : les relations entre habitants des quartiers sont très limitées, et la méfiance ainsi que l'isolement prévalent.

FIGURE 6 Répartition des femmes de l'échantillon en fonction des fréquentations déclarées



L'isolement de certaines femmes enceintes et/ou de mères de jeunes enfants s'est manifesté à de nombreuses reprises lors des questionnaires. C'est en particulier le cas des femmes dont les conjoints sont partis et qui élèvent seules un ou plusieurs enfants. Environ 30 % des femmes ne déclarent aucune fréquentation, 50 % les qualifient de faibles (relations avec un membre de la famille et quelques connaissances), et seules 20 % estiment avoir des relations intenses.

L'isolement des habitants des quartiers de Baratte-Courlis et Bords de Loire illustre l'articulation entre pauvreté et isolement. Dans un rapport publié en 2011[5], la Fondation de France souligne l'ampleur de l'isolement relationnel en France, tout particulièrement chez les populations en situation de pauvreté économique.

5. Fondation de France, 2011.

« La précarité économique multiplie par deux le risque d'isolement relationnel. Elle accélère son arrivée : si l'on est en situation de pauvreté, l'exposition à l'isolement est forte dès trente ans, alors qu'en moyenne nationale les risques ne sont significatifs qu'à partir de quarante ans […]. 18 % des personnes déclarant des revenus inférieurs à 1 000 € par mois sont en situation d'isolement objectif, contre 9 % pour l'ensemble de la population. »

Source : Fondation de France, *Les solitudes en France : l'impact de la pauvreté sur la vie sociale*, 2011.

La précarité économique multiplie par deux le risque d'isolement relationnel.

L'isolement relationnel est une réalité déjà décrite dans les cités HLM. Monique Selim[6], qui a analysé les chaînes d'interconnaissance entre habitants d'un même quartier HLM de Stains, montre que même parmi les populations installées depuis plus de dix ans dans le quartier, les chaînes de connaissances ne sont jamais très longues, trois ou quatre personnes tout au plus. La volonté exprimée par de nombreux habitants de quitter le quartier distend encore plus les liens avec le voisinage. Monique Selim présente le repli sur le « chez soi » afin d'échapper aux rumeurs et aux « on-dit » comme une stratégie qui finit par s'imposer aux nouveaux arrivants. Ces justifications sont souvent mentionnées par les femmes interrogées lors de l'étude :

« J'en peux plus, j'en ai marre. On connaît tout le monde, on voit tout le temps les mêmes têtes. Tout le monde sait tout sur tout le monde, moi ça me saoule, donc j'ai envie de changer, j'en ai marre. »

Mme S., *focus group* 3.

« Nous on vient d'arriver dans le quartier, on ne cherche pas à rencontrer des gens […]. On a toujours été des gens comme ça, on ne veut pas faire des copinages pour ensuite avoir des rumeurs dans notre dos. »

Mme D., Journal de terrain, 3 octobre 2013.

« On vient d'arriver dans le quartier, on ne cherche pas à rencontrer des gens. »

La figure du « voisin »

La figure du « voisin » est très présente dans les discours, et presque constamment mentionnée de façon négative. Du fait de l'aménagement des immeubles, et notamment de leur mauvaise isolation, c'est celui qui est le plus à même de connaître ce qui se passe dans le domicile, et donc de faire circuler des informations. Ainsi, Mme S. explique avoir l'impression de vivre avec ses voisins :

« On n'est même plus chez soi. Ce n'est même pas isolé. En dessous de chez moi j'ai deux sœurs qui habitent, elles ont une conversation on entend tout, on sait tout. Et puis même les odeurs de bouffe ça vient par les canalisations... »

Mme S., *focus group* 3.

.../...

6. Selim M., 1979.

Cette proximité subie transforme le « voisin » en témoin privilégié du quotidien, et notamment des conflits. Par exemple, M. et Mme M. expliquent que leurs trois enfants ont été placés suite à une procédure enclenchée par les témoignages de leurs voisins.

Afin de se préserver, les échanges avec le « voisin » sont limités au strict minimum.

> *« Avec les voisins, c'est bonjour bonsoir, et c'est tout, chacun chez soi. »*
>
> Mme I., Journal de terrain, 9 septembre 2013.

L'origine géographique ne modifie pas cette attitude vis-à-vis des voisins. Les rares femmes témoignant de relations amicales avec d'autres locataires du palier sont celles qui sont installées depuis peu dans le quartier, qui s'y plaisent et qui fréquentent tout le monde sans la moindre réticence.

La méfiance, la peur des rumeurs et la volonté de ne pas se mélanger aux autres permettent de comprendre l'isolement de la majorité des habitants des deux quartiers dans lesquels se déroule l'enquête. D'autres facteurs concernent toutefois spécifiquement les femmes rencontrées.

Les jeunes mères : les plus vulnérables

Parmi la cinquantaine de femmes composant l'échantillon, 18 ont accouché de leur premier enfant avant l'âge de vingt ans, soit un peu plus d'un tiers du total. En croisant la variable de l'âge avec celle de la monoparentalité, on retrouve les catégories qui semblent les plus isolées et les plus vulnérables.

Mme S. explique par exemple la situation de sa cousine qui habitait dans le quartier :

> *« C'est elle qui a quitté son conjoint. Elle avait quinze ans quand elle a accouché, elle était enceinte à quatorze ans. Lui, il avait déjà dix-huit ans […]. Il assure encore son rôle de père, il prend sa fille le week-end, pendant les vacances, mais par rapport à ma cousine ça n'allait pas. Il lui tapait dessus, elle est partie. »*
>
> Mme S., *focus group* 2.

Ces naissances sont souvent des « accidents ». Madame C., qui a accouché à dix-huit et à vingt-trois ans, compare ces deux naissances :

> *« Pour mon premier, c'est un accident. J'ai su que j'étais enceinte à trois mois, je prenais toujours la pilule. J'en voulais pas du tout. Je n'étais pas bien dans ma vie, je n'étais pas bien dans ma peau, c'était hors de question pour moi que j'aie un enfant. Donc quand j'ai su que j'étais enceinte, ça m'a détruit parce que je voulais avorter, mais je ne pouvais pas parce que j'avais dépassé la limite […]. Le deuxième j'en ai voulu, j'ai eu le désir d'avoir un enfant. »*
>
> Mme C., *focus group* 2.

Ces maternités précoces, non désirées, sont pour un certain nombre de jeunes mères un facteur supplémentaire d'isolement. Celui-ci se manifeste par une baisse des relations avec les habitants de la même génération vivant dans le quartier et par un repli sur la sphère familiale, dont elles sont le pivot.

Ces maternités précoces, non désirées, sont pour un certain nombre de jeunes mères un facteur supplémentaire d'isolement.

Les placements

Toutes les femmes dont les enfants sont placés, ou l'ont été, manifestent un repli sur le domicile qui s'accompagne d'un rejet des voisins et des services sociaux, souvent considérés comme responsables de la situation.

Les services sociaux sont souvent considérés comme responsables lorsqu'un enfant est placé.

Par exemple Mme S., dont le premier enfant a été placé pendant un an, témoigne :

> *« Il a été placé à l'âge de six mois jusqu'à un an et demi. Ils m'ont enlevé mon fils à cause de mon passé d'alcoolique et de droguée. Alors que j'avais tout arrêté le jour où j'ai su que j'étais enceinte, même si j'étais en manque. Mais ils ont estimé que pour la protection de l'enfant, fallait le placer. Et j'ai eu du mal à récupérer mon fils, parce que je suis passée deux fois au tribunal. »*
>
> Mme S., *focus group* 1.

Ce repli s'accompagne d'une relation à l'enfant quasiment fusionnelle, et ces femmes n'ont pas recours aux divers systèmes de garde d'enfant.

Ce repli s'accompagne d'une relation à l'enfant fusionnelle.

> *« J'ai plus de mal à m'en défaire par rapport à mon premier, parce que mon premier il a été placé : malheureusement on me l'a enlevé, du coup j'ai l'habitude d'être séparée de mon fils. Alors que lui, j'ai envie qu'il reste vers moi. »*
>
> Mme S., *focus group* 1.

Les mesures de placement peuvent concerner également la mère. C'est le cas des femmes accueillies à la maison départementale de l'enfance et de la famille (Madef), centre parental destiné aux séjours de court et moyen termes lors de situations d'urgence. Le centre parental se situe dans le quartier Bords de Loire. Les contraintes des femmes qui y séjournent sont très importantes : sorties limitées et contrôlées, interdiction d'accueillir quiconque dans leur logement, etc. Elles ne fréquentent ainsi presque personne hormis leur colocataire.

Les placements

Les placements d'enfants sont courants dans les quartiers Bords de Loire et Baratte-Courlis. S'ils font partie du quotidien des habitants, ils demeurent une source de stigmatisation très visible lorsque l'on évoque par exemple les enfants placés du voisin. D'après la protection de l'enfance du conseil général, une vingtaine de familles de ces deux quartiers serait concernée chaque année par des mesures de placement.

Sur les cinquante femmes rencontrées, sept ont déclaré être ou avoir été concernées par des mesures de placement de leurs enfants. Deux d'entre elles n'en ont pas parlé au moment de l'entretien, mais pendant les *focus groups*. Cela conduit à formuler l'hypothèse, confirmée par les professionnels du conseil général responsables d'une partie des placements, selon laquelle certains parents pourtant concernés n'auraient pas évoqué le sujet. Environ 20 % de l'échantillon serait ainsi directement touché par les mesures de placement, ou l'aurait été.

Les placements font suite à deux types de procédures :

- **juridiques :** c'est le juge pour enfants qui décide de placer ou non l'enfant ;
- **administratives :** le conseil général, responsable de l'aide sociale à l'enfance (ASE), organise le placement en accord avec la famille.

Ces mesures sont déclenchées pour tout motif concernant la sécurité de l'enfant. Elles impliquent de nombreux acteurs, tant au niveau de la prise de décision que du suivi de l'enfant et des parents.

D'après les responsables de l'ASE du site des Bords de Loire, les résultats de l'étude ne sont pas biaisés, et les familles en situation de précarité sont les plus touchées par ces mesures. Environ 800 enfants sont placés dans le département de la Nièvre. Comparé au nombre d'habitants, c'est l'un de ceux les plus concernés par les placements d'enfants.

Un rapport sur la précarité et la protection des droits de l'enfant publié en 2010[7] donne la parole à des professionnels qui évoquent la question des placements. Marie-Rose Moro, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et directrice de la maison des adolescents à Paris, y écrit que « nos systèmes sociaux, qui sont des systèmes de protection, peuvent se transformer, pour les plus précaires, en contrôle social et peuvent ensuite précipiter la difficulté. On place effectivement les enfants de familles en difficulté sociale […] en excès. Les derniers chiffres qui ont été donnés par une enquête que nous avions faite dans la Seine-Saint-Denis montrent une augmentation relative de ces placements et des placements très tôt, chez les bébés en dessous de un an. Nous avons un système de protection sociale. Mais attention à ce que, justement, il ne se transforme pas en quelque chose qui vient augmenter la vulnérabilité de ceux pour lesquels ce système est fondamental[8]. »

.../...

7. France. Défenseure des enfants, 2010.

8. France. Défenseure des enfants, 2010, p. 27.

Isabelle Dorliat, directrice générale adjointe au conseil général du Rhône en charge du pôle Enfance, famille et PMI, rappelle que le placement et l'éloignement de l'enfant ne doivent se faire que lorsque cela est strictement indispensable à l'intérêt de l'enfant, et que la cause économique ne devrait en aucun cas être un motif valable. Catherine Vanier, psychanalyste au centre hospitalier de Saint-Denis et chercheur associé à Paris VII, affirme cependant que « dans les familles plus aisées, les statistiques montrent que les placements sont curieusement moins souvent demandés. Je peux témoigner que dans ma clientèle privée, dans Paris, je vois quelquefois des parents au sujet desquels je me dis : "si cela avait été un problème financier, il y a belle lurette que les enfants auraient été placés." […] Le problème, ce sont ces placements dans lesquels les parents sont plus que dévalorisés et perdent leur qualité de référents pour l'enfant au moment où on lui dit "tu es absolument obligé de quitter tes parents". Selon la façon dont on va écouter l'enfant et lui en parler, le risque est que, à partir de ce moment, soit rendu impossible pour lui la possibilité d'idéaliser ses parents. Ils risquent de perdre aux yeux de l'enfant leur statut de référents. Les enfants se demandent à qui faire confiance quand les parents sont signalés comme défaillants[9]. »

L'encadrement par les services sociaux

Les situations de précarité socio-économique nécessitent l'intervention de structures appartenant au domaine social. Les assistantes sociales sont les premières à suivre les familles les plus en difficulté :

> *« L'assistante sociale me suit depuis que j'ai l'âge de douze ans, donc je la connais et elle me connaît. Je l'ai eue très jeune parce que j'ai eu pas mal de difficultés à l'école, avec mes parents, j'ai eu des soucis avec l'alcool étant jeune, à treize-quatorze ans je buvais déjà de l'alcool, j'avais le joint au bec, enfin la totale. J'ai eu pas mal de difficultés avec mes parents […]. J'ai complètement débloqué, ma mère a fait appel à cette dame-là, qui est très gentille d'ailleurs, et que j'ai toujours à l'heure actuelle, parce que bon, j'ai toujours gardé un suivi. »*
>
> Mme V., *focus group* 1.

Les assistantes sociales ne sont néanmoins pas les seules, et de nombreux professionnels du social peuvent intervenir pour des besoins plus ciblés : éducateurs, aide-comptable (pour la gestion du budget familial), etc.

Certaines familles cumulent ou ont cumulé les suivis par différents professionnels, avec notamment des interventions à domicile. Ces dernières sont souvent perçues comme une intrusion dans la vie privée et engendrent chez ces femmes une mise à distance des services sociaux.

Les interventions à domicile sont souvent perçues comme une intrusion dans la vie privée.

9. France. Défenseure des enfants, 2010, p. 137.

> *« En 2008, j'ai perdu mes parents. Après son accident, mon mari a fait une dépression, moi j'ai fait une dépression, mes enfants ont été placés, mis en justice. Ces gens-là, ils sont venus chercher mon gamin, carrément. Et justement, ils m'ont dit, justement ce serait bien qu'il y ait un éducateur qui intervienne chez vous. Comment ça ? Qu'il y ait un éducateur, c'est* niet. *Moi je dis, les assistantes sociales qu'elles restent où qu'elles sont, elles sont très bien où qu'elles sont […]. Et pourtant mes enfants ils étaient pas battus, ils mangeaient à leur faim. Et là j'ai dit "non", je vous jure que les assistantes sociales, comme les dames de la PMI, elles ont dit "si vous ne le faites pas, on fait venir une éducatrice". J'ai dit : "On ne mettra pas les pieds chez moi." »*
>
> Mme D., *focus group* 1.

Les quelques familles qui cumulent les suivis sont également celles qui manifestent le plus la volonté de ne pas tisser de liens avec leur entourage. La méfiance envers les professionnels du social semble s'étendre à l'ensemble des habitants du quartier, et ce climat de suspicion touche même les familles d'origine étrangère, qui témoignent là encore d'un changement de comportement vis-à-vis de leurs voisins. C'est ce qu'explique par exemple Mme O., d'origine congolaise et installée aux Courlis depuis cinq ans :

> *« Pour moi le problème du quartier, c'est la confiance. Il n'y a pas de confiance entre les personnes […]. Moi je ne confie pas mes enfants aux voisins […]. Chez moi, à six ans, même avec des kilomètres, l'enfant doit aller tout seul à l'école. Ici, l'école est à côté et il faut l'accompagner. »*
>
> Mme O., Journal de terrain, 23 septembre 2013.

Les mères élevant seules leur enfant

Près de la moitié des femmes rencontrées se déclare comme famille monoparentale. L'absence de conjoint ou du père fait retomber la responsabilité de l'éducation de l'enfant uniquement sur la mère. L'isolement des femmes en situation de monoparentalité se traduit par un changement de perception de leur propre rôle de mère, qui devient alors leur préoccupation principale et leur unique identité :

Le rôle de mère devient la principale préoccupation de ces femmes ainsi que leur unique identité.

> *« Deux petits enfants en un rien de temps. On est plus responsables, voilà, on est carrée, on n'est plus dévergondée, parce que moi j'ai des copines elles ont mon âge, elles n'ont pas d'enfants elles sont dévergondées […] parce que moi je suis maman […]. À mon âge, j'aurais pu encore sortir en boîte, encore faire la fête, mais non, moi je suis maman au foyer, et voilà. »*
>
> Anonyme, *focus group* 1.

Il est très rare que l'un des facteurs présentés ci-dessus puisse à lui seul expliquer l'isolement d'une femme. Dans la majorité des cas, ces derniers s'entrecroisent, notamment ceux concernant le placement des enfants et l'encadrement par les services sociaux. Ils se renforcent mutuellement et perpétuent ainsi leurs effets respectifs.

Pratiques d'alimentation

Les informations collectées sont issues des entretiens menés auprès des femmes questionnées sur leurs connaissances et leurs pratiques d'alimentation et de soins. Les questions ont parfois posé problème car, à première vue, les personnes interrogées ne savaient pas comment y répondre, même si la suite des échanges a montré qu'elles connaissaient en réalité la réponse. Par exemple, certaines ont déclaré ne pas savoir quelles boissons étaient déconseillées durant la grossesse, pour ensuite préciser que l'alcool pouvait être dangereux pour les femmes enceintes.

PRÉPARER LE REPAS POUR LA FAMILLE

Dans la très grande majorité des cas, ce sont les femmes qui préparent le repas.

Dans la très grande majorité des cas (90 %), ce sont les femmes qui préparent le repas. Dans les mêmes proportions, elles déclarent être équipées d'un four, d'un micro-onde, d'une cuisinière et d'un mixeur. Ces données contrastent avec les résultats issus de l'étude *Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire* (Abena[1]) : « Ainsi, parmi les bénéficiaires de l'aide alimentaire, 30 % n'ont pas de réfrigérateur, 50 % n'ont pas de four et 30 % pas de plaques de cuisson. » Ces constats ne sont pas incompatibles dans la mesure où l'échantillon est composé à 25 % de personnes dépassant les plafonds de ressources de l'Épicerie solidaire. De même, un certain nombre de personnes interrogées lors de l'étude Abena sont en situation de grande précarité, notamment concernant le logement : personnes logées en hôtel, sans domicile fixe, etc. Or, notre échantillon ne comporte aucune personne dans cette situation. On peut également supposer que les femmes en situation de grande précarité et mal équipées faisaient partie de celles n'ayant pas ouvert la porte aux enquêteurs.

Les cuisines sont rarement le lieu de la prise du repas, d'une part car elles sont souvent exiguës, et d'autre part car elles ne sont pas équipées de table. Les repas se prennent

1. Bellin-Lestienne C. *et al.*, 2007.

dans le salon, sur le canapé ou la table lorsqu'il y en a une. Deux tiers des femmes interrogées déclare manger en face de la télévision.

Plus de huit femmes sur dix affirment être en mesure de cuisiner, c'est-à-dire ne pas (ou peu) utiliser de plats cuisinés. La cuisine étant une tâche associée à la figure maternelle, il n'est pas évident pour la mère de dire qu'elle ne s'en occupe pas. On peut ainsi estimer qu'au moins 20 % des femmes interrogées ne cuisinent pas, ou très peu. Il s'agit pour la plupart de personnes en situation de monoparentalité, dont le ou les enfants sont encore jeunes. Ces derniers consomment des petits pots et du lait, et la mère n'a pas spécialement envie de cuisiner pour elle seule :

« J'utilise beaucoup les surgelés parce qu'avec ma fille, je n'ai pas le temps de faire la cuisine. »

« Oui, j'utilise beaucoup les surgelés, parce qu'avec ma fille, je n'ai pas le temps de faire la cuisine […]. Je lui donne des pots, et des plats spéciaux pour enfants. Je préfère, c'est mieux. »

Mme C., Journal de terrain, 11 septembre 2013.

La majorité des femmes qui cuisinent déclare qu'il s'agit d'une question d'habitude et de goût. Pour les femmes d'origine étrangère, il semble inconcevable de ne pas cuisiner : c'est à la fois une manière de manger des plats qui n'existent pas dans les supermarchés, mais également de « savoir ce qu'il y a dans la nourriture ».

« J'aime cuisiner et je prépare moi-même les plats français et maghrébins. Mon mari est tunisien ; ma maman est française et mon père algérien. »

Mme B., Journal de terrain, 16 septembre 2013.

La cuisine s'inscrit dans les habitudes quotidiennes des femmes en situation de précarité.

Lorsque la mère s'occupe seule de la famille, ou que son conjoint travaille, les activités domestiques reposent uniquement sur elle. Pour Anna Masullo, sociologue, la cuisine s'inscrit dans les habitudes quotidiennes des femmes en situation de précarité :

« Les femmes précaires ont souvent pour occupation principale (la plupart étant au foyer) la gestion de l'économie familiale et les tâches domestiques associées. Le dévouement de la mère, en ce qui concerne l'alimentation, se matérialise quotidiennement par la prise en charge quasi exclusive des tâches domestiques (ces dernières sont encore très sexuées, et d'autant plus chez les personnes peu ou pas diplômées). Faire à manger pour la famille, et notamment aux enfants, est une pratique qui occupe encore une place très importante dans l'investissement des mères et qui demeure un vecteur d'échange affectif. »

Source : Masullo A., « Paroles de femmes et de mères : ce que "nourrir" signifie en milieu précaire », 2012.

La façon de cuisiner des femmes d'origine étrangère évolue avec l'arrivée en France, comme en témoigne Mme A., d'origine congolaise :

« Je cuisine beaucoup comme au pays, notamment le foufou. *Mais, peu à peu avec la cantine, mes enfants veulent de plus en plus des pâtes, du riz ou des frites, des choses pas de chez nous. Je les prépare, sinon ils ne mangent pas. Je peux aussi mélanger les recettes de viandes "européennes" avec des plats de féculents africains. »*

Mme A., Journal de terrain, 23 septembre 2013.

DÉSTRUCTURATION DE L'ALIMENTATION QUOTIDIENNE CHEZ LA MÈRE

Corrélation entre alimentation de la femme et son entourage

L'alimentation de la mère dépend principalement de son entourage et des échanges qu'elle a durant la journée avec ses enfants, et éventuellement avec son conjoint. L'organisation de la journée est déterminante pour comprendre l'organisation du repas : si l'enfant est à l'école ou au centre aéré, la probabilité que la mère prenne un déjeuner est très réduite[2]. Par exemple Mme S., dont le premier fils mange à l'école et le second est âgé de deux mois, explique :

L'alimentation de la mère dépend principalement de son entourage et des échanges qu'elle a durant la journée avec ses enfants et son conjoint.

> *« Moi, personnellement, je ne mange pas le midi parce que je suis toute seule chez moi, je suis toute seule, donc c'est bon. »*
>
> Mme S., *focus group.*

Sur l'ensemble des femmes interrogées, 16 % ont déclaré n'avoir pris qu'un seul repas la veille, éventuellement accompagné de grignotage. Il s'agit le plus souvent du dîner, pris car les enfants sont à la maison.

> *« Avec le travail, mes horaires changent tout le temps. Je mange quand j'ai envie. Si je n'ai pas envie, je ne mange pas. Par contre les enfants, je les fais manger à chaque fois à l'heure du repas […]. Hier, j'ai pris un panini en rentrant chez moi le soir. Mon fils de huit mois adore ça, il en a pris aussi. »*
>
> Mme M., Journal de terrain, 11 septembre 2013.

Si les femmes font référence à la norme des trois repas par jour (petit déjeuner, déjeuner et dîner), un peu moins de la moitié d'entre elles respecte ce rythme (48 % des femmes interrogées). Pour les femmes ayant déclaré avoir consommé deux repas la veille (36 %), il s'agit en général du petit déjeuner et du dîner. Des travaux antérieurs[3] montrent que, dans les quartiers populaires, les variables « monoparentalité » et « absence de l'enfant » sont associées à des sauts et « oublis » de repas.

TABLEAU 11 Nombre de repas pris par la mère la veille de l'entretien

0 ou 1	16 %
2	36 %
3	48 %

2. Les questionnaires ont été menés de manière équilibrée entre les périodes de vacances et les périodes scolaires.

3. Lhuissier A. *et al.*, 2013.

Les mères en situation de monoparentalité avec un enfant trop jeune pour partager leur repas ont une alimentation particulièrement déstructurée, tant en termes de rythme que de composition. Ce sont elles qui sont les plus exposées aux sauts de repas et qui grignotent le plus :

> *« Hier, j'ai pris un pain au chocolat quand je me suis réveillée. Sinon j'étais trop occupée, je n'ai pas mangé. »*
>
> Mme M., Journal de terrain, 6 septembre 2013.

Les mères en situation de monoparentalité avec un enfant trop jeune pour partager leur repas ont une alimentation particulièrement déstructurée.

Déséquilibres nutritionnels

Recherche d'aliments plaisirs

Lorsque l'on demande si l'enfant « mange bien », un quart des mères répond par une approche hygiéniste de l'alimentation, mettant en valeur des interdictions et restrictions. Posée après celles relatives au poids, cette question a été comprise dans le sens de « bien manger d'après les recommandations des médecins ». L'importance du nombre de mères évoquant à ce sujet l'idée de restriction fait écho au constat fait par Anne Lhuissier lors d'ateliers d'éducation alimentaire conduits en milieu populaire[4], lorsque la diététicienne tente de promouvoir trois messages : « Manger sans modération (certains aliments), manger quand on a faim et écouter son corps. » L'idée est « d'obtenir une restriction énergétique sans entraîner de restriction cognitive », mais ces ateliers sont un échec car les participantes ne reviennent pas aux séances qui suivent. Anne Lhuissier analyse l'impossibilité des femmes de l'atelier à adopter ces messages :

> *« Ces trois recommandations renvoient en effet à un comportement qu'elles cherchent toutes à réprimer en priorité. Elles pensent non seulement qu'il les fait grossir, mais qu'il est socialement inacceptable (il renvoie à l'idée de ne pas pouvoir se contenir). Ces préceptes vont également à l'encontre d'un schéma binaire ("j'ai le droit"/"je n'ai pas droit", "c'est bien"/"c'est mal") très prescriptif pour penser le régime, que les participantes attendent, et qu'elles ont mis en pratique lors d'expériences antérieures. Délivrés de la sorte, ces messages leur semblent irrecevables. »*
>
> Source : Lhuissier A., « Éducation alimentaire en milieu populaire : des normes en concurrence », 2006.

Dans la pratique, la « nourriture-plaisir » est très présente au quotidien, et les femmes interrogées disent en particulier aimer manger sucré et boire des sodas :

La « nourriture plaisir » est très présente au quotidien.

> *« Moi du sucre, j'en bouffe à tire-larigot, j'achète un paquet de bonbons et j'en mange la moitié. »*
>
> Mme S., *focus group* 3.

> *« Le matin je prends un café, et du coca. Oui, j'en bois toute la journée, et du Red Bull aussi. »*
>
> Mme M., Journal de terrain, 11 septembre 2013.

4. Lhuissier A., 2006.

Faible consommation de fruits et de légumes

Environ une femme sur trois a consommé un fruit ou plus la veille du questionnaire. Cette proportion augmente à deux sur trois pour les légumes. Bien que connues, les recommandations concernant les légumes et les fruits sont très peu prises en compte.

Les recommandations concernant les légumes et les fruits sont peu prises en compte.

Deux types d'arguments sont avancés : le premier est celui du **goût**, comme c'est le cas pour Mme J. :

> *« Non, pas de légumes, je n'aime pas. Et les fruits aussi […]. Je ne mange pas de viande, ni de lait. »*
>
> Mme J., Journal de terrain, 13 septembre 2013.

Le deuxième argument est financier, comme c'est le cas pour Mme B., qui vit seule et a eu sept enfants, dont six sont placés (elle les voit le week-end) :

> *« Pour huit, ce n'est pas possible les fruits. Regardez les prix à Géant, non ce n'est pas possible. Même en boîte, je ne pourrais pas en acheter. »*
>
> Mme B., Journal de terrain, 10 septembre 2013.

Les deux types d'arguments présentés ci-dessus illustrent deux attitudes spécifiques vis-à-vis des fruits et des légumes :

- les femmes qui ne consomment pas ou très peu de fruits et légumes, et qui n'ont pas envie d'en consommer plus ;
- les femmes qui consomment peu de fruits et légumes, qui souhaiteraient augmenter cette consommation mais qui en sont empêchées par des contraintes financières. Lors de l'enquête, plusieurs femmes ont insisté sur le prix élevé de ces denrées. Bien que ces dernières soient vendues 40 centimes le kilo à l'Épicerie solidaire, il est rare que les quantités soient suffisantes pour satisfaire tous les bénéficiaires (hormis le céleri, les carottes, les radis et d'autres légumes moins connus).

Pour Dominique Poisson[5], responsable du programme Alimentation, santé et budget au Centre de recherche et d'information nutritionnelles (Cerin), on retrouve la première attitude chez les populations en situation de précarité. Ces dernières ont très souvent recours aux plats préparés et riches en féculents. Ces femmes confirment le stéréotype selon lequel les classes populaires consommeraient peu de fruits et légumes et ne chercheraient pas à modifier ces habitudes. Dominique Poisson rappelle néanmoins que cela ne doit pas pour autant faire oublier les familles pour lesquelles la contrainte est avant tout financière, et l'on observe chez certaines femmes enquêtées à Nevers l'existence d'une véritable demande en fruits et légumes

Les populations en situation de précarité ont énormément recours aux plats préparés et riches en féculents.

5. Poisson D., 2008.

à des prix abordables. L'enquête menée par Revivre[6] en 1998 auprès de familles bénéficiaires de l'aide alimentaire montre que les dépenses alimentaires représentent parfois jusqu'à 50 % du budget total chez les familles en situation de précarité. L'alimentation est donc considérablement affectée par les problèmes financiers.

DÉSTRUCTURATION DE L'ALIMENTATION DURANT LA GROSSESSE

Connaissance des recommandations…

La majorité des femmes a connaissance des recommandations d'alimentation et de soins durant la grossesse. Près de neuf femmes interrogées sur dix connaissent les indications relatives aux variations de l'alimentation lors de cette période (manger autant, un peu plus, un peu moins, etc.). Celles qui ont dû suivre un régime strict pendant leur grossesse à cause d'un diabète gestationnel expliquent que les aliments gras, salés et sucrés sont déconseillés pour les femmes enceintes. Pour les autres, les aliments à éviter sont plutôt les aliments crus.

Neuf femmes interrogées sur dix connaissent les indications relatives aux variations de l'alimentation lors de la grossesse.

92 % des femmes interrogées considèrent qu'il est important de surveiller son poids pendant la grossesse pour la santé de l'enfant (38 %), parce que les kilos pris sont difficiles à perdre (30 %) et pour leur propre santé (24 %). L'importance du nombre de femmes insistant sur ce dernier point est révélateur des nombreux soucis de santé qu'elles ont rencontrés : diabète gestationnel, hypertension, rétention d'eau, hospitalisations d'urgence, etc. Aucune des femmes ayant eu des soucis de santé lors de la grossesse n'a répondu qu'il était nécessaire de surveiller son poids pour des questions de « ligne ». D'autre part, peu d'entre elles évoquent spontanément l'alcool parmi les boissons déconseillées, bien que cela puisse s'expliquer par le fait qu'elles en consomment peu en temps normal (seules deux femmes ont expliqué en consommer à l'occasion, et un grand nombre d'origine étrangère a précisé ne jamais en boire).

…et leur mise en application

Près de sept femmes sur dix déclarent avoir modifié leur manière de s'alimenter en termes de quantité lors de la grossesse, que ce soit en mangeant plus ou en mangeant moins. Il y a à cela deux raisons principales.

Les envies

30 % des personnes interrogées ont suivi des « envies » déclarées comme « typiques » des femmes enceintes : des sucreries et du chocolat le plus souvent, c'est-à-dire des « nourritures plaisir », mais également pour certaines des haricots ou de l'ananas.

6. Chauliac M., Chateil S., 2000.

Certains de ces comportements sont en opposition avec les recommandations médicales :

> *« Pendant la grossesse ? J'étais beaucoup plus difficile pour tout ce que je mangeais […]. Beaucoup plus de Mc Donald's et de Kebabs. Beaucoup de café aussi […]. Avec le stress, j'ai fumé plus. »*
>
> Mme X., Journal de terrain, 16 septembre 2013.

Certains de ces comportements sont en opposition avec les recommandations médicales.

Les recommandations médicales

40 % des femmes interrogées ont dû suivre un régime alimentaire prescrit par le médecin, qui impliquait en général d'augmenter leur consommation en fruits et légumes et de réduire celle de protéines, de gras et de salé. Il s'agit notamment des femmes ayant fait du diabète gestationnel.

Bien que contraignants, ces régimes ont globalement été respectés car les médecins ont insisté sur les conséquences immédiates que le diabète pourrait avoir sur la santé de l'enfant.

> *« Pour ma part, j'ai eu, par exemple le matin, déjà, plus de Cappucino, plus de trucs comme ça, tout ce qui est à base de sucre c'est niet. 40 g de pain, avec une noisette de beurre dessus. Le midi, 30 g de pain, 30 g de fromage. Il fallait que j'introduise des légumes et des féculents, donc en entrée j'avais le droit à 100 g de légumes, 200 g de féculents. Et je faisais ça systématiquement, j'avais le droit à 30 g de viande. Le repas du midi c'était exactement le repas du soir. Donc tous les jours, du matin au soir, fallait que je pèse tout ce que je mangeais.*
>
> *[…] C'est la sage-femme, et le service "diabéto" à l'hôpital qui m'ont prescrit le régime. J'avais un suivi des personnes qui s'occupaient du diabète […]. Contrôle de glycémie tous les jours six fois par jour, donc j'avais les doigts enflés, j'en pouvais plus. Après, ils se sont rendu compte que mon diabète ne diminuait pas le matin à jeun. Mes hormones faisaient que j'étais plus haut, et j'ai eu droit aux piqûres d'insuline dans le ventre tous les soirs à 22 heures. »*
>
> Mme S., *focus group* 1.

Pour plusieurs mères, les régimes ont été de véritables épreuves :

> *« J'ai provoqué l'accouchement parce que sur la fin vraiment, pour moi, c'était plus possible de suivre ce régime que je suivais pour lui, si je n'avais pas été enceinte je ne l'aurais pas suivi. Comme j'avais tellement peur qu'il chope [le diabète], je me suis fait provoquer l'accouchement. J'aurais dû accoucher le 22 septembre, j'ai accouché le 11. Maintenant, je ne me prive plus. J'ai repris du poil de la bête parce qu'avec ce régime j'avais perdu énormément de kilos. Ils m'ont dit "oui c'est normal", mais bon voilà quoi, perdre 10 à 15 kilos pendant une grossesse, c'est énorme. »*
>
> Anonyme, *focus group* 1.

« Comme j'avais tellement peur qu'il chope [le diabète], je me suis fait provoquer l'accouchement. »

Mme D., mère de trois enfants, évoque les conséquences d'une alimentation déstructurée durant ses premières grossesses, qui a rendu nécessaire une prise en charge spécifique pour son troisième enfant :

> *« Pour le premier ça s'est bien passé, pas de soucis de santé, l'alimentation en sens contraire, j'ai quand même pris 30 kilos, en plus je n'avais pas un bon suivi. Ensuite, la deuxième, par contre j'ai commencé à avoir un début de diabète, on m'a dit de faire attention, mais ça s'est bien passé. Par contre pour elle [la troisième], ils se sont aperçus qu'il y avait du diabète, et alors impossible de faire descendre, je suis quand même restée hospitalisée quatre mois pour elle. Ils m'ont fait faire des régimes et tout ça. Pour ne pas vous mentir, j'ai perdu quasiment 6 kilos. »*
>
> Mme D., focus group 1.

« Je suis quand même restée hospitalisée quatre mois pour mon troisième enfant. »

Le faible suivi des recommandations préventives

Les femmes ont tendance à suivre les traitements prescrits lorsque le risque est perçu comme « concret », comme par exemple un diabète gestationnel. Cependant, la majorité des femmes ne parle que des quelques conseils préventifs reçus de la part des médecins, dans l'ensemble peu suivis :

> *« Ils m'ont dit de ne pas fumer, de ne pas boire de café, j'ai continué le café, j'ai continué à fumer pareil. »*
>
> Mme P., Journal de terrain, 21 août 2013.

> *« Si on les écoute, on ne fait plus rien pendant la grossesse. »*
>
> Mme M., Journal de terrain, 11 septembre 2013.

Ces femmes revendiquent une forme d'indépendance et de détachement vis-à-vis des recommandations. Preuve en est qu'elles ne modifient jamais, ou presque, leurs habitudes alimentaires dans une optique préventive de « bonne santé ». Les médecins semblent d'autre part insister bien plus sur l'importance d'éviter l'alcool et le tabac que sur la nécessité d'avoir un bon équilibre alimentaire, ce qui explique en partie les prises de poids de plus de vingt kilogrammes notées chez certaines femmes durant leur grossesse. Ainsi, si changements il y a dans l'alimentation, il s'agit de variations à la marge, sauf dans le cas de complications médicales concrètes.

L'ALLAITEMENT : FORTE PRÉFÉRENCE POUR LE LAIT MATERNISÉ

Toutes les mères de l'échantillon[7] ont été interrogées sur l'alimentation de leur enfant durant les sept mois suivant l'accouchement. Les durées médianes et moyennes d'allaitement sont respectivement de trois et cinq mois, et la part des enfants n'ayant jamais été allaités est de 43 %. La différence observée entre les durées médianes et moyennes est

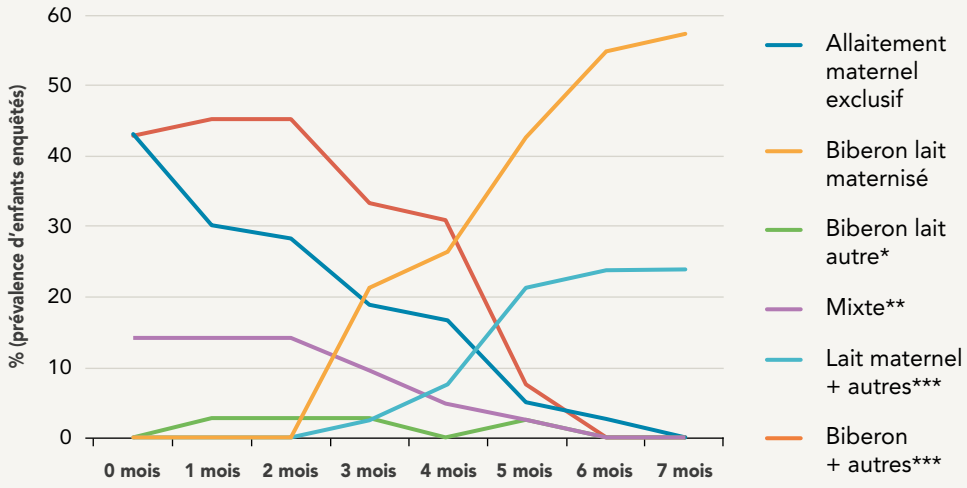
7. Huit femmes enceintes, sans expérience d'allaitement, n'ont pas été questionnées sur le sujet.

accentuée par les réponses des femmes nées en Afrique subsaharienne, qui allaitent leur enfant sur une période plus longue. **Du fait de la taille limitée de l'échantillon, la force statistique des résultats doit toutefois être considérée avec précaution.** Les tendances qui se dégagent des questions sur l'allaitement dans les quartiers Bords de Loire et Baratte-Courlis concordent néanmoins avec des études menées auprès d'échantillons plus larges, dont les spécificités sont propres aux populations précaires.

Le graphique ci-dessous résume ces deux tendances majeures : peu de femmes allaitent, et celles qui donnent le sein ne le font pas longtemps.

Peu de femmes allaitent, et celles qui donnent le sein ne le font pas longtemps.

FIGURE 7 Évolution des types et des durées d'allaitement de la naissance jusqu'au septième mois de l'enfant



* Biberon lait autre : lait autre que maternel ou maternisé (lait de vache par exemple).

** Allaitement mixte : lait maternel + lait maternisé.

*** Lait maternel/biberon + autres : lait maternel ou maternisé + éléments solides.

L'enquête nationale Épifane[8] sur les pratiques d'allaitement au cours du premier mois de l'enfant montre que la France est très éloignée des recommandations internationales en termes d'allaitement[9], qui prônent l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois.

8. Salavane B. *et al.*, 2012.

9. OMS, 2001.

Les données quantitatives collectées à Nevers laissent même penser que les pratiques d'allaitement au sein de la population étudiée sont encore plus éloignées des recommandations que celles de la moyenne française.

Ainsi, environ six femmes de l'échantillon sur dix allaitent leur enfant à la naissance (contre 69 % au niveau national), et cette proportion passe à 45 % au bout de un mois (54,9 % au niveau national).

TABLEAU 12 Allaitement de 0 à 1 mois – Comparaison des résultats de l'étude à Nevers avec d'autres études de référence

	ÉPIFANE (SALAVANE B. *ET AL.*)	NORVÈGE (SALAVANE B. *ET AL.*)	ÉTUDE GRET À NEVERS
Allaitement exclusif à 0 mois	59,7 %	88 %	42,9 %
Allaitement mixte à 0 mois	9,3 %	10 %	14,3 %
Allaitement exclusif à 1 mois	35,4 %	81 %	31 %
Allaitement mixte à 1 mois	19 %	15 %	14,3 %

En comparant les taux d'allaitement de notre étude avec ceux d'une étude en région Rhône-Alpes (non ciblée sur les populations en situation de précarité), on remarque que les pratiques d'allaitement des femmes interrogées sont moins fréquentes pendant le premier mois.

TABLEAU 13 Allaitement de 0 à 6 mois – Comparaison de l'étude du Gret à Nevers avec les études de référence

(source : Turck D., *Plan d'action : lait maternel – Propositions d'actions pour la promotion du lait maternel*, 2010)

ALLAITEMENT EXCLUSIF OU PARTIEL	ÉTUDE DU GRET À NEVERS	ÉTUDE RHÔNE-ALPES
0 mois	57,1 %	68,5 %
1 mois	45,2 %	51 %
3 mois	31 %	28 %
6 mois	26,2 %	15 %

Déterminants socio-économiques des pratiques d'allaitement

Le groupe le plus précaire est celui qui présente la plus faible propension à l'allaitement : plus de 60 % des femmes n'ont pas allaité leur enfant, contre 28 % pour les groupes les moins précaires.

60 % des femmes appartenant au groupe le plus précaire n'ont pas allaité leur enfant, contre 28 % pour les autres.

TABLEAU 14 Allaitement et profil socio-économique[10]

	POURCENTAGE DES MÈRES ALLAITANT LEUR ENFANT À L'ÂGE DE DEUX MOIS (ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF ET MIXTE)	POURCENTAGE DES ENFANTS JAMAIS ALLAITÉS
1 : Très forte précarité	31 %	62 %
2 : Forte précarité	39 %	39 %
3 : Moyenne précarité	78 %	22 %
4 : Faible précarité	58 %	28 %

Les variations concernant la durée et le type d'allaitement ont été analysées en fonction de quatre facteurs : l'âge de la mère, le niveau de diplôme, le fait d'avoir ou non un emploi et la part que représentent les allocations dans les ressources totales du foyer. Pour plus de précisions, voir l'annexe 5.

En croisant les effets de ces variables, il apparaît que les mères jeunes, isolées, sans emploi et peu diplômées sont celles qui allaitent le moins. Elles ne peuvent pas s'appuyer sur l'expérience de proches et ne cherchent pas non plus à se renseigner au sujet de l'alimentation.

Les mères jeunes, isolées, sans emploi et peu diplômées sont celles qui allaitent le moins.

> *« Au début, je lui ai donné du lait en poudre, mais il le recrachait. Après j'ai essayé des boîtes en supermarché, au hasard […]. Vers un mois j'ai essayé le lait normal, de vache, et j'ai continué, ça lui va très bien. »*
>
> Mme J., Journal de terrain, 13 septembre 2013.

Les constats de l'étude menée à Nevers coïncident avec les conclusions du professeur Turck, récapitulant les principales variables limitant la pratique et la durée de l'allaitement maternel.

10. Les quatre catégories de profils socio-économiques ont été établies en fonction des ressources disponibles dans le logement par personne et par mois (hors aide personnalisée au logement – APL). Pour une présentation plus complète, voir la partie sur les différentes situations socio-économiques.

TABLEAU 15 **Facteurs représentant un frein à l'initiation de l'allaitement maternel et/ou pour sa durée**

(source : Turck D., *Plan d'action : lait maternel – Propositions d'actions pour la promotion du lait maternel*, 2010)

Facteurs liés à la mère	- Mère très jeune, seule, de plus faible statut socio-économique, récemment immigrée, ayant déménagé en raison de la naissance de l'enfant. - Expérience antérieure d'allaitement négative. - Ambivalence dans le désir d'allaiter, décision tardive. - Manque d'informations sur la durée optimale de l'allaitement. - Perception d'une insuffisance de lait, incertitude concernant la quantité de lait prise. - Manque de confiance en soi, gêne à l'idée d'allaiter en public, dépression du *post-partum*. - Expérience initiale négative, difficultés d'allaitement. - Obésité, tabagisme. - Environnement de travail défavorable à l'allaitement.
Facteurs liés à l'enfant et à son état de santé	- Faible prise de poids de l'enfant. - Problèmes de succion.
Facteurs liés à l'entourage	- Absence de soutien de la part du partenaire ou perception négative de l'allaitement par celui-ci.
Facteurs liés aux pratiques de soins et au système de santé	- Mise au sein différée, allaitement à horaires fixes. - Recours aux compléments non médicalement indiqués en maternité. - Distribution d'échantillons de lait artificiel à la maternité. - Défaut de formation et manque de soutien des professionnels de santé.
Facteurs liés aux politiques de santé	- Congé maternité court et peu rémunéré.

L'allaitement maternel exclusif : une pratique méconnue

Les connaissances des femmes en matière d'allaitement sont lacunaires : deux tiers des personnes interrogées ne connaissent ni l'expression « allaitement maternel exclusif » (AME), ni l'existence de cette pratique. Les discussions à ce sujet ont souvent soulevé des interrogations, voire du scepticisme, à l'idée que certaines mères ne donnent jamais le biberon. Pour beaucoup, cette pratique paraît même particulièrement étrange. On note toutefois que 60 % des femmes appartenant à la catégorie la plus aisée connaissent cette pratique, contre 20 % seulement pour celle aux revenus les plus bas.

Pour beaucoup, l'allaitement maternel exclusif est une pratique étrange.

Les femmes interrogées méconnaissent d'autant plus les pratiques d'allaitement maternel exclusif qu'elles font confiance au lait mater-

nisé et, plus généralement, à l'ensemble des produits de l'industrie alimentaire pour bébé. Un quart d'entre elles indique que le lait maternisé est la boisson la plus appropriée pour le nourrisson, et les discussions avec celles pratiquant un allaitement mixte révèlent un manque de confiance dans les bienfaits du lait maternel, qui ne serait pas suffisant pour satisfaire pleinement les besoins de l'enfant.

Manque de lait et difficultés à discuter de l'allaitement

Les raisons données pour ne pas ou ne plus allaiter ne sont ni le manque d'envie, ni le manque de motivation, mais le plus souvent l'incapacité ou le manque de lait. Environ un tiers des mères est concerné.

Environ un tiers des mères est concerné par le manque de lait.

> *« J'ai allaité ma fille, deux jours. Après je n'ai pas pu, je n'avais plus de lait. »*
>
> Mme G., Journal de terrain, 11 octobre 2013.

Si certaines refusent d'approfondir le sujet, celles qui acceptent d'en discuter disent ne pas comprendre pourquoi leur lait s'est tari. Le sujet est délicat car il entraîne, pour certaines, une remise en cause du rôle et de l'image de la mère nourricière :

> *« Je voulais faire comme mon premier, allaiter. J'ai allaité pendant trois semaines et demie, et j'ai eu un souci, je n'explique pas encore comment ça s'est passé, pourtant ça se passait très bien l'allaitement, mais y'a eu un moment où plus de lait. Je n'ai pas compris pourquoi. On m'a expliqué que ça pouvait être une grosse montée de stress ou de fatigue, mais ils n'expliquent pas ça bien, moi j'ai pas compris, parce que j'ai allaité mon premier jusqu'à ses un an et demi, donc je pensais que ça allait faire pareil. »*
>
> Mme D., *focus group* 1.

Cette incompréhension se couple à une sorte de fatalisme en lien avec le corps de la femme : l'arrêt ne relève pas d'une réelle volonté mais de facteurs physiologiques incontrôlables :

> *« Ma cousine a pris les cachets pour arrêter l'allaitement, parce qu'elle ne voulait plus allaiter. Sa petite elle a un mois et demi, elle a deux semaines de moins que mon fils. Elle voulait continuer à allaiter, mais elle avait trop de crevasses, ça faisait trop mal. Et pourtant la petite elle tirait bien. Après… ça dépend comment le corps de la femme réagit, c'est tout à l'intérieur, ce n'est pas nous qui décidons. Comme là, moi j'ai eu une coupure de lait, et puis bon, je ne comprends pas pourquoi, je ne comprendrai jamais, voilà, c'est comme ça, c'est le corps de la femme, ça ne se décide pas, ça ne se commande pas, on est bizarres. »*
>
> Mme S., *focus group* 2.

Gisèle Gremmo-Feger, pédiatre, considère que ce « syndrome d'insuffisance de lait » est un mythe construit dans les années 1980 avec notamment la très large diffusion des laits infantiles[11] dans les pays occidentaux. Elle note qu'il s'agit ainsi de la première

11. Gremmo-Feger G., 2003.

Le manque de lait est un syndrome culturellement construit lié à un manque de connaissance en matière d'allaitement.

cause évoquée pour expliquer l'abandon de l'allaitement (pour 38 % des femmes ayant arrêté d'allaiter avant neuf semaines). Si les études sur ce sujet sont peu nombreuses, Gisèle Gremmo-Feger estime néanmoins que « l'insuffisance de lait liée à une incapacité pathophysiologique maternelle à produire du lait ou assez de lait est rare et concerne probablement moins de 5 % des mères ». Les principales raisons sont, d'après elle, une conduite inappropriée de l'allaitement ainsi qu'une demande insuffisante de la part de l'enfant. Il s'agit dans les deux cas d'un problème de connaissances en matière d'allaitement et d'accompagnement de la femme.

Pour affirmer sa position selon laquelle ce syndrome serait culturellement construit , elle insiste sur sa quasi-absence dans les pays en voie de développement, dans lesquels l'allaitement maternel est plus valorisé et le recours aux laits infantiles moins courant.

Différences d'allaitement entre femmes nées en France et femmes nées à l'étranger

En comparant les choix et les durées d'allaitement des femmes nées en France avec celles de femmes nées à l'étranger, on observe que les premières choisissent plus souvent de ne pas allaiter ou, à défaut, d'allaiter sur une durée moindre.

TABLEAU 16 Différences en matière d'allaitement entre les femmes nées en France et celles nées à l'étranger

	PAS D'ALLAITEMENT	DURÉE MOYENNE D'ALLAITEMENT
Femmes nées en France	44 %	2,9 mois
Femmes d'origine étrangère	19 %	8 mois

Les femmes d'origine étrangère n'invoquent jamais l'insuffisance de lait pour justifier un arrêt d'allaitement. C'est plutôt la référence à une forme de norme familiale ou traditionnelle qui vient expliquer la pratique d'allaitement.

> *« Chez nous, on allaite jusqu'à six mois. »*
> Mme K., *focus group* 1.

Les discussions autour de l'allaitement avec les femmes d'origine étrangère qui allaitent ne sont jamais longues, car cette pratique apparaît comme une évidence. C'est parmi ces dernières que l'on trouve les mères n'ayant jamais utilisé d'autre lait que le leur, comme c'est le cas pour Mme U., d'origine sénégalaise :

Mme U. allaite trois ou quatre fois son enfant de vingt mois pendant les 45 minutes du questionnaire, à chaque fois assez rapidement, pendant quelques minutes. Elle dit compresser sa poitrine pour couper la production de lait, pour arrêter dans deux semaines. L'enfant n'a jamais bu d'un autre lait.

Mme U., Journal de terrain, 28 août 2013.

Les manières de nourrir et de s'occuper du bébé sont des normes pouvant concurrencer les conseils des médecins.

Ces manières de nourrir et de s'occuper du bébé, héritées d'une pratique familiale, sont des normes qui peuvent venir concurrencer les conseils et recommandations donnés par les médecins. Mme G., qui a accouché de son premier enfant en Guadeloupe, d'où elle est originaire, et a accouché de ses deux autres enfants à Nevers, explique :

« J'ai demandé beaucoup de conseils aux médecins, et je suis la puéricultrice et la sage-femme de la PMI. Je suis allée au CDPEF [centre départemental de planification et d'éducation familiale de la Nièvre] pour la grossesse, et faire les échographies. Je suis un peu perdue entre mes repères de la Guadeloupe où on allaite longtemps mais où on donne des aliments plus tôt, et ceux de la métropole, qui sont opposés. Pour moi, au bout de trois mois, le lait maternel n'est plus suffisant pour le petit enfant, il faut donner à manger. »

Mme G., Journal de terrain, 6 septembre 2013.

La confiance dans le lait maternisé

Le recours au lait maternisé concerne au moins 80 % des enfants de l'échantillon. Même si la durée d'utilisation et les modalités varient (lait maternisé uniquement ou en alternance avec du lait maternel – on parle alors d'allaitement mixte), le lait maternisé reste l'aliment majoritaire des enfants de moins de six mois. En supermarché, on trouve de nombreuses variétés de lait et les mères développent souvent leurs pratiques sur la base des réactions de l'enfant : c'est lui qui choisit.

Les mères développent souvent leurs pratiques sur la base des réactions de l'enfant.

« Moi, pour mon premier, j'ai pris au "pif" du Modilac. Ça lui a convenu tout de suite. Pour lui [le deuxième], j'ai changé cinq ou six fois de marque, parce que soit il régurgitait, soit il en voulait pas du tout, soit quand il bougeait il recrachait tout […]. Le premier lait que j'ai pris c'était un relais d'allaitement, comme je ne pouvais plus allaiter il fallait que je prenne ça. Et puis, après, je me suis arrêtée à la marque Milumel, et je suis restée dans ce bas de gamme-là. Et là j'ai encore changé de lait, pas dans la marque mais dans la formule du lait, là c'est lait-miel, il aime ça. »

Mme S., *focus group* 1.

La consommation de lait maternisé varie en fonction de l'âge de l'enfant et de son éventuel complément par du lait maternel. Avec un coût situé aux alentours de 15 euros par boîte[12], il représente toutefois une contrainte économique considérable , notamment pour

12. En fonction de l'âge du bébé et du rôle du lait maternisé (en complément ou non de l'allaitement maternel), le budget requis pour le lait maternisé varie de 50 à 200 euros par mois pour un seul enfant.

les mères aux ressources les plus faibles, qui sont paradoxalement les plus nombreuses à ne pas allaiter. Ainsi, Mme S. nourrit son fils de trois mois exclusivement au lait maternisé :

> *« J'achète, et si ce n'est pas bon, je jette : je n'ai pas de mamans autour de moi qui prennent de ce lait-là [...]. Ce n'est pas économique du tout. Oui, la dernière boîte que j'ai achetée, elle était à la moitié j'ai dû la jeter parce qu'il n'en voulait plus, elle était à 18,10 euros. »*
>
> Mme S., *focus group* 2.

Le lait maternisé représente toutefois une contrainte économique considérable.

Si le questionnaire ne prévoyait pas d'interroger les femmes sur l'âge auquel elles introduisent le lait de vache (arrêt du lait maternel ou maternisé), plusieurs mères ont néanmoins spontanément évoqué le sujet :

> *« J'ai arrêté de lui donner le sein vers six mois, j'ai préféré passer au lait normal, de vache […]. Il y a des avantages, des inconvénients, j'ai choisi. »*
>
> Mme D., Journal de terrain, 3 octobre 2013.

L'âge moyen d'introduction du lait de vache est une variable manquante et aurait permis de mieux analyser la situation nutritionnelle des enfants de moins de trois ans.

Une diversification alimentaire plutôt précoce

L'âge de la diversification alimentaire est initié pour 41 % des femmes interrogées entre le deuxième et le quatrième mois de l'enfant. Seule un peu plus de la moitié (59 %) préfère attendre le cinquième ou sixième mois. Deux principaux éléments guident cette diversification :

- **les habitudes familiales,** notamment visibles chez les familles d'origine africaine pour lesquelles la diversification est précoce. Ce sont également ces familles qui utilisent moins longtemps les petits pots et chez qui l'enfant partage plus tôt le repas familial ;
- **la confiance dans les indications données par les marques :** 90 % des femmes interrogées pensent que les pots préparés pour bébés sont les plus adaptés pour diversifier l'alimentation. Dans la pratique, les aliments mentionnés sont principalement les compotes, les petits pots et parfois les yaourts.

Les indications notées sur les emballages des produits pour bébé sont de réelles références.

Les indications de consommation notées sur les emballages de ces produits constituent pour certaines femmes de véritables références venant concurrencer l'avis des médecins. Nombreuses sont celles qui s'appuient sur ces consignes pour délégitimer, par exemple, les conseils de la Protection maternelle et infantile (PMI).

> *« Pour le premier, ils [la PMI] m'ont embêtée parce qu'à quatre mois je lui donnais les petits pots à quatre heures. Des petits pots "spécial quatre mois", je ne les faisais pas moi-même, j'achetais, il y avait des Blédina à partir de quatre mois. Après pour quatre*

> *heures, en plus de son biberon, je lui donnais un peu moins de lait, mais je lui donnais une compote. Alors que la PMI ne veut pas. Ils disent que ce n'est pas bon, que c'est pas nutritif pour un bébé. Après s'ils [les marques] le font, pourquoi pas s'en servir ? »*
>
> Mme S., *focus group* 1.

Certaines femmes ne se réfèrent pas aux informations données par les marques et estiment que leur bon sens ou leur expérience priment sur les conseils donnés par les professionnels de santé.

> *« À trois mois, je lui donnais des petits pots, même si la PMI disait que ce n'était pas bon. Mais si on écoutait les médecins, les enfants crèveraient de faim […]. Je fais comme je veux pour mon fils. »*
>
> Mme K., Journal de terrain, 13 août 2013.

Si toutes les mères n'ont pas recours aux petits pots achetés en grande surface pour diversifier l'alimentation de leur enfant, celles préférant préparer elles-mêmes les premiers repas restent rares[13]. Mme S. fait office d'exception et évoque ainsi l'alimentation de son fils, à l'époque âgé de cinq ans :

> *« Déjà moi à six mois, je n'achetais pas des soupes en grande surface ni des petits pots, je faisais tout moi-même. Je mixais, tout, je faisais tout moi-même, ce qui fait que maintenant il n'a aucune allergie, il mange de tout, il mange même du foie, il mange de tout. »*
>
> Mme S., *focus group* 2.

La très faible pratique de l'allaitement ainsi que la diversification alimentaire précoce observées sont conformes aux constats établis auprès de mères issues de milieux populaires. Nicole Darmon, sociologue explique :

> *« L'abandon progressif de l'allaitement maternel et le raccourcissement de sa durée sont des tendances générales dans les pays industrialisés, mais qui sont plus souvent observées dans les familles de faible statut socio-économique. L'utilisation des préparations pour nourrissons chute très vite après l'âge de six mois chez les enfants issus de familles pauvres. Par conséquent, la diversification alimentaire est trop précoce, de même que l'introduction du lait de vache demi-écrémé. Du fait de la très faible teneur en fer de cet aliment, et de son rapport protéines/lipides trop élevé par rapport aux besoins du nourrisson, ceci représente un facteur de risque de déficience en fer et d'obésité future. »*
>
> Source : Darmon N., *Alimentation et précarité*, 2012.

Toutefois, même les femmes qui cuisinent ont recours aux produits du commerce, affirmant qu'ils sont plus sûrs et plus sains pour l'enfant. Que ce soit pour l'allaitement ou la diversification alimentaire, les mères expriment ainsi, au travers leurs connaissances et pratiques, une forte confiance dans les produits industriels.

Les pratiques des mères révèlent une forte confiance dans les produits industriels pour bébé.

13. Il est difficile de chiffrer cette donnée : nous l'estimons à environ 20 % parmi les femmes rencontrées.

Deux déterminants semblent justifier cette attitude :

- les produits préparés pour bébé (et le lait maternisé) sont des marqueurs sociaux de conformité à l'image de la « bonne mère », qui recherche le meilleur pour son enfant. Or, dans une société où le prix des biens et services est corrélé à leur qualité, la gratuité (du lait maternel) est suspecte et le prix élevé des produits destinés aux enfants augmente leur crédibilité ;
- les femmes témoignent d'une très faible confiance en elles, à la fois concernant leur propre lait mais également au sujet de leur capacité à préparer des plats appropriés pour leurs enfants.

L'ENFANT, « ROI » DE SON ALIMENTATION QUOTIDIENNE ?

La question de l'alimentation semblant être pour la mère une source de complications quotidiennes, une question se pose tout naturellement : l'enfant choisit-il lui-même ce qu'il mange ? Dans environ 90 % des cas, c'est la mère qui prépare les quatre repas de l'enfant : petit déjeuner, déjeuner, goûter et dîner. Dans l'ensemble, l'alimentation des enfants concernés par l'enquête, à la différence de celle des mères, suit un rythme régulier de trois à quatre fois par jour (avec le goûter). Les repas sont donnés à heures fixes.

Dans près d'une famille sur cinq, la mère déclare préparer différents repas en fonction des goûts et des contraintes de chacun.

Dans près d'une famille sur cinq, la mère déclare préparer différents repas en fonction des goûts et des contraintes de chacun. Dans ce cas de figure, la préparation des repas est vécue comme un véritable problème. C'est par exemple le cas de Mme P., mère de trois enfants, qui doit préparer trois plats différents pour le dîner : un pour le plus petit, un autre pour ses deux autres enfants et un dernier pour elle et son conjoint[14].

« La grande, tout allait bien. Son père a fait 18 mois de prison, quand elle est née, et quand il est rentré, elle a décidé de ne plus rien manger. Du jour au lendemain […]. On a vu des psychologues, des médecins, tout ce qui existe. Ils ont dit juste de faire ce qu'elle veut comme nourriture. Elle ne mange que pâtes, jambon et purée. Pas de viande, de légumes ou de poisson. Et le deuxième, il commence à faire comme la grande. »

Mme P., Journal de terrain, 21 août 2013.

L'analyse de l'alimentation des femmes enquêtées montre que la consommation de légumes, et surtout de fruits, ne concerne qu'une minorité d'entre elles. Elle est légèrement plus importante pour les enfants : 62 % ont consommé au moins une portion de fruits la veille, et 73 % au moins une de légumes. Ces résultats suivent les revenus du foyer et le niveau de diplôme de la mère, la consommation de fruits et légumes augmentant en même temps que ces deux variables. À l'inverse, moins le niveau socio-économique des parents est élevé, moins

14. Si cette situation peut paraître exceptionnelle, elle fait toutefois écho aux témoignages d'autres femmes.

leurs enfants consomment de fruits et légumes, et plus les boissons sucrées et les féculents sont présents dans l'alimentation. L'incorporation de fruits et légumes dans l'alimentation des enfants est donc fortement corrélée au statut et à la catégorie socioprofessionnelle de ses parents[15].

L'omniprésence des produits sucrés

La veille de l'entretien, 76 % des enfants avaient consommé au moins une portion de produits sucrés (sodas, biscuits chocolatés, bonbons), et notamment *via* la pratique du grignotage.

Le thème de l'enfant qui réclame et de la mère qui accepte revient très souvent dans les discussions, comme on le voit avec Mme U. et son fils de vingt mois :

> *À la fin du questionnaire, Mme U. propose un Coca-Cola zéro. Son fils se précipite pour en avoir. Elle explique : « Le Coca c'est sacré, je ne peux pas lui enlever, sinon il sera invivable. »*
>
> Mme U., Journal de terrain, 28 août 2013.

La présence des produits sucrés dans l'alimentation se manifeste également par le fait que certains enfants refusent tout simplement de boire de l'eau. Mme D., venue à un *focus group* avec sa fille de quinze mois diabétique, explique :

> *« Au niveau de l'alimentation c'est assez restreint, parce qu'elle est diabétique de naissance, et c'est vrai qu'elle n'a pas droit à certains trucs : les gâteaux par exemple, faut commander par Internet […]. Bon sinon elle mange de tout, légumes, carottes, sauf les gâteaux bien sûr, et puis ça aussi non plus [elle montre le biberon de grenadine]. »*
>
> Mme D., *focus group* 1.

Tous les acteurs intervenant auprès des familles des quartiers de Bords de Loire et Baratte-Courlis confirment l'importance des produits sucrés. Ils évoquent même certains abus, et notamment de la part des enfants qui, une fois scolarisés, ne se nourrissent au déjeuner que de biscuits ou de chips. Quantifier ces pratiques reste toutefois difficile car, sachant que le grignotage est considéré comme une mauvaise pratique d'alimentation, rares sont les mères à admettre que leur enfant est concerné. Seules les observations récurrentes faites lors de l'enquête permettent de contredire leur discours.

Le grignotage est considéré comme une mauvaise pratique d'alimentation.

L'indépendance revendiquée des mères

Dans les discussions menées au sujet de l'alimentation des enfants, les mères revendiquent souvent une forme d'indépendance, notamment pour se distancier des recommandations des professionnels médicaux.

15. Anses, 2012.

> *« Ils [la PMI] me saoulent souvent, c'est par rapport au nombre de biberons que je donne, aux grammes que je donne. Là, si la PMI me voit avec un biberon de 180, ils vont sauter au plafond en disant que c'est trop, qu'il ne faut pas lui donner ça, qu'il faut baisser. Oui, mais si je baisse, lui il réclame, et pendant ce temps-là, il n'arrête pas de pleurer. »*
>
> Mme S., *focus group* 1.

> *« Aux Courlis, ils m'ont dit : "votre fille elle est trop grosse, elle est à 11 kilos, il faut faire un régime." Je leur ai dit "non, vous vous foutez de moi, ma fille elle mange ce qu'elle mange ! Vous ne me dites pas comment donner à manger à mes gamins". »*
>
> Mme D., *focus group* 1.

Le refus de suivre les recommandations médicales s'appuie notamment sur des faits montrant que l'enfant n'est pas en surpoids.

> *Mme M. donne à sa fille de trente-quatre mois ce qu'elle veut. Par exemple, la petite ne veut pas boire d'eau sans sirop : « Sa courbe de poids-taille est dans les normes, alors je lui donne ce qu'elle demande. »*
>
> Mme M., Journal de terrain, 6 septembre 2013.

Si la nécessité de changer l'alimentation n'est pas clairement visible, les recommandations restent très peu suivies.

Ces arguments sont souvent utilisés par de nombreuses mères comme justification pour ne pas modifier l'alimentation de l'enfant. À noter que ces dernières n'envisagent pas les possibles conséquences d'une alimentation trop riche en produits sucrés, et si la nécessité de la modifier n'est pas clairement visible (problèmes de santé, obésité, etc.), les recommandations restent finalement très peu suivies. Mme S. résume ainsi ces revendications d'indépendance :

> *« Après, on est mères, on sait comment faire. »*
>
> Mme S., *focus group* 1.

La relation mère/enfant

L'élément clé pour rendre compte de l'alimentation de l'enfant est celui de la relation entre celui-ci et sa mère. En situation d'isolement par rapport aux autres habitants du quartier et rejetant une partie des conseils médicaux relatifs à l'alimentation, certaines femmes interrogées semblent dépourvues de soutien extérieur pour les aider à ne pas céder aux envies de leur enfant. C'est aussi une façon d'entretenir une relation fusionnelle avec lui :

> *« J'ai du plaisir à m'occuper d'elle, j'ai du mal à m'arracher, vous voyez, pourtant le papa il est à la maison, mais elle est avec moi. Je vais chez ma sœur, elle est avec moi. On est très fusionnelles toutes les deux. »*
>
> Mme D., *focus group* 1.

L'alimentation devient une sorte de ciment de ces relations fusionnelles mère-enfant et ne peut en aucun cas devenir objet de conflit, comme le montre le témoignage suivant :

> *« Parce qu'il a tout ce qu'il veut, en général, tous les samedi on va faire les courses, tous les samedi il se ramène avec quelque chose pour lui. »*
>
> Mme C., Journal de terrain, 27 juillet 2013.

« Tous les samedi on va faire les courses, et il ramène à chaque fois quelque chose pour lui. »

> *« Oui ça m'arrive, avant de faire quelque chose, déjà je lui demande ce qu'elle veut. Quelquefois je fais ce qu'elle a dit, mais elle dit "non" quand même. Dans ce cas-là, elle cherche à manger toute seule dans le frigo. »*
>
> Mme L., *focus group* 2.

> *« Je le fais goûter, parce que sinon [il] dit "je n'aime pas" tant qu'il n'a pas goûté […]. Si vraiment il n'aime pas, je lui fais autre chose. J'ai toujours un truc de la veille, du soir, que j'ai préparé et qui n'est pas fini. Donc je lui donne ce que j'ai fait la veille. »*
>
> Mme C., *focus group* 2.

L'alimentation devient un moyen de satisfaire l'enfant et d'éviter les conflits.

L'alimentation devient un moyen de satisfaire l'enfant et d'éviter les conflits. En aplanissant ces derniers et en procurant du plaisir, elle devient ainsi un moyen de compenser les éventuelles instabilités du foyer lorsque les placements, mais aussi l'absence du père ou le changement de conjoint, marquent durablement les relations quotidiennes entre la mère, le père/conjoint et l'enfant. Ces instabilités affectent potentiellement l'alimentation de l'enfant. C'est ce qu'explique Mme P., dont le conjoint a effectué une peine de prison après la naissance de leur seconde fille, ce qui a transformé sa relation aux enfants :

> *« Les médecins et psychologues consultés ont dit qu'il fallait que le père soit un peu plus autoritaire, mais comme "il refuse de voir ses enfants pleurer", il cède à chaque fois et il accepte tout. »*
>
> Mme P., Journal de terrain, 21 août 2013.

Chez les femmes les plus isolées, l'alimentation est un sujet pour lequel l'autorité parentale est rarement convoquée pour s'opposer aux envies de l'enfant. Les rares cas de refus mentionnés par des mères viennent de l'impossibilité financière de satisfaire l'enfant. Les discussions autour des punitions illustrent le refus du conflit par rapport à l'alimentation :

> *« Mais ce qui le vexe le plus, c'est la télévision. Maman punit de "télé", ah là c'est tout autre chose. Je ne fais pas comme mes parents l'ont fait, punir de dessert et des trucs comme ça. Parce que j'estime qu'un enfant a quand même besoin de manger. Et privé de dessert, ça sert à rien. Ça c'est quelque chose chez mes parents, il y a eu privé de dessert, privé de quatre heures, ou quand je ne voulais pas manger ce qu'ils avaient fait, ils m'envoyaient au lit sans manger, ça non. Mais les trucs sur les jouets, sur la télévision, ça oui, ou le mettre au coin les mains sur la tête pendant cinq-dix minutes. »*
>
> Mme S., *focus group* 2.

Si cette tendance à éviter que l'alimentation soit un sujet de conflit ne concerne pas toutes les femmes interrogées, elle est néanmoins visible à différents degrés chez la majorité des familles composant l'échantillon. Les mères en situation de monoparentalité sont les plus concernées.

L'accès à l'alimentation

LA PRÉPONDÉRANCE DU SUPERMARCHÉ

Toutes les femmes interrogées font leurs courses au supermarché. Si 40 % déclarent essayer de n'y aller qu'une fois par mois, pour acheter de grosses quantités, les entretiens révèlent que ces approvisionnements sont plus fréquents, jusqu'à plusieurs fois par semaine. Les courses semblent être un moment redouté par la plupart des femmes, à la fois pour des questions de transport, mais également à cause de contraintes financières. Lorsqu'elles sont accompagnées de leurs enfants, les mères appréhendent également les demandes de ces derniers, qui peuvent parfois être de véritables sources de tension. Mme C. évoque ainsi une crise de son fils au supermarché :

> *« Pour se plaindre, ou pour montrer aux autres que je suis soi-disant une mauvaise mère, il se roulait par terre, il tapait des pieds, il hurlait. Moi à côté, je ne cédais pas. Je ne cédais pas parce que je n'ai pas les moyens, je ne pouvais pas acheter. Et du coup, ça m'est arrivé, plusieurs fois, de lui mettre une petite fessée. »*
>
> Mme C., *focus group.*

Le supermarché est un lieu incontournable pour toutes les courses. L'absence de magasin dans le quartier Baratte-Courlis (jusqu'à l'ouverture de la Minirette[1] le 14 décembre 2013, une fois le travail d'enquête terminé) est déplorée par toutes les femmes rencontrées. Le supermarché le plus proche est à l'époque le Géant Casino, situé aux Bords de Loire et accessible en bus ou à pied en une dizaine de minutes environ.

Le supermarché est un lieu incontournable pour toutes les courses.

La question du transport est un véritable problème. En effet, les prix de Géant Casino sont bien supérieurs à ceux de tous les autres grands supermarchés, uniquement accessibles en voiture :

1. La Minirette est une épicerie associative inaugurée le 14 décembre 2013 sur la place des Courlis. L'objectif était de permettre aux habitants de s'approvisionner en produits de première nécessité. Elle a été créée sous l'impulsion de la mairie de quartier Est, de l'Asem et des habitants du quartier. Elle n'a toutefois fonctionné que un an, et a été définitivement fermée en décembre 2014.

> *« Oui, mais Leclerc faut la voiture. Enfin il y a le bus qui y va, mais il fait un détour […]. Et il passe tous les trois quarts d'heure le bus, c'est vrai que c'est pénible. Moi j'ai fait ça pour le premier enfant, je n'avais personne qui avait un véhicule, j'étais célibataire, fallait que je fasse les courses. J'avais la poussette et quand je ramenais deux gros sacs de courses, voilà, c'était pénible. »*
>
> Anonyme, *focus group* 2.

La moitié des femmes déclare aller faire les courses en voiture, mais très peu disposent d'un véhicule personnel et du permis de conduire. Les déplacements au supermarché se font ainsi avec le père des enfants, des amis ou encore des voisins :

> *« Parce que moi et mon ami on emmène parfois des personnes âgées avec nous, qu'on connaît, faire des courses, ou alors on fait leurs courses et on leur ramène, souvent pour Madame M. ou des trucs comme ça, très gentille d'ailleurs. »*
>
> Anonyme, *focus group* 2.

L'ÉPICERIE SOLIDAIRE

Un quart des femmes interrogées fait des courses à l'Épicerie solidaire, certaines en complément du supermarché (en fin de mois par exemple). Du fait de la proximité géographique de l'épicerie avec les quartiers, la majorité des femmes bénéficiaires vient toutefois de façon régulière, presque chaque semaine.

Un peu plus de trois femmes sur quatre connaissent l'Épicerie solidaire. Les femmes n'en ayant jamais entendu parler forment donc une minorité. Il s'agit principalement de celles qui sont arrivées très récemment à Nevers, ou qui disposent de plus de ressources que la moyenne.

Toutefois, plus de la moitié des femmes interrogées n'y fait pas ses courses :

- certaines savent qu'elles dépassent les plafonds de ressources (**8 %** de l'échantillon) ;
- **20 %** disent ne pas vouloir s'y rendre à cause de l'atmosphère du magasin et de l'attitude des autres bénéficiaires. Par exemple, Mme R. explique :

> *« Non je ne connais pas. Enfin j'ai une amie, elle va y faire parfois ses courses. Apparemment les gens sont bizarres là-bas, ils se poussent, ils se battent souvent pour la nourriture, non ? »*
>
> Mme R., Journal de terrain, 13 septembre 2013.

M. et Mme M. ont fréquenté plusieurs épiceries solidaires dans d'autres villes. S'ils sont bénéficiaires de l'Épicerie solidaire, ils disent toutefois n'y aller que lorsque la situation financière est vraiment mauvaise.

> *Longue discussion sur l'Épicerie solidaire : ils apprécient le fonctionnement, mais trouvent « qu'il y a trop de sauvages ».*
>
> Mme M., Journal de terrain, 20 septembre 2013.

Épicerie solidaire © Gret

- **26 %** déclarent ne pas être bénéficiaires de l'Épicerie solidaire parce qu'elles n'ont pas pensé à en faire la demande, mais témoignent néanmoins d'un certain intérêt une fois que son fonctionnement leur est expliqué. Ces femmes n'ont pas un besoin vital de l'Épicerie, mais celle-ci pourrait les aider. Elles sont intéressées, disent qu'elles viendront s'y inscrire mais, en réalité, le font rarement. Le manque de motivation à s'investir dans des démarches supplémentaires qui ne sont pas strictement nécessaires est une attitude très courante parmi les femmes rencontrées.

LA DÉPRÉCIATION DES RECOURS AUX AUTRES ASSOCIATIONS D'AIDE ALIMENTAIRE

Les autres associations d'aide alimentaire sont bien connues par les habitants des quartiers, qui les citent facilement (les Restos du cœur et le Secours populaire principalement). Toutefois, seulement deux femmes ont affirmé s'y rendre, et on note clairement un sentiment de gêne de la part de certaines familles qui y ont recours.

Mme X. dit ne pas vouloir des associations d'aide : « J'ai ma fierté, je n'irais pas même si j'étais dans la merde. »

Mme X., Journal de terrain, 16 septembre 2013.

« J'ai ma fierté, je n'irais pas, même si j'étais dans le pétrin. »

Cette gêne est d'autant plus marquée lorsqu'il s'agit de femmes nées en France. En effet, les familles d'origine étrangère montrent moins de difficultés à parler des associations d'aide alimentaire. La stigmatisation de ces associations est très forte chez certaines femmes :

> *Mme J. est visiblement réticente quand on parle de l'épicerie et des associations d'aide, et finit par dire : « Je ne suis pas raciste, mais y'a toujours plein d'étrangers dans ces trucs, ils font n'importe quoi et prennent tout. »*
>
> Mme J., Journal de terrain, 13 septembre 2013.

La bonne connaissance de ces associations d'aide et de leur localisation, alors qu'elles ne sont pas faciles à trouver, indique qu'un grand nombre de femmes interrogées y ont déjà eu recours. Dans l'ensemble, les familles affirment que leur passage dans ces associations reste exceptionnel, principalement en fin de mois ou lorsque la situation financière le nécessite.

L'accès et les pratiques de soins

L'HÔPITAL, SUIVI PRIVILÉGIÉ DE LA GROSSESSE

Les trois quarts des mères interrogées ont eu un suivi « classique » durant leur dernière grossesse : une visite mensuelle au début, puis hebdomadaire à la fin. L'hôpital assure l'intégralité des suivis, avec éventuellement l'aide d'une sage-femme du Centre départemental de planification et d'éducation familiale (CDPEF) ou de la Protection maternelle et infantile (PMI), ou avec le médecin traitant en début de grossesse. Environ 20 % des femmes ont été suivies au CPEF, et autant par la PMI. Le CPEF est surtout connu et fréquenté par celles qui ont grandi à Nevers, et peu de mères savent qu'elles ont la possibilité d'être aidées par une sage-femme de la PMI. Cela explique le faible taux de personnes qui y ont recours.

Un quart des suivis de grossesse suit un rythme atypique, avec des visites bien plus fréquentes que ne le nécessite une grossesse normale. Si chaque pathologie est différente, il s'agit toujours de complications, de maladies ou de problèmes de santé qui, parce qu'ils doivent être traités durant la grossesse, nécessitent un soin tout particulier. D'après les médecins de la PMI, beaucoup des femmes vivant dans les quartiers de l'étude cumulent des problèmes de santé. Elles sont donc particulièrement suivies lors de leur grossesse, et plus encore en comparaison des femmes originaires de quartiers plus favorisés.

Un quart des suivis de grossesse suit un rythme atypique.

Des femmes à la santé fragile

Bien que les questionnaires n'abordent pas directement ce sujet, les discussions sur les pratiques de soins ont conduit un certain nombre de femmes à parler de soucis médicaux, principalement le diabète et l'hypertension. Ces problèmes de santé sont à l'origine de suivis de grossesse spécifiques. D'autres pathologies sont mentionnées, notamment plusieurs cancers ainsi que la schizophrénie d'un conjoint.

Les problèmes de santé lors de la grossesse

Si ces données sont difficiles à quantifier[1], les problèmes de santé durant la grossesse ont toutefois concerné au moins le quart des mères enquêtées :

> *Mme D. a pris 30 kilos à chaque grossesse, elle a été suivie par une nutritionniste pour sa dernière.*
>
> Mme D., Journal de terrain, 26 août 2013.

> *Mme D. a été visiblement suivie par différents médecins pour sa grossesse : crises d'hypertension lors de la première, cholestase (dérèglement du foie) pendant la seconde.*
>
> Mme D., Journal de terrain, 3 octobre 2013.

> *Mme S. a été hospitalisée pendant les trois derniers mois de sa grossesse à cause de problèmes de tension et de diabète.*
>
> Mme S., Journal de terrain, 9 août 2013.

L'importante fréquence des suivis de grossesse parmi les femmes rencontrées s'explique par leur santé en partie fragilisée par des pratiques déstructurées d'alimentation.

Les questions concernant la préparation à l'accouchement montrent qu'un peu moins de 30 % des femmes interrogées ont modifié leurs pratiques quotidiennes durant leur grossesse. Les exercices comme la marche ou la piscine sont très peu pratiqués, et seulement 17 % des femmes se sont rendues à un cours de préparation à l'accouchement.

Une des places centrales du quartier, où se situe la régie de quartier © Gret

1. Sept femmes ont spontanément mentionné une ou plusieurs fausses couches. Bien que nous n'ayons pas mené de discussion sur ce sujet délicat, il se peut que ces fausses couches aient été liées à leur état de santé.

Le tabac

Un peu plus de 30 % des femmes de l'échantillon a fumé pendant la grossesse : la moitié a diminué, et l'autre a gardé une consommation identique. Plusieurs d'entre elles fument environ un paquet par jour, et s'avouent incapables d'arrêter. Mme B. déclare avoir toujours arrêté progressivement durant ses grossesses, sauf lors de la dernière :

Un peu plus de 30 % des femmes de l'échantillon a fumé pendant la grossesse.

> *« Je fume vingt cigarettes par jour. J'ai arrêté presque net pour toutes mes grossesses, mais pas pour la dernière, parce que mon compagnon faisait exprès de fumer devant moi. »*
>
> Mme B., Journal de terrain, 10 septembre 2013.

TABLEAU 17 Consommation de tabac des femmes enquêtées

	ÉCHANTILLON FUMEUSES	ÉCHANTILLON TOTAL
Fument	**100 %**	**42 %**
Pendant la grossesse :		
- Arrêt	23 %	9,7 %
- Diminution	43 %	18 %
- Consommation identique	34 %	14,3 %
Ne fument pas	-	**58 %**

Santé fragile, peu ou pas de changement au niveau des habitudes de vie (alimentation, tabac, etc.)... nombreux sont les facteurs de complication de grossesse.

Multiplication et confusion des suivis

Ces problèmes de santé nécessitent l'intervention de différents professionnels médicaux. Les femmes interrogées ont souvent été suivies par plusieurs médecins, ce qui entraîne régulièrement des confusions entre les différentes recommandations. Par exemple Mme S., suivie pour du diabète et de l'hypertension lors de sa dernière grossesse, a respectivement reçu la visite d'une sage-femme du Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), qui assurait initialement son suivi, et celle d'une sage-femme de l'hôpital, pour le diabète :

> *« D'autres ont été envoyées chez les privés, mais comme moi je n'ai pas les moyens de me payer le privé, j'ai été envoyée au CPEF. Mais je ne suis pas restée longtemps, parce que comme j'ai eu beaucoup de problèmes pour ma grossesse, ils n'ont pas eu le choix et j'ai donc été suivie par les deux sages-femmes. Une fois l'une, une fois*

l'autre […]. Il n'y avait jamais la même version, jamais les mêmes trucs, donc du coup ça me saoulait. Elles n'étaient jamais d'accord entre elles. »

Mme S., focus group 2.

Mme M. a fait du diabète durant sa grossesse. Elle a été consulter un diabétologue et une diététicienne, en plus de la sage-femme de l'hôpital.

Mme M., Journal de terrain, 6 septembre 2013.

« J'ai été suivie par les deux sages-femmes. Il n'y avait jamais la même version. »

Ces nombreux suivis médicaux génèrent de la confusion chez les femmes interrogées, qui ont des difficultés à se repérer parmi les différents praticiens.

Mme M. semble avoir vu beaucoup de médecins différents, sans vraiment comprendre : « On m'a fait beaucoup de tests, de trucs de médecin [pendant la grossesse]. » Par exemple, elle ne sait pas quels vaccins elle a reçus. Elle ne connaissait pas les programmes de la CPAM, ni la sage-femme de la PMI.

Mme M., Journal de terrain, 27 septembre 2013.

La confusion entre les différents services de la PMI, du Centre départemental de planification et d'éducation familiale (CDPEF), de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et, éventuellement, du médecin traitant, donne à la femme enceinte une importante marge de manœuvre. En effet, nombreuses sont celles à choisir elles-mêmes les conseils qu'elles souhaitent suivre et à ne plus se référer à un unique acteur. C'est le constat effectué par Laure Kurth Aviles dans sa thèse sur la place du médecin généraliste vis-à-vis de l'allaitement[2], où elle remarque que les positions ambivalentes, voire contradictoires, au sein des équipes médicales, parasitent l'accompagnement des femmes.

Les suivis multiples de grossesse ne concernent pas la majorité des femmes rencontrées, mais celles dont l'état de santé est alarmant et dont les grossesses sont particulièrement compliquées.

LES SOINS DE L'ENFANT

La Protection maternelle et infantile (PMI) occupe une place centrale dans les quartiers de Bords de Loire et Baratte-Courlis, et plus de 90 % des femmes interrogées en ont connaissance. Les quelques femmes qui n'en ont pas entendu parler sont celles qui sont arrivées en France très récemment.

La PMI, acteur reconnu

Un quart des femmes a eu connaissance de la PMI grâce au bouche-à-oreille, et la moitié par le biais de l'hôpital.

2. Kurth Aviles L., 2006.

> *« Moi, c'est l'hôpital qui m'a conseillé la PMI, parce qu'ils m'ont dit : "Votre médecin il est sur Fourchambault, ça vous fera peut-être un peu loin." »*
>
> Mme D., *focus group* 1.

Près d'une femme sur cinq a connu la PMI par l'intermédiaire du centre social ou de la lettre envoyée par le conseil général à l'occasion de la première naissance d'un enfant.

Seul acteur médical implanté dans les deux quartiers, la PMI, gratuite, est le premier interlocuteur rencontré. Toutefois, certaines femmes, notamment celles disposant de plus de ressources que la moyenne ou cherchant à se distinguer du quartier, ne consultent pas à la PMI, doutant de la qualité de la prestation du fait même de sa gratuité.

La PMI, gratuite, est le premier interlocuteur rencontré.

> *« Les médecins de PMI c'est pas des vrais médecins, c'est des médecins bénévoles. »*
>
> Mme S., *focus group* 1.

Ces femmes restent toutefois très minoritaires, et la PMI est globalement plébiscitée.

Le suivi assuré par la PMI diffère des programmes de suivi des femmes enceintes et de raccompagnement à domicile des femmes venant d'accoucher menés par la CPAM. Celui-ci ne cible en effet que les femmes ayant accouché par voie basse, sans complications. Or, comme vu précédemment, les problèmes de santé survenus lors de la grossesse sont nombreux dans notre échantillon, de même que les accouchements par césarienne. La très faible participation des femmes enceintes aux groupes de soutien proposés par la CPAM confirme le bilan mitigé établi par la responsable de ce programme. Les groupes de soutien sont de plus organisés en centre-ville et les responsables ont très peu communiqué à leur sujet : des interventions ciblées dans les quartiers ainsi qu'une promotion accrue de ce service auraient peut-être permis de susciter une meilleure adhésion.

La PMI et l'accompagnement du rôle de mère

60 % des mères ont reçu chez elles une puéricultrice de la PMI après la naissance de leur enfant. Cette visite leur a permis de poser de nombreuses questions, et beaucoup d'entre elles ont déclaré que leurs conseils les avaient aidées pour l'installation du nourrisson à domicile :

> *« Au niveau de l'alimentation, c'est une puéricultrice qui est venue chez moi pour mon premier, je ne savais pas du tout. La première fois quand on est maman, on est complètement perdue. »*
>
> Mme D., *focus group* 1.

La venue de personnel à domicile peut être vécue comme intrusive.

La venue de personnel à domicile, notamment lorsqu'une mère a manqué plusieurs rendez-vous ou que des vaccins doivent être faits, peut toutefois être vécue comme intrusive, comme c'est le cas pour Mme D., qui refuse que son mari emmène sa fille se faire vacciner :

> *« Il me dit qu'il faut ramener la gamine, pour refaire un vaccin, j'ai dit non. Et bien, vous savez ce qu'ils ont fait ? Ils ont rappelé mon mari, ils ont dit : "Écoutez monsieur, vous n'êtes pas venu alors on va venir et on va faire le vaccin de votre fille." Il n'en est pas question. Moi vivante, ils ne rentreront pas chez moi ! »*
>
> Mme D., *focus group* 1.

À noter que les visites à domicile peuvent être nombreuses : la PMI, l'assistante sociale et, éventuellement, la sage-femme ou l'infirmière libérale, de même que le personnel du bailleur social en charge du logement.

Si plus de 90 % des mères connaissent la PMI, c'est en réalité une part moindre qui y fait régulièrement suivre son enfant. Certains n'ont même jamais été vus par l'organisme[3] (cela reste toutefois rare).

La PMI se définit comme un service de complément.

Bien que la PMI soit la référence médicale en matière de soins pour l'enfant, la structure ne se définit elle-même que comme un service de complément utilisé pour le **suivi régulier** : les mères doivent avoir un médecin traitant, qui agira en cas d'**urgence**. Pour les visites de routine, la très grande majorité des enfants est ainsi suivie par la PMI (de manière plus ou moins régulière), tandis que de nombreuses mères préfèrent consulter un médecin privé en cas de pathologie. C'est par exemple le cas pour Mme C., dont la fille a quinze mois :

> *« Moi je suis sortie de l'hôpital, je suis allée toujours à la PMI, je n'ai jamais vu de pédiatre. Le médecin traitant ne la voit presque jamais. La dernière fois c'est parce qu'elle avait une gastro, mais sinon autrement moi je vais à la PMI. »*
>
> Mme C., focus group 1.

Il semble que la majorité des mères se rende régulièrement aux rendez-vous de suivi fixés par la PMI. Toutefois, il n'est pas possible de vérifier la fréquence des visites car les fichiers ne sont pas informatisés. De même, il est impossible de chiffrer avec précision les évolutions de poids et de taille des enfants. Les données disponibles informent néanmoins sur le poids moyen des enfants de notre échantillon à la naissance (3,18 kilos), et sur leur poids médian (3,31 kilos). Aucun n'est né en pesant plus de quatre kilos, même si certaines femmes ont évoqué un poids supérieur pour certains de leurs autres enfants, et quatre pesaient moins de 2,5 kilos. Si tous les enfants disposent d'un carnet de santé, la majorité des mères avouent ne pas réellement l'utiliser, hormis s'il s'agit de leur premier-né.

> *« Entre les deux pages où les médecins notent, ce qui est marqué c'est ce dont on a parlé, non je n'y fais pas trop attention. Après, les autres pages, ils expliquent l'alimentation, tout ça. Mais quand on a eu déjà un enfant, on sait comment ça se passe, mais par contre pour mon premier, je l'avais lu de A à Z. Je lisais tout, j'ai même essayé de noter sur la courbe, de faire les points pour la taille, pour le poids, je n'ai jamais réussi, ma mère elle m'a encore expliqué il n'y a pas longtemps, ça veut pas rentrer dans la tête, donc je laisse faire les médecins. »*
>
> Mme S., *focus group* 2.

3. Il est difficile de chiffrer précisément le nombre d'enfants qui habitent dans les quartiers et qui n'ont jamais été vus en consultation à la PMI. Les fichiers ne sont pas informatisés, ce qui empêche de produire des données fiables.

Si la PMI est censée être la structure centrale pour le suivi médical des enfants, beaucoup de femmes interrogées considèrent que les professionnelles y sont trop « maternantes[4] ». La puéricultrice et le médecin de la PMI du quartier Baratte-Courlis confirment ce jugement et témoignent de la difficulté à ne pas donner trop de conseils et à bien choisir les thèmes sur lesquels les femmes pourront être réceptives.

La concurrence entre médecins

Si l'on se réfère à ce que disent les mères interrogées, 40 % des enfants sont suivis en priorité par un pédiatre ou un généraliste, environ 10 % par l'hôpital et 50 % par la PMI. Or, l'un n'exclut pas l'autre, et certains enfants suivis par un pédiatre sont également vus par la PMI. Il en est de même pour ceux suivis à l'hôpital. À l'image de la multiplication des suivis lors de la grossesse, les structures accompagnant médicalement le jeune enfant sont très nombreuses.

> *« Pour ma fille, je vois trois médecins : un cardiologue, un médecin généraliste et un médecin de la PMI. »*
>
> Mme G., Journal de terrain, 11 octobre 2013.

> *« Je connais le programme de raccompagnement après l'accouchement et de suivi par une sage-femme libérale proposé par la CPAM. J'ai rencontré la responsable à la maternité, j'ai signé les papiers, et j'ai eu une visite à domicile d'une sage-femme. Elle n'avait pas les instruments pour peser et mesurer l'enfant lors de sa visite. Je ne l'ai jamais recontactée. Depuis, je vais chez le pédiatre. Au début j'allais à la PMI, mais pour une urgence, une fois (rubéole), la PMI m'a dit que c'était le médecin traitant qu'il fallait voir. Ils m'ont déçue. Je suis déçue aussi de la puéricultrice de la PMI qui fait des visites à domicile. Elle est "envahissante", elle est venue plusieurs fois chez moi. Avec la sage- femme de la sécu en plus, ça faisait trop. »*
>
> Mme M., Journal de terrain, 11 septembre 2013.

Parce qu'elle travaille dans le secteur médical, Mme M. parvient à se repérer entre les différents acteurs. Néanmoins, cette multiplicité des structures entretient chez la plupart des femmes enquêtées la confusion ainsi qu'une forme de rejet des acteurs médicaux et de leurs conseils. La communication entre professionnels médicaux est limitée : elle vient principalement de la PMI qui, lorsqu'elle constate qu'une mère a manqué plusieurs rendez-vous, appelle le médecin traitant concerné pour savoir si le suivi médical est poursuivi. La communication des structures médicales vis-à-vis des mères de jeunes enfants est, d'après ces dernières, très confuse, tant au niveau des messages que de la coordination des acteurs. Les professionnels médicaux ne tiennent de plus pas le même discours concernant la santé des enfants, et tout cela renforce l'incompréhension des femmes et leur méfiance vis-à-vis des professionnels de santé et des structures d'aide et de soutien. Mme M. illustre les conséquences de ces problèmes de communication :

Les professionnels médicaux ne tiennent pas le même discours concernant la santé des enfants.

4. Expression souvent utilisée par les mères interrogées.

> *« Ils ont des programmes pour les femmes enceintes, mais personne n'y va. Ils communiquent mal, alors comment les gens pourraient les connaître ? […] Les médecins ne disent jamais la même chose pour l'enfant, donc les mamans font comme elles le sentent. »*
>
> Mme M., Journal de terrain, 22 août 2013.

Le recours à différents médecins permet aux mères qui le souhaitent de choisir, une fois encore, les conseils qu'elles décident de suivre en matière de soins pour leur enfant :

> *« Moi, je prends souvent l'avis du médecin traitant et du pédiatre. Souvent, c'est les mêmes réponses à nos questions. Les médecins de la PMI, je ne les suis pas du tout. Parce que déjà je n'ai pas confiance en eux. Je suis dégoûtée parce que ses premiers vaccins, je vais les faire là-bas. Mais le deuxième ce sera chez mon médecin traitant parce qu'ils font plusieurs vaccins en même temps, et ils n'y vont pas un par un […]. Y'en a qui aiment bien suivre le petit train-train, des PMI, des pédiatres, etc., je serais plus à suivre l'avis d'un pédiatre que d'un PMI […]. Donc voilà, moi les médecins de la PMI je passe au-dessus. »*
>
> Mme S., *focus group* 1.

Les mères entretiennent ainsi une forme de concurrence entre médecins : M. et Mme B. par exemple, rencontrés dans la salle d'attente de la PMI, évoquent la méfiance entre professionnels médicaux.

> *M. et Mme B. sont très en colère contre la PMI, car le médecin leur a dit que leur fils de dix mois ne grandissait pas assez et qu'il fallait arrêter le lait de vache pour lui donner du lait maternisé. Le lendemain, ils sont allés chez le pédiatre qui leur a dit le contraire, et a rajouté qu'il ne fallait pas ouvrir aux gens de la PMI lorsqu'ils venaient frapper à leur porte.*
>
> Mme B., Journal de terrain, 9 octobre 2013.

Les messages de la PMI ont souvent moins de crédibilité que ceux du pédiatre ou du médecin généraliste.

Dans cette atmosphère de concurrence, les messages de la PMI ont souvent moins de crédibilité que ceux du pédiatre ou du médecin généraliste. Sa gratuité suscite une confiance moins solide, plus faible que celle dont jouissent les médecins libéraux[5]. Dans l'imaginaire des femmes interrogées, la PMI est considérée comme un médecin à consulter uniquement lorsque l'enfant va bien. Lorsqu'il y a une maladie ou une urgence, parce qu'il est impossible de prendre rendez-vous à la PMI comme on le ferait auprès d'un médecin libéral, c'est vers le médecin traitant que se tournent alors les femmes. Celui-ci voit ainsi ses recommandations renforcées grâce à sa position de soignant, à la différence de la PMI, qui intervient plutôt dans le domaine de la prévention.

5. Bien que la couverture médicale universelle (CMU) dispense les mères qui en bénéficient d'avancer les frais de consultation chez les médecins libéraux.

La mise à distance des conseils

LES MESSAGES

L'omniprésence des messages de santé diffusés à la télévision

Plus de 60 % des mères interrogées déclarent manger avec la télévision allumée, qui l'était d'ailleurs dans près de trois quarts des entretiens. La télévision est omniprésente au quotidien, par l'image mais également par le son :

> *Questionnaire effectué à 10 heures. Dans le salon, la télévision est allumée sur une chaîne pour enfants. Mme P. explique qu'elle est toujours allumée, « juste pour avoir du bruit dans l'appartement ».*
>
> Mme P., Journal de terrain, 20 août 2013.

> *Le compagnon est présent durant tout l'entretien et répond également aux questions. L'entretien se déroule dans le salon, M. et Mme M. sont assis face à la télé. Ils commentent le programme qui passe pendant le questionnaire. Cela permet de mener une discussion très détendue.*
>
> Mme M., Journal de terrain, 20 septembre 2013.

À la prépondérance de la télévision vient s'ajouter la présence et l'utilisation d'autres écrans :

> *La télévision est allumée sur la chaîne Gulli. L'ordinateur est également allumé : le fils de deux ans et demi se promène dans l'appartement, appuie sur le clavier de l'ordinateur, puis se précipite devant la télévision quand une émission commence.*
>
> Mme B., Journal de terrain, 10 décembre 2013.

L'*Étude Nutri-Bébé SFAE 2013 : comportements alimentaires et apports nutritionnels chez les 0 à 3 ans*[1] révélait elle aussi l'omniprésence des écrans chez la mère et les enfants en bas âge :

> *« 15 % des bébés de quinze jours à trois mois mangent déjà devant une distraction (télévision et autres écrans), et le phénomène ne fait qu'augmenter avec l'âge. Au total, 29 % des enfants de 0 à trois ans mangent devant un écran. »*
>
> Source : TNS Sofres, Credoc, *Étude Nutri-Bébé SFAE 2013 : comportements alimentaires et apports nutritionnels chez les 0 à 3 ans*, 2013.

1. TNS Sofres, Credoc, 2013.

Grâce à la télévision, les principaux messages du Programme national nutrition santé – PNNS (« cinq fruits et légumes par jour », « manger/bouger », « ne pas manger trop salé, sucré ou trop gras ») sont particulièrement bien connus et peuvent être cités facilement par la majorité des mères rencontrées. Celles-ci disent que même leurs enfants les connaissent par cœur et les répètent.

Grâce à la télévision, les principaux messages du PNNS sont bien connus.

Toutefois, très peu d'entre elles connaissent la provenance de ces messages, et la majorité les considèrent comme de simples publicités. Leur contenu est, malgré tout, globalement approuvé par l'ensemble des femmes rencontrées :

> *Mme R. considère que les messages PNNS sont une bonne chose :*
> *« C'est important de bien manger pour la santé. »*
>
> Mme R., Journal de terrain, 13 septembre 2013.

L'approbation des mères reste théorique.

Néanmoins, très peu de femmes disent modifier leur alimentation et celle de leurs enfants en conséquence. L'approbation des mères reste donc théorique : s'il est important de manger des fruits et des légumes, et de limiter les produits gras, salés et sucrés, elles ne pensent toutefois pas que ces recommandations leur soient destinées.

Les messages des médecins et de l'entourage

En questionnant les femmes de l'échantillon sur les interlocuteurs qu'elles privilégiaient durant la grossesse, le médecin est cité en premier (66 %), suivi de la famille (18 %), des proches (18 %) et d'Internet (12 %).

L'isolement des femmes ainsi que l'importance du nombre de médecins consultés lors de la grossesse et des premières années de l'enfant expliquent que ces derniers endossent le rôle de conseillers privilégiés. Malgré tout, beaucoup de femmes ont évoqué le manque d'accompagnement de l'hôpital concernant la question de l'allaitement. À ce sujet, Laure Kurth Aviles souligne que la promotion de l'allaitement n'est pas toujours considérée par les professionnels médicaux comme une question prioritaire[2].

TABLEAU 18 Conseils sur l'alimentation durant la grossesse

Médecin	40 %
Famille	8 %
N'a pas demandé conseil	52 %

2. Kurth Aviles L., 2006.

Mises à part les femmes concernées par le diabète, l'alimentation durant la grossesse paraît pour la majorité d'entre elles un sujet relativement secondaire, à la différence du tabac ou de l'alcool. Ainsi, la moitié déclare ne pas avoir demandé de conseils concernant l'alimentation lors de leur grossesse, et beaucoup parmi celles en ayant reçu expliquent qu'il s'agissait plutôt d'une initiative de leur médecin qu'une demande de leur part.

Au-delà du manque d'intérêt pour cette question, l'attitude de ces femmes est une façon pour elles de manifester leur autonomie et la mise à distance de l'encadrement institutionnel habituel.

LA MISE À DISTANCE DES CONSEILS

Le refus des conseils considérés comme intrusifs

Si les femmes interrogées lors de l'étude reçoivent de nombreux conseils, très peu sont en réalité suivis, et les rares à être écoutés sont sans cesse remis en question.

Pour se distancier des conseils qu'elles reçoivent, les personnes interrogées expliquent que ceux-ci ne les concernent pas vraiment. Elles les approuvent, certes, mais ils seraient d'après elles plutôt destinés aux « autres » : le voisin, dont les enfants sont obèses ou « mangent n'importe quoi », ainsi que la référence aux Américains, reviennent dans la majorité des entretiens.

Les messages seraient utiles avant tout pour ces personnes-là :

> *« C'est de la connerie, on mange ce qu'on veut. Ça ne fait pas de mal de manger ce qu'on veut. Ces recommandations seraient utiles aux États-Unis, mais pas en France, ici ça ne sert à rien. Il y a bien des personnes dans le quartier qui mangent vraiment n'importe quoi, mais moi, ça ne me regarde pas. »*
>
> Mme J., Journal de terrain, 13 septembre 2013.

La mise à distance des recommandations des médecins ou du PNNS se couple à une volonté clairement affichée d'indépendance, mais également au refus de voir des structures extérieures faire intrusion dans l'intimité du quotidien :

> *« Les messages PNNS, ça sert à rien, je ne fais même pas attention à ne pas manger trop salé, trop gras, trop sucré. Peut-être c'est utile pour les autres. Mais moi, je bouffe ce que je veux. »*
>
> Mme D., Journal de terrain, 3 octobre 2013.

« Les messages PNNS, ça sert à rien, je ne fais même pas attention. »

Durant ses grossesses, Mme D. a rencontré de graves problèmes de tension et de diabète. Elle continue malgré tout de refuser de changer d'alimentation à titre préventif, et cela vaut aussi pour sa fille de dix mois, pourtant diabétique. Le problème est que les messages PNNS, comme les conseils des médecins, s'inscrivent dans une démarche **préventive** impliquant une vision à moyen et long termes des conséquences d'une ali-

mentation déséquilibrée. Or, très peu de femmes adhèrent à cette logique, qui consiste à modifier son comportement afin d'éviter d'éventuelles conséquences encore invisibles. La démarche préventive prônée par les médecins est même interprétée par de nombreuses mères comme une forme de jugement de leur mode de vie. Particulièrement encadrées et dépendantes, ces dernières trouvent alors parfois, grâce à leur enfant, une façon de réaffirmer une forme d'indépendance, qui passe par le refus de suivre les conseils des professionnels.

La démarche préventive prônée par les médecins est interprétée comme une forme de jugement de leur mode de vie.

Préventif *vs* curatif

Les seuls véritables exemples de modifications de l'alimentation se trouvent parmi les femmes ayant souffert d'un diabète gestationnel et à qui les médecins ont expliqué que la santé de l'enfant, voire sa vie, étaient menacées.

> *« La sage-femme a été très franche avec moi. J'étais allée la voir et je lui ai demandé les risques. Elle y est allée franco, elle n'est pas passée par quatre chemins, elle a dit : "Écoutez-moi, si vous ne suivez pas votre régime de* A *à* Z*, votre enfant chopera le diabète et il partira à la naissance." Quand elle m'a dit ça, ça m'a fait mal sur le coup [...] mais ça m'a fait réagir. Et j'ai suivi le régime. Et puis bon, c'était pour sa santé à lui et pour ma santé à moi. »*
>
> Anonyme, *focus group* 3.

Anne Lhuissier[3] explique l'échec de son programme d'éducation alimentaire par le fait que les femmes obèses étaient venues dans une démarche **curative**, pensée sur le court terme, alors que les professionnels du programme leur proposaient une démarche **préventive** de modification durable de leurs pratiques quotidiennes. L'auteur opposait alors ces deux logiques en posant la question : « Éduquer ou soigner ? ».

Perçus par les femmes comme une démarche éducative, les recommandations télévisées du PNNS et les conseils sur l'allaitement ou l'alimentation lors de la grossesse sont donc rejetés. Anne Lhuissier montre que les messages auxquels les mères sont réceptives sont portés par des instances **médicales** (plutôt que par des structures sociales) et ciblent des **restrictions alimentaires spécifiques** dans l'optique de lutter sur le court ou moyen terme contre une maladie clairement identifiée. Les femmes sont plus à même d'écouter les recommandations et de modifier leur comportement lorsque la pathologie est visible.

Afin de récapituler l'opposition entre ces deux logiques médicales, qui représentent chacune un idéal-type spécifique, Ana Masullo propose le tableau ci-contre.

3. Lhuissier A., 2006.

TABLEAU 19 Problèmes médicaux ciblés en fonction des logiques préventives et curatives

(source : d'après Masullo A., *L'alimentation chez les familles précaires*, 2012)

	PRÉVENTIF	CURATIF
But recherché	Équilibre au quotidien.	Régime (remède ponctuel).
Cause	Santé (long terme).	Maladie (court terme).
Personne(s) ciblée(s)	Les recommandations valent pour tout le monde.	Les recommandations ciblent uniquement les personnes ayant un problème de santé.
Moyen utilisé	Modification globale de l'alimentation familiale.	Élimination de certains aliments ou contrôle de leur fréquence de consommation.

Dans un contexte où seules les recommandations délivrées dans une optique curative sont suivies, le rôle de conseiller est, pour les médecins, particulièrement délicat. À la PMI, ces derniers ont conscience de ne « prêcher que les convaincues » et préfèrent limiter leurs conseils afin de maintenir le suivi médical du jeune enfant, plutôt que de contrarier les mères en leur prodiguant trop de recommandations, au risque de ne plus jamais les revoir.

Conclusion

Les résultats de cette étude reposent sur diverses méthodes de collecte de données : rendez-vous et réunions avec les professionnels, observations, participation à des projets organisés avec les habitants, porte-à-porte, recherches bibliographiques ou encore entretiens individuels et collectifs. Il convient néanmoins de rappeler que si près de deux tiers des femmes enceintes et/ou mères de jeunes enfants n'ont pas participé aux entretiens, empêchant d'atteindre l'objectif d'exhaustivité fixé pour l'enquête (environ 150 personnes), les échanges qui ont eu lieu avec les professionnels des domaines du social et du médical, ainsi que la mobilisation de leur expérience, ont permis d'affiner ou de confirmer les résultats obtenus.

L'étude des pratiques d'alimentation et de soins des femmes enceintes et des enfants de moins de trois ans de la population enquêtée met en évidence l'important décalage entre les pratiques des femmes enquêtées et les recommandations en faveur de la santé : elle montre également comment certaines pratiques sont contraintes par l'isolement social.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Pratiques d'alimentation et de soins inadéquates

Les trois repas par jour sont un modèle auquel se réfère l'ensemble des femmes rencontrées, qu'elles soient nées en France ou à l'étranger. Même si le grignotage entre les repas est un fait avéré, tous les enfants suivent ce rythme. Chez les mères, la prise des repas est plus irrégulière et dépend de leur entourage et des échanges avec leurs enfants au cours de la journée. Plus elles sont isolées socialement, plus leur alimentation est déstructurée.

Pour des raisons de goût mais surtout d'accès, la consommation en fruits et légumes chez l'enfant est faible, et encore plus chez la mère. De plus, bien que les cinq principaux messages de promotion de l'équilibre alimentaire diffusés par le Programme national nutrition santé (PNNS) soient parfaitement connus du fait de l'omniprésence de la télévision dans les foyers (« cinq fruits et légumes par jour », « Manger/Bouger », « Éviter

de manger trop gras, trop sucré, trop salé »), les mères ne se sentent pas concernées et consomment régulièrement, ainsi que leurs enfants, des produits sucrés et autres « nourritures plaisir ».

Les femmes allaitent peu ou allaitent sur une courte période. Les connaissances à ce sujet sont d'ailleurs très réduites. Les faibles pratiques d'allaitement s'expliquent principalement par le fait qu'elles sont rarement accompagnées par leurs proches, qu'elles n'ont pas suffisamment confiance en elles et qu'elles disposent de connaissances lacunaires sur le sujet. L'introduction des aliments solides est précoce et consiste souvent en l'apport de nourriture industrielle pour bébé.

Les problèmes de santé observés chez la femme enceinte sont nombreux et engendrent des grossesses compliquées. Dans l'ensemble, les mères suivent les prescriptions et recommandations médicales en cas de pathologie avérée, mais mettent à distance les messages de prévention lorsque le risque n'est pas clairement identifié ou semble lointain.

Une relation mère-enfant parfois difficile

L'alimentation est un domaine dans lequel les mères cherchent à éviter le conflit avec l'enfant. Elles affichent une volonté de « bien faire », de le satisfaire, mais également de lui donner ce qui est le meilleur. Le thème de « l'enfant roi » revient dans de nombreux entretiens. Parce que les messages de prévention concernant l'enfant vont à l'opposé de cette volonté de le satisfaire, ils sont très peu suivis.

Certaines femmes développent d'autre part des relations fusionnelles avec leur enfant, ce qui engendre un repli sur la sphère familiale.

Isolement et méfiance des femmes vis-à-vis de leur environnement

Les femmes enquêtées limitent les relations avec les autres habitants du quartier, dont elles se méfient. Parce qu'elles sont très isolées, elles sont donc peu entourées et conseillées par leurs proches lors de la grossesse et des premières années de l'enfant.

En situation de précarité, ces femmes sont particulièrement encadrées par les services sociaux. Les allocations constituent pour la majorité d'entre elles leurs principales ressources. Les services d'accompagnement proposés sont multiples, et il est difficile pour elles de s'y retrouver. Face à cette situation, elles cherchent à réaffirmer leur indépendance et refusent les conseils et interventions des services sociaux et médicaux, jugés intrusifs et infantilisants. La multiplicité des structures qui participent à leur encadrement crée un environnement complexe et difficile à appréhender, ce qui favorise l'émission de messages divergents, brouillent les recommandations et les encouragent dans leur attitude de rejet.

RECOMMANDATIONS ET PROPOSITIONS D'ACTIONS

Différents niveaux d'intervention

Cette étude révèle d'une part l'existence de problèmes flagrants en matière de santé publique dans certains contextes sociaux défavorisés, mais permet également de constater le fort engagement des acteurs locaux. Par ailleurs, les mauvaises pratiques observées ne doivent pas occulter les aspects plus positifs : la connaissance de certaines normes et recommandations, la volonté de faire plaisir à l'enfant, mais aussi l'opportunité que représente l'arrivée d'un premier enfant pour provoquer chez la mère un changement de pratiques. Tout cela incite à formuler des recommandations pour une intervention locale afin d'améliorer les pratiques d'alimentation des femmes enceintes et des enfants de moins de trois ans.

De nouvelles propositions ont été émises pour la suite du Programme national nutrition santé (PNNS) de la France par son président Serge Hercberg[1] concernant les mesures à mettre en œuvre à l'échelle nationale : simplification des allégations nutritionnelles, réglementation pour la publicité, etc. Certaines d'entre elles, à développer à l'échelle locale, sont une réponse directe à des besoins observés sur le terrain. Concernant le soutien à l'allaitement, en particulier, Serge Hercberg mentionne l'initiative « Hôpitaux amis des bébés » de l'Unicef, ainsi que le besoin de sensibiliser les professionnels des domaines médicaux et sociaux qui accompagnent les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants. *Le Plan d'action : lait maternel. Propositions d'actions pour la promotion du lait maternel*[2] proposait par ailleurs que la distribution de lait maternisé en poudre par les associations d'aide alimentaire s'accompagne d'initiatives destinées à promouvoir l'allaitement. Pour ce qui est des activités ciblant spécifiquement les populations en situation de précarité, le rapport de Serge Hercberg propose également de faciliter l'implantation de jardins et de marchés dans les quartiers éligibles au Contrat urbain de cohésion sociale (CUCS), et de distribuer des coupons alimentaires permettant d'acheter des produits frais.

Une intervention même locale devra intégrer un volet plaidoyer pour promouvoir, au niveau des collectivités territoriales et des institutions sanitaires concernées, l'adoption de certaines stratégies ne pouvant être décidées qu'à leur niveau. À noter que l'on pourrait conduire une action au niveau national afin que l'étiquetage des aliments pour bébé soit conforme aux recommandations sanitaires (introduction à six mois).

Les résultats de l'étude montrent que les actions de sensibilisation, de communication ou d'éducation ne sont pas suffisantes pour améliorer les pratiques d'alimentation et de soins. En effet, beaucoup des conseils actuellement émis sont connus sans pour autant être suivis. Il semble que l'isolement des femmes rencontrées constitue le nœud du problème, qui doit être un axe sur lequel agir pour une intervention future.

1. Hercberg S., 2013.
2. Turck D., 2010.

Intervention sur les quartiers

Sur la base de témoignages récupérés lors d'échanges informels ou de réunions avec les acteurs locaux, il semble qu'il soit nécessaire d'adopter une stratégie d'intervention devant permettre, dans un premier temps, de rompre l'isolement des femmes, grâce par exemple à la constitution de groupes réunissant femmes enceintes (repérées grâce à leur déclaration de grossesse) et mères de jeunes enfants. Cette proposition répond à une demande formulée par les personnes ayant participé aux *focus groups*, qui souhaitaient la pérennisation de ces réunions. Cette idée est soutenue par les acteurs locaux.

Ces groupes sont conçus pour susciter l'intérêt des mères en leur proposant des activités originales et attractives. Il ne s'agit pas de proposer des ateliers éducatifs, qu'elles chercheront à éviter, mais **participatifs**, le tout dans une démarche de **réflexion** et d'**échange**. La constitution et la dynamisation de ces groupes répondent au besoin de favoriser la connexion sociale entre les mères, l'objectif premier étant en effet de créer des liens entre celles rencontrant le même genre de difficultés. Ils doivent également permettre de promouvoir les activités conduites localement et faire en sorte que les personnes jusqu'ici peu impliquées dans les démarches locales s'insèrent dans d'autres dynamiques.

Il faudrait également veiller à valoriser les bonnes pratiques pour aider les mères à reprendre confiance en elles. Ces groupes pourraient être un moyen pour diffuser des informations en faveur des bonnes pratiques d'alimentation et de soins, sans qu'un objectif nutritionnel soit pour autant obligatoirement mis en avant.

L'intervention pourrait être portée par différents acteurs tels que l'Asem, partenaire de l'étude, et Medio, association assurant la gestion des centres sociaux de Nevers. La collaboration de professionnels du médical et du social serait un véritable plus pour l'intervention. Elle impliquerait la tenue de réunions régulières afin d'assurer un suivi des activités, proposer au besoin des réorientations, permettre le partage des enseignements et favoriser les échanges intersectoriels, qui semblent primordiaux pour la réussite d'une intervention de ce type.

L'animation et le suivi des groupes seront assurés par un professionnel, libre de solliciter une expertise extérieure lors de la conduite de projets spécifiques. Les professionnels des services locaux (puéricultrices et sages-femmes) pourront être mobilisés et seront chargés de la formation des « adultes-relais » associés à l'intervention qui, du fait de leur connaissance des habitants du quartier, auront vocation à faire connaître les initiatives et pousser les femmes concernées à y participer.

Schéma global d'intervention

L'objectif général de l'intervention est d'améliorer les pratiques d'alimentation et de soins des femmes enceintes et des enfants de moins de trois ans.

Il se décline en quatre sous-objectifs.

Faciliter l'insertion des femmes dans leur environnement

L'objectif de ce groupe est de créer un espace de dialogue et d'échange dans lequel les femmes puissent partager leurs difficultés quotidiennes et leurs solutions aux problèmes rencontrés. Il ne s'agit pas de proposer une multitude de projets « tout faits » ou « déjà vus », c'est-à-dire définis dans un autre contexte et pas forcément adaptés, mais de faire émerger de ces discussions des besoins en matière d'animation ou d'activités susceptibles d'aider ces femmes dans leur vie courante. Ce **processus de responsabilisation** permettra à ces dernières de s'investir et de s'engager durablement dans les initiatives, principale difficulté rencontrée par tout programme mené dans des quartiers précaires.

Si le risque que certaines ne souhaitent pas se mêler au groupe subsiste toujours, l'expérience des acteurs locaux montre que ces femmes cessent de se méfier des autres lorsqu'elles partagent des activités communes facilitant les échanges. Ces groupes sont également l'occasion de diffuser des informations pour les aider à mieux se repérer parmi les structures et connaître les initiatives locales. Un guide sur le sujet sera diffusé par des actions de proximité et sur Internet, et sera régulièrement actualisé afin de permettre aux femmes de mieux connaître les acteurs agissant dans leurs quartiers et d'accéder à tous les services disponibles.

Améliorer la relation mère-enfant et renforcer la confiance des mères dans leur rôle d'éducatrice

Certaines mauvaises pratiques d'alimentation sont directement liées au manque de confiance en soi des mères : le lait maternisé et les produits de l'industrie valent mieux que leur propre lait ou que les préparations « maison », et les souhaits des enfants prévalent sur les recommandations médicales. Les activités menées au sein du groupe doivent aborder cette problématique.

L'attitude de l'animateur et des intervenants est **déterminante** : il doit en effet veiller à valoriser les aspects positifs des pratiques des mères et éviter de porter le moindre jugement.

Une fois que le groupe aura acquis une certaine maturité, il sera alors possible d'organiser des activités de type « théâtre-forum » (séances de théâtre participatif permettant de faire passer des messages clés de façon ludique). On sollicitera des intervenants extérieurs spécialisés pour mettre en scène des situations quotidiennes reflétant les difficultés rencontrées par certaines mères à faire figure d'autorité auprès de leur enfant. Cela permettra d'enclencher la réflexion au sein du groupe et de faciliter les changements de pratique.

Des ateliers « massage de bébés » développés dans d'autres contextes ont donné des résultats intéressants, ce type d'activités étant en effet propices aux échanges culturels et au renforcement de la relation mère-enfant. Il permet de plus de redonner aux mères confiance en elles. Les PMI de Nevers souhaitent ainsi développer ces ateliers, qui se tiendraient tous les mois. Des soignants ont déjà été formés, et le projet est désormais en attente de financement. L'intervention pourrait soutenir cette initiative, et même éventuellement permettre d'accroître sa fréquence dans certains quartiers. De l'avis des acteurs interrogés, ce genre de choses est idéal pour attirer les jeunes mères.

Améliorer les pratiques d'allaitement et d'alimentation

Il faut absolument éviter de construire des **cours d'éducation** à l'alimentation équilibrée : les activités proposées devront strictement répondre aux **demandes pratiques** des mères et aux **besoins** observés sur le terrain. Les ateliers de cuisine, d'allaitement ou de réalisation de « plats bébé » qui pourront être organisés par la suite seront l'occasion de valoriser les aspects positifs de leurs pratiques.

L'intervention essaiera de rapprocher les femmes de certaines initiatives déjà existantes. De nombreux programmes menés par les acteurs locaux cherchent en effet à améliorer les relations entre habitants des quartiers, et certaines activités peuvent être directement liées à l'alimentation. Or, les femmes enceintes et mères de jeunes enfants n'y participent pour l'instant quasiment pas. Les groupes de femmes pourront donc faciliter le bouche-à-oreille et permettre d'amener de nouvelles personnes à participer aux projets existants. Les mères qui ne seraient pas prêtes à se rendre à ces activités toutes seules seront alors peut-être plus tentées à l'idée d'y aller avec une autre femme du groupe.

On peut notamment citer :

- les ateliers « Équilibrez-vous bien », menés par le centre social dans le quartier Baratte-Courlis, dont le but est d'aider les familles à équilibrer à la fois leur budget et leurs repas. Certains parents se réunissent également chaque semaine afin d'aborder un certain nombre de sujets, choisis par leurs soins ;
- l'association Solidaires avec les paysans propose, en lien avec l'Épicerie solidaire, des paniers de légumes issus de l'agriculture locale à des prix très réduits (deux euros le panier). Les bénéficiaires viennent les récupérer à l'épicerie un vendredi sur deux. Il s'agirait ici de faire en sorte que les femmes enceintes et mères de jeunes enfants puissent elles aussi bénéficier de ce service, qui pourrait également proposer des ateliers de cuisine pour les jeunes enfants.

Par ailleurs, si la promotion de l'allaitement est complexe lorsque la mère y est opposée, il paraît néanmoins indispensable de continuer à accompagner les femmes à ce sujet. L'étude menée à Nevers révèle en effet que 60 % des femmes allaitent leur enfant à la naissance mais arrêtent rapidement, parfois parce qu'elles rencontrent des difficultés qui pourraient être dépassées si elles étaient convenablement accompagnées. Prodiguer aux femmes conseils et encouragements durant la grossesse, lors de l'accouchement, lorsqu'elles décident d'allaiter et pendant l'allaitement, doit permettre d'améliorer le taux et la durée de ce dernier.

On peut envisager deux démarches différentes : les « carrefours allaitement » (petits groupes animés par un(e) professionnel(le) spécialiste du conseil en allaitement auprès des femmes en situation de précarité) ou les « réseaux allaitement » (petits groupes animés par une mère formée au préalable et qui habite dans le quartier). Développées initialement avec des femmes hésitant à allaiter, ces activités peuvent permettre de convaincre

progressivement celles qui y sont opposées. L'adhésion de l'hôpital au label « Hôpital ami des bébés[3] » serait un atout de taille pour le succès d'une telle démarche.

Plaidoyer pour la création d'un environnement favorable à de bonnes pratiques de soins et d'alimentation

Sur la base des résultats de l'étude, de l'expérience accumulée par les initiatives existantes et des éléments collectés lors du lancement de l'intervention, il faudra rédiger des argumentaires afin de mener un plaidoyer à destination des décideurs concernés.

À titre d'exemple, peuvent être pertinents :

- une démarche au niveau de l'hôpital afin d'inciter la structure à adhérer au label « Hôpital ami des bébés » ;
- un plaidoyer auprès de la mairie afin d'engager la ville de Nevers à signer la Charte des villes PNNS (en Bourgogne, deux collectivités territoriales seulement sont actuellement signataires, contre 309 à l'échelle nationale) ;
- la priorisation de la promotion de l'allaitement au niveau du département ;
- l'homogénéisation des discours médicaux concernant l'alimentation de l'enfant.

Chaque action de plaidoyer conduite dans le cadre de l'intervention devra être validée par le comité de pilotage et portée par la structure chargée de la mise en œuvre de l'intervention. Il faudrait y associer les partenaires les plus à même de lui donner le poids et la crédibilité nécessaires.

3. Les établissements certifiés « Hôpital ami des bébés » s'engagent à garantir une qualité d'accueil du nouveau-né et de ses parents dans les maternités et les services de néonatalogie, notamment en encourageant et en soutenant l'allaitement, ou encore en organisant des soins autour des rythmes biologiques du nouveau-né et de sa mère. Plus d'informations sur https://amis-des-bebes.fr/.

BIBLIOGRAPHIE

PUBLICATIONS

- Anses (2012), *Disparités socioéconomiques et apports alimentaires et nutritionnels des enfants et adolescents : avis de l'Anses – Rapport d'étude*, Maisons-Alfort, Anses, décembre 2012, 306 p.
- Bellin-Lestienne C., Deschamps V., Noukpoapé A., Darmon N., Hercberg S., Castetbon K. (2006), « Consommations alimentaires et place de l'aide alimentaire chez les personnes incluses dans l'étude Abena, 2004-2005 », *BEH – Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, nº 11-12, p. 79-81.
- Bellin-Lestienne C., Deschamps V., Noukpoapé A., Hercberg S., Castetbon K. (2007), *Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire : étude Abena, 2004-2005*, InVS, université de Paris 13, Cnam, 74 p.
- Brion D. (dir.) (2013), « Portrait de la zone d'emploi de Nevers », *in Portrait des zones d'emploi bourguignonnes*, Dijon, Insee Bourgogne, Insee Bourgogne dimensions – dossier nº 61, p. [63-66].
- Callec R., Perdriolle-Galet E., Sery G.-A., Lamy C., Floriot M., Fresson J., Morel O. (2015), « Diabète de type 2 et grossesse : épidémiologie et conséquences obstétricales. Études sur une série continue de 97 femmes enceintes », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 44, nº 1, janv. 2015, p. 41-46, DOI : 10.1016/j.jgyn.2013.10.012.
- Castetbon K., Hercberg S., Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen) (2007), *Étude nationale nutrition santé ENNS 2006 ; situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS)*, InVS, université de Paris 13, Cnam, 74 p.
- Chauliac M., Chateil S. (2000), « Enquête sur l'alimentation des personnes défavorisées. II. Nutrition et alimentation des enfants en bas âge (6 à 36 mois) de familles défavorisées », *Médecine et Nutrition*, 2000, vol. 36, n° 1, p. 13-24.

- Darmon N. (2012), *Alimentation et précarité*, Comptes rendus des séances de l'Académie d'agriculture, séance du 25 janvier 2012.
- Darmon N. (2007), *L'aide alimentaire en France et ses bénéficiaires*, 5 p.
- De Launay C., Salanave B., Deschamps V., Castetbon K. (2011), *Épifane – Étude pilote 2010 : épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie*, Saint-Maurice, InVS, université Paris 13, 16 p.
- Fall M., Verger D. (2005), « Pauvreté relative et conditions de vie en France », *Économie et Statistique*, n° 383-385, p. 91-107.
- Fleischer Michaelsen K., Weaver L., Branca F., Robertson A. (2003), *Feeding and nutrition of infants and young children: Guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet countries*, WHO Regional Publications, European Series, n° 87, 288 p.
- Fondation de France (2011), *Les solitudes en France : l'impact de la pauvreté sur la vie sociale*, Fondation de France, 12 p.
- France. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé (2011), *Plan obésité 2010-2013*, 42 p.
- France. Ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche, de la Ruralité et de l'Aménagement du territoire (2011), *Programme national pour l'alimentation (PNA)*, 75 p.
- France. Défenseure des enfants (2010), *Précarité et protection des droits de l'enfant : état des lieux et recommandations*, Rapport thématique 2010, 188 p.
- Gluckman P. D., Hanson M. A., Mitchell M. D. (2010), "Developmental origins of health and disease: reducing the burden of chronic disease in the next generation", *Genome Medicine*, 2(2): 14, Published online 2010 Feb 24, DOI: 10.1186/gm135.
- Gluckman P. D., Hanson M. A., Cooper C., Thornburg K. L. (2008), "Effect of In Utero and Early-Life Conditions on Adult Health and Disease", *The New England Journal of Medicine*, 359(1), 61-73, DOI: 10.1056/NEJMra0708473.
- Gluckman P. D., Hanson M. A., Mitchell M. D. (2010), "Developmental origins of health and disease: reducing the burden of chronic disease in the next generation", *Genome Medicine*, 2(2), 14, DOI: 10.1186/gm135.
- Gojard S. (2012), « Alimentation du nourrisson et position sociale : quatre manières d'être mère », *INRA Sciences sociales*, n° 2.
- Gojard S. (2003), « L'allaitement, une norme sociale », *Spirale*, n° 27, 2003/3, p.133-137, DOI:10.3917/spi.027.0133.
- Grange D., Castetbon K., Guibert G., Vernay M., Escalon H., Delannoy A., Féron V., Vincelet C. (2013), *Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire : étude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005*, ORS Île-de-France, InVS, Inpes, 186 p.

- Gremmo-Féger G. (2003), « Allaitement maternel : l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit », *Spirale*, nº 27, 2003/3, p. 45-59, DOI:10.3917/spi.027.0045.
- Huh S. Y., Rifas-Shiman S. L., Taveras E. M., Oken E., Gillman M. W. (2011), "Timing of Solid Food Introduction and Risk of Obesity in Preschool-Aged Children", *Pediatrics*, Vol. 127, No. 3, p. e544 -e551, DOI : 10.1542/peds.2010-0740.
- Hercberg S. (2013), *Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique dans le cadre de la Stratégie nationale de santé. Mesures concernant la prévention nutritionnelle – Rapport*, ministère des Affaires sociales et de la Santé, 127 p.
- Insee Bourgogne (dir.) (2009), *Regards sur les quartiers des grandes villes de la Nièvre et de l'Yonne*, Dijon, Insee Bourgogne, Insee Bourgogne dimensions – dossier nº 54, 44 p.
- Insee, Estimations de la population en France métropolitaine (résultats provisoires arrêtés à fin 2012).
- Inserm, Kantar Health, Roche (2012), *ObÉpi 2012 : enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité*, 60 p.
- InVS, Étude nationale nutrition santé (ENNS), 2006.
- Kurth Aviles L. (2006), *Place du médecin généraliste dans l'accompagnement de l'allaitement maternel*, Thèse de doctorat en médecine, faculté de médecine de Nancy, 203 p.
- Lhuissier A., Tichit C., Caillavet F., Cardon P., Masullo A., Martin-Fernandez J., Parizot I., Chauvin P. (2013), "Who still eats three meals a day? Findings from a quantitative survey in the Paris area", Appetite 63 (2013) 59–69, DOI: 10.1016/j.appet.2012.12.012.
- Lhuissier A. (2006), « Éducation alimentaire en milieu populaire : des normes en concurrence », *Journal des anthropologues* [En ligne], nº 106-107, 2006, mis en ligne le 16 novembre 2010.
- Masullo A. (2011), *Paroles de femmes, épouses, mères : difficultés d'enquêter sur le quotidien et l'alimentation féminine*, communication au colloque « Mesure et réforme des pratiques alimentaires (XIXe-XXe siècles) : sciences, enquêtes et campagnes nutritionnelles », Inra Paris, 14 octobre 2011.
- Masullo A. (2012), « Paroles de femmes et de mères : ce que "nourrir" signifie en milieu précaire », *Fonds français alimentation et santé – Lettre scientifique*, nº 4, février 2012, p. 2-7.
- Masullo A., *L'alimentation chez les familles précaires : une approche sociologique, une enquête qualitative*, communication à l'Inra, Ivry-sur-Seine, 14 février 2012.
- Maternal and Child Nutrition Study Group (2013), "Maternal and Child Nutrition: Executive Summary of The Lancet Maternal and Child Nutrition Series", *The Lancet*, published online : June 6, 2013, 12 p.
- Mejean C. (2008), *Influence des facteurs socio-économiques, de l'alimentation et des modes de vie sur les maladies non transmissibles liées à l'alimentation chez les immigrés tunisiens vivant en Languedoc-Roussillon*, thèse de doctorat en épidémiologie, université Pierre et Marie Curie, Montpellier, 157 p.

- OMS (2001), *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant : durée optimale de l'alimentation au sein exclusive*, [résolution de la] cinquante-quatrième Assemblée mondiale de la santé, 1er mai 2001, Genève, OMS, 5 p.
- PNNS (2005), *Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère*, Paris, ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Société française de pédiatrie, 67 p.
- Poisson D. (2008), *L'alimentation des populations modestes et défavorisées : état des lieux dans un contexte de pouvoir d'achat difficile*, mis en ligne le 19 novembre 2008.
- Rolland Cachera M.-F., Maillot M., Deheeger M., Souberbielle J.-C., Péneau S., Hercberg S. (2013), "Association of nutrition in early life with body fat and serum leptin at adult age", *International Journal of Obesity*, 37(8):1116-22, DOI: 10.1038/ijo.2012.185.
- Salavane B., de Launay C., Guerrisi C., Castetbon K. (2012), « Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant : résultats de l'étude Épifane, France, 2012 », *BEH – Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, nº 34, p. 383-387.
- Selim M. (1979), *Rapports sociaux dans une cité HLM de la banlieue nord de Paris : le Clos Saint-Lazare à Stains, étude d'ethnologie urbaine*, Thèse de doctorat Anthropologie sociale et ethnologie, École des hautes études en sciences sociales (EHESS).
- TNS Sofres, Credoc (2013), *Étude Nutri-Bébé SFAE 2013 : comportements alimentaires et apports nutritionnels chez les 0 à 3 ans, 2013-2014*, dossier de presse.
- Turck D. (2010), *Plan d'action : lait maternel – Propositions d'actions pour la promotion du lait maternel*, 40 p.

RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

- Étude nationale nutrition santé (ENNS) : *http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Nutrition-et-sante/Enquetes-et-etudes/ENNS-etude-nationale-nutrition-sante*
- Études INCA : *https://www.anses.fr/fr/content/les-%C3%A9tudes-inca*
- Épiphane : épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie : *http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Nutrition-et-sante/Enquetes-et-etudes/Epifane-epidemiologie-en-France-de-l-alimentation-et-de-l-etat-nutritionnel-des-enfants-pendant-leur-premiere-annee-de-vie*
- Programme national nutrition santé (PNNS) : *http://www.mangerbouger.fr/*
- Études menées dans le cadre du PNNS : *http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/etudes-et-rapports-dans-le-cadre-du-pnns*

ANNEXE 1

DATES ET CONTENUS DES RÉUNIONS ORGANISÉES DURANT L'ÉTUDE

DATE	OBJECTIFS	ACTEURS REPRÉSENTÉS
27/06/13	**Réunion de lancement** - Présentation de l'étude. - Validation de la méthodologie choisie. - Constitution d'un comité de pilotage.	Accords de Loire, Asem, CPAM, CSCB, PRE, GIP, PMI, PNSN, Restos du cœur.
15/11/13	**Présentation des premiers résultats** - Validation et discussion des résultats.	Asem, conseil général de la Nièvre, CPAM, PRE.
14/01/14	**Lancement de la réflexion sur les pistes d'actions** - Rassemblement des acteurs intéressés pour mener des actions en rapport avec les résultats de l'étude.	Asem, conseil général de la Nièvre, PMI.
03/02/14	**Élaboration des pistes d'actions** - Définition claire des actions à mener.	Accords de Loire, Asem, conseil général de la Nièvre, CPAM, CSCB, CDPEF, PRE, Interstice, PMI.
11/03/14	**Présentation finale de l'étude**	Accords de Loire, ARS, Asem, CAF, conseil général de la Nièvre, CPAM, CSCB, CDPEF, DDCSPP, PRE, GIP, Interstice, PMI, REAAP, PNSN, Restos du cœur, ville de Nevers.

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE UTILISÉ POUR L'ÉTUDE

Q. 1	**Numéro du questionnaire :** ☐☐☐☐	Q. 5	**Rue :**
Q. 2	**Enquêteurs :** Anaëlle et Rémi		
Q. 3	**Date :** ... / ... / ...	Q. 6	**Immeuble :**
Q. 4	**Quartier :** ☐ Bords de Loire ☐ Baratte-Courlis	Q. 7	**Appartement :** ☐☐☐

INTRODUCTION : HISTOIRE DE LA FEMME ENCEINTE ET/OU DU TUTEUR DE L'ENFANT

Q. 8	**Quelle est votre langue maternelle ?**
Q. 9	**En quelle année vous êtes-vous installée à Nevers ?**
Q. 10	**Pour quel motif ?** 1) Lieu de naissance 2) Rapprochement familial 3) Emploi 4) Autre : .....
Q. 11	**À quelle date vous êtes-vous installée dans ce logement ?** Date : ... / ... / ...
Q. 12	**Où habitiez-vous avant d'être ici ?** 1) Nevers 2) Autre département 3) France 4) Étranger

SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE ET CADRE DE VIE

Composition du foyer et situation socio-économique

➔ *État et composition du foyer*

Q. 13	**Propreté**	1	2	3
Q. 14	**Équipement**	1	2	3
Q. 15	**État**	1	2	3

Q. 16	**Qui êtes-vous ?**	1) Femme enceinte	2) Enceinte et mère d'enfants de moins de 3 ans	3) Mère d'enfants de moins de 3 ans non enceinte	4) La personne qui s'occupe de l'enfant (mais qui n'est pas la mère)
Q. 17	**Si 1) ou 2) : Depuis combien de temps êtes-vous enceinte (en mois) ?**				
Q. 18	**Si 4) : Qui êtes-vous par rapport à l'enfant ?**	1) Grande sœur	2) Grand-mère	3) Autre :	
Q. 19	**Quel âge avez-vous ?**	1) Moins de 20 ans	2) 20-25 ans	3) 26-40 ans	4) Plus de 40 ans
Q. 20	**Famille monoparentale ?**			1) Oui	2) Non
Q. 21	**Combien de personnes vivent dans cet appartement ?**				
Q. 22	**Combien avez-vous encore d'enfants à charge vivant avec vous dans cet appartement ?**				
Q. 23	**Combien de personnes travaillent dans cet appartement ?**				
Q. 24 abc	**Si vous avez des enfants de moins de 3 ans, quel âge ont-ils en mois (du plus jeune au plus vieux) ?**			a) b) c)	
Q. 25 abc def	**Quel âge ont les enfants plus âgés encore à charge dans ce foyer (en années) ?**			a) b) c) d) e) f)	
Q. 26	**Aidez-vous financièrement d'autres personnes en dehors de votre foyer ?**			1) Oui	2) Non
Q. 27	**Si oui, qui sont-elles ?**	1) Enfants plus âgés	2) Autre famille en France	3) Autre famille à l'étranger	4) Autre

→ *Éducation et occupations professionnelles*

Q. 28	**Savez-vous ?**	1) Parler français	2) Parler et lire le français	3) Parler, lire et écrire le français	4) Aucun	
Q. 29	**Si 4) : Qui est le traducteur ?**					
Q. 30	**Quelle est la dernière classe fréquentée ?**	1) Primaire	2) Collège	3) Lycée	4) Post-bac	
Q. 31	**Où ?**	1) France	2) Étranger			
Q. 32	**Avez-vous des diplômes ?**	1) Oui	2) Non			
Q. 33	**Si oui, lesquels ?**					
Q. 34	**Exercez-vous une activité professionnelle ?**	1) Oui	2) Non			
Q. 35	**Si oui, quel est votre type de contrat ?**	1) CDI	2) CDD	3) Intérim	4) Contrat d'insertion	5) Contrat d'avenir
Q. 36	**Si oui, quel poste occupez-vous actuellement ?**					
Q. 37	**Si oui, êtes-vous ?**	1) À plein temps	2) À temps partiel			

Q. 38	**Si 2) :**	1) Plus que mi-temps	2) Mi-temps	3) Moins que mi-temps
Q. 39	**Si oui, travaillez-vous avant 9 h et/ou après 18 h ?**	1) Oui	2) Non	

→ *Revenus*

Q. 40	**Touchez-vous des allocations de la CAF ?**		1) Oui	2) Non	
Q. 41	Si oui, lesquelles ?				
Q. 42	**Autres ?**	Allocation chômage :	1) Oui	2) Non	
Q. 43		Aides du conseil général :	1) Oui	2) Non	
Q. 44		RSA :	1) Oui	2) Non	
Q. 45	**Si oui dans quelle fourchette ?** *(somme allocations + autres)*				
	1) Moins de 300 €	2) 301-500 €	3) 501-700 €	4) 701-900 €	5) Plus de 901 €
Q. 46	**Avez-vous (et/ou quelqu'un d'autre dans le foyer) un revenu mensuel autre que les allocations ?**		1) Oui	2) Non	
Q. 47	**Dans quelle fourchette ?**				
	1) 0- 500 €	2) 501-800 €	3) 801-1 000 €	4) 1 001-1 300 €	5) 1 301- 1 600 €	6) Plus de 1 600 €
Q. 48	**Si vous aviez 10 % de revenu en plus, comment les utiliseriez-vous en priorité ?** *(classer les trois principales)*					
	☐ Épargne	☐ Loisirs	☐ Équipement du logement	☐ Vêtement/ beauté	☐ Alimentation	☐ Pour l'enfant	☐ Autres .....
Q. 49	**Si pour l'enfant, préciser :**					

Relations au voisinage, liens sociaux et structures d'accueil

Q. 50	**Fréquentez-vous d'autres personnes du quartier ?**	1) Oui, beaucoup	2) Oui, un peu	3) Non
Q. 51 abcd	**Si oui, qui sont-elles ?**			
		Famille (élargie) habitant le quartier :	1) Oui	2) Non
		Voisins :	1) Oui	2) Non
		Amis :	1) Oui	2) Non
		Autres :	1) Oui	2) Non
Q. 52 abcd efg	**Si oui, où/dans quels cadres ?**	c) À l'école	e) Aux fêtes de quartier	
	a) Invitations réciproques	d) Aux jeux pour enfants de l'immeuble	f) Courses ensemble	
	b) Activités au centre social		g) Autres :	

Q. 53	**Si 2) ou 3) : Fréquentez-vous d'autres personnes n'habitant pas dans le quartier ?**			1) Oui	2) Non
Q. 54	**Utilisez-vous (et/ou vos enfants) le centre social ?**				
	1) De votre quartier	2) D'un autre quartier	3) Les deux		4) Non
Q. 55	**Si 2) : Pourquoi ?**				
Q. 56	**Pourquoi utilisez-vous le centre social ?**				
	Participer aux activités proposées :			1) Oui	2) Non
Q. 57	Si oui, lesquelles ?				
Q. 58	**Discuter :**			1) Oui	2) Non
Q. 59	**Pour les permanences d'association :**			1) Oui	2) Non
Q. 60	Si oui, lesquelles ?				
Q. 61	**Pour autre chose :**			1) Oui	2) Non
Q. 62	Si oui, quoi ?				
Q. 63	**Si oui, à quelle fréquence ?**	1) Plusieurs fois par semaine	2) Une fois par semaine	3) Plusieurs fois par mois	4) Rarement
Q. 64	**Si non, pour quelle raison principale ne l'utilisez-vous pas ?**	1) Manque de temps	2) Honte	3) Ne connaît pas les dates et horaires des activités	
		4) Pas intéressant	5) N'a pas envie de voir du monde	6) Autre :	
Q. 65	**Améliorations proposées pour le centre :**				
Q. 66	**À quelle fréquence confiez-vous la garde de votre enfant ?**	1) Tous les jours	2) Plusieurs fois par semaine	3) Une fois par semaine	
		4) Quelques fois par mois		5) Moins souvent	
Q. 67	**À qui confiez-vous la garde de votre enfant la plupart du temps ?**	1) Voisins	2) Famille	3) Assistante maternelle à domicile	
		4) Crèches ou espace multi-accueil du quartier		5) Autre :	
Q. 68	**Pourquoi ?**				
Q. 69	**Améliorations proposées pour les espaces d'accueil :**				

CONNAISSANCES

Sur les pratiques d'alimentation et de soins recommandées pour la femme enceinte

Q. 70	**Selon vous, lors de la grossesse, faut-il manger :**	1) Deux fois plus que d'habitude	2) Un peu plus	3) Autant	4) Moins que d'habitude
Q. 71	**Selon vous, lors de la grossesse, est-il utile de surveiller son poids ?**			1) Oui	2) Non
Q. 72	**Si 1) :**	1) Oui, car il est difficile de les perdre ensuite	2) Oui, pour la santé de l'enfant	3) Autres :	
Q. 73	**Qu'est-ce que « bien manger » signifie pour vous ?** *(en une phrase)*				
Q. 74	**Connaissez-vous des vaccins qu'il est fortement conseillé d'avoir fait avant la grossesse ?**		1) Bonne réponse (BR)	2) Mauvaise réponse (MR)	3) Ne sait pas (NSP)
Q. 75	**Connaissez-vous des aliments et boissons particulièrement déconseillés lors de la grossesse ?**				
	Aliments :	1) BR	2) Réponse partielle (RP)	3) MR	4) NSP
Q. 76	**Boissons :**	1) BR	2) RP	3) MR	4) NSP
Q. 77	**S'il y a des choses qui ne sont pas bonnes à faire pendant la grossesse, à votre avis, quelles sont-elles ?**	1) BR	2) RP	3) MR	4) NSP

Sur les pratiques d'alimentation et de soins recommandées pour le jeune enfant

Q. 78	**Selon vous, que vaut-il mieux donner en priorité à son enfant avant l'âge de 6 mois ?**				
	1) Lait de vache	2) Lait maternel	3) Blédine ou autres farines infantiles	4) Lait maternisé en poudre	5) Autre : .....
Q. 79	**Selon vous, à partir de quand faut-il allaiter son enfant (au sein) ?**				
	1) Au cours de la première heure suivant la naissance	2) À partir du lendemain	3) Une semaine après la naissance	4) NSP	
Q. 80	**Pouvez-vous définir « l'allaitement maternel exclusif » ?**				
	1) Allaitement au sein + eau	2) Allaitement au sein sans eau	3) Allaitement au sein et biberon	4) Ne connaît pas le terme	

Q. 81	**Selon vous, jusqu'à quel âge est-il recommandé de donner <u>exclusivement</u> du lait maternel à son enfant ?** *(à expliquer)*	1) Un mois	2) Deux à trois mois	3) Quatre à six mois	
		4) Un an	5) Deux ans	6) Plus de deux ans	
Q. 82	**Selon vous, jusqu'à quel âge est-il recommandé de donner du lait maternel à son enfant ?**	1) Un mois	2) Deux à trois mois	3) Quatre à six mois	
		4) Un an	5) Deux ans	6) Plus de deux ans	
Q. 83	**Selon vous, si on ne peut pas ou ne veut pas allaiter son enfant au sein avant l'âge de cinq ou six mois, quels aliments peut-on lui donner ?**				
Q. 84	**Selon vous, combien de fois dans une journée doit-on allaiter un bébé de moins de cinq mois qui ne reçoit que du lait maternel ?**		1) Une fois	2) Trois fois	3) Six fois
			4) Dix fois	5) À la demande	6) NSP
Q. 85	**Selon vous, à quel âge peut-on donner à un bébé des aliments autres que le lait (solides et boissons autres que de l'eau) ?**		1) Un mois	2) Deux à trois mois	3) Quatre à six mois
			4) Un an	5) Deux ans	6) NSP
Q. 86	**Citer trois aliments (et leur forme) adaptés à un enfant de six mois :**	1) BR	2) RP	3) MR	4) NSP
Q. 87	**Citer trois aliments fortement déconseillés pour un enfant de six mois :**	1) BR	2) RP	3) MR	4) NSP
Q. 88	**À partir de quel âge doit-on faire vacciner son enfant ?**	1) Avant trois mois	2) À six mois	3) Après un an	4) NSP

PRATIQUES ALIMENTAIRES ET ACCÈS À L'ALIMENTATION

Alimentation de la mère et du foyer

Q. 89	**En général, qui prépare votre repas ?**		1) Vous-même	2) Quelqu'un d'autre : .....
Q. 90	**Avec quoi pouvez-vous cuisiner ?**			
Q. 91	**Cuisinière :**	1) Oui	2) Non	
Q. 92	**Micro-ondes :**	1) Oui	2) Non	
Q. 93	**Four :**	1) Oui	2) Non	
Q. 94	**Mixeur/batteur/robot :**	1) Oui	2) Non	
Q. 95	**Est-ce que la famille :**	1) Partage le même plat	2) Chacun mange ce qu'il veut	

Q. 96 abcde	**Pendant votre repas, en général vous :**	1) Discutez avec votre famille	2) Regardez la télévision	3) Faites les devoirs	4) Donnez à manger aux enfants	5) Autre : .....
Q. 97	**Avez-vous modifié ou modifiez-vous votre alimentation lors de votre grossesse ?**				1) Oui	2) Non
Q. 98	**Si oui, comment (en quantité) ?**		1) Moins	2) Autant/ un peu plus	3) Deux fois plus	
Q. 99	**Si oui, comment (en qualité) ?**					
Q. 100	**Qui vous conseille ou vous a conseillé sur l'alimentation lors de votre grossesse ?**					
a	**Amies :**	1) Oui	2) Non			
b-c	**Médecins :**	1) Oui	2) Non	**Internet :**	1) Oui	2) Non
d-e	**Famille :**	1) Oui	2) Non	**Travailleurs sociaux :**	1) Oui	2) Non
f-g	**Livres :**	1) Oui	2) Non	**Autres :**	1) Oui	2) Non
Q. 101	**Si oui, quels conseils ?**					
Q. 102	**Hier, avez-vous pris un petit déjeuner ?**			1) Oui	Heure :	2) Non
Q. 103-104	**Hier, avez-vous déjeuné ?**			1) Oui	Heure :	2) Non
Q. 105-106	**Hier, avez-vous dîné ?**			1) Oui	Heure :	2) Non
Q. 107-108	**Hier, avez-vous goûté ?**			1) Oui	Heure :	2) Non
Q. 109-110	**Hier, avez-vous mangé entre les repas ?**			1) Oui	Heure :	2) Non
Q. 111-112	**Le plat principal de la veille est-il fait maison ?**			1) Oui	2) Non	
	Pourquoi ?					
Q. 113	**Mangez-vous :**		1) Par plaisir	2) Par obligation	3) Autre :	
Q. 114	**Mangez-vous :**		1) À heures régulières	2) Quand vous en avez envie		

Allaitement de l'enfant entre zéro et six mois (enfant enquêté, tirage au sort)

Q. 115	**Âge de l'enfant (en mois) :**		
Q. 116	**Avez-vous allaité ou allaitez-vous votre enfant au sein ?**	1) Oui	2) Non

Q. 117	**Si oui, quand avez-vous démarré l'allaitement ?**		1) Au cours de la première heure suivant la naissance	2) À partir du lendemain de la naissance	3) Une semaine après la naissance	4) Autre : .....
Q. 118 a	**0 mois**	1) Allaitement maternel exclusif (AME)		2) Allaitement prédominant (AP)		3) Mixte
		4) Biberon de lait maternisé uniquement	5) Biberon de lait autre uniquement	6) Lait maternel + autres :		7) Biberon + autres : .....
b	**1 mois**	1) AME	2) AP	3) Mixte	4) Biberon de lait maternisé uniquement	
		5) Biberon de lait autre uniquement	6) Lait maternel + autres :		7) Biberon + autres :	8) Enfant plus jeune
c	**2 mois**	1) AME	2) AP	3) Mixte	4) Biberon de lait maternisé uniquement	
		5) Biberon de lait autre uniquement	6) Lait maternel + autres :		7) Biberon + autres :	8) Enfant plus jeune
d	**3 mois**	1) AME	2) AP	3) Mixte	4) Biberon de lait maternisé uniquement	
		5) Biberon de lait autre uniquement	6) Lait maternel + autres :		7) Biberon + autres :	8) Enfant plus jeune
e	**4 mois**	1) AME	2) AP	3) Mixte	4) Biberon de lait maternisé uniquement	
		5) Biberon de lait autre uniquement	6) Lait maternel + autres :		7) Biberon + autres :	8) Enfant plus jeune
f	**5 mois**	1) AME	2) AP	3) Mixte	4) Biberon de lait maternisé uniquement	
		5) Biberon de lait autre uniquement	6) Lait maternel + autres :		7) Biberon + autres :	8) Enfant plus jeune
g	**6 mois**	1) AME	2) AP	3) Mixte	4) Biberon de lait maternisé uniquement	
		5) Biberon de lait autre uniquement	6) Lait maternel + autres :		7) Biberon + autres :	8) Enfant plus jeune
h	**7 mois**	1) AME	2) AP	3) Mixte	4) Biberon de lait maternisé uniquement	
		5) Biberon de lait autre uniquement	6) Lait maternel + autres :		7) Biberon + autres :	8) Enfant plus jeune

Q. 119	**Jusqu'à quel âge avez-vous donné du lait maternel à votre enfant ?**		1) ..... mois	2) En cours	3) Pas d'allaitement maternel
Q. 120-122	**À quel âge avez-vous introduit des aliments autres que le lait et l'eau ?**	1) Un mois et moins 5) Plus de six mois	2) Deux mois 6) Ne sait pas encore (l'enfant a moins de six mois)	3) Trois à quatre mois	4) Cinq à six mois
Q. 123	**Quels aliments et boissons autres que le lait et l'eau avez-vous en premier donné à votre enfant ?**				

Alimentation de l'enfant après six mois (tirage au sort, si plusieurs enfants)

Q. 124	**Âge de l'enfant (en mois) :**				
Q. 125	**L'enfant mange-t-il en même temps que le reste de la famille ?**			1) Oui	2) Non
Q. 126	**Si oui, mange-t-il :**	1) Le repas familial		2) Un repas spécialement préparé pour lui	
Q. 127	**Quels repas préparez-vous pour votre enfant ?**				
a-b	Petit déjeuner	1) Oui	2) Non, quelqu'un d'autre		3) Pas de repas
	Goûter	1) Oui	2) Non, quelqu'un d'autre		3) Pas de repas
c-d	Déjeuner	1) Oui	2) Non, quelqu'un d'autre		3) Pas de repas
	Dîner	1) Oui	2) Non, quelqu'un d'autre		3) Pas de repas
Q. 128	**Votre enfant a-t-il pris un petit déjeuner ce matin ?**			1) Oui	2) Non
Q. 129	**Si oui, à quelle heure ?**				
Q. 130	**Votre enfant a-t-il déjeuné (hier ou aujourd'hui) ?**			1) Oui	2) Non
Q. 131	**Si oui, à quelle heure ?**				
Q. 132	**Votre enfant a-t-il dîné hier ?**			1) Oui	2) Non
Q. 133	**Si oui, à quelle heure ?**				
Q. 134	**Votre enfant a-t-il goûté ?**			1) Oui	2) Non
Q. 135	**Si oui, à quelle heure ?**				
Q. 136	**Votre enfant a-t-il mangé entre les repas ?**			1) Oui	2) Non
Q. 137	**Si oui, à quelle heure ?**				

Accès à l'alimentation

Q. 138-140 abcd	**Où faites-vous vos courses ?**	a) Supermarché	b) Épicerie solidaire	c) Associations d'aide	d) Autre : .....
Q. 141 abc	**Si 3) : Laquelle ?**	a) Secours populaire	b) Restos du cœur	c) Autres :	
	À quelle fréquence ?				
Q. 142	**Supermarché**	1) Plusieurs fois par semaine	2) Une fois par semaine	3) Une à deux fois par mois	
Q. 143	**Épicerie solidaire**	1) Plusieurs fois par semaine	2) Une fois par semaine	3) Une à deux fois par mois	
Q. 144	**Associations d'aide**	1) Plusieurs fois par semaine	2) Une fois par semaine	3) Une à deux fois par mois	
Q. 145	**Autres**	1) Plusieurs fois par semaine	2) Une fois par semaine	3) Une à deux fois par mois	
Q. 146	**Comment vous rendez-vous dans ces différents endroits ?**	1) Voiture	2) Transports en commun	3) À pieds	4) Autre : .....
Q. 147	**Connaissez-vous l'Épicerie solidaire ?**			1) Oui	2) Non
Q. 148	**Si oui, comment l'avez-vous connue ?**				
Q. 149	**Pourquoi n'y allez-vous pas ?**	1) Ne connaît pas	2) Trop loin	3) Non bénéficiaire	4) Ne veut pas/honte 4) Autre : .....
Q. 150	**Connaissez-vous d'autres associations d'aide alimentaire ?**				
Q. 151	**Avez-vous des difficultés pour vous nourrir (enceinte) et/ou nourrir votre enfant comme vous le souhaitez ?**			1) Oui	2) Non
Q. 152	**Si oui, lesquelles ?**	1) Financières	2) Ne trouve pas les produits recherchés	3) Manque de temps	4) Autres : .....
Q. 153	**Souhaiteriez-vous modifier l'alimentation de votre enfant (sans considérer les contraintes financières) ?**			1) Oui	2) Non
Q. 154	**Souhaiteriez-vous ajouter des nouveaux produits ?**			1) Oui	2) Non
Q. 155	**Si oui, lesquels ?**				

Q. 156	**Souhaiteriez-vous pouvoir acheter certains produits en plus grande quantité ?**	1) Oui	2) Non
Q. 157	**Si oui, lesquels ?**		

PRATIQUES ET ACCÈS AUX SOINS

Accès aux services de soins

Q. 158	**Connaissez-vous la PMI ?**	1) Oui	2) Non
Q. 159	**Si oui, comment l'avez-vous connue ?**		
Q. 160	**À quoi sert la PMI ?**		
Q. 161	**Combien coûtent les consultations à la PMI ?**		
Q. 162	**Où pouvez-vous trouver la PMI ?**		
Q. 163	**Quels sont les programmes que propose la CPAM lors de la grossesse et l'accouchement ?**		

Phase de grossesse

Q. 164	**Combien de visites prénatales avez-vous faites ?**				
Q. 165	**Principalement auprès de qui ?**	1) Médecin généraliste	2) PMI	3) Hôpital	4) Autre : .....
Q. 166	**Avez-vous demandé des conseils sur votre grossesse ?**			1) Oui	2) Non
Q. 167	**Si oui, à qui avez-vous principalement demandé conseil ?**	1) Amies	2) Famille	3) Médecin	4) Autres : .....
Q. 168a	**Avez-vous pris des compléments alimentaires lors de votre grossesse ?** – Prescrits/recommandés par le médecin			1) Oui	2) Non
b	– Sans consultation de médecin, en magasin			1) Oui	2) Non
c	– Commandés sur Internet			1) Oui	2) Non
Q. 169	**Avez-vous suivi des cours de préparation à l'accouchement ?**			1) Oui	2) Non

Q. 170	Avez-vous pratiqué des exercices spécifiques ?			1) Oui	2) Non
Q. 171	Si oui, lesquels ?	1) Gymnastique / étirements	2) Piscine	3) Marche	4) Autres : .....
Q. 172	Fumez-vous ?			1) Oui	2) Non
Q. 173	Si oui, avez-vous fumé lors de votre grossesse ?		1) Oui, sans réduire	2) Oui, mais en réduisant	3) Non, arrêt
Q. 174	Connaissez-vous le Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) ?			1) Oui	2) Non
Q. 175	Avez-vous consulté les professionnels du CPEF (Banlay) lors de votre grossesse ?			1) Oui	2) Non
Q. 176	Êtes-vous vaccinée ou immunisée contre la rubéole ?		1) Oui	2) Non	3) NSP

Soins du nourrisson et des enfants de moins de trois ans

Q. 177	L'enfant a-t-il un carnet de santé ?		1) Oui	2) Non	
Q. 178	Combien pesait l'enfant à la naissance ?				
Q. 179	L'enfant voit-il des médecins ?		1) Oui	2) Non	
Q. 180	Si oui, lesquels ?	1) Médecin-généraliste/ pédiatre	2) PMI	3) Hôpital	4) Autre : .....
Q. 181	À quelle fréquence ?	1) Tous les mois	2) Une fois par trimestre	3) Tous les ans	4) Autre : .....
Q. 182	Avez-vous reçu une puéricultrice à votre domicile ?		1) Oui	2) Non	
Q. 183	L'enfant a-t-il eu tous ses vaccins ?		1) Oui	2) Non	3) NSP
Q. 184	Si non, pourquoi ?				

ANNEXE 3

PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Composition de l'échantillon

- 8 femmes enceintes ;
- 2 femmes enceintes et mères d'enfants de moins de trois ans ;
- 40 mères d'enfants de moins de trois ans (dont six avec deux enfants appartenant à cette catégorie d'âge).

HISTOIRE DE LA FEMME ENCEINTE ET/OU DU TUTEUR DE L'ENFANT

La moitié des femmes interrogées habite à Nevers depuis plus de six ans, et un tiers y est né.

Parmi les personnes non originaires de Nevers, 33 % s'y sont installées du fait de la présence de proches (familles, amis, conjoint) : c'est notamment le cas des familles originaires d'autres pays. Le reste (17 %) est arrivé à Nevers suite à une demande de logement social ou pour raison professionnelle.

Origines déclarées par les familles interrogées

ZONE GÉOGRAPHIQUE	PAYS	NOMBRE	POURCENTAGE
Europe centrale	France (métropole)	31	62 %
Europe de l'Est et Asie mineure	Portugal, Russie, Arménie	3	6 %
Afrique subsaharienne	Comores, République démocratique du Congo, Sénégal, Centrafrique, Angola	13	26 %
Maghreb	Tunisie, Maroc	2	4 %
Départements et régions d'Outre-mer	Guyane	1	2 %
TOTAL		**50**	**100 %**

62 % des femmes interrogées se disaient d'origine française, et 26 % d'Afrique subsaharienne. Les 12 % restants sont composés de personnes originaires d'autres pays d'Europe, d'Asie mineure, du Maghreb ou encore des départements et régions d'Outre-mer.

SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE ET CADRE DE VIE

Composition du foyer et situation socio-économique

Composition du foyer

L'âge moyen des femmes enquêtées est de vingt-neuf ans, celui de leur enfant de vingt mois.

Âge des femmes enquêtées

CATÉGORIE D'ÂGE	NOMBRE	PROPORTION
Moins de 20 ans	4	8 %
20-24 ans	10	20 %
25-29 ans	13	26 %
30-35 ans	16	32 %
36-40 ans	3	6 %
Plus de 40 ans	4	8 %
TOTAL	**50**	**100 %**
Âge moyen **Âge médian**	29 ans 29 ans	

Âge des enfants des familles enquêtées

CATÉGORIE D'ÂGE	NOMBRE DE FAMILLES	PROPORTION
0-5 mois	8	16,7 %
6-11 mois	11	22,9 %
12-17 mois	5	10,4 %
18-23 mois	8	16,7 %
24-29 mois	4	8,3 %
30-35 mois	12	25 %
TOTAL	**48**	**100 %**

Les femmes rencontrées habitent majoritairement avec deux autres personnes : soit leur conjoint et un enfant, soit deux enfants. 40 % des femmes n'ont qu'un seul enfant. Près de la moitié des femmes se déclare comme famille monoparentale.

Éducation et activités professionnelles

Le facteur de la langue est décisif, et deux questionnaires seulement ont été menés avec des personnes maîtrisant peu le français. Le premier s'est déroulé en anglais et en parlant très lentement, et le second grâce à l'aide d'une cousine.

Parmi les femmes rencontrées, 18 % déclarent avoir un niveau scolaire équivalent au collège ou au primaire. Deux tiers (66 %) sont d'un niveau lycée. Les niveaux d'études sont relativement équivalents entre femmes nées à l'étranger et celles nées en France.

Seules 18 % des femmes interrogées disent travailler.

Revenus

Caractéristiques socio-économiques de l'échantillon

Aucun actif occupé dans le logement	58 %
Femmes qui travaillent	18 %
Femmes se déclarant en situation de monoparentalité et qui travaillent	33 %
Revenu médian mensuel par habitant dans le logement	300 €

Les divers profils socio-économiques

CATÉGORIE	FOURCHETTE DE RESSOURCES MENSUELLES PAR PERSONNE DANS LE FOYER	PART DES FAMILLES CONCERNÉES
Très forte précarité	50-200 €	32 %
Forte précarité	200-300 €	28 %
Moyenne précarité	300-450 €	20 %
Faible précarité	Plus de 450 €	20 %

Relations au voisinage, liens sociaux et structures d'accueil

Environ 30 % des femmes ne déclarent aucune fréquentation. 50 % les qualifient de faibles (relations avec un membre de la famille et quelques connaissances), et seules 20 % estiment avoir des relations intenses.

Un peu plus d'un tiers déclare ne jamais fréquenter le centre social, et moins de 15 % s'y rend pour des activités réservées aux adultes. En revanche, celles destinées aux enfants sont plébiscitées par les deux tiers des mères. Sauf exception, le centre social est avant tout fréquenté pour les activités ou les soins de l'enfant.

Seulement un tiers des mères utilisent un mode de garde plusieurs fois par semaine, voire tous les jours, et sont habituées à confier régulièrement leur enfant. Ces femmes s'organisent pour soit garder le bébé à plusieurs (avec la famille ou des femmes de même origine), soit pour le confier à une crèche. Dans 6 % des cas, l'enfant est en permanence avec la mère.

Les différents modes de garde et leur fréquence

Usage fréquent d'un mode de garde pour l'enfant *(plusieurs fois par semaine)*	**37 %**
- Crèche et assistante maternelle	67 %
- Famille	27 %
- Amie	6 %
Usage peu fréquent d'un mode de garde pour l'enfant *(quelques fois par mois, voire moins)*	**57 %**
- Crèche et assistante maternelle	30 %
- Famille	48 %
- Amis	13 %
- Cas particuliers	9 %
Refus d'utiliser un mode de garde	**6 %**

CONNAISSANCES

Sur les pratiques d'alimentation et de soins recommandées pour la femme enceinte

Près de neuf femmes interrogées sur dix sont informées des indications relatives aux variations de l'alimentation lors de la grossesse (manger autant, un peu plus, un peu moins, etc.). 92 % considèrent qu'il est important de surveiller son poids durant celle-ci pour la santé de l'enfant (38 %), parce que les kilos pris sont difficiles à perdre (30 %) et pour leur propre santé (24 %).

Près de sept femmes sur dix déclarent avoir modifié leur manière de s'alimenter en termes de quantité lors de cette période, que ce soit en mangeant plus ou en mangeant moins. 30 % ont suivi des « envies » déclarées comme typiques des femmes enceintes, et 40 % ont dû suivre un régime alimentaire spécifique, prescrit par le médecin.

Le médecin apparaît comme l'interlocuteur privilégié durant la grossesse (66 %), suivi de la famille (18 %), des proches (18 %) et d'Internet (12 %).

Sur les pratiques d'alimentation et de soins recommandées pour le jeune enfant

Le recours au lait maternisé concerne au moins 80 % des enfants de l'échantillon.

L'âge de la diversification alimentaire est initié pour 41 % des femmes interrogées entre le deuxième et le quatrième mois de l'enfant. Seule un peu plus de la moitié (59 %) préfère attendre le cinquième ou sixième mois. 90 % pensent que les pots préparés pour bébé sont les plus adaptés pour diversifier l'alimentation.

PRATIQUES ALIMENTAIRES ET ACCÈS AUX SOINS

Alimentation de la mère et du foyer

Dans 90 % des cas, ce sont les femmes qui préparent le repas. Dans les mêmes proportions, elles déclarent être équipées d'un four, d'un micro-onde, d'une cuisinière et d'un mixeur. Plus de huit femmes sur dix affirment faire la cuisine elles-mêmes, c'est-à-dire ne pas (ou peu) utiliser de plats cuisinés. Environ 20 % des femmes interrogées ne cuisinent donc pas, ou très peu.

16 % des femmes interrogées ont déclaré n'avoir pris qu'un seul repas la veille, éventuellement accompagné de grignotage. Une personne sur trois a consommé un fruit ou plus la veille du questionnaire, proportion qui augmente à deux sur trois pour les légumes.

Nombre de repas pris par la mère la veille de l'entretien

0 ou 1	16 %
2	36 %
3	48 %

Allaitement de l'enfant entre zéro et six mois

Les durées médianes et moyennes d'allaitement sont respectivement de trois et cinq mois. La part des enfants n'ayant jamais été allaités est de 43 %.

Allaitement de 0 à 1 mois

	ÉTUDE GRET À NEVERS
Allaitement exclusif à 0 mois	42,9 %
Allaitement mixte à 0 mois	14,3 %
Allaitement exclusif à 1 mois	31 %
Allaitement mixte à 1 mois	14,3 %

Environ six femmes de l'échantillon sur dix allaitent leur enfant à la naissance (contre 69 % au niveau national), et cette proportion passe à 45 % au bout d'un mois (54,9 % au niveau national). Le groupe le plus précaire est celui dans lequel on remarque la plus faible propension à l'allaitement : plus de 60 % des femmes n'ont pas allaité leur enfant, contre 28 % pour les groupes les moins précaires.

Allaitement en fonction des groupes de précarité

	POURCENTAGE DES MÈRES ALLAITANT LEUR ENFANT À L'ÂGE DE DEUX MOIS (ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF ET MIXTE)	POURCENTAGE DES ENFANTS JAMAIS ALLAITÉS
1 : Très forte précarité	31 %	62 %
2 : Forte précarité	39 %	39 %
3 : Moyenne précarité	78 %	22 %
4 : Faible précarité	58 %	28 %

Alimentation de l'enfant après six mois

Dans l'ensemble, l'alimentation des enfants concernés par l'enquête suit un rythme régulier de trois à quatre fois par jour (avec le goûter). Les repas sont donnés à heures fixes. La veille de l'entretien, 68 % avaient consommé une portion de fruits, et 73 % une de légumes. 76 % des enfants avaient consommé au moins une portion de produits sucrés (sodas, biscuits chocolatés, bonbons).

Accès à l'alimentation

Toutes les femmes interrogées font leurs courses au supermarché.

Un peu plus de trois femmes sur quatre connaît l'Épicerie solidaire. Un quart y fait également ses courses, parfois en complément du supermarché, mais plus de la moitié n'y met jamais les pieds. Si les associations d'aide alimentaire sont bien connues, seulement deux personnes ont déclaré s'y rendre.

PRATIQUES ET ACCÈS AUX SOINS

Accès aux services de soins

Plus de 90 % des femmes interrogées connaissent la Protection maternelle et infantile (PMI). Un quart en a eu connaissance grâce au bouche-à-oreille, la moitié par le biais de l'hôpital et le reste par l'intermédiaire du centre social ou de la lettre envoyée par le conseil général à l'occasion de la première naissance d'un enfant.

Près d'une femme sur cinq a connu la PMI par l'intermédiaire du centre social ou de la lettre envoyée par le conseil général à l'occasion de la première naissance d'un enfant. 60 % des mères ont reçu chez elles une puéricultrice de la PMI après la naissance de leur enfant.

Phase de grossesse

Les trois quarts des mères interrogées ont eu un suivi « classique » durant leur dernière grossesse : une visite mensuelle au début, puis hebdomadaire à la fin. Le dernier quart a quant à lui suivi un rythme atypique, avec des visites bien plus fréquentes que ne le nécessite une grossesse normale.

Environ 20 % des femmes ont été suivies au Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), et autant par la PMI.

Un peu plus de 30 % des femmes de l'échantillon ont fumé pendant la grossesse : la moitié a diminué et l'autre gardé une consommation identique.

Tabac et grossesse

	ÉCHANTILLON FUMEUSES	ÉCHANTILLON TOTAL
Fument	**100 %**	**42 %**
Pendant la grossesse :		
- Arrêt	23 %	9,7 %
- Diminution	43 %	18 %
- Consommation identique	34 %	14,3 %
Ne fument pas	-	**58 %**

Soins du nourrisson et des enfants de moins de trois ans

40 % des enfants sont suivis en priorité par un pédiatre ou un généraliste, environ 10 % par l'hôpital et 50 % par la PMI.

ANNEXE 4

PANORAMA DES ACTEURS DE L'ÉTUDE

LES ACTEURS ASSOCIATIFS

Les acteurs solidaires en marche (Asem)

L'Asem regroupe la Régie de quartier et l'Épicerie Solidaire. La première favorise l'insertion sociale et professionnelle, et la seconde accueille et facilite l'accès à tous types de produits en contrepartie d'une petite participation financière. Le but est de redonner aux personnes qui en bénéficient un rôle actif, et non pas celui de simple bénéficiaire passif.

Les principales activités de l'Épicerie solidaire consistent à collecter les produits destinés à être mis sur le marché, à les vendre, à gérer les approvisionnements du magasin, à recruter et à former des salariés en réinsertion, et enfin à accueillir et à orienter les bénéficiaires.

L'Asem est financé par le Fonds social européen (FSE), les communes, le conseil général, le conseil régional, l'État, et par les contributions des bénéficiaires. Certains équipements sont financés par des fondations privées, comme Vinci.

L'Asem travaille en partenariat avec :

- l'Institut régional de l'éducation et de la promotion de la santé, pour la mise en place d'ateliers-cuisine ;
- le 115, plateforme d'urgence sociale, pour l'aide alimentaire en période hivernale (sachets repas et distribution de soupe) ;
- le Prado, qui accorde aux jeunes en réinsertion une certaine somme afin qu'ils puissent faire leurs courses ;
- des partenaires pour l'approvisionnement : Leclerc, Carrefour, Intermarché, la Banque alimentaire et quelques boulangeries de Nevers ;
- l'association Solidaire avec les paysans, basée à la Baratte, qui propose aux bénéficiaires de l'Asem des paniers légumes à 2 € au lieu de 8 € ;
- les assistantes sociales du conseil général, notamment pour les colis d'urgence.

La maison de prévention et de l'accès aux soins (MPAS)

La mutualité de la Nièvre a fusionné avec celles de Côte-d'Or et de l'Yonne pour devenir la mutualité française bourguignonne, régie par le Code des mutuelles. La mutualité française bourguignonne dirige sept structures différentes à Nevers, et notamment des cabinets mutualistes.

Elle possède notamment la maison de la prévention et de l'accès aux soins (MPAS), qui regroupe médecins, psychologues, infirmières et ergothérapeutes intervenant dans le quartier de la Grande Pâture, dans l'ouest de Nevers. Elle y reçoit des enfants entre deux et seize ans, dont les problèmes médicaux ne sont pas pris en charge par les structures classiques. Les enfants souffrant de problèmes nutritionnels, généralement de surpoids leur sont envoyés par le Programme de réussite éducative (PRE) ou par leur école, et sont pris en charge et suivis par un professionnel. Si l'état de santé de l'enfant est critique, la MPAS peut transférer le dossier à Résédia (réseau nivernais des acteurs du diabète et de l'obésité), qui va à son tour le prendre en charge.

La MPAS s'appuie sur des questionnaires individuels et personnalisés remplis par les parents et l'enfant pour proposer à ce dernier un suivi adapté à sa personnalité (grignotage, troubles psychologiques, boulimie, etc.).

La MPAS est financée sur projets, notamment grâce au Programme de réussite éducative (PRE) et au groupement d'intérêt public (GIP), qui transforme l'argent public en subventions. Elle travaille avec l'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) pour mettre en place des services de soins mutualistes dans les centres dentaires situés aux Courlis ou chez certains opticiens. Elle est également en contact avec le Pays Nevers sud Nivernais afin d'inscrire son action dans les nouveaux plans locaux de santé.

Le Secours populaire français

Il propose aux personnes en difficulté un soutien alimentaire, vestimentaire ainsi que de l'équipement.

Le centre d'aide alimentaire compte environ huit bénévoles et deux salariés qui accueillent chaque mois près de 1 600 foyers. On compte en tout à Nevers trois centres (alimentaire, vestimentaire et équipement), et deux autres centres alimentaires à Varennes-Vauzelle et à Cosne.

Le Secours populaire prépare des colis à destination des personnes bénéficiaires orientées par les assistantes sociales. L'aide ne dépend d'aucun barème de ressources, et la seule obligation est de prendre rendez-vous une fois par trimestre pour assurer le suivi.

Le colis, constitué en fonction des stocks disponibles, est distribué une fois par mois à chaque bénéficiaire. Il contient d'importantes quantités de nourriture.

Le secours populaire est approvisionné grâce aux contributions financières des bénéficiaires, qui paient 7 € pour leur colis, aux surplus du Fonds social européen (FSE) et aux collectes réalisées dans les magasins auprès des particuliers.

Les Restos du cœur

Les Restos du cœur apportent une aide gratuite, notamment alimentaire, aux personnes les plus démunies. On en dénombre 28 rien que dans la Nièvre. Leur approvisionnement est assuré par le centre national, qui envoie au relais du département une certaine quantité de nourriture, ensuite répartie selon les besoins de chaque centre. Les bénéficiaires sont accueillis en fonction de leurs ressources et d'après des barèmes définis par le centre national. Ces derniers étant deux fois plus bas en hiver, les personnes pouvant bénéficier de ces aides sont donc moins nombreuses durant la période estivale.

Les Restos du cœur de Nevers sont financés par le Centre national des Restos du cœur et du Lions Club, avec qui ils travaillent en partenariat pour la collecte à destination des Bébés du Cœur (Restos du cœur pour les bébés). Ils accueillent environ 1 400 personnes par an, et sont ouverts deux fois par semaine. Le centre de Nevers ne travaille qu'avec des bénévoles, au nombre d'une soixantaine environ. Ces derniers accueillent et prennent en charge les bénéficiaires, qui n'ont le droit qu'à un nombre limité de produits.

Le Restos du cœur de Nevers essaie, autant que possible, de proposer plus que de l'aide alimentaire, et a mis en place un suivi personnalisé en développant des espaces d'accueil et d'écoute.

LES STRUCTURES DU CONSEIL GÉNÉRAL

Du fait de ses attributions et de ses dotations, le conseil général de la Nièvre est l'un des principaux acteurs du secteur du social.

La protection maternelle et infantile (PMI)

La PMI est financée par le conseil général et intervient majoritairement sur les questions des soins aux nourrissons dans les crèches, dans lesquelles les médecins de la PMI suivent l'enfant, et des centres sociaux, qui organisent des permanences pour les professionnels de santé de l'organisme.

La PMI propose aux enfants et aux familles un suivi médical allant de la grossesse à l'âge de six ans environ (début de la scolarisation). Elle est rattachée au Pôle santé publique, qui se compose d'un médecin, de deux puéricultrices et d'une sage-femme (pour toute la ville). Ces professionnels de santé disposent d'un centre sur les Bords de Loire et interviennent à domicile ou proposent des consultations dans les centres sociaux.

En fonction des déclarations de grossesse, la sage-femme propose des consultations de suivi au centre social ou à domicile, dont les dates sont fixées à chaque visite.

La puéricultrice accompagne les premières années de l'enfant en utilisant un système semblable à celui utilisé par la sage-femme : prise de contact avec les mères dès la nouvelle naissance, puis rendez-vous réguliers, en fonction du suivi souhaité par la famille. La PMI suit, dans les deux quartiers ciblés par l'étude, une centaine d'enfants par an.

La maison départementale de l'enfant et de la famille (Madef)

La Madef accueille en hébergement complet, ou pour des séjours de courte ou de moyenne durée, des enfants de zéro à dix-huit ans. Ces derniers sont là suite à des démarches de placement (la plupart du temps judiciaires). Elle est financée grâce aux aides que lui verse le conseil général, et les personnes qui y travaillent sont, en tant que fonctionnaires hospitaliers, salariés du ministère de la Santé.

Il existe trois structures différentes : un centre d'accueil, une pouponnière (pour les enfants de zéro à trois ans) et des appartements dans lesquels les adolescents bénéficient de la présence d'un éducateur (Bords de Loire).

Environ 70 enfants sont accueillis par an dans le centre d'accueil, composé d'une équipe de quinze éducateurs épaulés par une équipe médicale. Les enfants sont scolarisés normalement et habitent dans le centre, dans un cadre sécurisant. Les éducateurs organisent les activités, les sorties et les pratiques sportives en fonction de ce que souhaitent les enfants et des possibilités.

Le centre essaie de rester en contact avec les parents et de travailler de concert avec eux et l'enfant pour comprendre les raisons du placement et tenter d'améliorer les relations familiales. Il collabore également avec les assistantes sociales du conseil général pour le suivi des familles, et avec le juge pour les placements des enfants et leur aménagement.

Le Centre départemental de planification et d'éducation familial (CDPEF)

Le CDPEF offre aux mineurs un accès libre et gratuit à la contraception et au dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST). Il leur propose également écoute et soutien. Il est rattaché à la Maison départementale de la prévention, qui dépend elle-même du conseil général.

Le CDPEF accueille les personnes en quête d'informations au sujet de la sexualité, de la contraception, des IST ou encore de la maternité. Son personnel se compose de professionnels tels que des médecins gynécologues, des sages-femmes, des conseillères conjugales et familiales ou encore d'une assistante sociale.

Le centre propose des consultations médico-sociales, des entretiens individuels, des discussions autour de la préparation à la vie de couple et à la fonction parentale. Il mène également des activités de prévention en milieu scolaire et dans les structures médico-sociales.

LES CENTRES SOCIAUX

Le centre socio-culturel de la Baratte (CSCB)

Il est financé par la Caisse d'allocations familiales (CAF), les municipalités, l'État, les conseils régional et général et le GIP (groupement d'intérêt public). Il compte une vingtaine de salariés ainsi qu'une poignée de bénévoles, tous très organisés.

La principale mission de ce centre est de répondre aux besoins socio-culturels des habitants. Il met pour ce faire à disposition de la population des équipements de proximité à vocation sociale et culturelle, et organise également des ateliers-danse, des séances de soutien scolaire et de relaxation, des sorties, des activités sportives, des séjours en vacances, des ateliers-cuisine ou encore des jeux.

Le centre accueille près de 900 adhérents, pour certains originaires d'autres quartiers, et dispose de grands locaux et d'un nombre important de salles. Compte tenu de sa grande taille, de nombreux partenaires y établissent des permanences, le transformant en véritable centre de vie. On y trouve ainsi :

- l'Association nivernaise d'aide aux victimes d'infractions (Andavi) ;
- des cours d'alphabétisation (AFPLI) et des séances de soutien scolaire ;
- des consultations de la PMI et des assistantes sociales du conseil général ;
- des permanences de la mission locale ;
- l'association Consommation, logement et cadre de vie (CLCV), association nationale de défense des consommateurs et usagers ;
- le centre social des Bords de Loire (réunions communes).

Le centre social Accords de Loire

Le centre social Accords de Loire est financé par la CAF, le conseil régional et le conseil général, la ville de Nevers et l'État. Il travaille en lien avec plusieurs structures telles que Interstices (association d'éducateurs), le centre social de la Baratte, avec qui il organise des réunions communes, et plusieurs écoles et collèges pour les séances de soutien scolaire.

Il a pour mission de répondre aux besoins des habitants et propose des sorties, des projets aux familles ou encore des cours de soutien scolaire. Il organise également dans le quartier des événements sportifs et des petits déjeuners pour les parents. Il possède également un pôle plus tourné vers les seniors, particulièrement actif.

Son organisation n'est pas la même que celle du centre social de la Baratte : l'équipe d'Accords change plus souvent, et est moins nombreuse (sept salariés et quelques bénévoles). Ses locaux s'étalent de plus dans différents immeubles, ce qui n'offre pas les mêmes possibilités.

LA MAIRIE

La mairie gère les activités urbaines des quartiers. Les services liés aux activités sociales sont quant à eux dirigés par le comité communal pour l'action sociale (CCAS).

Le Comité communal d'action sociale

Le CCAS accueille, informe, oriente et aide les personnes en difficulté de diverses manières : écoute, aides financières, soutien aux démarches, etc.

Le centre participe à la politique d'insertion sociale et professionnelle, et s'occupe également de la petite enfance. Il propose de nombreux services, dont deux nous intéressent particulièrement : le service social (assistantes sociales) et le service petite enfance.

Il gère la halte-garderie multi-accueil Frimousse, située à la Baratte, ainsi que la crèche familiale Saute-mouton et l'Espace passerelle Nougatine, tous deux situés aux Bords de Loire. La halte-garderie propose un service de garde d'enfant ponctuel et sans rendez-vous. Avec une capacité d'accueil de 18 places, elle permet aux parents d'y déposer leur enfant pour une durée comprise entre deux et dix-huit heures, selon une plage horaire déterminée. En un an, cette garderie a ainsi accueilli environ 70 enfants âgés de zéro à trois ans, de façon plus ou moins régulière.

L'infirmière référente vérifie que chaque crèche respecte bien les protocoles sanitaires et, dans des cas particuliers ou sur demande expresse de la directrice, une psychologue peut intervenir de façon ponctuelle auprès des parents et/ou des enfants. De la même façon, le médecin de la PMI peut parfois organiser des consultations pour des cas exceptionnels.

Le CCAS dépend financièrement de la mairie et, du fait de la pénurie de médecins, travaille en relation étroite avec la PMI.

LES ACTEURS PÉRIPHÉRIQUES

L'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS)

L'IREPS est une association régionale qui intervient au niveau local dans le domaine de la santé et de l'éducation à la santé.

Elle propose des ressources et outils pédagogiques pouvant servir aux projets locaux, qui touchent à des thèmes variés : la nutrition à l'école, l'accès à la prévention des plus démunis ou encore l'alimentation équilibrée et la cuisine. L'IREPS de Nevers se compose de deux chargés de mission et d'une stagiaire. Elle est financée sur projets par l'agence régionale de santé (ARS), avec qui elle travaille en collaboration, ainsi qu'avec la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et le Programme d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

La Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)

La CPAM s'occupe de la gestion des droits à l'assurance maladie, de la prise en charge des accidents de travail et des maladies professionnelles, du plan d'action pour la gestion du risque, de la politique de prévention et de promotion de la santé, et enfin de l'action sanitaire et sociale par des aides individuelles.

La CPAM a mis en place un programme offrant aux jeunes mères la possibilité de se faire accompagner à leur domicile par une sage-femme libérale. Elle propose de plus un service relation client qui invite les mères à participer à des séances de conseil sur l'alimentation ou sur les conditions de vie des femmes enceintes entre le quatrième et le cinquième mois de grossesse.

Enfin, elle reçoit des fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et travaille en coopération avec la CAF.

Le Pays Nevers sud Nivernais (PNSN)

Cette collectivité territoriale regroupe onze communautés de communes, dont celle de l'agglomération de Nevers (ADN). Il s'agit d'un échelon intermédiaire entre la communauté de communes et le département, d'un « territoire de projet » dont le rôle est important puisqu'il a vocation à faire dialoguer entre eux les différents acteurs, au-delà du clivage urbain/rural.

Le PNSN travaille sur de nombreuses thématiques : santé, sécurité, tourisme, développement local, etc. Il exerce deux activités principales, qui sont respectivement d'accompagner des projets portés par des acteurs locaux et de susciter des projets en faisant se rencontrer des acteurs divers. Il est financé par le groupement d'intérêt public (GIP).

La Caisse d'allocations familiale (CAF)

Elle effectue le recensement de toutes les grossesses et travaille en lien avec des assistantes sociales. Les informations récoltées sont ensuite transmises à la PMI, qui accompagne à son tour les familles concernées.

La CAF finance majoritairement les centres sociaux mais accompagne également les collectivités territoriales telles que l'agglomération de Nevers (ADN), la ville de Nevers ainsi que le département et la région. Du fait de son rôle central pour un certain nombre d'organismes, il est parfois nécessaire de réorganiser une partie des activités en fonction de ses nouvelles directives.

Les bailleurs sociaux

Il s'agit d'organismes à but non lucratif qui gèrent les dossiers de logement : Nièvre habitat pour les Bords de Loire, Nièvre habitat et Coopération et famille pour Baratte-Courlis.

En 2007, Nièvre habitat devient un Établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC), et représente alors l'Office public de l'habitat de la Nièvre. 23 personnes siègent au conseil d'administration, 13 en tant que représentants du conseil général et les autres en tant que représentants d'associations de locataires, des syndicats, de la mairie et d'associations diverses.

Ses principales activités sont la construction, la réhabilitation et l'amélioration des logements, ainsi que le traitement des dossiers de demande de location. Au moment de la fin de cette étude, une agence effectuait des enquêtes dans le quartier des Bords de Loire afin de mettre à jour ses fichiers concernant les locataires (la dernière mise à jour remontant à décembre 2011).

ANNEXE 5

VARIABLES UTILISÉES POUR L'ANALYSE DES VARIATIONS DE DURÉE ET DES TYPES D'ALLAITEMENT

Âge de la mère

Les mères jeunes sont celles qui allaitent le moins. Elles sont les plus isolées et affichent le plus leur indépendance envers les conseils des proches et des médecins.

Part des femmes par catégorie d'âge ayant allaité leur dernier enfant

ÂGE DE LA MÈRE	POURCENTAGE
18-22 ans	33 %
23-27 ans	75 %
28-32 ans	62 %
33-37 ans	50 %
38-42 ans	40 %

Niveau de diplômes

Les femmes les plus diplômées sont celles qui allaitent le plus, et toutes celles ayant le baccalauréat (au nombre de 7) ont allaité leur enfant. Les résultats ne permettent cependant pas d'établir de corrélation entre le niveau de diplômes et la durée de l'allaitement.

Allaitement en fonction des diplômes de la mère

	POSSESSION D'UN DIPLÔME	
AVEZ-VOUS ALLAITÉ VOTRE ENFANT ?	Oui	Non
Oui	63 %	42 %
Non	37 %	58 %

La mère occupe un emploi

Toutes les femmes qui travaillent allaitent ou ont allaité leur enfant, et elles le font plus longtemps que les autres (elles sont au nombre de 9). Le fait d'avoir ou non un emploi n'est donc pas un argument valable pour expliquer le faible recours à l'allaitement.

Part des allocations dans les ressources totales du foyer

Plus les allocations représentent une part importante des ressources totales du foyer, moins les mères sont susceptibles d'allaiter leur enfant. Parmi les femmes nées en France, celles qui ne vivent que des allocations sont également celles qui allaitent le moins. À l'inverse, les foyers disposant de revenus en rapport avec le monde du travail sont les plus enclins à pratiquer l'allaitement.

DANS LA COLLECTION « COMPRENDRE, AGIR ET PARTAGER »

01. *Gouvernance partagée des aires protégées à Madagascar – Quel contenu donner à la cogestion ?*, 2017.

02. *Pratiques d'alimentation et de soins des femmes enceintes et des jeunes enfants à Nevers – Étude des quartiers Baratte-Courlis et Bords de Loire* (2013), 2018.

03. *Se nourrir et être enfant au Burkina Faso – À la croisée des savoirs anthropologiques et nutritionnels dans la Boucle du Mouhoun*, 2018.

Imprimé en juillet 2018
sur les presses d'Absygraph (France).

Dépôt légal : juillet 2018.

Conception de maquette et composition :
Hélène Gay (Gret).

PRATIQUES D'ALIMENTATION ET DE SOINS DES FEMMES ENCEINTES ET DES JEUNES ENFANTS À NEVERS

Étude des quartiers Baratte-Courlis et Bords de Loire, 2013

Réalisée dans le cadre d'une expertise confiée au Gret par la Fondation Daniel & Nina Carasso, et menée en collaboration avec l'association Les Acteurs solidaires en marche (Asem), cette étude sociologique s'intéresse aux pratiques d'alimentation et de soins des femmes enceintes et des enfants de moins de trois ans vivant dans deux quartiers précaires de Nevers. La méthodologie d'enquête s'inspire des savoir-faire opérationnels du Gret en matière de pratiques de soins et d'alimentation élaborés depuis une vingtaine d'année dans les pays en développement.

L'étude permet de mettre au jour des éléments de compréhension sur les mécanismes et logiques sociales qui sous-tendraient les comportements alimentaires de familles en situation de vulnérabilité socio-économique dans des villes françaises de taille moyenne. Elle montre comment les mères, souvent isolées et faisant face à un environnement complexe saturé d'informations parfois contradictoires, adoptent une attitude de repli sur la sphère familiale, voire de rejet des institutions socio-sanitaires. Dans une volonté de « bien faire », elles aménagent leurs pratiques d'alimentation et de soins au gré de leurs connaissances personnelles, des recommandations préventives des professionnels de santé et des messages marketing de l'industrie alimentaire.

L'étude formule également des pistes d'action destinées aux acteurs de la santé et de l'action sociale.

fondation daniel & nina carasso
sous l'égide de la Fondation de France

Cette publication a été élaborée avec l'aide de la Fondation Daniel & Nina Carasso. Son contenu relève de la seule responsabilité du Gret et ne peut aucunement être considéré comme reflétant le point de vue de la Fondation Daniel & Nina Carasso.

Campus du Jardin d'agronomie tropicale de Paris
45 bis avenue de la Belle Gabrielle
94736 Nogent-sur-Marne Cedex, France
Tél. 33 (0)1 70 91 92 00
www.gret.org

GRET
Professionnels du développement solidaire

ISBN 978-2-86844-317-5
9 782868 443175