



Université de Poitiers
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Ecole de Sages-femmes de Poitiers

Un bébé toute seule

**Caractéristiques médico-sociales des femmes
enceintes célibataires, issues obstétricales et
néonatales**

Mémoire soutenu le 18 juin 2019

Par Mlle MATEAU MARIE

Née le 27 Avril 1993

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

2019

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame CINTAS, sage-femme

Membres : Madame RIQUER, sage-femme

Madame DEPARIS, sage-femme enseignante

Directeur de mémoire : Madame BOUJU, sage femme libérale



Université de Poitiers
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Ecole de Sages-femmes de Poitiers

Un bébé toute seule

**Caractéristiques médico-sociales des femmes
enceintes célibataires, issues obstétricales et
néonatales**

Etude observationnelle, rétrospective portant sur 132 femmes enceintes célibataires

Mémoire présenté

Par Mlle MATEAU MARIE

Née le 27 Avril 1993

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

2019

Directrice de mémoire : Madame BOUJU Anne, sage-femme

REMERCIEMENTS

A Mme BOUJU Anne, sage-femme et directrice de ce mémoire, pour avoir cru en ce sujet et pour m'avoir accompagnée et conseillée au cours de ce travail.

A Mme DEPARIS Julia, sage-femme enseignante référente de cette étude, pour sa patience, ses conseils, et ses encouragements jusqu'à la rédaction de ce mémoire.

Je remercie Mme GUINOT Sylvie, directrice de l'école de sage-femme de Poitiers, ainsi que l'ensemble de l'équipe pédagogique qui m'ont formée en tant que nouvelle professionnelle de santé durant ces dernières années.

Merci à mes amis et ma famille, pour leur soutien inconditionnel des premiers jours, pour leur présence et leurs encouragements. Merci de m'avoir supportée au long de ces années d'étude.

Enfin, je souhaite remercier mes collègues de la maternité de La Rochelle, pour leur soutien sans faille. Ils ont assisté à mes premiers pas de jeune sage-femme. J'espère que ce mémoire les intéressera autant que ce fut le cas, pour moi, de travailler avec eux.

A mes grands-mères

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION -----	5
2. MÉTHODOLOGIE -----	8
2.1. Objectif de l'étude -----	8
2.2. Schéma de l'étude -----	8
2.3. Population -----	8
2.3.1. <i>Critères d'inclusion</i> -----	8
2.3.2. <i>Critères de non inclusion</i> -----	8
2.4. Déroulement de l'étude -----	9
2.5. Critères de jugements -----	9
2.6. Analyse statistique -----	10
2.7. Les aspects éthiques et réglementaires -----	10
3. RÉSULTATS -----	11
3.1. Diagramme de flux -----	11
3.2. Grossesse -----	12
3.3. Accouchement -----	21
3.4. Nouveau-né -----	26
4. DISCUSSION -----	28
4.1. Principaux résultats -----	28
4.2. Faiblesses de l'étude -----	30
4.3. Forces de l'étude -----	30
4.4. Discussion des résultats -----	31
4.4.1. <i>Caractéristiques médico-sociales et antécédents</i> -----	31
4.4.2. <i>Séparation</i> -----	34
4.4.3. <i>Issues obstétricales</i> -----	34
4.4.4. <i>Issues néonatales</i> -----	36
5. CONCLUSION -----	37
6. BIBLIOGRAPHIE -----	38
7. SUMMARY -----	40
8. RÉSUMÉ -----	41

1. INTRODUCTION

Aujourd'hui la grossesse est vue comme un projet de couple. Encore plus qu'avant l'accent est porté sur "la parentalité". La société et les soignants essaient d'inclure de plus en plus le partenaire dans ce projet de naissance comme l'illustre le slogan : « *Un couple, un enfant, des parents* » présent sur la page de couverture du « Réseau périnatal du Poitou-Charentes ».

La grossesse est une période de bouleversement physique et psychologique dans la vie d'une femme. Il est naturel et ancré dans notre société d'imaginer la grossesse d'une femme au côté d'un(e) partenaire participant à cette relation triangulaire avec le futur bébé. Pourtant, il arrive parfois qu'une grossesse survienne lors d'une situation sentimentale instable qui peut plonger la femme dans une profonde solitude sociale et familiale.

Les femmes enceintes seules ne sont plus des cas isolés bien qu'il existe peu de données scientifiques sur ce sujet. La question est sensible, difficile à aborder lors de l'interrogatoire avec la patiente. Le peu de chiffres existant y est donc probablement sous-estimé. Toutefois, "L'Enquête nationale périnatale" de 2016 (ENP) comptabilise 5,2% de femmes enceintes célibataires (1). En Belgique, le "Rapport de la banque de données médico-sociales" recense une augmentation de la proportion de femmes isolées depuis les 15 dernières années, passant de 2,7% en 1999 à 4,1% en 2013 (2).

Selon l'INSEE il existe une diminution du nombre de familles avec au moins un enfant mineur constituées autour d'un couple, passant de 6,7 millions en 1990 à 6,2 millions en 2013 (3). Cette diminution est due essentiellement à la hausse des séparations.

De ce fait, le nombre de familles monoparentales, lui, ne cesse de croître depuis quarante ans : 1,8 million en 2018, contre 1,3 million en 1999 et 1 million en 1990. La part des familles mono-parentales est ainsi passée de 12% en 1990 à 17 % en 1999 pour atteindre 23% en 2018. Dans 85% des cas, les enfants résident (ou résident principalement) avec leur mère.

En 2015, chez les 2 millions de familles avec enfant de moins 3 ans, l'INSEE recensait 12,6% de familles monoparentales dont 11,5% étaient des femmes seules avec enfant(s).

Les familles monoparentales représentent 5,8% des ménages en Poitou-Charentes et 5,4% dans la Vienne en 2006.

Une femme appartenant à une famille monoparentale ne signifie pas forcément qu'elle a vécu sa grossesse et son accouchement seule bien que L'INSEE mette en évidence que pour 16% des mères sans conjoint, la monoparentalité est due au fait d'avoir eu des enfants sans être en couple; et pour 6 % suite au décès de leur conjoint. Ainsi en 2011, 14% des mères de familles monoparentales le sont depuis la naissance de leur enfant sans jamais avoir été en couple (4) .

De cette situation découle des conséquences sociales et économiques visibles. D'après l'INSEE Poitou-Charentes (5), la monoparentalité concernerait davantage les mères les moins diplômées. Pour cette raison notamment, elles connaissent fréquemment des difficultés d'insertion sur le marché du travail et leurs conditions de vie sont en moyenne moins favorables.

Le Poitou-Charentes est au 7^e rang des régions françaises pour la pauvreté des familles monoparentales. Cette pauvreté se traduit par une plus forte exposition à la précarité. Certaines femmes bénéficient un temps de l'Allocation de Parent Isolé (API) : une allocation qui assure un revenu minimum à un parent isolé ou à une femme enceinte vivant seule. Elle est versée pendant les douze mois suivant l'événement ayant provoqué l'isolement ou jusqu'à ce que le plus jeune enfant ait atteint l'âge de trois ans. En Poitou-Charentes, 32,6% des familles monoparentales vivent sous le seuil de pauvreté, or 85% d'entre elles ont à leur tête une femme.

Le célibat d'une femme enceinte peut être un choix désiré ou accepté, mais cela peut aussi être une épreuve pendant sa grossesse (après une rupture ou un deuil), augmentant alors son risque de développer une pathologie psychologique.

En effet, d'après une étude scandinave de 2015 (6), il existe une corrélation entre la solitude durant la grossesse, la petite enfance et l'enfance, et des pathologies psychologiques de la mère. Plus la solitude est importante, plus il semblerait que la femme risque de développer certaines pathologies psychiatriques comme une dépression ou une phobie sociale.

L'étude américaine du "Department of Public Health Sciences" datant de 2015 (7) avait pour objectif d'évaluer l'impact du stress durant la grossesse sur la santé du nouveau-né. Elle a ainsi démontré qu'un stress important pendant la grossesse était significativement prédictif d'une hausse de pathologies du nouveau-né dans sa première année de vie, notamment gastro intestinal et respiratoire. Or le célibat maternel faisait partie des facteurs de risque de stress prénatal énoncés dans l'étude.

Peu d'études s'intéressent aux issues obstétricales et néonatales des grossesses « monoparentales » bien que ce mode de vie soit fréquemment retrouvé comme facteur de risque de diverses complications médicales pour la mère et l'enfant.

Dans le cadre de ce travail, nous proposons de réaliser un état des lieux des caractéristiques médico-sociales des femmes enceintes célibataires, ainsi que des issues obstétricales et néonatales. Ces données pourraient permettre à une équipe pluridisciplinaire d'apporter un soutien et un accompagnement adapté à ces femmes isolées.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1. Objectifs de l'étude

- Identifier les caractéristiques médico-sociales des femmes enceintes célibataires,
- Décrire le déroulement de la grossesse, le mode d'accouchement et l'état de l'enfant à la naissance
- Comparer les issues obstétricales et néonatales des femmes enceintes célibataires aux résultats de "L'Enquête nationale périnatale" (ENP) de 2016.

2.2. Schéma de l'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle, rétrospective portant sur la période du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2016, à partir des dossiers obstétricaux du CHU de Poitiers concernés par la cotation « vivant seule » dans la rubrique « Mode de vie familiale ».

2.3. Population

2.3.1. Critères d'inclusion

Ont été incluses dans cette étude les femmes enceintes sans conjoint ou conjoint décédé.

2.3.2. Critères de non inclusion

N'ont pas été incluses les femmes enceintes pour lesquelles il existait un doute sur leur mode de vie familial, ainsi que les femmes vivant encore avec le procréateur de la grossesse, et enfin celles qui étaient initialement célibataires et qui se sont mises en couple durant la grossesse.

2.4. Déroulement de l'étude

La première étape de l'étude a été de référencer l'ensemble des dossiers obstétricaux du CHU de Poitiers dans lesquels les patientes étaient codées comme "*vivant seule*" ou dans une "*autre situation de vie*" durant la période du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2016. Nous avons choisi ces codages comme référence et non pas "*célibataire*" car beaucoup de femmes non mariées ou pacsées sont codées, par défaut, comme étant célibataires.

Par la suite, l'analyse individuelle de chaque dossier a permis d'exclure ceux pour lesquels le codage n'était pas approprié au mode de vie familiale de la patiente. Par exemple certaines femmes étaient codées comme vivant seules alors qu'elles étaient en couple mais dans des logements différents.

2.5. Critères de jugements

L'étude a d'abord permis de créer un portrait de ces femmes enceintes célibataires en identifiant leurs catégories socio-démographiques, leurs possibles conduites addictives, ainsi que leurs antécédents médicaux et obstétricaux.

Par la suite nous nous sommes intéressés au déroulement de la grossesse (suivi, hospitalisation, pathologies éventuelles), ainsi qu'aux modalités d'accouchements. Enfin, l'analyse du séjour de la mère en post partum et l'état du nouveau né en salle de naissance a permis de clôturer l'analyse de ces dossiers.

Ces résultats ont ensuite été comparés avec ceux de l'ENP de 2016.

2.6. Analyse statistique

Nous avons utilisé le logiciel Epi info version 7© pour l'analyse des données. Les caractéristiques de la population d'étude ont été décrites par leurs effectifs et leurs pourcentages pour les variables qualitatives. Les variables quantitatives ont été présentées par leurs moyennes, leurs écart-type et leurs valeurs extrêmes.

Afin de comparer nos données à celles de l'enquête nationale périnatale, nous avons utilisé le test de χ^2 d'indépendance ou celui exact de Fisher lorsque ce dernier était plus approprié pour les variables qualitatives. Les variables explicatives quantitatives ont été comparées par le test t de Student. Le seuil de signification des tests a été fixé à une valeur de $p < 5\%$.

2.7. Les aspects éthiques et réglementaires

Les données collectées ont fait l'objet d'une déclaration à la "Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés" (CNIL) en application des articles 40-1 et suivant la loi « Informatique et Libertés » sur la demande de la structure de formation responsable de l'étude auprès du correspondant CNIL du CHU de Poitiers. La confidentialité des sujets inclus dans la base de données a été protégée par l'utilisation d'un numéro en lieu et place des données susceptibles de permettre leur identification.

3. RÉSULTATS

3.1. Diagramme de flux

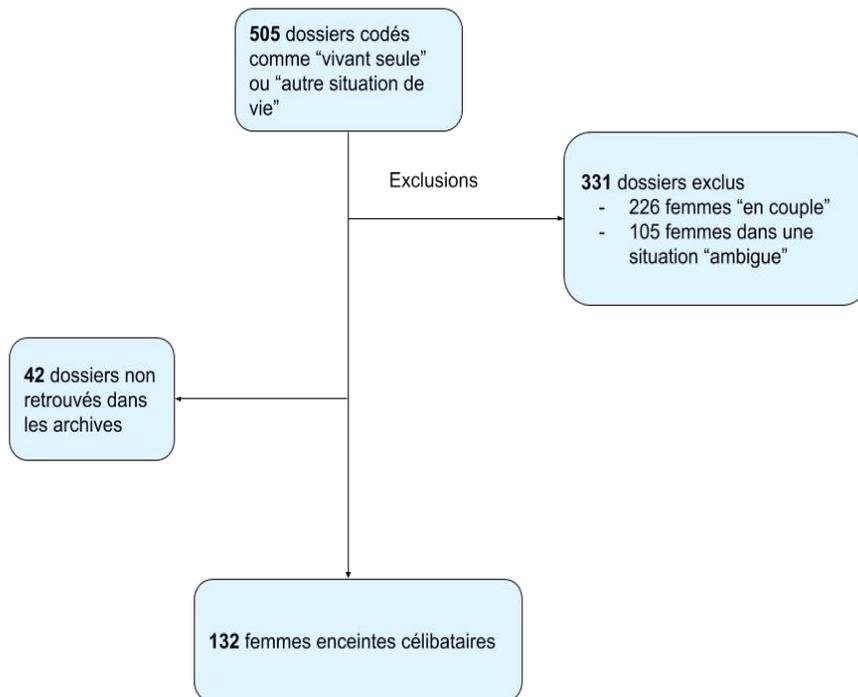


Figure 1 : Flow chart

3.2. Grossesse

Tableau 1 : “Caractéristiques sociodémographiques des femmes”

	Femme étude (n=132)		E N P 2016	p
	n	%	%	
Age (moy ± ET – Min-Max)	28,1 ± 6,6 – 17-41		30,3 ± 5,2 (n=12941)	<0,001
IMC				
<18,5 (insuffisance pondérale)	7	5,30	7,40	0,350
18,5-24,9 (corpulence normale)	60	45,45	60,80	<0,001
25-29,9 (surpoids)	29	21,98	20,00	0,564
30-34,9 (obésité)	19	14,39	8,10	0,009
≥ 35 (obésité de grade II ou III)	14	10,61	3,70	<0,001
Non renseigné	3	2,27		
			(n=11588)	
Niveau étude				
Non scolarisée / Primaire	9	6,82	1,60	<0,001
Collège	48	36,36	6,20	<0,001
Lycée	32	24,24	36,80	0,071
Enseignement supérieur	26	19,70	55,40	<0,001
Non renseigné	17	12,88		
			(n=11661)	
Profession				
Artisans commerçants, chef d'entreprise	3	2,27	2,10	0,894
Cadres et professions intellectuelles supérieures	4	3,03	8,91	0,018
Professions intermédiaires	22	16,67	27,06	0,007
Employés	21	15,91	25,70	0,01
Ouvriers	10	7,58	3,14	0,004
Au chômage	63	47,73	16,80	<0,001
Elèves étudiants	8	6,06	2,10	0,001
Autre situation	1	0,76	14,19	<0,001
			(n=11496)	
Précarité				
Non	46	34,85	78,50	<0,001
Oui	66	50,00	21,50	
Non renseigné	20	15,15		
			(n=11762)	

Notre population d'étude était significativement plus jeune que celle de l'ENP de 2016 avec un niveau d'étude significativement plus faible. La proportion de femmes avec un niveau inférieur ou égal au collège était de 43,18% versus 7,8% pour l'ENP. La majorité d'entre-elles étaient au chômage (47,7% versus 16,8%) et une femme sur deux étaient en situation de précarité (50%) contre presque une femme sur 5 dans l'ENP.

La proportion de femmes obèses était significativement supérieure (25% versus 11,8%) et ce, quel que soit le niveau d'obésité.

Tableau 2 : “Séparation et mode de vie”

Femme étude		
(n=132)		
	n	%
Moment de la séparation		
Avant l'annonce de la grossesse	4	3,03
A l'annonce de la grossesse	13	9,85
Pendant la grossesse	9	6,82
Non renseigné	106	80,30
Mode de vie		
Vit seule	92	69,70
Vit chez ses parents	14	10,61
Vit avec un membre de sa famille	9	6,82
Vit chez un(e) ami(e)	11	8,33
Hébergement social	6	4,55

La séparation survient pour près de 10% des femmes à l'annonce de la grossesse. Ces femmes vivent alors majoritairement seules chez elle (69,70%) ou chez leurs parents (10,61%).

Tableau 3 : "Conduites addictives"

	Femme étude (n=132)		E N P 2016	p
	n	%	%	
Tabac avant la grossesse				
NON	73	54,96	70,20	<0,001
<10/j	16	12,21	11,60	0,835
≥10/j	43	32,83	18,20	<0,001
			(n=11699)	
Tabac pendant la grossesse				
NON	85	64,39	83,40	<0,001
<10/j	35	26,52	12,30	<0,001
≥10/j	12	9,09	4,30	0,006
			(n=11744)	
Alcool pendant la grossesse				
NON	129	97,73		
≥3 verres/j	3	2,27		
Consommation de cannabis durant la grossesse				
NON	129	97,73	97,90	0,896
OUI	3	2,27	2,10	0,896
			(n=11571)	

La consommation de tabac est supérieure chez les femmes seules que ce soit avant ou pendant la grossesse. Elle sont 32,83% à en consommer plus de 10 par jour avant leur grossesse et 9,09% pendant. Aucune différence n'a été retrouvée concernant la consommation de cannabis.

Tableau 4 : “ Antécédents obstétricaux”

	Femme étude (n=85)		ENP 2016	p
	n	%	%	
Parité				
0	21	24,71	42,20	0,001
1	24	28,24	35,60	0,157
2	24	28,24	14,30	<0,001
3	10	11,76	4,80	0,003
≥ 4	6	7,05	3,10	0,032
			(n=12945)	
Nombre d'enfant en commun avec le procréateur				
0	65	76,47		
1	12	14,12		
2	4	4,71		
3	2	2,35		
≥ 4	2	2,35		
Nombre IVG				
0	50	58,82	83,60	<0,001
1	21	24,71	12,60	0,001
2	9	10,59	3,00	<0,001
≥ 3	5	5,88	0,80	<0,001
			(n=11528)	

Pour analyser les antécédents obstétricaux nous avons exclu les 47 primigestes de l'étude. Ce tableau porte donc sur 85 femmes enceintes célibataires qui sont au minimum deuxième geste.

Parmi elles, 76,47% n'ont pas d'enfant en commun avec le procréateur de la grossesse actuelle. Ces femmes sont significativement de plus grande multipare que la population générale : 11,76% d'entre elles sont des troisième pare alors qu'il y en a 4,8% dans la population générale.

Les antécédents d'IVG sont plus fréquents chez les femmes de l'étude : 10,59% des femmes célibataires pour cette grossesse actuelle ont pratiqué une IVG à deux reprises contre 3% dans l'ENP.

Tableau 5 : “Contraception et traitement de l’infertilité”

	Femme étude (n=132)		E N P 2016	p
	n	%	%	
Contraception avant la grossesse				
Aucune	71	53,79	8,30	<0,001
Pilule	38	28,79	62,80	<0,001
Dispositif intra-utérin	4	3,03	9,60	0,011
Préservatifs	13	9,84	11,20	0,64
Autres moyens	6	4,55	8,19	0,004
			(n=11727)	
Grossesse sous contraception				0,022
OUI	20	15,15	9,30	
NON	112	84,85	90,70	
			(n=10401)	

La majorité des femmes célibataires (53,79%) n’avait aucune contraception avant cette grossesse. Elles sont significativement moins nombreuses que celles de l’ENP de 2016 pour l’utilisation de la pilule et du DIU.

Pour les femmes de l’étude ayant un contraceptif avant la grossesse il existe plus de grossesse sous contraception que dans le groupe témoin.

Nous avons observé deux femmes ayant eu recours à un parcours de PMA. La première était célibataire et a bénéficié d’une insémination artificielle avec donneur (IAD) en Espagne. La seconde a procédé à une IAD en France mais le couple s’est ensuite séparé en début de grossesse.

Tableau 6 : “ Contexte psychologique durant la grossesse”

	Femme étude (n=132)		E N P 2016		
	n	%	%		p
Antécédent de dépression					
OUI	13	9,85			
NON	119	90,15			
Désir de grossesse					
OUI	66	50,00	84,32		<0,001
NON	26	19,70	15,68		0,207
Non renseigné	40	30,30			
			(n=11718)		
Demande d'IVG					
Oui, mais terme dépassé	4	3,03			
Oui, mais changement d'avis	4	3,03			
NON	124	93,94			
Réflexion accouchement sous X					
OUI	1	0,76			
Oui, mais changement d'avis	2	1,52			
NON	129	97,72			
Violences physiques durant la grossesse					
OUI	7	5,30	1,70		0,002
NON	125	94,70	98,30		
			(n=11481)		

9,85% des femmes célibataires présentaient un antécédent de dépression. Elles étaient significativement moins désireuses de cette grossesse actuelle que dans la population générale : 50% contre 84,32%. Huit femmes au total ont fait une demande d'IVG qui n'a pas pu aboutir car, soit le terme était dépassé, soit elles ont ensuite changé d'avis.

Par ailleurs, nous observons significativement plus de violences physiques durant la grossesse chez les femmes seules que dans l'ENP.

Tableau 7 : “Soutien des femmes durant la grossesse”

	Femme étude (n=132)		ENP 2016	p
	n	%	%	
Suivi psychologique pendant la grossesse				<0,001
OUI	26	19,70	6,40	
NON	106	80,30	93,60	
			(n=11701)	
Accompagnement PMI				<0,001
OUI	43	32,58	5,40	
NON	89	67,42	94,60	
			(n=11691)	
Entretien avec une assistante de service social				<0,001
OUI	54	40,91	8,80	
NON	78	59,09	91,20	
			(n=11740)	

Par rapport à la population générale, les femmes seules ont significativement plus souvent bénéficié d'un accompagnement PMI, ainsi que d'une aide psychologique et sociale par différents intervenants pendant la grossesse.

Tableau 8 : “ Surveillance de la grossesse”

	Femme étude (n=132)		ENP 2016	p
	n	%	%	
Fréquence du suivi				
Suivi normal	119	90,15		
Mauvais suivi	4	3,03		
Aucun suivi	9	6,82		
Nombre moyen de consultations (moy ± ET – Min-Max)				
		8,5 ± 3,6 – 0-21	10 ± 3,8 (n=11610)	<0,001
Nombre moyen d'échographies (moy ± ET – Min-Max)				
		4,4 ± 1,9 – 0-11	5,5 ± 2,8 (n=11669)	<0,001

Dans cette étude, la majorité des patientes ont eu un suivi de grossesse normal comprenant au moins une consultation par mois et trois échographies; bien qu'elles consultent significativement moins que les femmes de la population générale et bénéficient de moins d'échographies.

A l'inverse, 3% ont eu un mauvais suivi et près de 7% des femmes n'ont pas fait suivre leur grossesse.

Tableau 9 : “Hospitalisation et pathologie durant la grossesse”

	Femme étude (n=132)		ENP 2016	p
	n	%	%	
Hospitalisation				0,003
OUI	37	28,03	18,10	
NON	95	71,97	81,90	
			(n=11734)	
Terme moyen d'hospitalisation (moy +/- ET – Min-Max)	31,8 ± 7 – 13-40			
Durée moyenne d'hospitalisation (moy +/- ET – Min-Max)	4,5 ± 4,7 – 1-29		5,9 ± 8,9	0,263
			(n=2099)	
MAP avec hospitalisation				0,663
OUI	6	4,55	5,40	
NON	126	95,45	94,60	
			(n=12499)	
HTA durant la grossesse				<0,001
OUI	15	11,37	4,30	
NON	117	88,63	95,70	
			(n=12477)	
Diabète gestationnel				
Oui, sous insuline	7	5,30	3,19	0,171
Oui, sous régime	6	4,55	7,29	0,228
NON	119	90,15	89,52	0,816
			(n=12445)	
Suspicion anomalie poids foetal				
Oui, hypotrophie/PAG	14	10,60	5,40	0,009
Macrosomie	3	2,28	4,90	0,166
NON	115	87,12	89,70	0,33
			(n=12678)	

Les femmes enceintes célibataires sont significativement plus souvent hospitalisées que celles de l'ENP : 28,03% contre 18,10%. Le terme moyen de l'hospitalisation est de 31 SA. Cette moyenne est calculée sur les 51 hospitalisations des 37 patientes hospitalisées (certaines plusieurs fois).

Pour 11,37% des patientes étudiées, une HTA a été diagnostiquée pendant la grossesse. C'est plus que dans la population générale qui est de 4,30%.

De la même manière, nous observons significativement plus de suspicions d'hypotrophie ou de PAG (10,60% versus 5,40%).

3.3. Accouchement

Durant les années 2015 et 2016 au CHU de Poitiers, parmi les 132 femmes enceintes célibataires:

- 126 patientes ont accouché de 127 nouveaux-nés vivants
- 4 interruptions médicales de grossesse (IMG) ont été pratiquées
- 2 femmes ont subi une mort foetale in utero (MFIU)

Nous nous intéressons dans les prochains tableaux aux accouchements de naissances vivantes.

Tableau 10 : “Déroutement du travail”

	Femme étude (n=126)		ENP 2016	p
	n	%	%	
Mode de début du travail				
Travail spontané	85	67,46	68,60	0,788
Déclenchement artificiel	28	22,22	22,00	0,951
Césarienne avant travail	13	10,32	9,40	0,735
			(n=12936)	

La proportion du mode de début de travail est la même dans les deux groupes étudiés : environ 68% pour le travail spontané, 22% de déclenchement artificiel et 9,4% de césarienne avant travail.

Tableau 11 : "Accouchement"

	Femme étude (n=126)		E N P 2016 (n=13164)		
	n	%	%		p
Mode accouchement					
Voie basse non instrumentale	88	69,84	67,40		0,566
Voie basse instrumentale	8	6,36	12,20		0,046
Césarienne	30	23,80	20,40		0,343
(n=13164)					
Terme accouchement					0,011
<37 SA	17	13,50	7,50		
≥37 SA	109	86,50	92,50		
(n=13147)					
Type d'analgésie durant le travail					
Aucune	4	3,17	14,79		<0,001
Rachianalgésie	13	10,32	11,74		0,621
Analgésie péridurale (APD)	65	51,59	72,31		<0,001
Anesthésie générale	3	2,38	1,16		0,207
Bloc nerf honteux	41	32,54			
(n=12469)					
Durée des efforts expulsifs (moy ± ET – Min-Max)		7,8 ± 6,5 – 1-33			
Hémorragie post-partum sévère					0,391
OUI	1	0,79	1,80		
NON	125	99,21	98,20		
(n=12270)					

Le pourcentage de mode d'accouchement est semblable dans les deux groupes concernant les voies basses non instrumentales et les césariennes. Les femmes de la population générale accouchent deux fois plus par voie basse instrumentale que les femmes de l'étude : 12,20 % contre 6,36%.

Les femmes seules accouchent plus prématurément : 13,5% versus 7,5%

Tableau 12 : "Accouchement par voie basse"

	Femme étude (n=96)		ENP 2016	p
	n	%	%	
Épisiotomie				<0,001
OUI	2	2,08	20,10	
NON	94	97,92	79,90	
			(n=9982)	
Déchirures périnéales				
Oui, 1er degré ou simple	69	71,87	51,30	<0,001
Oui, périnée complet ou complet compliqué	2	2,08	0,80	0,19
NON	25	26,05	47,90	<0,001
			(n=9835)	

La proportion d'épisiotomies est supérieure dans la population de l'ENP (20,1 % versus 2,1%); en contrepartie nous avons retrouvé significativement plus de déchirures simples dans le groupe de femmes célibataires (71,8 % versus 51,3%).

Tableau 13 : " Séjour de la mère en post-partum"

	Femme étude (n=126)		E N P 2016	
	n	%	%	p
Pathologies durant le séjour				
Aucune	116	92,06		
Infection	1	0,79		
Anémie	1	0,79		
Hémorragie secondaire	1	0,79		
Eclampsie	1	0,79		
Dépression	2	1,59		
Complication de l'anesthésie	1	0,79		
Autre	3	2,38		
Durée du séjour en jours (moy ± ET – Min-Max)				
	4,5 ± 1,8 – 2-15		4,0 ± 1,6 (n=12485)	<0,001
Allaitement				
Maternel	49	38,89	52,2	0,003
Artificiel	52	41,27	33,3	0,059
Mixte	25	19,84	14,5	0,091
			(n=11820)	
Contraception envisagée				
Aucune	34	26,98		
Pilule	45	35,71		
Implant	28	22,22		
Stérilet	19	15,08		
Psychologue vu pendant le séjour				
OUI	28	22,22		
NON	98	77,78		
Assistante social vu pendant le séjour				
OUI	50	39,68		
NON	76	60,32		
Fiche PMI				
OUI	80	63,49		
NON	46	36,51		
Unité mère-bébé				
OUI	4	3,17		
NON	122	96,83		

La majorité des femmes enceintes célibataires (92,06%), n'a aucune pathologie durant le séjour. Nous observons 1,59% de dépression du post partum. Les femmes de l'étude sont moins nombreuses à choisir l'allaitement maternel que celle de l'ENP : 38,89% contre 52,2%. Pour 26,98%, elles n'envisagent aucune contraception pour le retour à domicile.

La moyenne de la durée du séjour était significativement plus longue chez les femmes célibataires (4,5 jours) que dans la population générale (4 jours).

Durant leur séjour, la psychologue est intervenue pour 22,22% des femmes, l'assistance sociale pour 39,68% d'entre elles, et une liaison PMI a été établie dans 63,49% des cas.

3.4. Nouveau-né

Parmi les 127 naissances vivantes, un nouveau-né est décédé quelques heures après la naissance.

Tableau 14 : “ Le nouveau-né en salle d'accouchement”

	Nouveau-né vivant (n=127)		E N P 2016	p
	n	%	%	
Poids de naissance (moy ± ET – Min-Max)	3058,8 ± 674,8 – 910-4500		3246,6 ± 556,8 (n=13158)	<0,001
Apgar à 5 min				
<5	2	1,57	0,40	0,024
5-6	1	0,79	0,80	0,973
7-8	8	6,3	3,20	0,055
9-10	116	91,34	95,60 (n=13143)	0,021
pH au cordon				
<7,00	1	0,79	0,60	0,792
7 à 7,15	15	11,81	8,90	0,257
>7,15	104	81,89	90,50	0,001
Non renseigné	7	5,51	 (n=11074)	
Réanimation				
OUI	17	13,39		
NON	110	86,61		
Mode de sortie de salle de naissance				
Maternité	112	88,19	93,17	0,027
Réanimation	10	7,87	2,49	<0,001
Néonatalogie	5	3,94	4,34 (n=12327)	0,824

En moyenne, les nouveaux-nés des femmes enceintes célibataires ont un poids de naissance significativement inférieur à celui de la population générale : une moyenne de 3058,8 g contre 3246,6 g.

L'apgar à 5 min de vie est plus souvent inférieur à 5 que dans la population générale. Inversement les nouveaux-nés de l'ENP ont une meilleure adaptation à la vie extra-utérine avec 95,60% d'apgar supérieur à 9.

Le pH au cordon supérieur à 7,15 suit le même constat avec 90,50% des nouveaux-nés de l'ENP concernés contre 81,89% pour l'étude.

Par la suite, les enfants des femmes célibataires sont plus souvent transférés en réanimation pédiatrique : 7,87% contre 2,49%.

4. DISCUSSION

4.1 Principaux résultats de l'étude

En 2016, l'ENP évalue à 5,2 % le pourcentage de femmes enceintes célibataires durant leur grossesse. A Poitiers, cette proportion est respectivement de 2,74% en 2015 et 3,04 % en 2016. Nous remarquons que ce pourcentage est inférieur à celui du niveau nationale.

Ceci peut s'expliquer d'une part par l'analyse individuelle de chaque dossier codé "vit seule" ou "autre" qui a permis d'exclure les femmes au sujet desquelles on avait un doute concernant leur célibat. En effet, à l'ouverture du dossier, les femmes pouvaient être célibataires et se mettre en couple par la suite.

D'autre part, dans le cas de l'ENP, l'interrogatoire des femmes se fait à un instant T, sans recul durant la grossesse. De ce fait, parmi les 5,2%, certaines ne resteront probablement pas seules jusqu'à l'accouchement.

Lorsque l'information était présente; nous observons que pour près de 10% des femmes la séparation survenait à l'annonce de la grossesse; pour 3,03% avant, et pour 6,82% pendant. Concernant le mode de vie, les femmes enceintes célibataires vivent pour 69,7 % seules chez elles. Elles sont hébergées pour 17,43% d'entre elles chez leurs parents ou un membre de leurs familles, et 4,55% sont logées dans des hébergements sociaux.

Cette étude observationnelle rétrospective avait pour but d'évaluer les caractéristiques médico-sociales, ainsi que les issues obstétricales et néonatales des femmes enceintes célibataires.

En ce qui concerne le contexte médico-social de ces patientes, nous observons une proportion plus élevée de chômage (47,7%), soit significativement plus que dans la population générale. De plus, une patiente sur deux est considérée comme précaire. Ces données mettent en évidence une certaine vulnérabilité sociale pouvant être majorée durant la grossesse.

L'obésité et la consommation de tabac sont majorées chez les femmes seules.

La multiparité est plus importante pour les femmes de l'étude. En effet, la majorité d'entre elles (75,29%) est au minimum des deuxièmes gestes.

Les antécédents d'IVG sont plus fréquents que dans la population générale.

La grossesse actuelle est moins désirée, pourtant 53,79% des femmes n'avaient aucune contraception avant la conception. Toutefois, il existe plus de grossesse sous contraception que dans le groupe témoin.

A Poitiers, l'aide psychologique et sociale durant la grossesse a été souvent proposée et acceptée par les patientes. Nous observons cependant qu'elles consultent significativement moins que les femmes de la population générale, et bénéficient de moins d'échographies.

Les femmes enceintes célibataires sont significativement plus souvent hospitalisées que celles de l'ENP : 28,03% contre 18,10%. Nous constatons plus d'HTA et de suspicion d'hypotrophie ou de PAG.

Pas de différences significatives observées pour le mode de début de travail ni pour la voie d'accouchement entre les deux groupes. Cependant une majoration de la prématurité (<37 SA) est établie pour 13,5% des femmes seules.

Les patientes de l'étude choisissent en majorité l'allaitement artificiel contrairement à la population générale.

En parallèle à la prématurité, les nouveaux-nés de l'étude ont un poids de naissance inférieur à ceux de l'ENP; et l'apgar à 5 min de vie est significativement plus souvent inférieur à 5. Le transfert en réanimation pédiatrique est aussi plus fréquent.

4.2 Les faiblesses de l'étude

Le principal biais de cette étude réside dans l'inclusion, lors de l'ENP de 2016, de femmes enceintes célibataires et en couples sans distinction. Pour autant le faible pourcentage de femmes célibataires de l'ordre de 5%, ainsi que la taille conséquente de la population de l'ENP, ont permis de limiter ce biais et d'améliorer la puissance statistique. Nous aurions pu constituer un groupe témoin de 132 femmes en couples, mais, avec cette méthode, la puissance significative aurait été moins bonne de part la taille de l'échantillon.

L'autre inconvénient de l'étude est dû à la sur-représentation des femmes avec une grossesse pathologique dans une maternité de type III. L'ENP a, quand elle, été réalisée dans l'ensemble des maternités de France, tous niveaux confondus.

4.3 Les forces de l'étude

Il nous semble que la grande force de cette étude est son originalité. D'abord parce qu'il existe peu de littérature sur ce sujet; ensuite parce qu'elle met en avant des femmes isolées, donc vulnérables qui ne correspondent pas à nos représentations habituelles de la grossesse et de l'accouchement.

En comparant avec une enquête nationale, nous avons pu mettre en évidence une puissance statistique évidente. L'isolement de ces femmes est un facteur de risque évident de précarité et de vulnérabilité, qui mérite que l'on s'y intéresse.

4.4 Discussion des résultats

4.2.1 Caractéristiques médico-sociales et antécédents

Bien que nous ayons inclus dans l'étude deux patientes mineures; nous observons que les femmes célibataires étaient significativement plus jeunes que dans la population générale. D'ailleurs, la proportion ne change pas lorsque l'on calcule de nouveau la moyenne en retirant ces patientes : 28,1 ans versus 30,3 ans.

Le niveau d'étude inférieur ou égal au collège était plus bas (43,8% versus 7,8%), et la proportion de chômage plus élevée (47,7% versus 16,8%). Ce même constat avait été fait par l'INSEE concernant les mères de familles monoparentales en Poitou-Charentes (5).

Nous observons que le taux de précarité est significativement supérieur dans notre étude avec une femme sur deux concernée, contre presque une femme sur cinq dans la population générale.

L'ENP a évalué l'indice de précarité des patientes selon 4 variables : *“ne pas vivre en couple”*, *“RSA”*, *“être assurée par la CMU, l'AME ou non assurée sociale”*, *“ne pas avoir de logement personnel”*. Le score a ensuite été calculé sur une échelle de 0 à 3 : classé de *“non défavorisées”* à *“très défavorisées”*. Nous observons ainsi que le célibat associé à au moins une autre variable positionne la patiente dans une situation de précarité.

Dans le dossier obstétrical du CHU de Poitiers, la précarité est définie par : *“non assurée sociale”*. Nous pouvons alors supposer que si le célibat avait été pris en compte comme pour l'ENP, la proportion de femmes précaires serait supérieure à 50%.

Dans la littérature, le score EPICES (*Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'exams de santé*), mis en place par l'assurance maladie, prend en compte aussi le célibat. En effet, la question *“Vivez-vous en couple ?”* fait partie du questionnaire permettant le calcul du score. La réponse *“non”* associée à d'autres réponses défavorables du questionnaire positionne le sujet en situation de vulnérabilité sociale (8).

L'obésité, tout grade confondu, concerne $\frac{1}{4}$ des patientes de l'étude alors que l'enquête nationale en recense 11,8%. Ce constat n'est pas surprenant quand on sait que précarité et obésité sont liées durant la grossesse (9).

De la même manière, la consommation de tabac est supérieure à la population générale, avec 32,83% des femmes qui en consommaient plus de 10 par jour avant la grossesse, et 9,09% pendant. Aucune différence n'a été retrouvée concernant la consommation de cannabis. Nous observons tout de même 2,27% des patientes consommant \geq 3 verres par jour d'alcool pendant leur grossesse. Cette donnée n'était pas référencée dans l'ENP.

L'étude comportait 47 primigestes. Parmi les autres patientes, 76,47% n'avaient pas d'enfant en commun avec le procréateur de cette grossesse. Ces dernières sont pour 11,76% d'entre elles des troisième pare, soit plus que dans l'enquête nationale qui en compte 4,8%. Les femmes de l'étude ont pratiqué plus de deux fois plus d'IVG (41,17%) que dans la population générale (16,4%). Le manque de données dans les dossiers ne nous permettait pas de savoir si les patientes qui avaient pratiqué une IVG, étaient ou non avec le même procréateur de la grossesse actuelle.

Pour cette grossesse, huit femmes avaient fait une demande d'IVG. La demande de quatre d'entre elles n'a pas pu aboutir car le terme était dépassé; et les autres ont changé d'avis. En lien avec ce résultat, le désir de grossesse était de 50% contre 84,3% dans la population générale. Durant leur grossesse, trois patientes ont fait part à l'équipe de leur souhait d'accoucher sous X. Finalement seule une patiente a accouché dans le secret.

De manière significativement plus importante, les patientes de l'étude ont eu un suivi psychologique et social, ainsi qu'un accompagnement PMI durant leur grossesse. D'ailleurs, treize femmes célibataires (9,85%) présentaient un antécédent de dépression avant leurs grossesses; et quatre d'entre elles avaient fait une tentative de suicide. Au vu du contexte de précarité et de vulnérabilité social du célibat pendant la grossesse; ce constat est en rapport avec notre hypothèse initiale de nécessité d'accompagnement de ces femmes. Pourtant, ce dernier pourrait être

encore plus efficace si les moyens d'aide sociale et psychologique étaient proposés plus systématiquement. Dans cette étude seulement 20% des femmes ont bénéficié d'une aide psychologique, 32,6% ont eu un suivi PMI, et 41% un accompagnement social.

Par ailleurs, nous observons significativement plus de violences physiques durant la grossesse chez les femmes seules que dans l'ENP. Ces violences concernent 5,3% des patientes de l'étude. Elles peuvent être physiques ou verbales et concernent en majorité le conjoint avant la séparation ; voire même dans certains cas encore après. Une étude slovénienne de 2018 démontre que les agressions ne s'arrêtent pas à l'annonce de la grossesse (10). Des expériences passées de violences (sous toutes ses formes) accroissent le risque de violences durant la grossesse. Une femme continuera à subir des agressions même si elle est enceinte. La grossesse en elle-même peut aussi être déclencheur de violences physiques ou verbales qui peuvent entraîner par la suite une séparation. (11) Le suivi obstétrical permet donc aux soignant de pouvoir interagir avec la patiente afin de dépister, aider et orienter ces femmes en situation de vulnérabilité.

Concernant le suivi de la grossesse, nous observons un suivi régulier pour la majorité des patientes de l'étude. Cependant ces dernières consultent significativement moins que les femmes de la population générale et bénéficient de moins d'échographies. Cela peut s'expliquer par un isolement, un manque d'informations ou peut être même un désinvestissement vis à vis de cette grossesse. A l'inverse, 3% ont eu un mauvais suivi et près de 7% des femmes n'ont pas fait suivre leur grossesse. Nous observons d'ailleurs : trois dénis de grossesses partiels (2,27%) et un déni complet (0,76%).

Les femmes enceintes célibataires sont significativement plus souvent hospitalisées que celles de l'ENP : 28,03% contre 18,10%. Le terme moyen de l'hospitalisation est de 31 SA. La durée d'hospitalisation est semblable dans les deux groupes, soit autour de 5 jours. Les MAP avec hospitalisations ne sont pas plus importantes que dans la population générale, tout comme la proportion de diabète gestationnel.

Toutefois on observe une majoration de l'HTA (11,37% contre 4,3%) et de suspicion d'hypotrophie ou de PAG. Aucune différence significative n'est établie pour une suspicion de macrosomie.

4.2.2 Séparation

Pour près de 10% des femmes la séparation est survenu à l'annonce de la grossesse, pour 3,03% avant, et pour 6,82% pendant. Toutefois cette donnée n'étant pas codée dans les dossiers obstétricaux du CHU : 106 dossiers ne présentent pas cette information.

Concernant le mode de vie, les femmes enceintes célibataires vivent principalement seules chez elles (69,7%). Elles sont hébergées pour 17,43% d'entre elles chez leurs parents ou un membre de leurs familles, et 4,55% sont logées dans des hébergement sociaux.

Nous avons des renseignements sur le procréateur pour 64,4% des dossiers. A l'inverse, pour 30,3%, la page concernant le procréateur est restée vierge. Le père était inconnu pour 3,79% des femmes, et 2% des patientes n'ont pas souhaité donner d'information sur lui ; cette absence de données médicales pouvant être préjudiciable pour le suivi de la grossesse, ainsi que pour le dépistage de pathologies chez le nouveau-né.

4.2.3 Issues obstétricales

D'un point de vue obstétrical, nous observons peu de différences significatives entre les différents groupes étudiés. Le manque de bibliographie sur le sujet ne nous permet pas de comparer nos données.

Sur les 132 femmes enceintes célibataires : 126 patientes ont accouché de 127 nouveaux-nés vivants, 4 IMG ont été pratiquées et 2 femmes ont subi une MFIU. Concernant les naissances vivantes, la proportion du mode de début de travail est la même : environ 68% pour le travail spontané, 22% de déclenchement artificiel et 9,4% de césarienne avant travail.

Les femmes seules accouchent plus prématurément : 13,5% avant 37 SA, contre 7,5% dans la population générale. Il n'existe pas de différences significatives d'accouchement par voie basse et de césariennes entre les groupes.

Toutefois nous remarquons deux fois plus de voies basses instrumentales dans la population générale : 12,20 % contre 6,36%. Ceci peut s'expliquer par le fait que les patientes de l'étude sont en majorité des multipares; de ce fait elles nécessitent moins d'aide instrumentale au moment de l'accouchement.

Les femmes de la population générale sont plus nombreuses à n'avoir aucune analgésie pendant le travail (14,79% versus 3,17%). Paradoxalement elles sont aussi plus nombreuses à avoir recours à l'APD (73,21% versus 51,59%). Il n'existe pas de différences établies concernant les autres moyens d'anesthésie. Nous observons tout de même 32,54% d'anesthésie du bloc du nerf honteux (donnée non référencée dans l'ENP). La gestion de la douleur est propre à chaque femme, mais nous pouvons supposer que vivre un travail et un accouchement seule, sans soutien adapté est plus difficile à gérer pour la patiente.

Il n'existe pas significativement plus d'hémorragie du post-partum. La proportion d'épisiotomies est supérieure dans la population de l'ENP (20,1 % versus 2,1%); en contrepartie nous avons retrouvé significativement plus de déchirure simple dans le groupe de femmes célibataires (71,8 % versus 51,3%). Nous pouvons expliquer ce constat en partie car les femmes seules accouchent plus souvent prématurément avec des nouveaux-nés de plus faible poids.

Les pathologies des femmes célibataires durant le séjour en SDC sont des cas isolés. En effet nous observons 1,59% de dépression du post-partum. Nous aurions pu nous attendre à un chiffre plus élevé comme le laissait supposer l'enquête scandinave de 2015 (6). La durée du séjour est cependant significativement plus longue que dans la population générale : 4,5 versus 4 jours. Nous observons l'intervention de psychologue (22,22%) et d'assistante sociale (39,68%) durant le séjour.

Les femmes de l'étude sont moins nombreuses à choisir l'allaitement maternel que celle de l'ENP : 38,89% contre 52,2%. Elles sont 26,98% à n'envisager aucune contraception après la grossesse. Une liaison PMI a été établie dans 63,49% des cas et 3,17% des mères ont bénéficié de l'unité mère-bébé.

4.2.4 Issues néonatales

Parmi les 127 naissances vivantes, 1 nouveau-né est décédé quelques heures après la naissance.

En moyenne, les nouveaux-nés des femmes enceintes célibataires ont un poids de naissance significativement inférieur à celui de la population générale : une moyenne de 3058,8 g contre 3246,6 g. Ceci peut s'expliquer par la prématurité significativement établie concernant les femmes célibataires.

L'adaptation de la vie extra-utérine est en majorité moins bonne avec 1,57 % des nouveaux-nés avec un apgar inférieur à 5 à 5 min de vie (contre 0,40% dans la population générale). A l'inverse les nouveaux-nés de l'ENP ont une meilleure adaptation à la vie extra-utérine avec 95,60% d'apgar supérieur à 9. Ce même constat avait été démontré par une étude similaire en Belgique en 2017 (12).

De la même manière le pH au cordon représente cette différence d'adaptation avec 90,50 des nouveaux-nés de la population générale avec un pH supérieur à 7,15. Nous observons 17 nouveaux-nés pour lesquels la réanimation a été nécessaire soit 13,39%. En majorité les bébés de l'ENP sont transférés en maternité à 93,17%, alors que ceux de l'étude sont significativement plus souvent transférés en réanimation pédiatrique (7,87%).

5. CONCLUSION

Une femme ne “fait pas” un bébé toute seule. Pourtant, elle peut l’être à l’annonce de la grossesse, à la première échographie, aux consultations, à l’accouchement et encore après.

Cette étude a montré des différences significatives d’un point de vue social, obstétrical et néonatal entre les femmes enceintes célibataires et celles en couples. Même si le célibat n’est pas le facteur causal direct, il est très souvent à l’origine de la précarité. Nous démontrons ainsi que les femmes seules ne sont pas des cas isolés et nécessitent un accompagnement et un soutien adapté.

Ce célibat est souvent non désiré. Il s’impose à elle comme une épreuve, et remet en question la notion de famille qu’elle aurait pu idéaliser. Le rôle d’accompagnant de l’équipe médicale, et en premier lieu : la sage-femme, est d’instaurer un lien, une confiance, permettant alors une aide adaptée.

Ce célibat peut aussi être un choix. Avec les progrès de la procréation médicalement assistée (PMA) et l’évolution de notre société, nous pourrions voir apparaître dans quelques années la possibilité d’étendre les techniques d’aides à la procréation à des femmes seules en France. Ce sujet actuel de société exige une réflexion; et de ce fait, une meilleure connaissance des femmes et de leur désirs est indispensable. .

Cette même étude pourrait être intéressante dans quelques années. Nous pouvons supposer que si la loi française permet une légalisation de la PMA à des femmes seules, la proportion des femmes enceintes célibataires augmenterait donc, et des évolutions dans la manière d’accompagner la grossesse et l’accouchement pourraient être nécessaires.

Une étude complémentaire qui donnerait la parole à ses femmes pourrait être utile. En leur donnant la possibilité de s’exprimer, on pourrait les aider à se déculpabiliser et ainsi favoriser une relation de confiance avec les soignants, leur permettant ainsi de se sentir soutenues, comprises et en sécurité.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 : les naissances et les établissements situation et évolution depuis 2010 [en ligne]. 2017 october [cité le 4 mars 2019];[317p.]. Disponible : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
2. Office de la naissance et de l'enfance. Banque de données médico-sociales : Rapport 2015 chapitre 3. Bruxelles.[en ligne].2015 [cité le 4 mars 2019];[28p.] Disponible http://www.one.be/uploads/tx_ttproducts/datasheet/BDMS_2015_Chapitre_3.pdf
3. INSEE première n°1663 : des ménages toujours plus nombreux, toujours plus petit. 2017 august [cité le 04 mars 2019];[4p.] Disponible <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3047266>
4. INSEE Références. Fiches thématiques : familles avec enfants [en ligne]. 2015 [cité le 4 mars 2019];[20p.]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2017516?sommaire=2017528>
5. Delamarre G, Giraud A. Les mères de famille monoparentale et les retraitées du Poitou-Charentes plus souvent exposées à la pauvreté. Décimal INSEE Poitou-Charentes [en ligne]. Juillet 2010, numéro 306 [cité le 4 mars 2019];[9p.] Disponible <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/2699/1/dec306.pdf>
6. Junttila N, Ahlqvist-Björkroth S, Aromaa M, Rautava P, Piha J, Räihä H. Intercorrelations and developmental pathways of mothers' and fathers' loneliness during pregnancy, infancy and toddlerhood--STEPS study. Scand J psychol - PubMed - NCBI. [en ligne]. 2015 Oct [cité 13 janv 2016];56(5):482-8

7. Phelan A, DiBenedetto M, Paul I, Zhu J, Kjerulff K. Psychosocial Stress During First Pregnancy Predicts Infant Health Outcomes in the First Postnatal Year. - PubMed - NCBI. *Matern Child Health J.* [en ligne]. 2015 Dec [cité 4 mars 2017];19(12):2587-97
8. L'assurance Maladie, CETAF. Le score EPICES [en ligne]. february 2019 [cité le 6 avril 2019];[2p.] Disponible : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-02/ETP_07_02_2019_Score_EPICES.pdf
9. Basdevant A. Obésité, précarité, aide alimentaire. *Bull Epidemiol Hebd.* [en ligne]. 2014[cité 4 mars 2017];(18-19):314-5. Disponible : http://www.invs.sante.fr/beh/2014/18-19/2014_18-19_0.html
10. Globevnik Velikonja V, Lučovnik M, Premru Sršen T, Leskošek V, Krajnc M, Pavše L, Verdenik I, Tul N, Blickstein I. Violence before pregnancy and the risk of violence during pregnancy. *J Perinat Med.* 2018 Jan 26;46(1):29-33.
11. Leone M, Lapucci E, De Sario M, Davoli M1, Farchi S, Michelozzi P. Social network analysis to characterize women victims of violence. *BMC Public Health.* 2019 May 2;19(1):494.
12. A.Hernandez, S.Ndamé, MC. Mauroy. Caractéristiques médico-sociales des femmes en situation d'isolement, issues obstétricales et néonatales. Office de la naissance et de l'enfance. 2017 [cité le 6 avril 2019]; [32p.] Disponible : <http://www.sfmp.net/wp-content/uploads/2017/10/Hernandez.pdf>

7. SUMMARY

Objectives : Identify the medico-social characteristics of single pregnant women, as well as the course of the pregnancy, mode of delivery and condition of newborn at birth. Obstetric and neonatal outcomes were compared to the results of the 2016 “*Enquête nationale périnatale*” (ENP).

Equipment and methods : Retrospective observational study on 132 cases of single pregnant women at the University Hospital of Poitiers, from January 1, 2015 to December 31, 2016.

Results : Addictive behaviors, hospitalization, and premature deliveries increase for single patients. On the contrary, women in the general population are more likely to choose breastfeeding and their newborns have a better adaptation to extra-uterine life.

Conclusion : Loneliness can be responsible for social precariousness that has consequences for pregnancy and childbirth. Single pregnant women need more support to optimize the quality of their follow-up

Keywords : Single pregnant woman, single, pregnancy, delivery

8. RÉSUMÉ

Objectifs : Identifier les caractéristiques médico-sociales des femmes enceintes célibataires, ainsi que le déroulement de la grossesse, le mode d'accouchement et l'état du nouveau-né à la naissance. Les issues obstétricales et néonatales ont été comparé aux résultats de "*l'Enquête nationale périnatale*" (ENP) de 2016.

Matériel et méthode : Etude observationnelle rétrospective portant sur 132 dossiers de femmes enceintes célibataires du CHU de Poitiers, sur la période du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2016.

Résultats : Majoration des conduites addictives, du nombre d'hospitalisation, ainsi que des accouchements prématurés pour les patientes célibataires. A l'inverse, les patientes de la population générale sont plus nombreuses à choisir un allaitement maternel et leurs nouveau-nés ont une meilleure adaptation à la vie extra utérine.

Conclusion : Le célibat peut être responsable d'une précarité sociale qui n'est pas sans conséquences sur la grossesse et l'accouchement. Les femmes enceintes célibataires nécessitent un accompagnement plus renforcé pour optimiser la qualité de leur suivi.

Mots-clés : femme enceinte célibataire, seule, grossesse, accouchement