

LES MATERNITÉS PRÉCOCES DANS LES PAYS DÉVELOPPÉS : PROBLEMES, DISPOSITIFS, ENJEUX POLITIQUES

Etude effectuée à la demande de la Caisse nationale d'Allocations familiales
(CNAF)

Anne Daguerre, Corinne Nativel
CERVL - Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux

Février 2004

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	3
INTRODUCTION.....	8
CHAPITRE I - AU-DELA DE LA MEDIATISATION : REALITES ET ENJEUX D'UN PHENOMENE SOCIAL	10
<i>A. Un état des lieux.....</i>	<i>10</i>
<i>B. Expliquer les grossesses adolescentes</i>	<i>14</i>
CHAPITRE II - CONSEQUENCES DE LA MATERNITE CHEZ LES JEUNES MERES.....	18
<i>A. Conséquences socio-économiques.....</i>	<i>18</i>
<i>B. Conséquences médicales et psychiques.....</i>	<i>19</i>
CHAPITRE III - LES POUVOIRS PUBLICS FACE AUX MATERNITES PRECOCES	22
<i>A. Politiques de prévention</i>	<i>22</i>
<i>B. Dispositifs d'accompagnement.....</i>	<i>27</i>
CHAPITRE IV - GROSSESSE ET MATERNITE PRECOCES : QUELLES MODES D'INTERVENTION ?.....	30
<i>A. Communication et intervention sociale : l'importance du « site »</i>	<i>30</i>
<i>B. Typologie des modes d'encadrement selon les régimes sociaux.....</i>	<i>34</i>
CONCLUSIONS - LES GROSSESSES ADOLESCENTES EN PERSPECTIVE	37
<i>A. Adolescence et maternité au cœur du changement sociétal et de la redéfinition de l'intervention publique.....</i>	<i>37</i>
<i>B. Quelques pistes de recherches</i>	<i>39</i>
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	42
ANNEXES.....	46

AVANT-PROPOS

Réalisée pour la Direction des statistiques, des études et de la recherche, cette étude sur les mères adolescentes de Anne DAGUERRE et Corinne NATIVEL s'inscrit dans la problématique des évolutions de la famille, et des familles monoparentales. Singulièrement, elle enrichit la connaissance sur les adolescents, leur comportement vis-à-vis de la sexualité, leurs représentations de la maternité, de la paternité, du couple, de la famille, de leur participation sociale.

Cette étude en quelque sorte s'intéresse et s'adresse aux jeunes, aux familles (les parents) et aux institutions politiques. Le cas particulier des mères mineures met en exergue l'importance des comportements collectifs et individuels, de l'environnement familial, amical, institutionnel, politique, sociétal.

Intitulée « Les maternités précoces dans les pays industrialisés : problèmes, dispositifs, enjeux politiques », cette synthèse des connaissances sur les jeunes mères mineures se présente en quatre parties : réalités et enjeux d'un phénomène de société, conséquences de la maternité chez les jeunes mères, les politiques des pouvoirs publics, les modes d'intervention. Il s'agit d'une analyse comparative dans les différents pays occidentaux. La conclusion met en exergue les problématiques contradictoires en jeu, les expérimentations d'actions préventives et d'accompagnement les plus intéressantes, des propositions d'axes d'études dans le prolongement de cette réflexion synthétique.

Approche du phénomène des maternités précoces

Alors que le nombre de maternités précoces a fortement diminué ces dix dernières années, mais de façon inégale selon les pays et leur contexte culturel et politique, le phénomène reste entier même en France et très présent dans les débats publics. Les deux voies d'intervention que sont la prévention et l'accompagnement s'intéressent aux adolescents et à leurs pratiques sexuelles, à leur environnement de vie et à leur quête identitaire. La France se caractérise par une absence de travaux associant directement les adolescents et les jeunes potentiellement concernés, à l'inverse des pays anglo-saxons. Pour compenser ce manque les chercheuses ont étudié et apporté un matériau original repéré sur les sites et forums internet mettant en relation les réseaux informels de jeunes.

Le travail donne ainsi un courant dynamique, concret et original en termes de réponses et modes d'interventions sociales ; les jeunes participent par la voie électronique, à l'information, l'écoute, l'attention, le dialogue. S'appuyant notamment sur les travaux de De Singly, Commaille, Martin, Goody, Dortier, l'OCDE, l'UNICEF, cette synthèse est axée sur l'analyse des mutations en cours de l'adolescence, des structures familiales, des options culturelles, sociales, économiques, technologiques.

Le phénomène est très prégnant en Grande Bretagne, « pays des baby-mères », où la presse le présente en termes de « mort sociale ». En France en 1997, 13 000 grossesses mineures sont enregistrées, contre 21 000 en 1980 : le nombre de naissances diminue, celui des IVG stagne (1). Le nombre des très jeunes mères (moins de 16 ans) augmente. On note une évolution du comportement sexuel des jeunes : les jeunes filles ont leurs premiers rapports vers 16 ans en 2000 contre vers 18 ans et demi en 1970.

La géographie des grossesses adolescentes rejoint celle des régions les plus défavorisées, marquées par l'exclusion et le chômage, les zones rurales, et les banlieues en difficultés. D'autres facteurs interviennent comme l'influence culturelle et culturelle, et les expériences de

la petite enfance. Des lois restrictives sur l'avortement influencées par l'église catholique en Espagne, Italie, Irlande, infléchissent le nombre de grossesses précoces. Le mode de relations entre jeunes hommes et jeunes filles, les difficultés de communication avec les parents, agissent sur les comportements.

S'ajoutent des facteurs d'ordre psychologique. Les enfants ayant vécu sans leur père ont moins le sens de la réalité, toutes catégories sociales confondues, augmentant les comportements sexuels à risque chez les adolescents, plus fortement que la prise de drogue, l'anxiété, la dépression. La littérature est unanime à considérer les effets négatifs des maternités précoces pour les enfants et leurs parents. Les conséquences sociales et économiques sont particulièrement importantes dans les pays anglo saxons. Une analyse américaine coût- bénéfice d'un dispositif de prévention en évalue le bénéfice économique, au-delà de l'objectif de qualité de vie.

Conséquences sociales et économiques

Dans tous les pays, les conséquences sociales sont d'abord l'interruption de la scolarité et le risque d'emploi sous-qualifié, notamment au Portugal et en Finlande : en moyenne 67 % des jeunes filles ayant un enfant entre 15 et 19 ans n'ont pas le baccalauréat, contre 34 % après 20 ans (2). Les risques d'isolement social et familial, de difficultés de santé (dépression, tabagisme) sont également des conséquences majeures notamment aux Etats Unis, entraînant pauvreté et exclusion.

Le devenir de l'enfant se caractérise le plus souvent par des carences affectives, morales, financières, humaines, sanitaires, et par le risque d'abandon. C'est le cas en France pour un enfant sur deux. Aux Etats Unis et en Grande Bretagne, les taux de mortalité infantile, les déficits de développement, les accidents sont plus fréquents, en raison de la méconnaissance des jeunes mères en matière d'éducation, leur grossesse étant paradoxalement moins suivie. Les études scientifiques insistent sur les conséquences négatives, influençant dans ce sens l'action publique.

Les études anthropologiques apportent un autre regard : dans certaines localités (en Angleterre), la maternité précoce permet au groupe d'assurer survie et cohérence interne, ou encore d'éviter des attitudes de rejet de la part du clan. Dans la ville de pêcheurs d'Hull (Angleterre), les femmes habituées depuis plusieurs générations à élever seules leurs enfants se montrent compréhensives, réduisant le risque de marginalisation des jeunes mères, et démontrant l'importance de l'attitude de l'environnement local.

Les politiques publiques

Les pouvoirs publics restent mobilisés alors que le phénomène diminue. Les politiques de prévention s'intéressent à l'éducation sexuelle des adolescents, incluant les dispositifs tels que l'IVG. Les politiques d'accompagnement des mères mineures visent à prendre en charge la grossesse menée à terme, et à mettre en œuvre des dispositifs de soutien économique et social pour les mères et leurs enfants.

Trois types de régulation politique sont observés, correspondant à trois zones de pays. Les Etats Unis privilégient la préservation de la sexualité des jeunes, celle-ci étant réservée aux adultes. La loi de 1978 sur la *Vie Familiale Adolescente* a encouragé des programmes d'abstinence sexuelle, relayés par l'*Office de la Sexualité Adolescente* (planning familial) et les « *Chastity Centers* » (réseau de centres d'écoute). La loi de 1996 mettant en place la prestation « *Temporary Assistance for Needy Families* » (assistance temporaire aux familles en difficulté) promeut la réduction des grossesses adolescentes et encourage les liens familiaux stables dans le cadre du mariage. Les effets de ces politiques sont très

controversés, en l'absence d'impacts positifs sur le comportement sexuel des jeunes. On observe au contraire une hausse des maternités précoces.

Dans les différents pays développés, les mesures de prévention ne permettent ni de retarder les premières expériences sexuelles ni d'améliorer l'accès des jeunes à la contraception. La Grande Bretagne a également pour objectif de préserver les adolescents de la sexualité. Elle se heurte aux contradictions affichant d'un côté une attitude de déni et de l'autre « que les rapports sexuels sont la norme » : les jeunes se protègent moins. La « *Teenage Pregnancy Unit* » créée en 2002 met en œuvre les directives du rapport de la *Social Exclusion Unit* : les structures scolaires et universitaires mettent à disposition des moyens de contraception et des services médicalisés et d'écoute visant à responsabiliser les jeunes filles et les jeunes hommes.

L'Europe continentale et scandinave, plus permissive, contrôle ces questions en assurant un accompagnement des adolescents. Depuis 1975, le développement de la contraception, de l'IVG, de l'information ont permis de diminuer les maternités précoces (moins 80 % en Suède). En France aucun effet négatif de la mise à disposition de la pilule du lendemain en 2000 n'a été relevé. L'information sur le SIDA et sur les MST a été privilégiée.

L'accompagnement des maternités précoces est associé à celui des parents isolés. Deux types d'objectifs sont poursuivis : l'accès à l'autonomie économique et sociale (sociétés inclusives) et la lutte contre l'exclusion (sociétés inégalitaires). Cette dichotomie différencie les pays d'Europe continentale -dont la France- qui ont un projet d'intégration par la formation et l'accès au marché du travail et les pays anglo-saxons qui luttent contre la dépendance économique et sociale. En Allemagne par exemple, l'accent est mis sur l'apprentissage –rattrapage scolaire ou formation professionnelle- en le conciliant avec la vie familiale.

Les modes d'intervention

En Autriche des groupes de discussion et de conseil animés par des psychologues associent les pères (association ISIS). En Angleterre deux services sociaux gérés en partenariat local (municipalité, santé, éducation, social) sont créés en 2003 : 128 « *Sure Start* » et 50 « *Connexions* » pour accueillir les parents d'enfants de moins de 3 ans et les jeunes de 13 à 19 ans. Chaque jeune est accompagné dans son projet par un conseiller. En France le Mouvement Français pour le Planning Familial (20 fédérations régionales ; 63 associations départementales) propose des services médicalisés mais inadaptés à la population des adolescents. Les chercheuses suggèrent la création d'un contact individualisé avec un conseiller à l'instar de « *Connexions* » à l'attention des adolescents.

Les structures de conseil existent dans les métropoles, mettant de côté les besoins des petites et moyennes agglomérations et le milieu rural. Aussi les chercheuses suggèrent encore l'utilisation des « sites web » qui répondraient aux besoins territorialisés, individualisés, anonymes des adolescents; bien que risquant d'accentuer les inégalités, ces moyens de communication sont prisés de cette population. De tels sites existent déjà, comme *Fil santé jeunes.com* pour les jeunes en détresse en France. Un Forum associé au site permet d'échanger des conseils entre jeunes. En Suisse, un forum de discussion *Mamans Adolescentes et Jeunes Mamans* permet les échanges entre jeunes mères. L'information, le dialogue, la disposition de ressources affectives et relationnelles peuvent donc passer par les réseaux de sociabilité des adolescents.

Des typologies des modes de régulation et d'encadrement mettent en évidence l'efficacité maximale de la Suède. La France se situe en deuxième position, puis les Pays Bas, le Canada. Les critères d'intervention des États Unis et du Royaume Unis ont les résultats les

plus négatifs. Grèce et Portugal font exception, les couples se mariant à un âge précoce contrairement à l'Italie et l'Espagne. On notera une grille typologique intéressante selon les modèles politiques et familiaux, l'attitude à l'égard des jeunes et les pays.

Désir de reconnaissance dans un contexte de crise économique et sociale, « étape déstabilisante de la vie », quête de restructuration face la permissivité et la « mollesse » parentale, sont autant d'expressions des maternités adolescentes et de débats contradictoires. Même l'accès à l'information sur la sexualité est facteur d'inégalité, car fondé sur les réseaux relationnels. Des recommandations vers l'école, les médias, les pouvoirs publics, sont suggérées afin de véhiculer des messages positifs aux jeunes axés sur la production sociale, la participation à la sphère collective, actions de responsabilisation, plus que sur des interdictions ou des dénis. La presse des adolescents est également un vecteur privilégié pour atteindre cette population.

Parmi les axes de recherche à développer, on peut retenir des travaux qualitatifs associant des adolescents, l'entourage familial et institutionnel, sur l'attention aux comportements des jeunes, le milieu et le cadre de vie, la géographie des réseaux relationnels, l'encadrement des mères mineures, le rôle des jeunes garçons, l'âge moyen du père de l'enfant de mère mineure, cartographie des avortements et maternités adolescentes.

Quelques enseignements

Ce travail met en exergue l'importance de l'accueil attentif à porter aux adolescents, à recueillir leur parole, à renforcer la qualité des relations familiales, intergénérationnelles et institutionnelles par l'information adaptée, la formation, le dialogue. L'importance des groupes de parole entre jeunes, y compris par le biais des forums électroniques est également soulignée. On retiendra l'analyse comparative des attitudes des politiques publiques face aux maternités précoces, les plus permissives étant les plus efficaces. Des messages sont adressés aux pouvoirs publics pour développer communication et soutien intensif aux adolescents.

Les chercheuses retiennent trois directions possibles adaptées aux jeunes permettant échange, information, soutien : les structures de proximité et l'accès à des personnes ressources (dispositifs de parrainage), le dialogue intra-générationnel permettant la participation à l'élaboration de programmes de prévention, la mise à disposition d'outils technologiques d'information et de communication. Les chercheuses, elles-mêmes jeunes, impliquées par la problématique ont donné à ce travail un ensemble particulièrement vivant. La presse s'est très largement fait l'écho de ces travaux.

Christiane Crépin
CNAF, pôle Recherche et Prospective

A propos des auteurs

Cette synthèse a été réalisée par Corinne Nativel et Anne Daguerre, deux chercheuses associées au CERVL - *Pouvoir, Action Publique, Territoire* de l'Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux (UMR 5116 du CNRS).

Corinne Nativel, docteur en sciences sociales, est l'auteur d'un ouvrage, *Economic Transition, Unemployment and Active Labour Market Policy : Lessons and Perspectives from the East German Bundesländer* [« Transition économique, chômage et politiques actives du marché du travail : leçons et perspectives des Länder de l'Allemagne de l'est »], publié aux Presses Universitaires de l'Université de Birmingham (Royaume-Uni) en 2003. Elle a occupé plusieurs postes auprès d'universités britanniques et effectué des travaux pour le compte de l'OCDE et de la Commission Européenne. Elle est actuellement chargée de recherche dans le département de géographie de l'université de Kingston, dans la région de Londres. Ses recherches portent sur la géographie et la sociologie du travail, de la famille, des politiques publiques de l'emploi, et du tiers secteur.

Anne Daguerre, docteur de l'Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux, est l'auteur d'un ouvrage sur « *La protection de l'enfance en France et en Angleterre 1980-1989* » publié chez l'Harmattan en 1999. Elle est actuellement chargée de recherche à l'université du Kent à Canterbury (Royaume-Uni). Ses travaux de recherches sont axés sur les politiques publiques de la famille, de l'aide sociale et de l'emploi, plus particulièrement dans une perspective comparative. Elle est actuellement impliquée dans un projet de recherche européen portant sur les réformes de l'Etat-providence et la gestion du changement sociétal.

INTRODUCTION

Le désir est manque d'être, il est hanté en son être le plus intime par l'être dont il est désir. Ainsi témoigne-t-il de l'existence du manque dans l'être de la réalité humaine. (Jean-Paul Sartre, *l'être et le néant*, 1943).

Les évolutions en matière de fécondité et de maternité représentent actuellement d'importants enjeux politiques et sociaux, en France ainsi que dans de nombreux autres pays industrialisés. En effet, depuis les années 1980, des changements considérables sont intervenus au sein des structures de la famille (De Singly, 1991 ; Commaille et Martin, 1998 ; Goody, 2001 ; Dortier, 2002). Constatant l'essor de l'emploi féminin et des familles monoparentales ainsi que la survenance de plus en plus tardive des grossesses, sinon le renoncement à fonder une famille, de nombreux chercheurs et praticiens s'interrogent actuellement sur les dispositifs qui permettraient aux femmes de concilier vie familiale et professionnelle (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2002 ; OCDE, 2002 ; Barrère-Maurisson, 2003).¹

Les mères mineures ont des comportements de fécondité qui suivent une évolution parallèle à celle des adultes. A l'image des femmes plus âgées, elles ont moins d'enfants que par le passé. L'accès à la contraception et à l'avortement a provoqué, entre autres facteurs, une diminution constante du phénomène depuis une trentaine d'années (UNICEF, 2001). Pourtant, l'attention des pouvoirs publics à l'égard des maternités précoces, définies comme la survenance d'un enfant avant l'âge de la majorité civique² a augmenté de manière constante dans l'ensemble des pays de l'OCDE. Ce paradoxe n'est qu'apparent : en effet ce n'est pas tant l'ampleur du phénomène qui inquiète les pouvoirs publics mais les conséquences largement négatives de ces grossesses, notamment en termes d'exclusion sociale.

Ce document de synthèse est le fruit d'une commande passée par la Direction des Statistiques, des Etudes et de la Recherche de la Caisse nationale des allocations familiales. Il s'inscrit dans un cadre d'une sensibilisation au phénomène et tente donc de répondre à l'augmentation de la demande sociale sur le sujet. En effet, la littérature de langue française reste relativement peu documentée sur l'évolution des grossesses adolescentes et sur les dispositifs existants dans d'autres pays développés, notamment dans les pays anglo-saxons concernés au premier chef par le phénomène. Le rapport vise donc à pallier dans la mesure du possible cette lacune : il situe la situation des maternités précoces en France dans une perspective comparée, notamment au niveau des pays de l'Union européenne et des Etats-Unis. S'appuyant sur la littérature afférente sur le sujet (ouvrages scientifiques, enquêtes, rapports, articles, et autre littérature « grise »), il examine les conditions d'entrée dans les grossesses adolescentes, leurs conséquences économiques et sociales, et les divers dispositifs mis en œuvre par les pouvoirs publics. Ainsi, ce travail de synthèse se place dans une visée à la fois comparative, prospective et analytique : il cherche non seulement à cerner les enjeux politiques et sociaux que représentent les maternités précoces dans divers pays développés, mais également à comprendre pourquoi certaines réponses semblent relativement mieux adaptées que d'autres.

¹ En 2001, l'âge moyen à la maternité était de 29,4 comparé à 27,2 en 1970.

² Les grossesses adolescents sont définies par convention comme les maternités survenant entre 13 ans et 19 ans, ce qui inclue les très jeunes mères mineures.

Le rapport se divise en quatre chapitres. Le premier chapitre dresse un état des lieux rassemblant et comparant des données statistiques et résultats d'enquêtes qualitatives en France et dans une perspective comparée. Ce chapitre tente également de mettre en relief les facteurs individuels et contextuels favorisant les grossesses adolescentes. Une analyse des principales conséquences socio-économiques et médicales pour les jeunes mères et leur(s) enfant(s) est ensuite proposée dans le deuxième chapitre. Le troisième chapitre synthétise les principaux débats et dispositifs publics mis en œuvre pour anticiper ou répondre au problème des maternités précoces. Enfin, quelques modèles de bonnes pratiques d'accompagnement « de proximité » sont présentés dans le dernier chapitre qui dresse par ailleurs une typologie des modes d'encadrement des adolescentes et jeunes mères. La conclusion envisage les évolutions à venir ainsi que des pistes de recherches possibles en matière de comportements sexuels et reproductif chez les adolescentes.

Nous rappellerons que la problématique des grossesses mineures ne peut être dissociée de l'analyse des profondes mutations de l'adolescence. Les réflexions actuelles sur ce sujet attirent l'attention ou sur les transformations des structures familiales, ou sur les bouleversements culturels, sociaux, économiques, voire technologiques de nos sociétés contemporaines. Nous proposerons que les politiques publiques soient plus étroitement calquées sur l'échelon se situant à mi-chemin de ces deux champs d'analyse, à savoir celui de l'espace quotidien, du milieu de vie dans lequel se nouent les liens à autrui et s'expriment les désirs adolescents.

Chapitre I - Au-delà de la médiatisation : Réalités et enjeux d'un phénomène social

Suite à un récent voyage « au pays des baby-mères », un journaliste de Libération incite le lecteur à s'interroger sur les difficultés que rencontrent les jeunes filles confrontées à la maternité.³ L'article décrit un phénomène situé dans l'espace social et géographique ; il rapporte qu'à Hull, ville portuaire du nord-est de la Grande-Bretagne, la catégorie « mamans ados » est fortement développée. Le cas de la Grande-Bretagne est pertinent, puisque tout comme dans d'autres pays anglo-saxons, les maternités précoces y sont largement plus répandues qu'en France. Il n'est donc guère étonnant que la terminologie fortement alarmiste utilisée dans la presse anglo-saxonne apparente ce phénomène à une « mort sociale » ou un « suicide social ».

La problématique des « filles-mères » semble également éveiller l'intérêt des émissions « grand public » dans lesquelles s'affrontent des visions souvent caricaturales de la réalité sociale. Lors d'une émission-débat de ce type sur la chaîne de télévision France 2 en janvier 2003, des mères mineures étaient invitées à témoigner devant une audience de spectateurs. En effet, cette population tantôt qualifiée de vulnérable, tantôt de manipulatrice, suscite de nombreuses interrogations et polémiques auprès de l'opinion publique.

Au-delà de l'anecdote et de la médiatisation, il convient bien entendu, d'observer et d'analyser ce type de grossesse et de maternité de manière plus systématique et rigoureuse. Le phénomène soulève un certain nombre de questions : on peut se demander si la maternité à l'âge adolescent est effectivement un vaste problème dans les pays développés, et dans quelle mesure la France est relativement touchée. D'autre part, se pose la question d'identifier *qui* sont les personnes concernées, ce qui nécessite de dresser un profil des caractéristiques socio-économiques et culturelles des jeunes mères. Le *pourquoi*, c'est-à-dire les raisons motivant ce choix individuel, constitue également une piste de réflexion essentielle pour comprendre ce phénomène. Enfin, la question de savoir quelles en sont les principales conséquences mérite à elle seule une attention particulière et sera donc examinée ultérieurement.

A. Un état des lieux

1. Sexualité et grossesses adolescentes : quelques chiffres en France

Un rapport publié par l'INED (Institut National des Etudes Démographiques) en octobre 2000 faisait état d'une diminution des grossesses adolescentes de plus d'un tiers (36%) entre 1980 et 1997. En 1997, la France enregistrait 13 192 grossesses mineures, contre 20 710 en 1980. Depuis les années 1990, les chiffres sont restés relativement stables, voire en baisse, sauf pour les naissances chez de très jeunes mineures, c'est-à-dire de moins de seize ans, qui sont en augmentation relative. En 1996, les statistiques de l'INSEE relevaient 6 191 enfants nés de mineures pour 734 000 accouchements dans la population générale, soit 0,8 % des naissances, dont 880 chez des mères de moins de seize ans. Ce chiffre correspondait à 14% des naissances issues de mineures, alors qu'en 1991, il n'atteignait que 10% (Guettier, 2000).

Environ la moitié des naissances et des avortements survenant chez les mineures sont le fait d'adolescentes de 17 ans. En 1980, sur 1000 jeunes femmes ayant atteint 18 ans, 28 avaient déjà donné naissance à un enfant et 24 avaient déjà avorté. Ce taux de 24 pour mille était resté stable en 1997, alors que le nombre d'adolescentes devenues mères, n'était plus que de 12 pour mille (Kafé et Brouard, 2000).

³ Boltanski C., « Au pays des baby-mères », *Libération*, 5 juillet 2002, pp.14-15.

L'évolution de la fécondité des 12-17 ans a connu deux phases. Durant la première au cours des années 1980, la proportion des adolescentes entamant une grossesse a connu une forte diminution de 5,4 % ce qui s'est traduit par une baisse de la fréquence des naissances et dans une moindre mesure, des interruptions volontaires de grossesses (IVG). La décennie des années 1990 a été plus stable : elle s'est caractérisée par une légère augmentation des IVG et une baisse des naissances.

La diminution des naissances chez les mineures s'explique non seulement par l'adoption de la loi Veil sur l'avortement en 1975, mais également par les actions menées en matière de contraception qui ont induit des changements dans les comportements sexuels des adolescents, notamment par l'anonymat et la gratuité de la contraception suite à l'autorisation de la pilule en 1974. Si l'usage du préservatif est devenu un moyen contraceptif courant (45% des jeunes l'utilisent lors du premier rapport sexuel), dans de nombreux cas, le premier rapport a lieu sans contraception ; selon les sources il s'agirait de 30 à 50% des cas. De plus, une contraception met entre six mois et un an pour s'installer. Enfin, les adolescents ont une vie sexuelle sporadique et irrégulière (Lagrange, 1999) et l'âge de la puberté a baissé : en 2000, il était estimé en moyenne de douze ans. Les premiers rapports sexuels ont donc lieu plus tôt pour les filles, à savoir entre quinze et dix-sept ans en 2000 au lieu de 18 ou 19 ans dans les années 1970 (Guettier, 2000). Par ailleurs, l'enquête menée par Hughes Lagrange et Brigitte Lhomond en 1994 auprès d'adolescents entre 15 et 18 a établi qu'à 16 ans, 41,1% des filles n'étaient plus vierges, contre 45,5% des garçons. A 18 ans, pratiquement les trois quarts des adolescents interrogés avaient perdu leur virginité.

Selon le rapport Uzan sur « La prévention et la prise en charge des grossesses chez les adolescentes » (1998), une grossesse sur deux aboutit à une IVG, ce qui représente 3% des avortements en France. Le problème des grossesses répétitives est également mis en relief. Un nombre important d'adolescentes sont à nouveau enceintes après une IVG ; par exemple, 16,6% des jeunes filles accueillies dans la clinique du docteur Uzan avaient des antécédents de grossesses.

La grossesse précoce est définie comme un phénomène social préoccupant au sein de la société française même si l'on enregistre une diminution en termes absolus du nombre d'adolescentes concernées sur les trente dernières années, à l'instar de l'évolution constatée dans les autres pays de l'OCDE. Enfin, l'ampleur du phénomène est bien moindre en France que dans les pays anglo-saxons et ceux d'Europe centrale et orientale (voir annexe 1).

2. Une perspective comparée

Selon l'UNICEF (2001), au moins 1.25 millions d'adolescentes deviennent enceintes chaque année dans les 28 pays de l'OCDE. Environ un demi million choisissent d'interrompre leur grossesse, tandis que 0.75 million d'entre elles deviennent jeunes mères. La France se situe au-dessous de la moyenne des pays de l'OCDE avec seulement 4% des femmes de 20 ans ayant eu un enfant au moment de l'adolescence, contre 7% pour la moyenne des pays de l'OCDE. On observe une division très nette entre les performances des pays anglo-saxons, avec des taux très élevés de grossesses adolescentes aux États-Unis (22%), en Nouvelle-Zélande (14%) et au Royaume-Uni (13%) alors que la Suisse (2%), les Pays-Bas (3%) et la Suède (3%) parviennent bien mieux à contrôler le phénomène.

Les Pays-Bas ont l'un des taux de grossesses précoces parmi les plus bas du monde : 8,1 pour 1000 jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans. Par contraste, les États-Unis présentent des scores élevés (93/1000). Ceux-ci sont loin d'être négligeables au Royaume-Uni (62,6/1000) et au Canada (42,7/1000).

Tableau 1 : Incidence des grossesses adolescentes : comparaison des données officielles avec celles du recensement des ménages de l'Union européenne (ECHP)

	Taux annuels pour mille	
	Données officielles (UNICEF)	Données ECHP (European Community Household Panel Survey)
Pays-Bas	7	5
Danemark	10	10
Italie	11	6
Belgique	13	8
Finlande	14	9
Espagne	14	11
France	15	10
Irlande	17	17
Allemagne	20	12*
Autriche	25	19
Grèce	27	31
Portugal	28	24
Royaume-Uni	30	24

* Le taux pour l'Allemagne est artificiellement bas en raison de l'absence de données mensuelles pour ce pays qui produit une surestimation de l'âge de la mère d'environ six mois au moment de la naissance de l'enfant.

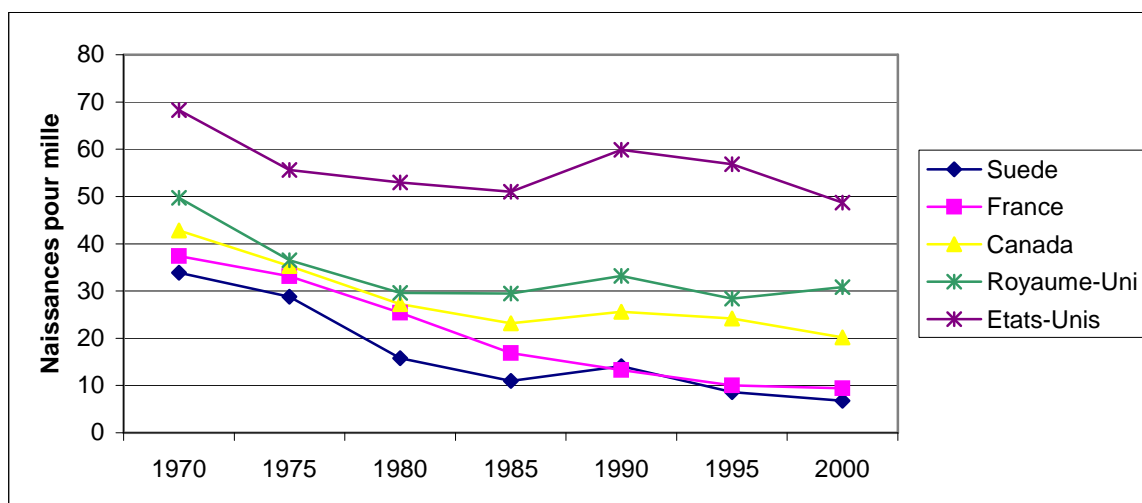
Source : Richard Berthoud et Karen Robson (2001), p.13.

Deux rapports comparant méthodiquement la situation des mères mineures à l'échelle internationale ont récemment été publiés. L'enquête de Berthoud et Robson (2001) effectuée pour le compte de l'UNICEF se rapporte à treize pays de l'Union européenne et utilise les données du ECHP (*European Community Household Panel* ou « enquête auprès des ménages de l'Union européenne ») qui permettent de comparer plusieurs échantillons de la population.⁴ Le rapport de Darroch *et al.* (2001) de l'institut Alan Guttmacher à New York compare cinq pays (Canada, Etats-Unis, France, Royaume-Uni, Suède) et se base sur des méthodes croisées dans chacun des pays concernés.⁵ Ces deux rapports fournissent des données quantitatives qui permettent de compléter les statistiques officielles fondées sur l'enregistrement des naissances. Par exemple, selon le ECHP utilisé par Berthoud et Robson, l'incidence des grossesses adolescentes serait légèrement inférieure aux données de l'UNICEF (voir Tableau 1). L'enquête de Darroch *et al.* quant à elle, introduit une dimension longitudinale et confirme la baisse générale au cours des trente dernières années (voir Graphique 1).

⁴ L'enquête auprès des ménages de l'Union européenne est une base de données établie en 1994 qui permet d'effectuer des analyses longitudinales. Dans le cas présent, la base de données permet d'extraire des informations sur les femmes ayant des enfants. Elle permet notamment de calculer l'âge de la mère lors de la naissance de son premier enfant et donc d'isoler un échantillon de mères mineures à la naissance de l'enfant, que l'on compare à un échantillon de femmes ayant eu leur premier enfant à un âge plus avancé.

⁵ L'étude pour la France a été réalisée par des chercheurs de l'INSERM. Voir Bajos N. et Durand S. (2001) *Adolescent Sexual and Reproductive Behaviour in Developed Countries : Country Report for France*, Occasional Report No.4, New York : Alan Guttmacher Institute.

Graphique 1 : Evolution des taux de naissance (pour mille) parmi les 15-19 ans



Source : Darroch *et al.* (2001), p.103.

La comparaison par pays indique que dans l'ensemble des pays scandinaves (Suède, Danemark, Finlande, Norvège) les jeunes filles ont plus fortement recours à l'interruption de grossesse qu'en Allemagne, en Belgique, en Irlande, aux Pays-Bas et dans les pays du Sud de l'Europe. La France se situe au niveau médian (Singh et Darroch, 2000).

En outre, on constate qu'il existe d'importantes variations géographiques au sein des pays ; il convient par conséquent d'attirer l'attention sur la dimension régionale et locale de ce phénomène. Par exemple, la région du centre de l'Italie affiche un taux de grossesses adolescentes de 3,3 pour mille ce qui la place juste derrière la Corée, parmi les pays de l'OCDE ayant un taux de grossesses mineures très modeste. En revanche, la région du Sud de l'Italie, le Mezzogiorno, qui est notoirement plus pauvre, affiche un taux de 10 pour mille. Si ce taux s'appliquait au niveau national, l'Italie perdrait sa sixième place de « bon élève » et descendrait au douzième rang.

Au Royaume-Uni, les régions les plus défavorisées (principalement les centres villes ou « inner cities », et certaines larges conurbations du Nord-Est) ont des taux de grossesses jusqu'à six fois supérieurs au taux des localités les plus prospères. Comme l'affirme Christophe Boltanski (2002, p.14), « la carte des grossesses adolescentes, c'est celle des friches industrielles, des laissés-pour-compte de la prospérité, de 'l'Angleterre noire', ce Nord autrefois couvert de suie ». En Suède et au Canada, ce sont les régions à caractère rural qui affichent les taux de grossesses les plus élevés (Darroch *et al.*, *op.cit.*, p.43). Le cas de la région du Nord-ouest canadien où le taux de grossesses adolescentes est de 87 pour mille, (comparé un taux national de 23 pour mille) suggère que la concentration de populations autochtones influe sur les données. Si aucun travaux n'ont été effectués en France sur la dimension géographique et ethnique de ce phénomène, elle correspond selon toute vraisemblance à la cartographie de l'exclusion et du chômage, notamment de la ruralité et des banlieues défavorisées. L'opinion publique a récemment été alertée par la médiatisation de la pratique des « tournantes » dans les cités et quartiers en difficulté. En effet, les viols collectifs⁶ exposent les jeunes adolescentes à des risques sévères, dont entre autres, celui d'une maternité non désirée (Bellil, 2002).

⁶ Il est difficile de déterminer si les viols collectifs sont en réelle augmentation par rapport aux années 1970, les tournantes n'étant pas historiquement le seul fait des banlieues. Néanmoins selon les chiffres de la protection

En revanche, aux Etats-Unis où résident notoirement des populations d'origines raciales très diverses, il existe un important corpus de travaux sur les variations en termes de sous-groupes par type d'origine ethnique. Ceux-ci ont montré que les taux de grossesses adolescentes sont particulièrement élevés parmi les populations d'origine hispanique (mexicaine, porto-ricaine, etc.). Il a été estimé qu'à 20 ans, 60% des jeunes filles hispaniques ont été enceintes au moins une fois (40% au niveau national). En 1997, l'incidence des grossesses chez les jeunes filles hispaniques âgées de 15 à 19 ans était de 148.7 pour mille, comparé à une moyenne nationale de 94.3 pour mille. Cependant, c'est parmi les jeunes filles d'origine afro-américaine que l'incidence des grossesses était la plus élevée à 170.4 pour mille (Ventura *et al.*, 2001). En Angleterre, il est rare que les jeunes filles d'origine pakistanaise et indienne tombent enceintes car la sexualité adolescente est traditionnellement soumise à d'importants contrôles et restrictions parentales dans les pays d'Asie. On peut également supposer qu'en France, les jeunes filles d'origine asiatique (cambodgienne, vietnamienne, etc.) seront moins susceptibles de devenir enceintes avant l'âge de la majorité.

B. Expliquer les grossesses adolescentes

Tout phénomène social est régi par un ensemble de causalités qui lui sont propres. On peut alors se poser la question de savoir ce qui pousse les jeunes filles à devenir mères avant d'avoir atteint l'âge adulte. Une interprétation simpliste largement diffusée par les médias consiste à mettre en avant le caractère rationnel et instrumental de la maternité chez les adolescentes. Selon cette analyse, ces adolescentes feraient des enfants dans le but d'obtenir des allocations familiales, et tout particulièrement un logement social. Cependant, les enquêtes qualitatives menées auprès d'échantillons de mères mineures en France et à l'étranger montrent que dans la majorité des cas, la grossesse n'est pas planifiée et qu'elle est vécue comme un véritable choc émotionnel (Bindel et Bünemann de Falcon ; Luker, 1996 ; Le Van, 1998).

Aussi convient-il d'emblée de souligner l'impossibilité d'isoler un facteur précis, étant donné la pluralité des influences auxquelles les jeunes filles sont soumises. Si non seulement, les facteurs d'ordre psychique et biologique peuvent induire une forme de « prédisposition », le contexte social joue indubitablement un rôle prépondérant dans la formation de l'identité, des attentes individuelles, et donc des comportements de cette population.

Bien que la plupart des experts s'accordent pour affirmer qu'il n'est guère possible d'établir un « profil type » des mères adolescentes (Le Van, 1998 ; Guettier, 2000), on constate tout de même que les jeunes femmes issues de familles socialement et économiquement défavorisées sont relativement plus exposées au risque de grossesse. Cette tendance s'applique invariablement à tous les pays et permet donc d'affirmer que la faiblesse des revenus et la pauvreté sont des facteurs éminents dans la survenance des grossesses précoces. Cependant, d'autres facteurs s'ajoutent à la dimension économique, notamment ceux d'ordre socio-culturel, tels que les expériences et savoirs reçus dès la petite enfance. La qualité de l'éducation parentale, la stabilité du noyau familial, ainsi que le niveau d'autorité et de contrôle parental sont des éléments prépondérants. Il est souvent noté que les grossesses chez les très jeunes mineures, tout particulièrement en France, sont plus souvent liées à des traumatismes résultant de violences sexuelles que celles des jeunes filles de plus de 16 ans. Pour ces dernières, la grossesse correspondrait plus souvent à une

judiciaire de la jeunesse, les violences sexuelles sont en augmentation depuis la fin des années 1980 chez les adolescents et jeunes majeurs. En outre, le cas également très médiatisé du meurtre de Sohane à Vitry en Octobre 2001 a renforcé la perception de la violence des mœurs sexuelles dans les quartiers d'habitat social.

logique de stabilisation de la relation conjugale et d'accès à un statut et une reconnaissance sociale compensant un manque de perspectives professionnelles (Le Van, *op.cit.*). A cet égard, le besoin de s'affirmer dans la hiérarchie sociale, et notamment celle des pairs est déterminant. En effet, les « filles-mères » cherchent probablement à susciter l'envie de leur jeunes camarades, à se démarquer et à se valoriser par l'entrée dans le monde adulte que représente l'autorité parentale. Comme le souligne Yvonne Knibiehler (1997, p.282) « enfanter, c'est accéder à l'âge adulte, celui des responsabilités ; c'est mériter les égards et la considération d'autrui ».

Par ailleurs, les normes, valeurs et attitudes concernant la sexualité adolescente ne sont pas uniquement véhiculées par la famille et les pairs. D'autres institutions influencent considérablement les comportements reproductifs des adolescents, qu'il s'agisse de l'école, des médias, ou de la communauté des « adultes de proximité », pour reprendre l'expression d'un récent rapport du Haut comité de la santé publique du Ministère de l'emploi et de la solidarité (2000). En effet, ces institutions transmettent des messages et codes d'acceptabilité concernant les rapports sexuels. Ainsi, la sexualité est présentée dans les pays scandinaves comme un élément constitutif de la vie ; en France, la sexualité est également normalisée et conçue comme une étape normale de l'accès à l'âge adulte et la vie de couple. En revanche, les normes sociétales des pays anglo-saxons restent ambivalentes sinon puritaines puisque la sexualité des jeunes est soumise à une forte réprobation (Darroch *et al.*, *op. cit.*)

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les taux d'avortements diffèrent largement entre les pays. Le soutien affectif des proches est un facteur décisif dans le choix de mener la grossesse à son terme plutôt que d'avorter. De même, l'appui du géniteur et de sa famille vont aider à la prise de décision (Roye et Balk, 1996), quoique le rôle de ce dernier reste secondaire, voir négligeable par rapport à celui des parents de la jeune mère (Tabberer *et al.*, 2000). L'entourage au sens large, à savoir les réactions de rejet ou d'acceptation des ami(e)s et du voisinage pèse aussi sur la décision. En effet le poids du regard de l'autre, le « qu'en-dira-t-on » est une variable cruciale qui incitera certaines jeunes femmes à avorter ou les contraindra à s'exiler dans un refuge ou un centre d'accueil spécialisé si elles souhaitent garder l'enfant. Dans d'autres cas, c'est l'effet inverse que se produit. L'enquête de Tabberer *et al.* dans la ville de Doncaster en Angleterre montre que la communauté locale contraint la jeune mère à mener sa grossesse à terme en raison des perceptions négatives à l'égard de l'IVG. A cet égard, notons en passant que l'exemple des pays de l'Afrique subsaharienne est instructif : si les taux de grossesses adolescentes sont élevés dans des pays tel que le Mali et le Congo, c'est bien car y prévalent des croyances et pratiques culturelles tels que le mariage précoce et la polygamie.

Dans les pays d'Europe du Sud, la venue de l'enfant n'est pas perçue comme un moment de crise ou de rupture mais acceptée comme un élément constitutif de l'élargissement de la famille. Il est en effet courant que les jeunes mères et leur(s) enfant(s) continuent de résider chez leurs parents et restent par conséquent financièrement dépendantes d'eux. Ces pays sont en l'occurrence marqués par la persistance du régime matriarcal et d'un chômage élevé, facteurs stimulant les solidarités inter-générationnelles. Par ailleurs, les naissances hors mariages sont beaucoup moins élevées dans les pays méditerranéens que dans ceux de l'Europe scandinave, ou qu'en France et au Royaume-Uni. Le lien entre mariage et fécondité pourrait donc expliquer le nombre relativement restreint de mères mineures dans ces pays puisque les adolescentes ne sont en principe pas mariées ou en ménage au moment de la conception de l'enfant. On constate également que la catégorie familles monoparentales est beaucoup moins développée que dans le reste de l'Europe étant donné que les mères célibataires sont intégrées dans la cellule familiale au sens large et ne sont de ce fait pas recensées séparément. Il n'est donc pas rare que trois générations cohabitent ensemble, ce qui est beaucoup plus improbable dans le reste de

l'Europe. Par conséquent, ce type de modèle familial est étroitement associé à la relative faiblesse des naissances et IVG chez les mineures. L'Espagne et l'Italie sont représentatifs de ce type de configuration, auquel s'ajoute le cas notoire de l'Irlande. Au-delà de la force des liens familiaux, on peut aisément établir un rapprochement avec le poids déterminant de l'église catholique. Celle-ci contribue au maintien de lois restrictives concernant l'avortement dans ces pays. L'Irlande est par ailleurs le seul pays de l'Union Européenne où l'avortement reste à ce jour illégal⁷ ; les femmes désirant se faire avorter sont donc contraintes à se rendre en Angleterre, ce qui représente un coût financier considérable, particulièrement pour les familles les plus démunies. De même, l'influence du protestantisme tout particulièrement en Allemagne, et dans une moindre mesure en Belgique et aux Pays-Bas explique très vraisemblablement que les naissances et les avortements chez les mineures soient relativement moins élevées que, par exemple, dans les pays anglo-saxons. Bien que s'agissant d'un pays méridional, le cas du Portugal est différent de l'Espagne et de l'Italie dans la mesure où l'incidence des naissances mineures est l'une des plus forte de l'Europe. Tout comme l'Irlande et l'Allemagne, le Portugal est également soumis à une législation restrictive sur l'avortement. Le soutien de la famille et du père doit probablement pousser les jeunes femmes à garder leur bébé. Il serait cependant utile d'effectuer de plus amples recherches sur le cas du Portugal afin de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse.

Il est donc possible d'affirmer que l'intensité avec laquelle s'opère les mutations des institutions familiales, religieuses et juridiques, qui maintiennent un degré « d'ordre moral », contribue à expliquer les variations entre pays. Si l'on part du principe que les grossesses adolescentes constituent un phénomène non-désirable, il semblerait donc que la relative inertie de ces institutions dans les pays du Sud et dans certains pays de l'Europe continentale ait un effet positif.

Au-delà des facteurs sociétaux, un grand nombre de chercheurs mettent l'accent sur l'importance des facteurs psychologiques dans la genèse des maternités précoces. Ceux-ci s'interrogent notamment sur les comportements sexuels à risque comme moyen d'affirmation de soi et de transgression sociale chez les jeunes filles (Braconnier, 2002 ; Wellings *et al.*, 2001 ; Lagrange, 1999). On constate que les adolescentes sont plus enclines à prendre des risques que leurs homologues masculins. Ces comportements sont fréquemment expliqués par le désir d'enfant, notoirement plus prépondérant chez la femme que chez l'homme (Knibiehler, 1997 ; Levoyer, 1999) ainsi que par l'importance du sentiment amoureux dans le passage à l'acte. La sexualité sans affects est beaucoup plus rare chez les jeunes filles. Celles-ci cherchent un autre en qui se reconnaître et avec qui fusionner, une « relation-miroir », contrairement à leurs homologues masculins qui valorisent moins la durée que la variété des expériences (Lagrange, *op. cit.*, p.163 ; Risman et Schwarz, 2002). Elisabeth Roudinesco (2002, p.159) note par ailleurs que, selon Freud, le domaine du masculin est associé à un désir actif de domination, d'amour, de conquête, de sadisme ou de transformation des autres et de soi-même, alors que le pôle du féminin se caractérise par la passivité, le besoin d'être aimé, la tendance à la soumission et au masochisme. Les modalités de l'affirmation de soi au sein des rapports féminin-masculin (peur du rejet de la part du partenaire, gêne ou manque d'assurance) expliqueraient donc l'absence de recours à la contraception chez les adolescents. Alors que cette interprétation est probablement valide dans certains cas isolés, de manière générale, il a été constaté qu'en France, c'est moins l'utilisation du préservatif lors du premier rapport qui semble problématique que le passage du préservatif à la contraception orale (Kafé et Brouard, 2000). Cette observation confirmerait plutôt l'hypothèse d'une difficulté pour les jeunes filles à communiquer avec leurs parents.

⁷ A la suite d'un cas ayant fait jurisprudence en 1992, celui-ci n'est autorisé que dans des cas extrêmes d'atteinte à la vie tel que le risque de suicide.

En outre, les psychothérapeutes ont montré qu'un enfant sans père acquière plus difficilement le sens du réel et tend à entretenir un rapport narcissique avec le monde extérieur. Une étude récemment réalisée auprès d'un échantillon de 800 jeunes mères en Nouvelle-Zélande et aux Etats-Unis a permis de confirmer que l'absence du père biologique à la suite d'un divorce ou d'une séparation augmente les comportements sexuels à risque chez les adolescentes, et donc leur propension à devenir enceintes (Ellis *et al.*, 2003). Cette relation causale est observée toutes classes sociales confondues et n'est donc pas affectée par le niveau des revenus familiaux ou l'origine ethnique. L'étude montre également que la probabilité de concevoir un enfant à l'âge adolescent est fortement corrélée avec l'âge qu'avait la jeune mère au moment de la séparation ou du départ paternel. Ainsi, les adolescentes dont le père a quitté le domicile familial durant la période de la petite enfance seront plus susceptibles de tomber enceintes. Enfin, cette étude établit que parmi la liste des problèmes psychiques ou comportementaux (anxiété, dépression, suicide, actes de violence, prise de drogue, etc.), aucun n'est aussi fortement corrélé à l'absence du père que celui de la grossesse précoce.

En résumé, les facteurs concourant à la grossesse adolescente sont multiples et complexes. Les recherches contemporaines identifient un faisceau de variables économiques, sociologiques et psychologiques pour expliquer la genèse des maternités précoces. Il n'existe donc pas de cause unique dans l'acte d'enfanter et la décision souvent à moitié assumée de mener à son terme une grossesse pour les très jeunes filles. En revanche, l'ensemble de la littérature est unanime pour mettre en avant les conséquences négatives de ces maternités pour les mères et leurs enfants.

Chapitre II - Conséquences de la maternité chez les jeunes mères

Dans les pays anglo-saxons où les dépenses publiques en matière de politique sociale sont notoirement plus restrictives qu'en Europe continentale, la forte incidence des grossesses adolescentes alarme l'opinion publique car elle est perçue comme représentant un important coût économique et social (Maynard, 1997). Une analyse coût-bénéfice d'un dispositif de prévention américain a même montré que pour chaque dollar investi, le gain net en termes de dépense sociale était de \$2.75 (Kirkby, 2001). Bien entendu, il serait cynique d'affirmer que seule la question des frais pour le contribuable explique l'avancée des travaux scientifiques sur les conséquences des grossesses mineures. L'enjeu principal porte avant tout sur la qualité de vie et le devenir des mères et de leurs enfants.

A. Conséquences socio-économiques

L'une des conséquences les plus notoires de la grossesse adolescente est l'interruption de la scolarité. En moyenne, 67% des jeunes femmes ayant conçu un enfant entre l'âge de 15 et de 19 ans, n'obtiennent pas le diplôme du baccalauréat, contre 34% de celles ayant eu leur premier enfant après 20 ans. La France se situe juste en dessous de la moyenne, les taux d'échec au baccalauréat étant très élevés au Portugal et très bas en Finlande, ce qui semblerait refléter la perception du rôle de la femme dans les pays et l'importance relativement plus grande accordée à leur éducation secondaire dans les pays d'Europe du Nord par rapport à ceux de l'Europe méditerranéenne. Les Etats-Unis représentent un cas extrême de corrélation entre risque d'exclusion et maternité précoce. La grossesse adolescente conduit ainsi souvent à quitter le système d'éducation, ce qui accroît les risques d'emploi sous-payé et de pauvreté pour la mère (Roye et Balk, 1996).

John Hobcraft et Kathleen Kiernan montrent ainsi que les mères adolescentes sont beaucoup plus susceptibles d'avoir un grand nombre d'expériences négatives à l'âge adulte que les autres femmes en matière de santé physique et psychique, d'isolement social et familial et de pauvreté. Selon ces chercheurs, les mères adolescentes sont 8 fois plus susceptibles d'être devenues des mères isolées à l'âge de 33 ans. L'absence d'un conjoint réduit d'autant leurs chances de jouir d'un soutien financier au sein de la famille. Ces mères sont donc également plus susceptibles de bénéficier de prestations sociales ciblées telles que l'allocation logement, signe de pauvreté. Les jeunes mères ont des niveaux d'éducation inférieurs à la moyenne, ce qui augmente leurs risques de sous-emploi et de pauvreté. Ces risques sont quadruplés si la mère mineure a fait l'expérience de la pauvreté dans son enfance (Hobcraft et Kiernan, 1999). L'isolement social profond ce groupe de la population est notamment reflété dans une probabilité nettement supérieure de ne pas avoir accès à un téléphone et de résider dans un logement social. Il s'agit-là, bien entendu de stigmates qui entravent les opportunités d'amélioration de leur conditions socioprofessionnelles et perpétuent la dépendance vis-à-vis de l'aide sociale.

Tableau 2 : Comparaison de la situation socio-économique de jeunes femmes ayant donné

naissance à un enfant entre 15 et 19 ans et entre 20 à 29 ans*

En %

	Niveau d'éducation inférieur au baccalauréat		Sans conjoint		Sans emploi		Sans emploi (mère et conjoint)		Revenu situé dans la tranche inférieure**	
	15-19	20-29	15-19	20-29	15-19	20-29	15-19	20-29	15-19	20-29
Autriche	52	23	13	12	30	31	6	4	31	24
Belgique	52	22	24	8	55	27	32	7	45	19
Danemark	65	17	16	12	46	25	22	6	24	8
Finlande	24	9	11	5	42	27	13	8	29	17
France	62	24	16	10	61	35	18	6	51	18
Allemagne	57	24	18	10	60	36	24	5	54	21
Grèce	74	35	4	6	61	55	6	6	30	17
Irlande	73	37	42	14	69	51	46	14	41	23
Italie	77	52	15	3	64	54	18	5	36	20
Pays-Bas	50	22	13	7	53	42	31	7	78	26
Portugal	92	78	15	7	37	32	8	4	26	16
Espagne	80	59	20	7	70	66	27	12	35	22
Royaume-Uni	65	37	39	15	61	37	43	14	53	23
Europe	67	34	23	19	59	41	26	8	45	21
Différence	33		4		18		18		24	

* Ces données sont extraites du ECHP de l'année 1996.

** Celle-ci est comprise entre 0 et 20% sur l'échelle des revenus.

Source : Berthoud et Robson (2001), p.58

Une autre conséquence soulevée dans la littérature concerne le devenir de l'enfant d'une jeune mère. Il est souvent présumé à la lumière des théories sur la reproduction sociale que cet enfant serait voué à l'échec car il entrerait dans un cercle vicieux au sein duquel se conjugueraient un ensemble de stigmates : carences affectives, absence de « valeurs morales », faiblesse du capital financier et humain, ainsi que des problèmes de santé. Dans une certaine mesure, ces débats ont également été soulevés pour les enfants de familles monoparentales (Martin, 1997), mais semblent avoir pris une dimension accrue dans le cas des enfants issus des filles-mères. Les risques d'abandon de l'enfant sont en effet plus grands dans la mesure où les mères mineures sont économiquement plus vulnérables. Avant la naissance, celles-ci pensent au bébé comme à un jouet, comme une poupée. Elles se sentent ensuite rapidement accablées par les tâches maternelles. En France, plus d'une sur deux confie l'enfant à l'Aide sociale dans la quatrième année qui suit la naissance mais sans consentir à ce qu'il soit adopté, car elles conservent l'espoir de le reprendre (Knibiehler, 1997, p.283). Les conséquences de l'abandon et de l'adoption sur l'équilibre psychique et le devenir des enfants constituent donc un enjeu important.

B. Conséquences médicales et psychiques

La majorité des études réalisées par les chercheurs porte sur l'état de santé psychique et physique des mères et de leurs enfants. Hobcraft et Kiernan (*op.cit.*) montrent que comparées aux femmes ayant eu leur premier enfant à un âge plus avancé, les mères adolescentes sont deux fois plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale, notamment des symptômes dépressifs. Le tabagisme est également plus fortement associé à la maternité précoce, la probabilité de fumer étant trois fois plus élevée. Une autre étude réalisée sur un échantillon de mères âgées de 30 ans remet fortement en question l'âge à la

naissance de l'enfant comme variable explicative de symptômes dépressifs (Kalil et Kunz, 2002). D'autres variables tels que le statut marital à la naissance et les résultats scolaires obtenus par la mère seraient beaucoup plus significatives. Ainsi, le mariage et la réussite scolaire atténueraient les effets négatifs à long-terme sur la jeune mère, ce qui montre la nécessité d'adopter une approche longitudinale permettant de suivre la trajectoire de cohortes sur une longue période.

D'autres chercheurs se sont penchés sur les conséquences pour les enfants de mères mineures. Aux Etats-Unis, des déficits ont été observés en matière de développement mental et cognitif qui persistent jusqu'à l'adolescence (Roye et Balk, *op.cit.*). Au Royaume-Uni, le rapport de la Social Exclusion Unit (SEU) sur les grossesses adolescentes publié en 1999 rappelle que le taux de mortalité des enfants des mères adolescentes est 60% plus élevé que celui des mères plus âgées. Ces enfants sont plus susceptibles d'être prématurés et ont un poids plus faible à la naissance. Enfin, ils sont plus exposés aux risques d'accident et séjournent plus souvent à l'hôpital que leurs homologues issus de mères plus âgées tandis que sur le long terme, les filles issues de ces grossesses sont plus elles-mêmes plus exposées aux risques de maternités précoces que les jeunes filles conçues plus tardivement (SEU, 1999, p. 6).

En outre, les mères mineures se montrent beaucoup moins bien informées sur les questions relatives aux besoins nutritionnels de leur bébé et à la période de sevrage, ce qui explique qu'elles recourent plus facilement à l'utilisation du biberon que les mères plus âgées qui choisiront l'allaitement (Dewan *et al.*, 2002). Les bienfaits du lait maternel sont très largement reconnus car celui-ci favorise l'immunité et la croissance du nourrisson. Pourtant, on constate une méconnaissance de la pratique de l'allaitement qui alimente vraisemblablement leur pudeur et indécision ; parmi les mères interrogées, seulement 20% des mères mineures (contre 52.5% des mères majeures) avaient déjà pu observer une personne de leur entourage allaiter un nourrisson. Cette lacune dans l'apprentissage « privé » de la maternité n'est que rarement compensée par une participation à des cours prénataux qui leur permettraient d'être en contact avec des femmes d'un âge plus mûr. Les inégalités dans les opportunités d'apprentissage par l'observation et l'émulation se répercutent donc sur les choix d'alimentation du nourrisson.

La littérature existante relève également que ce n'est pas le phénomène des maternités précoces qui pose problème en soi, mais le fait que ces grossesses soient beaucoup moins suivies que les autres et présentent ainsi plus de risques de santé pour la mère et l'enfant que les grossesses de femmes plus âgées (Lawson et Rhode, 1993). En France, le Ministère des Affaires Sociales note ainsi que les grossesses chez les adolescentes étaient beaucoup moins pathologiques que ce qui a été régulièrement dit. Il existerait ainsi à peine plus de complications que chez les femmes adultes, pas plus de fausses couches spontanées, de pré-éclampsie ou de retards de croissance intra-utérins et à peine plus d'accouchements spontanés. Il existe donc un biais méthodologique lié à la construction de la catégorie maternité adolescente comme problématique en soi, qui conduit à sous-estimer les risques associés à la maternité quel que soit l'âge de la vie. L'UNICEF rappelle à cet égard la dimension temporelle de l'émergence des maternités adolescentes comme problème social. En pratique, le fait de devenir mère à 15 ans n'était pas obligatoirement signe d'exclusion sociale et de pauvreté dans les sociétés industrialisées des années 1950. Ce sont les transformations sociales, culturelles et démographiques des trente dernières années telles que le déclin de la fertilité, l'augmentation des naissances hors mariage et des cohabitations ainsi que le déclin de la famille mononucléaire traditionnelle qui permettent de comprendre pourquoi les maternités précoces sont associées à un ensemble de risques individuels comme l'isolement social et familial, le fait de quitter l'école plus tôt et d'élever seule un enfant en dépendant de l'aide sociale (UNICEF, 2001, p. 10).

En somme, la grande majorité des études scientifiques s'accorde à souligner les conséquences fâcheuses de la maternité précoce, un biais qui, selon Arai (2002), alimente le caractère condescendant des politiques publiques. En effet, très rares sont les travaux sur les effets positifs que celle-ci pourrait engendrer. C'est au reflet d'une perspective anthropologique que l'on peut tempérer la vision alarmiste du phénomène. Les mœurs et pratiques entourant la maternité et la fécondité varient selon les lieux et ainsi la grossesse adolescente peut recouvrir un sens très différent en fonction du cadre de socialisation. Geronimus *et al.* (1999), par exemple, ont montré que dans certaines localités, celle-ci est porteuse de sens pour des raisons culturelles, économiques et psychiques car elles permettent au groupe de conserver sa cohérence interne, sa survie en somme. L'enquête de Tabberer *et al.* mentionnée dans le chapitre précédent montre également que la décision de garder l'enfant permet à la jeune mère d'éviter des attitudes de rejet de la part de la communauté, du clan. Boltanski (2002) remarque quant à lui que la tradition du matriarcat est fortement ancrée dans les mœurs de la ville d'Hull, ville de pêcheurs ou des générations de femmes se sont habituées à élever seules des enfants et où le caractère stigmatisant de la grossesse mineure est moins ressenti que dans d'autres localités anglaises où s'appliquent d'autres normes familiales.

Vu de l'extérieur, les normes en vigueur dans ces communautés sont perçues comme indicatives d'un dysfonctionnement. Cependant, le manque de compréhension de ces singularités qui aboutissent inévitablement à des effets de concentrations et de variations géographiques, augmenterait le risque de marginalisation pour les populations concernées.

Enfin, d'un point de vue théorique, l'évidence du lien entre la pression de conformité et l'acceptation de la grossesse mineure a pour intérêt de remettre en question les concepts de « société civile » et de « capital social » auxquels les chercheurs attribuent tant de vertus. Force est de constater que le tissu local peut engendrer des effets non-désirés et, si l'on estime que la maternité à l'âge mineur n'est guère souhaitable, même négatifs.

Chapitre III - Les pouvoirs publics face aux maternités précoces

Ainsi que nous l'évoquions dans le premier chapitre, l'intervention publique peut être interprétée comme un facteur endogène concourant aux maternités précoces puisque l'Etat participe à la production d'un cadre de normes et de règles plus ou moins contraignantes autour desquelles vont s'ajuster les comportements individuels. Par ailleurs, les contenus et les modalités de mise en œuvre des politiques publiques représentent des remèdes (et donc des conséquences) que les gouvernements ont cherché à apporter au phénomène. Ainsi, ce troisième chapitre porte sur l'analyse comparative des politiques publiques envers le groupe cible que représente les jeunes mères.

Nous avons vu que le phénomène des grossesses adolescentes est en diminution constante depuis une trentaine d'années dans l'ensemble des pays industrialisés. Pourtant, le niveau de préoccupation publique est très élevé depuis le début des années 1980, alors que l'ampleur du phénomène diminue. Ce paradoxe a été relevé dans l'ensemble de la littérature sur le sujet, notamment dans le rapport de l'UNICEF qui remarque que « *les jeunes gens dans le monde industrialisé ont de plus en plus les moyens et les motifs de repousser l'âge de la mise au monde d'un enfant ... En tant que phénomène, les grossesses adolescentes ont diminué ; en revanche, la perception des grossesses adolescentes comme un problème social a, elle, augmenté.* » (UNICEF, 2001, p. 11).

Cette perception se manifeste par exemple dans une récente communication de la Commission des affaires sociales du conseil de l'Europe (2002) qui souligne que « *les problèmes que pose la maternité des adolescentes peuvent prendre de l'ampleur* » en raison de l'autonomie relativement précoce des jeunes dans un certain nombre de pays européens tels que la France.

Les grossesses adolescentes sont présentées comme un problème social en raison de leurs conséquences négatives sur la qualité de vie de la mère et de l'enfant. Comme la maternité précoce est associée au risque de pauvreté et à la dépendance économique et sociale pour la jeune mère, elle diminue considérablement les chances d'avoir accès à une formation de qualité et un emploi stable et correctement rémunéré.

On peut distinguer deux types de politiques publiques concernant les grossesses adolescentes. Les pouvoirs publics peuvent mener des politiques d'éducation sexuelle destinées à empêcher l'irruption de la grossesse ou sa prolongation, ce qui inclut les interruptions volontaires de grossesse : ce sont les politiques de prévention (A). Ensuite, un deuxième type de dispositif vise à prendre en charge la grossesse si celle-ci est menée à son terme : ce sont les politiques d'accompagnement des maternités précoces (B).

A. Politiques de prévention

Ces politiques posent la question centrale de l'attitude des pouvoirs publics par rapport à la régulation de la sexualité des jeunes. On peut distinguer trois types de réponses fondées sur le degré d'acceptation de la sexualité des adolescents dans une société donnée, qui correspond aussi à une typologie par pays :

(1) Les adolescents doivent être préservés le plus longtemps possible de la sexualité qui est une activité réservée aux adultes, donc socialement acceptable lorsque les individus sont en mesure de fonder une famille autonome sans dépendre de l'aide sociale. Cette perception extrêmement négative de la sexualité adolescente n'existe pas en Europe mais est très répandue aux Etats-Unis où elle a encouragé la mise en œuvre dans les années 1980 des dispositifs d'abstinence sexuelle aux résultats très controversés (Risman et Schwartz, 2002). Le cas américain fera donc l'objet d'une première sous partie.

(2) La sexualité adolescente est présentée comme un phénomène à combattre et les jeunes sont vivement encouragés à repousser l'âge du premier rapport sexuel. Dans le même temps, la sexualité des jeunes apparaît comme un mal inévitable qu'il faut surtout accompagner en raison de l'inefficacité des dispositifs répressifs ou de déni. Ce type de représentation intermédiaire de la sexualité des jeunes se retrouve surtout au Royaume-Uni, en Irlande, et dans une moindre mesure aux Pays-Bas, dont les dispositifs ont inspiré les chercheurs britanniques. Ce type de réponse sera examiné dans une deuxième sous partie.

(3) Enfin, dans un troisième type de pays la sexualité apparaît comme une dimension normale de l'adolescence. On ne peut dénier aux jeunes le droit d'explorer leur corps dans une société de plus en plus sexualisée. Il s'agit alors de permettre aux jeunes de contrôler les risques associés en mettant à leur disposition les moyens de contraception adéquats et en tenant compte de leurs moyens financiers et de leur besoin de confidentialité. Ces politiques vont dans le sens d'un encouragement à la maîtrise des adolescents de leur propre corps avec le soutien bienveillant et discret de la société adulte : pouvoirs publics, parents, écoles, éducateurs et centres de planning familial. Ce scénario idéal est celui des pays scandinaves, de certains pays d'Europe continentale comme la Suisse et dans une moindre mesure de la France. Ce type de politique est actuellement repéré comme étant le plus efficace pour prévenir l'irruption des maternités précoces.

1. Les Etats-Unis

Les Etats fédérés américains ont mis en œuvre des dispositifs d'abstinence sexuelle depuis la fin des années 1970 sous le contrôle de l'administration fédérale. A cet égard, l'adoption de la loi sur la Vie Familiale Adolescente (the Adolescent *Family Life Act*) en 1978 a joué un rôle important : en effet, elle a encouragé les Etats fédérés à mettre en place des programmes d'abstinence sexuelle afin de bénéficier des subventions fédérales. Cette politique s'est radicalisée avec l'avènement des Républicains à la Présidence en 1981 et 1988. L'Office de la Sexualité Adolescente, l'organisme en charge des politiques de planning familial en direction de la jeunesse au niveau fédéral, a mis en place dans les années 1980 sous l'administration Reagan un réseau de centres d'écoute - les *Chastity Centers* - spécialement destinés à promouvoir l'abstinence sexuelle chez les adolescentes. Cette politique n'a pas été remise en cause par les Démocrates sous la présidence de Bill Clinton. En effet, ce ne sont pas seulement les Républicains opposés à l'avortement qui ont promu les programmes d'abstinence sexuelle : les militants du planning familial et les spécialistes de la sexualité adolescente, dans l'ensemble libéraux, sont également convaincus que la sexualité est un comportement réservé aux adultes et par conséquent encouragent les programmes d'abstinence sexuelle (Joffre, 1993 ; Luker, 1996). La loi sur l'assistance temporaire aux familles en difficulté, *Temporary Assistance for Needy Families*, adoptée par le Congrès américain en août 1996, notée TANF, cite ainsi dans l'exposé des motifs la volonté de réduire le nombre de grossesses adolescentes en encourageant la formation de liens familiaux stables et la procréation dans le cadre du mariage (voir par exemple Blank et Hastings, 2001).

L'efficacité des programmes d'abstinence sexuelle reste très controversée. En effet, les données disponibles sont contradictoires. L'étude menée par Douglas Kirby pour le compte de la Campagne Nationale de la Prévention des Grossesses Précoces indique ainsi qu'il existe peu d'évaluations rigoureuses des dispositifs d'abstinence sexuelle. « La première conclusion qui émerge des trois études menées est qu'il n'y a pas d'impact positif de ces programmes sur le comportement sexuel. » (Kirby, 2001, p. 8). Plus récemment, les travaux de Dicenso *et al.* recensant 26 dispositifs dans divers pays développés ont montré que les mesures de prévention ne permettaient ni de retarder les premiers rapports sexuels, ni d'améliorer le recours aux méthodes contraceptives. En particulier aux Etats-Unis, les

conseils d'abstinence ont abouti à l'effet inverse : une hausse du nombre de grossesses précoces non-désirées (Dicenso *et al.*, 2002).

Ainsi, la question de l'efficacité des dispositifs d'abstinence sexuelle a été examinée par le Congrès durant l'automne 2002 afin de déterminer quels aspects de l'aide temporaire aux familles en difficulté devaient être reconduits ou même imposés aux Etats fédérés. Si les experts se sont prononcés en faveur de la reconduction des programmes d'abstinence sexuelle, ils se sont en revanche opposés à l'idée d'en faire une obligation pour les Etats fédérés (Blank et Haskins, *op.cit.*). Cette position va à l'encontre des vœux exprimés par l'administration de George Bush qui milite activement pour le durcissement des programmes d'abstinence et le contrôle sévère du comportement reproductif des bénéficiaires de l'aide sociale. Les Républicains souhaitent ainsi subordonner l'octroi des prestations à un comportement sexuel approprié et limiter le don des aides aux couples mariés. Une telle politique n'est guère envisageable car elle exclurait les mères célibataires, pour l'instant principales bénéficiaires du programme TANF.

2. Le cas britannique

Le Royaume-Uni est un cas intermédiaire entre l'approche américaine et l'approche européenne continentale ou scandinave. A l'instar des Etats-Unis, la sexualité est considérée comme une activité réservée aux adultes : il est à cet égard caractéristique que le Premier Ministre parle de « sexualité en dessous de l'âge normal » (*sex under age*). Cependant, le gouvernement de Tony Blair promeut une approche pragmatique par rapport au problème de la sexualité adolescente. Le Premier Ministre écrit ainsi dans l'introduction du rapport de la SEU sur les grossesses adolescentes :

« Je ne crois pas que les jeunes devraient avoir un rapport sexuel avant l'âge de 16 ans. J'ai des convictions très profondes à cet égard. Mais je sais aussi que quoi que l'on puisse en penser, certains jeunes continuent d'avoir des rapports. Nous ne devons pas condamner leurs actions. Mais nous devons être prêts à les aider à éviter les risques très réels que représente la sexualité en dessous de l'âge normal. » (SEU, 1999 , p.4).

Dans un tel contexte, la sexualité des jeunes est présentée comme un phénomène inévitable, un mal nécessaire qui ne peut être résolu par le déni ou l'embarras qui ont longtemps caractérisé l'approche des pouvoirs publics et de la société adulte vis-à-vis du phénomène. Depuis le rapport publié en 1999 par la SEU, le gouvernement britannique a développé deux types de stratégies afin de réduire substantiellement le nombre de conceptions pour les jeunes femmes âgées de moins de 18 ans.

La première stratégie, directement inspirée des campagnes d'information développées aux Pays Bas, est « d'apprendre aux jeunes à dire non » (SEU 1999, UNICEF 2001). En effet, selon le rapport de la SEU, beaucoup de jeunes filles ont un rapport sexuel sous contrainte :

« Bien que moins d'un tiers des moins de 16 ans soit sexuellement actifs, la moitié de ceux qui le sont n'utilisent pas de contraception la première fois, ce qui suggère que la plupart des jeunes filles auraient préféré attendre et que pour un nombre significatif d'entre elles, les rapports sexuels sont effectués sous contrainte ou sans leur consentement total. » (SEU 1999, p.6).

Néanmoins, les campagnes d'abstinence sexuelle n'ont pas la popularité remarquable aux Etats-Unis. En effet, les experts britanniques pointent le manque d'efficacité réelle des mesures d'abstinence. Le National Children's Bureau, dans un rapport intitulé *Just Say No to Abstinence Education, Lessons Learnt from a Sex Education Study Tour of the United States*, affirme que les programmes d'abstinence ne répondent pas de manière adéquate

aux besoins des jeunes gens en matière d'information sur la sexualité et ne permettent pas de développer des bonnes pratiques en matière de politiques de prévention (National Children's Bureau, 2002).

La deuxième stratégie consiste donc à prendre acte du caractère inéluctable du phénomène dans le contexte d'une érotisation accélérée des sociétés industrialisées. En effet, le rapport de la SEU note la contradiction entre le fait que la société adulte « bombarde les jeunes avec des messages tendant à affirmer que les rapports sexuels sont la norme » et le fait que les adultes, « notamment les parents et les institutions publiques, sont dans une attitude de déni par rapport à l'activité sexuelle des jeunes, dans l'espoir que si l'on évite d'en parler, cela ne se produira pas. Le résultat n'est pas moins de rapports sexuels, mais moins de rapports sexuels protégés. » (SEU, 1999, p.7).

Partant de ce constat, le rapport recommande de rompre avec la schizophrénie dominante qui enferme les jeunes dans un dilemme en vertu duquel il semble parfois que la sexualité est obligatoire mais que la contraception est illégale. Le gouvernement a donc considérablement développé les campagnes d'information en direction des jeunes si bien que les adolescents britanniques sont désormais beaucoup plus aptes à utiliser la contraception que leurs homologues français (Uzan, 2001). De plus, l'ensemble des structures scolaires du collège à l'université met systématiquement à la disposition des jeunes des moyens de contraception gratuits et fournit des services d'écoute anonymes en cas de grossesse non désirée.

En résumé, la stratégie des pouvoirs publics consiste à promouvoir une attitude responsable et adulte vis-à-vis des risques associés aux rapports sexuels non protégés chez les adolescents. A cet égard, le discours des pouvoirs publics anglais est beaucoup plus alarmiste et volontairement médicalisé que celui de leurs homologues français qui redoutent souvent de médicaliser la sexualité. Les jeunes filles sont ainsi prévenues très vite que la grossesse n'est pas toujours une bonne nouvelle, qu'élever un enfant représente à la fois un travail fatigant, une responsabilité morale, affective et financière. Pour leur part, les jeunes hommes sont mis en garde contre la tentation de se dégager de toute responsabilité financière par rapport aux enfants ainsi conçus (SEU, 1999).

La question est de savoir si cette responsabilisation des jeunes par rapport à la sexualité a produit les effets attendus. Il semble que cette méthode volontariste ait été relativement efficace. La proportion d'adolescentes enceintes a augmenté dans les années 1980 après avoir fluctué dans les années 1970. En 1990, on dénombrait 68 conceptions pour 1000 jeunes filles âgées de 15 à 19 ans en Angleterre et au Pays de Galles ; cette proportion était tombée à 63 pour 1000 en 1999 (Social Trends, 2002).

Malgré cette amélioration, la volonté du Royaume-Uni d'enrayer les problèmes liés aux maternités précoces culmine avec la création en 2002, de la *Teenage Pregnancy Unit*, une instance gouvernementale chargée d'exécuter les directives proposées dans le rapport de la Social Exclusion Unit.⁸

⁸ Site Internet : www.teenagepregnancyunit.gov.uk

3. L'Europe continentale et scandinave

L'Europe continentale et scandinave a une approche beaucoup plus libérale et permissive vis-à-vis de la sexualité adolescente que les deux premiers groupes de pays étudiés. Ces pays parviennent beaucoup mieux que les Etats-Unis et la Grande-Bretagne à contrôler le phénomène des maternités précoces, la France se situant à un niveau intermédiaire. Les pays scandinaves considèrent la sexualité des jeunes comme une tendance irréversible qu'il convient d'accompagner en permettant aux adolescents d'exercer leur libre arbitre.

La Suède a ainsi attiré l'attention des chercheurs pour sa politique radicale en matière de politique de prévention mise en place en 1975. A partir de cette date, les pouvoirs publics ont abandonné toute recommandation d'abstinence. Ils ont également développé des politiques de contraception et d'information volontaristes grâce à la création d'un réseau national de cliniques pour les jeunes afin de fournir une information confidentielle sur la contraception et l'avortement. De plus, les jeunes filles peuvent avoir accès à l'IVG gratuitement et à la demande, sans autorisation parentale préalable. On a pu ainsi parler d'un modèle suédois en matière de prévention des maternités précoces puisque dans la décennie suivante, le taux de grossesses adolescentes a diminué de 80% (UNICEF, 2001). Cette politique est emblématique d'une conception dépassionnée de la sexualité des jeunes, conçue comme une activité ni désirable si indésirable, mais simplement inévitable, ce qui incite les pouvoirs publics à favoriser l'usage de la contraception afin de diminuer les avortements et les maternités chez les adolescentes. Le modèle suédois a fait école en Europe continentale. Les Pays-Bas ont aussi adopté une législation exceptionnellement libérale en matière d'avortement, le délai légal pour l'IVG étant de 22 semaines alors qu'il est en moyenne de 14 semaines dans les autres pays européens. En France, la pilule du lendemain disponible pour les jeunes filles, l'autorisation d'avorter sans autorisation parentale pour les mères mineures, l'allongement du délai légal porté à 12 semaines d'aménorrhée, la prise en charge de l'IVG pour les mères étrangères ont permis d'améliorer l'égalité d'accès des jeunes face aux moyens de contraception et à l'IVG sur la période très récente. Depuis 1975, le planning familial est autorisé à distribuer gratuitement les moyens de contraception, mais nous avons vu que le recours à la contraception ne se fait que dans un cas sur deux. C'est ce qui a motivé l'adoption en 2000, de la loi autorisant la vente libre en pharmacie de la pilule du lendemain. Son élaboration avait provoqué de nombreuses contestations de la part d'associations parentales. Celles-ci reprochaient au gouvernement et plus particulièrement à Ségolène Royale, ancienne ministre déléguée de la famille et de l'enfance, de proposer des messages contradictoires aux jeunes. En tant que méthode de contraception, la pilule du lendemain ne pourrait, selon les parents, constituer un élément de politique dite « préventive » : au lieu de la considérer comme une solution de dernier recours, les jeunes seraient tentés d'en faire leur premier choix de contraception. A ce jour, aucun effet négatif lié à la pilule du lendemain n'a été reporté. Elle n'est probablement utilisée que de manière sporadique, voire temporaire jusqu'à ce que se mette en place une méthode de contraception orale classique.

Bien entendu, les pays d'Europe continentale ont également fait usage de campagnes d'information qui par définition représentent un outil incontournable de la prévention, mais dont les contenus ne semblent que rarement appropriés et les résultats inefficaces. Si, comme nous l'avons vu, les pays anglo-saxons ont échoué sur la base d'un message moralisateur, on a reproché aux campagnes mises en œuvre dans l'hexagone d'avoir privilégié l'information sur le SIDA et les MST et d'avoir dans la foulée négligé d'attirer l'attention des jeunes sur les risques posés par la grossesse. Ainsi, perdre une méconnaissance de la contraception et de ses circuits d'accès (Lagrange, 1999).

B. Dispositifs d'accompagnement

La littérature existante sur les politiques d'accompagnement des grossesses adolescentes est beaucoup moins développée que les travaux sur les dispositifs de prévention des maternités précoces. En effet, les pouvoirs publics mettent l'accent sur la prévention de ces grossesses et développent des dispositifs spécifiques dans ce domaine puisque l'essentiel est d'empêcher que ces grossesses soient menées à leur terme. En revanche, les dispositifs d'accompagnement des maternités précoces sont intégrés dans les politiques de prise en charge des parents isolés.

Les politiques d'accompagnement sont articulées autour de deux projets différents : lutte contre la dépendance économique et sociale des mères adolescentes d'une part, intégration des politiques d'accueil et d'accompagnement des maternités précoces dans une perspective globale de lutte contre l'exclusion d'autre part. Cette division recoupe une distinction opérée dans le rapport de l'UNICEF entre les sociétés inclusives qui donnent aux adolescents de milieux modestes des chances réelles d'accès à des métiers qualifiés et encouragent leurs aspirations à une vie meilleure et les sociétés plus inégalitaires, typiquement anglo-saxonnes, où les adolescentes pauvres sont socialement disqualifiées et sont donc plus enclines à « choisir » la maternité précoce comme moyen d'accéder à un statut social.

A. Les pays anglo-saxons ou la volonté de lutter contre la dépendance économique et sociale

Les Etats-Unis et le Royaume-Uni sont des sociétés inégalitaires marquées par une forte disparité de revenus et l'existence de poches de pauvreté importantes. Typiquement, les politiques d'accompagnement ne visent réellement l'intégration des jeunes mères dans la société globale. Elles sont marquées par la volonté de mettre une fin rapide à des situations de dépendance économique et sociale perçues comme dégradantes sinon moralement condamnables. Cette caractéristique vaut surtout pour les politiques américaines mais on retrouve des éléments de cette approche punitive dans les politiques britanniques, même si le gouvernement de Tony Blair a mis récemment l'accent sur la nécessité d'intégrer les politiques d'accompagnement des maternités précoces dans une dynamique de lutte contre l'exclusion (voir le quatrième chapitre).

La corrélation systématique entre dépendance économique et grossesse adolescente est très importante au Royaume-Uni et aux Etats-Unis, deux pays aux taux de grossesses adolescentes les plus élevés dans l'ensemble des pays industrialisés. Aux Etats-Unis, les maternités précoces sont étroitement liées au phénomène de la « culture du ghetto », ou plus exactement de *l'underclass*, avec une forte composante raciale sinon raciste. En effet, la figure du jeune Noir Américain désœuvré, engagé au mieux dans un l'économie souterraine, au pire dans des activités criminelles, est au centre du débat sur *l'underclass*. La marginalisation sociale des jeunes hommes originaires de minorités ethniques les met socialement dans l'incapacité d'assumer leurs responsabilités vis-à-vis de leur progéniture :

« La théorie de l'*underclass* pose un lien causal unilatéral en vertu duquel des pressions économiques et sociales affectent les actions des hommes noirs, qui ensuite se comportent de manière typiquement *underclass*, ce qui inclut rendre les adolescentes de leur milieu enceintes. De plus, la maternité adolescente est indirectement identifiée comme non seulement moralement condamnable mais comme un comportement inapproprié se manifestant chez ceux qui sont trop jeunes pour être sexuellement actifs ou devenir parents » (Pearce, 1993, p. 53).

Les partenaires féminines doivent donc assumer seules l'éducation des enfants, ce qui les rend dépendante de l'aide sociale dans la mesure où elles ne peuvent compter sur le père. Les mères mineures font l'objet de représentations fortement négatives. Bénéficiaires du programme d'aide sociale pour les mères célibataires, l'aide temporaire aux familles en difficulté (TANF), elles représentent une charge pour la société. Cette perception des publics cibles explique le durcissement des dispositifs d'aide aux familles mono-parentales. L'aide est temporaire, subordonnée à des comportements appropriés, comme par exemple le fait de rechercher et d'accepter un emploi même s'il est sous-payé ou le fait de vivre dans un environnement « supervisé par un adulte ». Enfin, la *Child Support Agency*, agence de recouvrement des pensions alimentaires créée en 1991, identifie les pères pour les obliger à contribuer au coût de l'enfant. Dans certains Etats, les mères sont même tenues d'aider à localiser le père absent sous peine de se voir supprimer tout ou partie des prestations. L'enfant est perçu comme une affaire essentiellement privée, qui doit à ce titre être pris en charge par les parents quel que soit leur âge.

Au Royaume-Uni, l'aide aux adolescentes revêt également un caractère fortement conditionnel lié à la volonté d'inciter les jeunes couples ou les mères seules à devenir une unité familiale autonome, engagée dans une activité salariée. En effet le travail est perçu comme la condition d'accès à la citoyenneté, y compris pour les très jeunes parents. A l'instar des Etats-Unis, le but premier des politiques d'accompagnement est d'inciter les jeunes parents à trouver une indépendance économique par le travail. De plus, dans le cadre de la politique de recouvrement des allocations familiales mise en œuvre par la *Child Support Agency*⁹, les pères sont incités à soutenir financièrement leur progéniture afin de les responsabiliser mais aussi et surtout d'éviter une dépendance prolongée par rapport à l'aide sociale (SEU, 1999).

Les deux pays ont donc mis en place depuis les années 1990 des dispositifs visant à responsabiliser les jeunes parents. Aux Etats-Unis, les Etats mettent en oeuvre le programme TANF ont envoyé un message très spécifique aux adolescents des deux sexes destiné à les responsabiliser concernant la mise au monde d'un enfant: on ne peut avoir des enfants en toute *impunité*. Comme l'affirme Isabel Sawhill, « TANF a dit aux jeunes mères : 'si vous devenez mère, cela ne vous dispensera pas de l'obligation de finir l'école et de subvenir à vos besoins et ceux de votre famille par le travail ou le mariage'. Pour les jeunes hommes, le message est tout aussi clair. Le programme affirme 'si vous devenez le père d'un enfant né hors mariage vous serez responsable de l'entretien de cet enfant'. » (Sawhill, 2002 : 168).

Le message concernant l'obligation de travailler pour les familles monoparentales est beaucoup plus récent au Royaume-Uni. Ce n'est que très récemment, sous le gouvernement de Tony Blair, que des politiques d'encouragement à l'activité salariée des jeunes mères ont été mises en place. En effet, la Grande-Bretagne se définit par l'absence de politique familiale explicite et l'empilement de dispositifs qui ont un effet désincitatif sur le travail des mères en raison de la faiblesse des modes de garde collectifs (Martin, 1997). Ce pays a longtemps été caractérisé par une attitude ambivalente par rapport à la venue de l'enfant. C'est seulement en 1997 que le gouvernement travailliste a mis en œuvre une politique familiale volontariste visant à favoriser l'emploi des mères célibataires comme le meilleur remède à la pauvreté des générations futures.

⁹ La création en 1991 de la *Child Support Agency* s'inspire directement du modèle américain et a donné lieu à une grande controverse en Grande-Bretagne compte tenu de son efficacité limitée concernant le recouvrement des pensions alimentaires impayées.

B. Les politiques d'accompagnement plus inclusives

En France, les politiques de prise en charge de la maternité précoce s'articulent autour de la nécessité d'aider les jeunes femmes à se former et à trouver un travail (Martin, 1997). En ce sens, elles revêtent une dimension plus globale et semblent formulées autour d'un projet d'intégration des jeunes en difficulté. Les jeunes mères bénéficient de l'allocation de parent isolé (API) jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de trois ans. L'API, bien que limitée dans le temps sauf en cas de transfert vers le RMI, ne présente pas le caractère stigmatisant propre aux programmes d'aide sociale anglo-saxons.

L'Allemagne préconise également l'insertion des jeunes mères sur le marché du travail et l'amélioration de leurs compétences professionnelles par le biais de la formation selon le principe « *Ausbildung statt Sozialhilfe* » - la formation plutôt que l'aide sociale- (Puhlmann, 2001 ; Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2002). On leur propose un accompagnement pédagogique au sein d'établissements de formation spécialisés, tel que le *Mütterhaus Hohenschönhausen* et le *MüLe (Mütter Lernen)*, deux établissements berlinois. Ce modèle d'intervention est motivé par la réalisation que la situation des mères mineures va à l'encontre des trajectoires traditionnelles basées sur un parcours linéaire en trois étapes (école - formation professionnelle – vie professionnelle), voire en quatre étapes, si l'on y ajoute celle de la maternité tardive à un moment déjà avancé du parcours professionnel. L'accent est donc mis sur la conciliation des temps sociaux. Celui de l'apprentissage, dédié au rattrapage scolaire et à la formation professionnelle, et le temps consacré à la famille.

En dehors de cette dernière approche d'accompagnement plus « inclusive », l'inventaire des politiques publiques à l'égard des mineures confirme l'existence d'un paradigme « technico-pédagogique ». Dans la mesure où celui-ci met principalement l'accent sur les mesures d'éducation sexuelle et sur une utilisation plus efficace des méthodes contraceptives, il semble quelque peu réducteur (Arai, 2002), et assurément incomplet. La prise en compte des disparités et singularités géographiques qui marquent la sexualité et la maternité des mineures nous amène à considérer à présent des formes plus ciblées de l'intervention.

Chapitre IV - Grossesse et maternité précoces : quelles modes d'intervention ?

Dans le chapitre précédent nous avons privilégié une interprétation « holistique » et idéologique montrant qu'à l'échelle nationale, les modes d'intervention peuvent être divisés selon deux grandes logiques, de prévention et d'accompagnement ; il n'en reste pas moins que c'est à l'échelon local, celui des rapports de proximité, que les politiques de soutien envers les adolescentes et les mères mineures prennent forme. Si l'on aborde la problématique sous cet angle, les politiques publiques peuvent donc être amenées à combiner les deux fonctions. La dichotomie disparaît, au profit d'une logique du « relationnel ». A cet égard, les propos d'Alain Braconnier (2002, p.790) sont éclairants. Celui-ci soutient que « ce n'est pas en éduquant « intellectuellement » un adolescent sur le code de la route ou sur telle mesure législative que l'on est le plus efficace à cet âge (...). C'est sur un accompagnement humain et répété par les proches que les éléments de prévention peuvent être plus efficaces. Toute la problématique de l'adolescence est là ». Selon ce médecin, l'approche doit se faire par le biais d'un « mouvement initiatique ». Nous proposons donc de mettre l'accent sur cette dimension comme mode de « régulation » du risque de grossesse et de maternité précoces. A défaut de pouvoir présenter l'ensemble des mesures existant dans les pays développés, nous avons sélectionnés quelques dispositifs que nous avons jugés représentatifs. Certaines initiatives sont uniques et cantonnées à un lieu car elles sont souvent mises en œuvre par des associations et instances municipales, alors que d'autres correspondent aux déclinaisons locales d'un plus vaste programme gouvernemental appliqué à l'ensemble du territoire.

A. Communication et intervention sociale : l'importance du « site »

A ce jour l'obstacle majeur auquel sont confrontées les jeunes filles continue d'être un manque de communication, notamment avec les parents face auxquels elles se sentent souvent intimidées, ce qui les laisse en situation de détresse et de solitude. Il existe plusieurs façons dont les instances publiques mettent en œuvre des dispositifs d'accompagnement promouvant l'information et le dialogue autour de la sexualité et de la maternité. Leur objectif est de prendre en compte les vecteurs d'échange, ou plus exactement, les outils et mécanismes dont disposent les jeunes filles pour s'informer et se confier.

Un premier élément de réponse consiste à favoriser le développement de nouveaux liens et des espaces de rencontres. L'association *ISIS* à Salzbourg en Autriche organise des groupes de discussion hebdomadaires au cours desquels les jeunes mères partagent leurs expériences et apprennent à se déculpabiliser. L'association est dirigée par une équipe de trois femmes diplômées en psychologie qui leur fournissent des conseils quant aux stratégies à adopter pour parer aux remarques négatives de leur entourage telles que « mais tu es toi-même encore une enfant ! ». Durant la période post-natale, ces interventions peuvent pallier au manque d'empathie de la part du réseau amical habituel car si les sœurs, cousines, et amies peuvent fournir des conseils en matière de sexualité et de contraception dans la période des amours et rencontres adolescentes, elles ne partagent pas l'expérience de la maternité, ce qui entrave leur capacité de soutien et peut provoquer un certain degré d'incompréhension. L'association *ISIS* propose également aux mères des stratégies de communication avec le père ainsi que des conseils pour organiser leur vie quotidienne tout en respectant les besoins de leur enfant. Les jeunes mères sont invitées à se joindre au groupe avec leurs enfants. En effet, durant ces rencontres, des activités ludiques sont organisées, ce qui favorise le développement de liens et les sentiments d'appartenance au groupe, à une communauté dans laquelle construire son identité. Le centre *ISIS* a été créé en 1994 et est financé par les collectivités régionales et municipales de Salzbourg ainsi que

par le ministère autrichien des affaires sociales (*Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen*).¹⁰

En Angleterre, le gouvernement de Tony Blair a récemment engagé des réformes majeures dans le cadre de la modernisation des services publics. Cette modernisation promeut un effort de coopération entre les secteurs publics et privés puisque les services sont proposées par des associations ou des agences statutaires ayant obtenu un financement (en général pour une durée de trois ans) suite à un appel d'offre. Les réformes touchent tout particulièrement la politique familiale. Deux nouveaux services sociaux de proximité ont vu le jour en 2003 : *Sure Start* et *Connexions*.¹¹ Le programme *Sure Start* concerne la petite enfance et est ouvert à tous les parents attendant ou ayant un ou des enfants de moins de 3 ans. Ce service a pour objectif de combattre les problèmes de pauvreté et d'exclusion sociale dont souffrent les enfants de familles déshéritées dans un certain nombre de communes de l'Angleterre. *Connexions* est quant à lui un programme financé par le ministère de l'éducation (*Department for Education and Skills*) pour les jeunes âgés de 13 à 19 ans. Dans les deux cas, le personnel de ces services est amené à entrer en contact avec des mères mineures puisque celles-ci représentent un segment important du public usager. Un rapport d'évaluation de *Sure Start* montre ainsi que 70% des antennes locales de ce programme ont recruté une personne-ressource pour les jeunes mères (Tunstill *et al.*, 2002).

Le principe de ces deux programmes est de proposer une vaste couverture de prestations aux familles et aux adolescents. Le personnel de *Connexions* renseigne les jeunes sur les questions relatives à l'emploi, aux études, au logement ainsi qu'aux problèmes de santé, ou de drogue. Tout comme le New Deal pour les jeunes chômeurs (Nativel *et al.*, 2002), *Sure Start* et *Connexions* sont gérés par des systèmes de partenariats locaux. Il existe 128 partenariats *Sure Start* et pratiquement une cinquantaine pour le service *Connexions* à travers le pays. Chaque partenariat regroupe des représentants des instances publiques (municipalité, santé, éducation, services sociaux) et du monde associatif, voire privé de la commune où il est établi. En ce qui concerne plus particulièrement *Connexions*, celui-ci emprunte également au New Deal son approche individualisée puisque chaque jeune personne se voit attribuer un conseiller qui l'accompagnera exclusivement à travers son projet ou son parcours. En outre, un vaste réseau d'intervenants (comme par exemple des professionnels de la santé) vient se greffer sur le noyau de ces programmes. Par exemple, à Ellesmere Port dans la région du Cheshire, un médecin tient deux permanences hebdomadaires dans le centre d'accueil *Connexions*. Il leur offre des conseils et des informations en toute confidentialité sur les questions se rapportant à leur vie sexuelle. Ce médecin rapporte que dans la grande majorité des cas, les personnes s'étant adressées à lui sont des jeunes filles âgées de 16 à 18 ans cherchant à effectuer un test de grossesse ou à obtenir la pilule du lendemain qu'il peut leur prescrire.

On pourrait bien entendu faire une analogie avec le Mouvement Français pour le Planning Familial dont la couverture territoriale est vaste puisqu'il rassemble 20 fédérations régionales regroupant 63 associations départementales. Cependant, celui-ci souffre vraisemblablement d'une d'image « défraîchie » car même s'il propose des services aux jeunes, il semble exclusivement associé avec la délivrance de la contraception, une approche donc « médicalisée » qui n'offre pas de services qui soient directement adaptés à cette population. Ceci pourrait expliquer le faible recours, voire une méconnaissance du planning familial de la part les adolescentes. En revanche, celui-ci bénéficie d'une infrastructure qui pourrait être revue par exemple à travers la création d'un point de contact avec un conseiller attiré proposant des services individualisés à l'instar de *Connexions*.

¹⁰ Site Internet : <http://www.frauengesundheitszentrum-isis.at/>

¹¹ Sites Internet: www.surestart.gov.uk et www.connexions.gov.uk

Bien que cette approche au cœur des territoires réponde à la logique d'encadrement individualisé, la grande majorité des dispositifs de ce type sont établis principalement dans les grandes métropoles. En effet, les pouvoirs publics se voient confrontés à un impératif de rentabilité car il faut affréter du personnel et des locaux, ce qui n'est possible qu'en présence d'un nombre suffisant de bénéficiaires. On peut alors se demander si les jeunes mères les plus isolées, telles que celles résidant dans des petites et moyennes agglomérations et en milieu rural, souffrant vraisemblablement d'un manque de mobilité, ne sont pas désavantagées dans l'accès à ce type de services de proximité. Dans le cas de Sure Start, par exemple, la couverture rurale n'est que de 2% (Tunstill *et al.*, *op.cit.*)

A cet égard, une autre dimension de l'intervention mérite d'être mentionnée. Dans l'ère de la communication digitale, la notion de « site » prend évidemment une connotation plus large puisqu'elle se fait au sein du réseau Internet, par la navigation à travers les « sites web ». La présence des services publics sur la toile représente un défi majeur en ce vingt-et-unième siècle. D'une part, ces services en ligne répondent aux problèmes d'échelles et de distance. D'autre part, en ce qui concerne l'information sur la sexualité et la contraception, l'avantage pour les jeunes filles est la possibilité de conserver un anonymat total dans le confort souvent rassurant du domicile parental, ce qui n'est bien entendu guère possible dans le cadre d'un dialogue avec les contacts de proximité traditionnels. Cette configuration permet une forte interactivité, pour peu que les services proposés aux internautes soient adéquats à la fois en termes de contenu et d'ergonomie. Bien qu'il existe encore de nombreuses inégalités concernant l'équipement informatique au sein des foyers, beaucoup de jeunes possèdent à présent un PC et un téléphone portable. Dans nos sociétés postindustrielles, ces outils sont devenus des vecteurs d'information et de communication privilégiés des adolescents et sont donc probablement amenés à remplir un fonction grandissante dans la mise en œuvre de politiques d'aide sociale.

En France, le service *Fil santé jeunes.com* est à la fois un web santé et une permanence téléphonique gratuite financée par le CNAMTS pour les jeunes en détresse.¹² Beaucoup de jeunes sont en effet en situation de demande: selon une étude de l'INSERM, la France est l'un des pays actuellement les plus touchés par le suicide des 15-24 ans, avec 14 cas pour 100 000 (Brin, 2001.). Cette ligne d'écoute a donc été établie pour prévenir des situations d'extrême détresse. Elle a pour avantage de garantir l'anonymat et de permettre aux jeunes de communiquer leurs soucis. Son site Internet fournit un nombre important d'informations concernant les drogues, la contraception et la sexualité qui se veulent présentés de manière objective et impartiale. Cette présentation très formelle n'est d'ailleurs probablement pas un atout majeur du site. En effet, le contenu reste axé sur des questions relatives à l'anatomie, un reproche qui a d'ailleurs souvent été fait aux programmes scolaires d'éducation sexuelle.¹³ En revanche, ce site propose divers forums qui permet aux jeunes de dialoguer et d'échanger des conseils sur un éventail de thèmes tel que la sexualité et la contraception (voir annexe 4).

Un service similaire mais beaucoup plus ciblé est proposé par une association établie à Fribourg, en Suisse. L'association *Mamans Adolescentes et Jeunes Mamans* propose des informations et un forum de discussion spécifiquement pour le groupe-cible. Cette association créée en février 2003 par une jeune mère, souligne l'importance de l'initiative individuelle dans ce domaine :

« Quand j'ai accouché de ma première fille en 1999, ma maman m'a conseillé de rencontrer une autre jeune maman, un peu dans ma situation. Sur le moment, je n'ai pas rebondi. Mais six mois après, je me suis mise en recherche, et là, j'ai constaté que ce n'était

¹² Site Internet : www.filsantejeunes.com

¹³ Nous n'avons pu établir si une auto-évaluation ou un bilan des résultats de ce service a été effectué. De futurs travaux, voire des entretiens avec le personnel de *Fil santé jeunes.com* permettraient de combler cette lacune.

pas facile du tout de trouver... Aucune structure n'existe pour permettre aux adolescentes et aux jeunes femmes de rencontrer des mamans de leur tranche d'âge » (Karine Burkhard, <http://www.mamans-adolescentes.ch>).

L'idée de faire intervenir les pairs pour délivrer un message n'est bien entendu pas nouvelle, et elle se manifeste également dans l'élaboration de documentation s'adressant aux adolescents. Aux Etats-Unis, une lettre d'information, *Sex Etc.*, a été mise en œuvre par le *Network for Family Life Education* de l'université Rutgers.¹⁴ Le principe de la lettre est qu'elle est éditée par des jeunes pour les jeunes. Six comités éditoriaux se sont succédés depuis sa création en 1994, la lettre ayant été distribuée à plus de 1,5 million d'adolescents. Son site web se différencie fortement de celui de *Fil santé jeunes.com* par sa présentation plus ludique et personnalisée, les photos de jeunes adolescents favorisant un effet de « miroir » et de complicité avec l'utilisateur.

Enfin, en ce qui concerne l'information, n'oublions pas l'impact de la presse adolescente qui remplit de quotidien des jeunes filles et qui est donc un véhicule d'information non-négligeable. La presse adolescente offre un support privilégié pour les pouvoirs publics et pourrait notamment servir de lieu de diffusion d'adresses et de contacts utiles.

Au final, il semblerait que ce que l'on puisse qualifier de « bonnes pratiques » dépasse la dichotomie politiques préventives/politiques d'accompagnement. Les « bonnes pratiques » correspondent avant tout à des stratégies de communication et de négociation. Celles-ci mettent l'accent sur l'information et le dialogue avec les adolescentes et les jeunes mères, et leur proposent des ressources. La notion de « ressources » n'est évidemment pas à interpréter sous la forme de prestations financières mais plutôt en termes de ressources affectives et relationnelles.

Cette approche, de toute évidence très pragmatique, correspond à un mouvement réflexif par lequel les pouvoirs publics collectent et diffusent l'information nécessaire à la prise en charge *autonome* de la sexualité, de la grossesse, puis de la maternité par la jeune mère. Elle correspond donc au passage d'une communication traditionnelle « par le haut » (famille, école, état) à celle de la communication par les réseaux de sociabilité de l'adolescent.

Pour récapituler, les mesures que nous avons identifiées et sélectionnées suggèrent plusieurs types de vecteurs possibles, qui par ailleurs s'avèrent complémentaires :

- *L'appel aux « personnes-ressource » et aux structures de proximité.* Dans ce contexte, l'accent est mis sur la mise en *confiance* et l'instauration d'une écoute attentive et dénuée de jugement de la part des adultes qui endossent un rôle de conseillers et d'accompagnateurs neutres ;
- *Le dialogue intra-générationnel* par le biais de réunions, de groupes de réflexions et de participation des jeunes à la conception de programmes préventifs. Il permet l'échange d'opinions et d'expériences avec les pairs et renforce la *confiance* en soi ;
- *La présence au cœur des technologies de l'information et de la communication*, outils largement utilisés par des jeunes : forums Internet, téléphones portables, etc. Ce type d'outil permet aux adolescents d'exprimer leurs opinions et inquiétudes en toute *confiance* et se s'informer sur les services existants, tel que le montre le cas du web santé des jeunes et de l'association suisse.

¹⁴ Site Internet : <http://www.sxetc.org>

Il n'est guère étonnant que la notion de *confiance* est un élément moteur dans tous les exemples cités. En effet, les divers environnements recensés ci-dessus permettent d'effacer la barrière de la hiérarchie présente dans les rapports traditionnels aux parents et aux enseignants qui mettent l'adolescent en situation passive de receveur et non de demandeur. Des environnements plus axés sur le quotidien promeuvent la communication car la jeune fille ne se sent pas jugée, mais écoutée et respectée. Se sentant rassurée, elle peut donc exprimer ses craintes avec ses propres mots et poser les questions qui lui permettront d'exercer une plus grande autonomie décisionnelle.

B. Typologie des modes d'encadrement selon les régimes sociaux

A l'issue de ce chapitre, nous proposons de mettre en rapport les dispositifs d'accompagnement personnalisé de proximité avec les dimensions de l'intervention présentées dans le chapitre précédent. Ce retour en arrière nous permet d'adopter une conception élargie des notions « d'encadrement » et de « régulation », selon les expressions consacrées dans le vocabulaire des politiques publiques.

Il est dorénavant pratique courante que les analyses comparatives des politiques publiques se fondent sur, ou aboutissent à une typologie permettant de classer chaque pays en fonction d'un modèle d'intervention. De nombreux travaux se sont inspirés de la fameuse typologie des trois modèles (social-démocrate, corporatiste et libéral) d'Etat-providence proposée par Esping-Andersen (1990). D'autres chercheurs ont fait valoir la nécessité d'y ajouter d'autres modèles (Ferrara, 1996), d'y incorporer la notion de genre (les *gendered welfare regimes* de Lewis, 1992), ainsi que la répartition des responsabilités entre familles et Etat (Millar et Warman, 1996). Au vu de l'importance du réseau familial, affectif et relationnel qui induit des variations sociales et territoriales, une classification axée sur la seule notion d'Etat-providence et de dispositifs dits « publics » serait, selon nous, réductrice. Après tout, il ne s'agit pas de faire un exercice de style mais de mieux appréhender la réalité sociale. Tout en s'inspirant des notions de « régimes », le tableau 3 tente donc de saisir les principales forces à l'œuvre dans quatre grands ensembles de pays classés par aire géographique et culturelle.

En outre, l'étude de Darroch *et al.* (2001) a cherché à évaluer l'efficacité des politiques d'encadrement en fonction d'une liste de critères sociaux. Bien que l'étude ne porte que sur cinq pays, elle aboutit à la conclusion que la Suède offre l'ensemble de mesures le plus efficace, son score étant quasiment deux fois plus positif que celui des Etats-Unis. La France se situerait en deuxième position, le Canada à mi-chemin ; le Royaume-Uni et les Etats-Unis obtiennent les scores les plus bas sur l'ensemble des critères d'intervention (voir annexe 2). On pourrait donc être tenté d'en tirer la conclusion que le modèle social-démocrate d'Etat-providence est le mieux adapté pour répondre aux enjeux de la sexualité et de la maternité chez les adolescentes. Or, cette conclusion pourrait être hâtive. Des recherches complémentaires sur d'autres pays tels que la Finlande et le Danemark permettraient d'apporter des conclusions plus tranchées. Car paradoxalement, la plupart des pays scandinaves sont moins bien placés dans la ligue des statistiques se rapportant aux grossesses précoces que de nombreux pays du modèle corporatiste (voir tableau 3 et annexe 1). Dans le cas des politiques de soutien aux jeunes mères, nous avons vu que l'Etat-providence n'était pas le seul facteur déterminant. Il est probablement préférable d'étudier les pays en fonction de leur singularité et de leur diversité.

Tableau 3 : Une typologie des modes d'encadrement selon les régimes sociaux

Aire géographique et culturelle	Régime d'Etat-providence	Régime de « genre »	Régime familial et relationnel	Type de politiques envers les jeunes mères	Taux de grossesses adolescentes*
Pays anglo-saxons (Etats-Unis, Royaume-Uni, Australie)	Libéral (égalités des chances et équité individuelle)	Mixte (taux de participation féminine élevé mais temps partiel très développé en raison de problèmes de coût et d'accès à la garde d'enfants)	Instable - individualiste (Taux élevés de divorces et de familles monoparentales)	Conservatrice-puritaine à tendance volontariste (promotion de l'abstinence ; structures d'intervention de proximité)	++++
Pays scandinaves (Suède, Danemark)	Social-démocrate (principe de solidarité universelle et d'égalité)	Egalitaire (taux de participation très élevés des femmes sur le marché du travail)	Stable-individualiste (Autonomie des jeunes encouragée ; taux élevé de naissances hors mariage)	Libérale-permissive (esprit d'ouverture par rapport à la sexualité des jeunes)	+++
Europe continentale (Autriche, Belgique, France, Allemagne)**	Corporatiste (l'équité du statut corporatiste prime sur les mesures de redistribution; importance de la hiérarchie)	Patriarcal (Modèle du « <i>male breadwinner</i> » mais en déclin)	Instable-familial (Autonomie des jeunes encouragée mais ralentie par le chômage ce qui perpétue les dépendances familiales et les inégalités)	Inclusive-médicalisée (Accompagnement axé sur la formation et l'insertion professionnelle)	++
Pays de l'Europe méridionale*** (Espagne, Italie)	Méditerranéen (similitudes avec le modèle corporatiste ; primat des valeurs familiales)	Matriarcal (Modèle de la femme au foyer)	Stable-familial (mariages ; solidarités et cohabitation inter-générationnelles)	Résiduelle (Promotion de l'abstinence avant le mariage ; primat de l'ordre religieux ; rôle minime de l'Etat)	+

* Très élevé= ++++ à très faible= +

** Comme aux Pays-Bas, les taux de grossesses mineures sont très faibles, nous ne l'avons pas fait figurer ce pays pourtant présenté comme le « modèle » à suivre.

*** A noter qu'au Portugal et en Grèce, les taux de grossesses mineures sont très élevés. Ils constituent donc des exceptions.

Source : Tableau élaboré par les auteurs à partir de la notion de régimes d'Etat-providence d'Esping-Andersen (1990) et de Ferrara (1996).

Les Pays-Bas sont cités de manière récurrente comme étant exemplaires puisqu'ils ont le taux de grossesses mineures le plus bas en Europe. Dans l'analyse traditionnelle des régimes d'Etat-providence, ce pays est en principe classé dans le modèle « corporatiste », au côté de la France. Nous avons vu que même si les politiques d'éducation sexuelle et de prévention débutent dès la période de scolarisation de l'enfant dans ces deux pays, l'incidence des grossesses mineures est néanmoins plus élevée en France. Certains pays sont donc inclassables. C'est aussi le cas de la Grèce et du Portugal qui à priori correspondent au modèle méditerranéen mais qui contrairement à l'Italie ou l'Espagne ont une forte incidence de naissances chez les mères mineures en raison de la propension des couples à se marier à un âge précoce.

La différenciation en termes de contenu des messages aux jeunes, de l'influence de l'entourage, des perceptions sociales concernant la place de la femme dans la société, ainsi que des structures et pratiques en matière de vie conjugale et familiale sont autant de facteurs à prendre en considération.

Conclusions - Les grossesses adolescentes en perspective

A. Adolescence et maternité au cœur du changement sociétal et de la redéfinition de l'intervention publique

Au vu des nombreux débats que suscite la maternité précoce, on peut se demander en conclusion, s'il faut s'alarmer et la percevoir comme l'un des symptômes du profond malaise qui caractérise la période adolescente dans nos sociétés contemporaines ?

L'acte de donner naissance à un enfant à un âge s'écartant des normes biologiques et sociétales en vigueur pourrait s'inscrire dans le cadre de la problématique de la transgression, de la déviance et des conduites à risques chez les adolescents qui a engendré une abondante littérature en sciences sociales. On pourrait en effet interpréter ce type de comportement adolescent comme un signe de désœuvrement précipité par l'échec scolaire, le manque de perspectives professionnelles et à la difficulté d'être soi dans une société subissant un effritement des valeurs collectives. Dans son ouvrage le plus célèbre, Emile Durkheim avait démontré que le suicide, un acte fortement individuel était rattaché à des causes sociales, et constituait donc un « fait social ». Dans une optique similaire, on pourrait soutenir la thèse qu'en l'absence de perspectives d'avenir distinctes, plutôt que d'attenter à leurs jours, les jeunes filles choisiraient de donner naissance à un enfant, de faire primer la vie en somme.

Deux positions s'affrontent : d'un côté, la thèse de la « maternitude », sursaut d'amour et de vie, une expérience humaine incontournable pour les femmes, comme le reflètent les propos d'un groupe de réflexion cités par Yvonne Kniebeher (1997, p.190) : « Si je me prive du plaisir d'avoir un enfant, alors je peux dire que *je me supprime*. L'espoir, le principal de tous nos maux, moi je l'ai. Le malheur est partout, mais à partir du moment où tu parles mômes, *il y a espoir* ». ¹⁵ De l'autre, la tyrannie de la procréation qu'on mis en évidence de nombreux psychologues et philosophes. Comme le souligne Bruno Jay dans son essai « faut-il faire des enfants ? » (2001), concevoir un enfant contient une part de morbidité, car tout être humain est voué à la mort. Selon Héraclite qu'il cite, « les hommes veulent vivre, mais ils désirent encore plus mourir, et ils procréent pour que naissent d'autres destins de mort ». (page 36).

Si l'approfondissement du débat philosophique dépasse le cadre de ce rapport, les sociologues sont quant à eux unanimes : qu'il s'agisse d'un signe de contestation ou d'inconscience, le désir et la survenance d'un enfant chez une adolescente correspondrait à un désir de reconnaissance dans un contexte de crise économique et sociale. Et si la conception d'un enfant à l'âge adolescent est souvent désapprouvée par le monde adulte, celui-ci peine à rester en phase avec les attentes des jeunes, à discerner le manque d'espoirs et d'aspirations véhiculé par nos sociétés contemporaines. Les adultes semblent démunis lorsqu'il s'agit d'accompagner les jeunes dans leur transition vers le monde adulte car le mythe de l'éternelle jeunesse a fortement brouillé la notion de transition à travers les âges de la vie. Agathe Fourgnaud (1999) nous rappelle que l'adolescence est une étape déstabilisante de la vie par définition et que c'est durant cette période que les jeunes sont en quête de structuration. Elle soutient que si les normes de comportements autrefois transmises d'une génération à l'autre font défaut, c'est car les parents sont devenus plus permissifs, « une « mollesse » parentale qui tend à « engluier » les jeunes dans une adolescence qui s'éternise.

¹⁵ Nous avons souhaité mettre ces expressions en relief, les italiques n'étant pas utilisées dans le texte original.

Le rapport du Haut comité pour la santé publique du Ministère de l'emploi et de la solidarité sur *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes* propose quant à lui une interprétation plus concertée des mutations de l'adolescence. Celles-ci seraient liées à des facteurs d'ordre biologique (la baisse de la puberté) et socio-économique (le rallongement des études et la difficulté de s'insérer dans le monde du travail) qui font que la période de l'adolescence devient plus floue et se prolonge. En effet, à la fin des années 1990, près de 70% des jeunes étaient encore en formation initiale à 19 ans, contre 30% au début des années quatre-vingt, tandis que 26% des moins de 25 ans se trouvaient au chômage (Brin, 2001). Selon le rapport ci-dessus, « à la fois classe d'âge et réalité sociale, le phénomène de l'adolescence n'est pas prêt de s'atténuer. Il est en passe bien au contraire de devenir de plus en plus important » (2000, p.14).

On pourrait donc suggérer que la fonction d'accompagnement (qui se distingue de l'autorité) doit être adaptée à cette mutation, à ce prolongement de l'adolescence : elle se doit de devenir plus ciblée et d'agir « en amont ». Diverses dispositifs de parrainage et de tutorat consistant à coupler les jeunes en difficultés avec des adultes faisant office de conseillers et de médiateurs ont récemment vu le jour dans le cadre des politiques d'insertion professionnelle. On pourrait donc envisager que les pouvoirs publics encouragent l'extension de ce type d'accompagnement individualisé pour les jeunes adolescentes « à risque ».¹⁶ Ceci dit, le déploiement de nouvelles catégories de travailleurs sociaux est sujet à de nombreux obstacles, la réticence des usagers pouvant représenter une véritable gageure... De plus, comme dans de nombreux domaines de l'aide sociale, un financement et une formation conséquente des acteurs de terrain s'avèrent primordiaux.

Tout comme la famille, les institutions et pouvoirs publics semblent aujourd'hui confrontés à un défi majeur : il ne s'agit plus de fournir un cadre général de politiques de prévention ou d'accompagnement qui s'appliqueraient à « l'enfance » et à « l'adolescence » au sens large mais des mesures fondées sur une compréhension des inégalités que connaissent les mineurs. L'accès à l'information sur la sexualité diffère grandement en fonction des établissements de scolarisation, des structures et mœurs familiales, mais également en fonction de l'accès aux réseaux relationnels.

De plus, les messages et codes d'acceptabilité relayés par l'ensemble des institutions collectives, qu'il s'agisse de l'école ou des médias ont un impact considérable sur la recomposition des identités individuelles. Ces institutions ont donc un rôle important à jouer dans l'émergence d'une demande de la part des adolescents. L'action politique dans le domaine de la prévention, dont nous avons souligné les effets parfois pervers, consisterait donc à véhiculer des messages positifs plutôt que des messages d'interdiction. En particulier, il s'agirait de susciter « l'éveil » des jeunes vers d'autres intérêts et vocations, plus axés sur la production que sur la reproduction sociale, notamment par le biais de la participation à la sphère collective, ce qui modérerait la tentation de repli sur la vie privée. Comme l'ont noté de nombreux sociologues et philosophes, nos sociétés contemporaines sont actuellement devenues des lieux d'exacerbation de l'individualisme et du désir de consommation immédiate auquel les jeunes sont tout particulièrement exposés. Peut-être est-ce pour cette raison que la famille reste si désirée par les individus de tous âges car « du fond de sa détresse, elle paraît en mesure de devenir un lieu de résistance à la tribalisation organique de la société mondialisée » (Roudinesco, 2002, p.244).

A cet égard, une réflexion sur la notion de temporalité semble pertinente. La conception d'un enfant correspond à un engagement à long terme, et ne peut donc être considérée

¹⁶ Le risque peut être identifié par le biais d'une vigilance accrue de la part des adultes de proximité. Il s'agirait de repérer l'émergence et la multiplication des troubles entraînant le décrochage par rapport à la conduite habituelle.

comme l'objet d'une gratification instantanée. Cependant, la précarité sur le marché du travail rend l'avenir incertain et contraint les jeunes (ainsi que les moins jeunes) à différer leurs projets de vie conjugale et familiale. En l'absence d'alternative, certaines jeunes filles pourraient être tentées de mettre au monde un enfant auquel elles pensent « avoir droit » et d'exercer ainsi un rare élément de libre-arbitre, celui de disposer de leur corps.

Cependant, il convient de ne pas sombrer dans des interprétations simplistes consistant bien trop souvent à mettre en exergue le caractère manipulateur des jeunes mères, qui selon le modèle de l'*homo oeconomicus*, auraient des enfants dans le but de bénéficier de prestations sociales (Musick, 1993). Comme le souligne Kristin Luker (1996), c'est au contraire l'inaptitude des adolescentes à agir en tant qu'actrices rationnelles qui expliquerait leurs comportements à risque. Dans la grande majorité des cas, les jeunes filles tombent probablement enceintes en raison d'une incapacité de se prémunir face à l'acte sexuel et à se confier aux parents. Ce rapport a donc mis en relief des réponses collectives qui tentent d'aider les jeunes filles à construire leur autonomie et leur identité.

B. Quelques pistes de recherches

Une constatation s'impose suite au tour d'horizon de la littérature sur les mères mineures : les enquêtes les plus substantielles sur cette question restent majoritairement fondées sur des approches statistiques et quantitatives, ainsi que le montre l'étude de l'UNICEF ou ceux de l'institut Guttmacher faisant référence en la matière.

L'attention au « milieu de vie » et aux réseaux relationnels dans lesquels se situent les jeunes mères est à ce jour encore très faible. Il existe, certes, quelques enquêtes qualitatives souvent réalisées par de petites équipes de chercheurs à l'échelle locale tel que l'illustrent les travaux de Tabberer *et al.* à Doncaster en Angleterre ou ceux de Lagrange et Lhomond dans l'ouest et le nord-est parisien, quoique ces derniers soient principalement orientés sur la problématique de la sexualité des jeunes dans le contexte du SIDA. En revanche, nous n'avons recensé aucune étude comparative, fondée sur des entretiens avec le groupe-cible, avec des parents et proches, des professionnels de l'aide sanitaire et sociale ainsi que des milieux associatifs. Il serait donc fort souhaitable d'effectuer ce type de recherche vraisemblablement dans le cadre d'un projet pilote proposant une perspective comparative entre la France et un, voire quelques pays voisins.¹⁷ Ces travaux porteraient tout particulièrement l'attention sur les perceptions et comportements des jeunes ainsi que sur l'encadrement de la maternité chez les mineures, problématique qui jusqu'à présent n'est abordée qu'en arrière-plan des travaux sur la sexualité de ce segment de la population.

Contrairement aux travaux des sociologues anglo-saxons ou scandinaves, ceux effectués en France sollicitent rarement le témoignage des mineurs. Bref, les jeunes sont rarement questionnés, hormis l'exception notable des travaux sur la violence et les banlieues qui ont permis de mettre en lumière les rapports conflictuels qu'entretiennent les jeunes en difficulté avec les institutions sociales.

La recherche sur les comportements sexuels à risque chez les adolescents, y compris les études sur les maternités précoces, s'est centré sur deux pôles, un pôle micro-sociologique qui analyse l'impact des origines sociales, des ruptures familiales, et du soutien parental, et un pôle macro-sociologique faisant le lien avec les grands bouleversements de nos sociétés contemporaines, et plus particulièrement de l'intervention de l'Etat-providence. Cependant, il conviendrait d'octroyer une place plus large à un champ de recherche intermédiaire qui consisterait à étudier le milieu et le cadre de vie. En somme, il s'agirait de

¹⁷ Un tel projet pilote pourrait par la suite s'étendre à une plus vaste coopération transnationale requerrant un financement de l'Union Européenne par exemple.

souligner l'importance d'une géographie des réseaux relationnels au sein desquels se forment et évoluent les liens sociaux. La sexualité des jeunes filles restant à ce jour un sujet tabou, on n'en sait encore que très peu sur la manière dont les rapports d'amitié, d'amour, d'intimité et de confiance avec les pairs et les personnes-ressource influent sur leurs perceptions et comportements. Cette lacune nous a contraintes dans certains passages de ce rapport, à formuler des hypothèses plutôt que des conclusions tranchées.

En ce qui concerne la conception d'un enfant chez les adolescents, il existe par exemple d'importantes zones d'ombres quant au rôle qui pourrait être attribué aux jeunes garçons. Des auteurs féministes tels qu'Elizabeth Badinter ou Susan Faludi ont souligné la crise de la masculinité largement provoquée par l'émancipation féminine et l'évolution des relations hommes-femmes. Ces auteurs soutiennent que le déclin du régime patriarcal induit une perte des repères chez les hommes qui pourrait engendrer un certains nombres d'effets pervers tels que le sentiment d'inutilité et une part de déresponsabilisation. Dans ce cadre, le comportement des jeunes garçons/hommes vis-à-vis de leurs homologues féminines serait un axe de recherche à privilégier, car ils détiennent « la moitié de la solution » (Gelder, 2002). Les travaux de Lagrange sont fort éclairants quant au volet sexuel du comportement des jeunes confrontés à une « crise de la masculinité adolescente ». Ce chercheur mentionne le problème « d'accès aux filles » qui préoccupe les jeunes garçons car celles-ci leur préféreraient souvent des partenaires plus âgés. Non seulement, les perceptions et attitudes des jeunes adolescents à l'égard de la paternité restent floues, mais on peut donc se demander si l'attention doit être uniquement dirigée sur ce groupe. Bien qu'il soit difficile d'obtenir des données fiables, aux Etats-Unis, on a estimé que 50 à 70% des pères d'enfants nés de mères mineures seraient âgés de plus de 20 ans (Roye et Balk, 1996, p.87). En Grèce, l'écart d'âge moyen entre la jeune mère et son partenaire serait de sept ans et demi (Berthoud et Robson, 2001). Il serait par conséquent nécessaire de combler les lacunes qui existent sur la question de l'âge moyen du père dans l'ensemble des pays de l'Union Européenne, et bien entendu, en France. En effet, s'il s'avère qu'il existe effectivement un écart d'âge significatif entre le père et la mère, les implications pour les politiques publiques seraient considérables.

Une large palette de procédures pourraient être mobilisée dans le cadre d'une future enquête sur ce sujet. Bien entendu, il serait envisageable d'adopter une méthode communément employée en France consistant à solliciter les témoignages d'un échantillon du groupe-cible par le biais d'un texte d'invite placé, par exemple, dans la presse adolescente ou sur le réseau Internet, ce qui fournirait un ensemble de récits d'expériences vécues par les jeunes parents. Cependant, au vu des fortes variations entre pays concernant la maîtrise de l'expression écrite¹⁸, cette méthode de recrutement poserait un certain nombre d'inconvénients dans le cadre d'une enquête comparative et risquerait d'exclure les populations les plus défavorisées. A l'instar des travaux empiriques réalisés dans d'autres pays, il serait souhaitable d'interroger les jeunes garçons et filles par le biais de questionnaires anonymes. On pourrait envisager de les distribuer par l'intermédiaire des infirmières scolaires, des plannings familiaux, des cliniques, des travailleurs sociaux et autres organismes de soutien aux adolescentes enceintes et aux jeunes mères.¹⁹ Pour les adolescents, il conviendra de faire appel à d'autres organismes tels que par exemple, des centres sportifs, associatifs ou de loisirs. Par la suite, une série d'entretiens semi-directifs, anonymes et confidentiels avec des jeunes adolescents ayant répondu au questionnaire serait effectuée. En outre, le témoignage des parents, grands-parents et de l'entourage élargi des jeunes filles permettraient d'analyser les attitudes de rejet ou de soutien. Des entretiens avec des professionnels des milieux sanitaires et sociaux nous permettraient de

¹⁸ Ainsi que l'a montré l'étude PISA de l'OCDE.

¹⁹ Cependant, en l'absence de mesures incitatives (chèques-cadeaux, concours, etc.), il faut anticiper un taux de réponses faible. De plus, le risque de réponses biaisées doit également être pris en compte avant d'opter pour ce type de méthode.

mettre en lumière les possibilités et les contraintes rencontrées sur le terrain dans la mise en œuvre de dispositifs envers cette population. Enfin, qu'il s'agisse de recueillir le témoignage des jeunes, ou celui des adultes de proximité, il serait souhaitable de mettre en place des groupes et forums de discussion par le biais d'Internet.²⁰

Ce rapport a montré que la France occupe une position intermédiaire entre les pays anglo-saxons et ceux d'Europe méridionale (ainsi que certains pays d'Europe continentale) avec des taux d'avortement et de natalité de l'ordre du double de ceux des Pays-Bas et de l'Italie. Nous avons vu que les modèles d'Etat-providence peuvent éclairer ces variations. Néanmoins, on peut se demander si l'échelle nationale est toujours pertinente pour rendre compte des comportements privés. Comme le constate Claude Martin (1999), les effets de moyenne masquent d'importantes variations régionales et locales. Il serait donc fort souhaitable de procéder à une cartographie de la géographie des avortements et maternités chez les adolescentes à l'aide de données statistiques fournies par des organismes tels que l'INED, l'INSEE et l'INSERM. Un tel exercice permettrait ensuite de sélectionner des études de cas, vraisemblablement à caractère urbain et rural dans lesquelles effectuer les travaux de terrain.

Enfin, au-delà de la possibilité de combler les lacunes de la connaissance par des études empiriques, la réflexion autour des enjeux de la maternité et de l'adolescence se doit d'être poursuivie. Derrière le phénomène circonscrit des maternités précoces, ce sont finalement des réflexions plus vastes qui s'imposent sur les notions de sexualité, de fécondité, ainsi que de reproduction biologique et sociale au sein des nos sociétés contemporaines.

Malgré le constat que nous avons fait quant à la multiplicité des variables intervenant dans le désir et la survenance d'enfant(s) chez les jeunes mères, l'Etat ne reste pas moins l'un des principaux protagonistes du jeu social. Cependant, le primat du paradigme « technico-pédagogique » contribue à maintenir des mesures d'encadrement juridique, de redistribution fiscale, d'interventions socio-médicale, et des campagnes d'information relativement peu ciblées. L'effet de ces mesures reste limité car elles n'interviennent pas sur la « gestion » des désirs et des comportements individuels directement auprès des jeunes. Les pouvoirs publics se doivent donc d'inventer et d'éprouver des pratiques et structures d'encadrement plus novatrices orientées vers la responsabilisation des adolescent(e)s et la formulation de liens sociaux sans pour autant les contraindre à des normes rigides de comportements.

Nous avons montré que ce type d'approche connaît actuellement un intérêt croissant dans divers pays développés et qu'il est possible de mettre en place des infrastructures d'accompagnement. Les politiques publiques peuvent donc agir de manière significative sur l'évolution des modes d'interactions entre adolescents et adultes, ainsi que ceux qui s'établissent entre adolescents de sexes opposés. Les recherches effectuées pour ce rapport de synthèse nous suggèrent que les bonnes pratiques dans ce domaine sont celles qui encouragent la communication et le soutien intensif aux jeunes.

²⁰ Cette méthode aurait pour avantage de réduire les coûts de l'enquête.

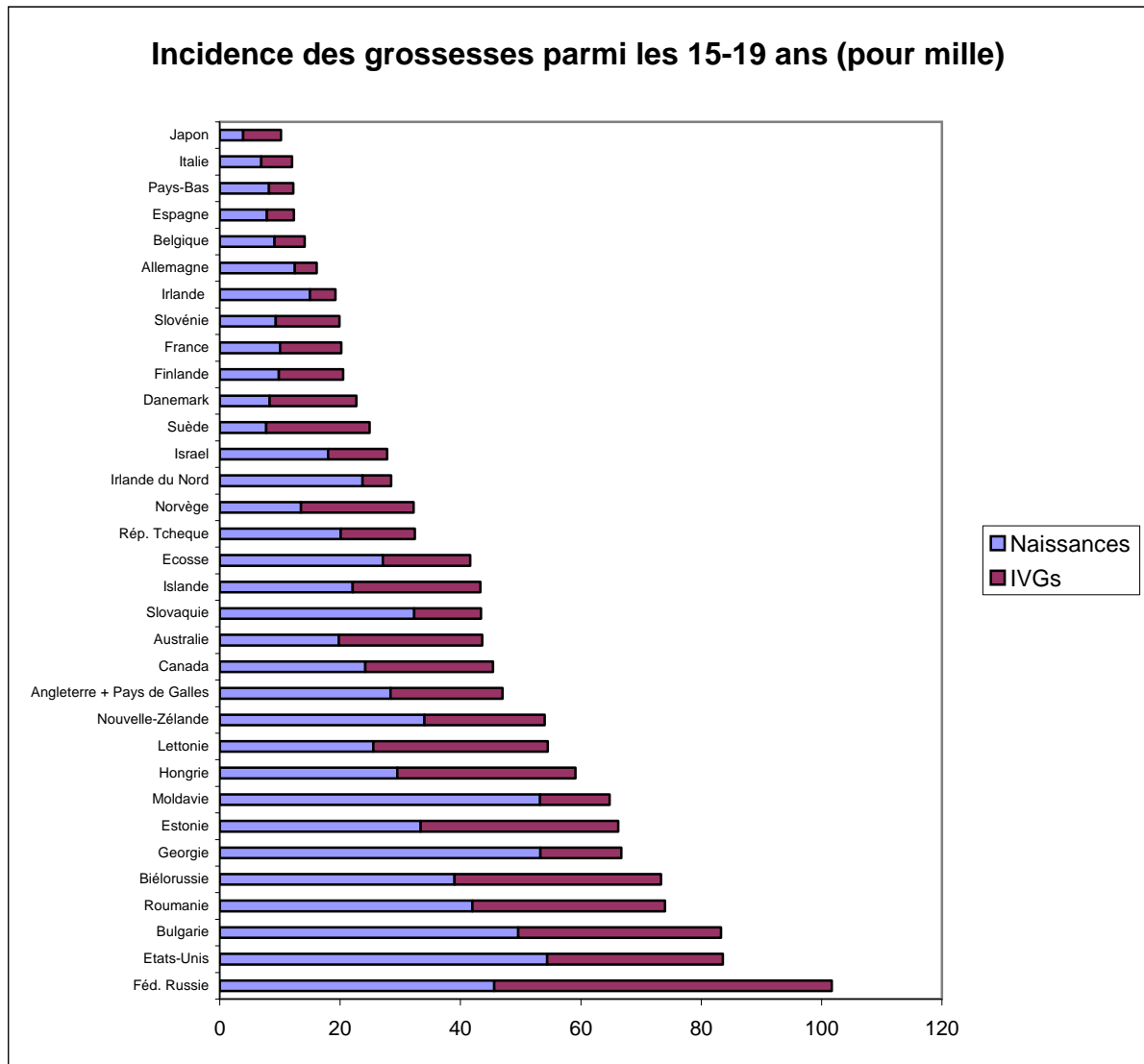
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Arai L., "British policy on teenage pregnancy and childbearing : the limitations of comparisons with other European countries", *Critical Social Policy*, 23(1), 2003, pp.89-102.
- Barrère-Maurisson M.-A., *Travail, famille : le nouveau contrat*, Gallimard, collection Folio Actuel, 2003.
- Bellil S., *Dans l'enfer des tournantes*, Denoël, 2002.
- Berthoud R., Robson K., *The Outcomes of Teenage Motherhood in Europe*, Innocenty Working Paper No.86, UNICEF/Innocenti Research Centre, 2001.
- Bindel, G., Bünemann de Falcon, R., *Frühe Mutterschaft, eine Provokation?*, Pfaffenweiler, 1993.
- Blank R., Hastings R., *The New World of Welfare*, Brookings Institution, Washington, 2001.
- Boltanski C., « Au pays des baby-mères », *Libération*, 5 juillet 2002, pp.14-15.
- Boonstra H., « Welfare Law and the Drive to reduce illegitimacy », *The Guttmacher Report on Public Policy*, The Alan Guttmacher Institute, New York, 2000.
- Braconnier A., « Prises de risque. Adolescents/adolescentes », *Gynécologie, Obstétrique, Fécondité*, No.30, 2002, pp.787-92.
- Brin H., *Familles et insertion économique et sociale des adultes de 18 à 25 ans*, Conseil économique et social, Section des affaires sociales.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung, *Berufsbildungsbericht 2002*, Bonn. Site Internet: <http://www.berufsbildungsbericht.info/index.php>
- Coleman J. et Ingham, R., « Teenage Parenthood », *Children and Society*, Vol.12, pp.306-14, 1998.
- Commaille J. et Martin C., *Les enjeux politiques de la famille*, Bayard Editions, 1998.
- Commission des affaires sociales, de la santé et de la famille, *Améliorer les conditions sociales et sanitaires de la maternité en Europe*, Doc. 9566, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 24 Septembre 2002. Site Internet : www.coe.int
- Cunnington A., "What's so bad about Teenage Pregnancy ? ", *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 27(1), 2001, pp.36-41.
- Darroch J., Frost J., Singh S., *Teenage Sexual and Reproductive Behavior in Developed Countries*, Occasional Report No.3, The Allan Guttmacher Institute, New York, 2001. Site Internet: www.aqi-usa.org
- David O., Eydoux L., Ouallet A., Séchet R., *Les Familles Monoparentales : Perspective Internationale*, étude réalisée pour le compte de la CNAF, Janvier 2003.
- De Singly F., *La Famille: L'Etat des Savoirs*, La Découverte, 1991.
- Dewan et al., "Breastfeeding Knowledge and Attitudes of Teenage Mothers in Liverpool", *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, Vol.15, pp.33-37.
- Dicenso, A. et al., « Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised control trials », *British Medical Journal*, Vol.324, 15 juin 2002.
- Dortier J.-F. (coor.), *Familles: Permanence et Métamorphoses*, Sciences Humaines Editions, 2002.
- Ellis P. et al., « Does father absence place daughters at special risk of early sexual activity and teenage pregnancy ? », *Child Development* 74 (3), 2003, pp.801-821.
- Esping-Andersen G., *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Oxford: Polity Press, 1990.
- Fenwick E., Tremblay, R., *Sex'Ado*, Hachette, 1995.
- Ferrara M. « The Southern Model of Welfare in Social Europe », *Journal of European Social Policy*, 16(1), 1996, pp.17-37.
- Fourgnaud, A., *La confusion des rôles. Les Toujours-jeunes et les Déjà-vieux*, JC Lattès, 1999.
- Gelder U., *Boys and Young Men: Half of the Solution to Teenage Pregnancy*, Rapport effectué pour le compte de la Teenage Pregnancy Unit, University of Newcastle, 2002.

- Geronimus A. T., Bound J. et Waidmann T.A., "Health Inequality and Population Variation in Fertility-Timing", *Social Science and Medicine* 49(12), 1999, pp.1623-36
- Giddens, A., *The Transformation of Intimacy. Sexuality, Love and Eroticism in Modern Societies*, Cambridge, Polity Press, 1992.
- Gillham B., *The Facts about Teenage Pregnancies*, Cassell, Londres, 1999.
- Goody J., *La Famille en Europe*, Editions du Seuil, 2001.
- Guettier B., « Adolescence et maternité », article reproduit sur le site Internet du C.M.P.P de l'association le Moulin vert, (<http://members.tripod.com/ghbook/id61.htm>), (2002 [2000])
- Harris K., *Teen Mothers and the Revolving Welfare Door*, Temple University Press, Philadelphia, 1996.
- Hobcraft J. et Kiernan, K., *Childhood Poverty, Early Motherhood and Adult Social Exclusion*, Case Discussion Paper No.28, 1999, London School of Economics.
- Hobcraft J. et Kiernan, K., "Childhood Poverty, Early Motherhood and Adult Social Exclusion", *British Journal of Sociology*, 52 (3), 2001, pp.495-517.
- Hotz J., McElroy S.W. et Sanders S.G., *Teenage Childbearing and its Life Cycle Consequences : Exploiting a Natural Experiment*, Working Paper W7397, Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 1999.
- Jay B., *Faut-il faire des enfants?*, Collection Lundis Philo, Nantes : Editions Pleins Feux, 2001.
- Joffre C., « Sexual Politics and the Teenage Pregnancy Prevention Worker », in Lawson A. et Rhode D. (eds.), *The Politics of Teenage Pregnancy*, Yale University Press, 1993, pp.284-300.
- Kafé H. et Brouard N., «Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis vingt ans?», *Populations et Sociétés* No.361, 2000, Institut National des Études Démographiques.
- Kalil A. et Kunz J., "Teenage Childbearing, Marital Status and Depressive Symptoms in Later Life", *Child Development*, 73 (6), 2002, pp.1748-1760.
- Kane R. et Wellings, K., *Reducing the Rate of Teenage Conception: An international review of evidence – Data from Europe*, Health Education Authority, Oxford, 1999.
- Ketting, E. et Visser, A. P. "Contraception in the Netherlands. The low abortion rate explained", *Patient Educ. Couns.*, Vol.23, 1994, pp.161-171.
- Kirby D., *Emerging Answers : Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy*, The National Campaign to Reduce Teen Pregnancy, Washington, 2001. Site Internet : www.teenpregnancy.org
- Knibiehler, Y., *La révolution maternelle. Femmes, maternité, citoyenneté depuis 1945*, Librairie Académique Perrin, 1997.
- Lagrange, H. et Lhomond, B. (dir.), *L'Entrée des jeunes dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*, La Découverte, 1997.
- Lagrange, H., *Les adolescents, le sexe et l'amour*, Syros, 1999.
- Lawson A. et Rhode D., *The Politics of Teenage Pregnancy*, Yale University Press, 1993.
- Le Van C. *Les grossesses à l'adolescence, normes sociales, réalités vécues*, L'Harmattan, 1998.
- Levine J., Pollack H. et Comfort M. "Academic and behavioral outcomes among children of young mothers", *Journal of Marriage and Family*, Vol.63, pp.355-369.
- Levoyer A.-C., *Les processus menant au désir d'enfant en France*, Editions Dossiers et Recherches, Institut National des Études Démographiques, 1999.
- Lewis J., "Gender and the development of welfare regimes", *Journal of European Social Policy*, Vol. 3, 1992, pp.159-73.
- Lewis J. et Knijn, T., "The Politics of Sex Education Policy in England and Wales and in the Netherlands since the 1980s", *Journal of Social Policy*, 31 (4), 2002, pp.669-94.
- Loignon C., *Prévention et soutien de la grossesse et de la maternité/paternité à l'adolescence. Etat de situation pour la région de Montréal*, Rapport de Recherche mené dans le cadre du programme placement carrière, Montréal, 1996.

- Luker K., *Dubious Conceptions: The Politics of Teenage Pregnancy*, Harvard University Press, Harvard, 1997.
- Martin C., « L'action publique en direction des ménages monoparentaux », *Recherches et Prévisions*, n°47, 1997, pp-25-50.
- Martin C. « Comparer les questions familiales en Europe », *Recherches et Prévisions*, n°55, pp.21-31.
- Maynard R., *Kids having Kids. Economic Costs and Social Consequences of Teenage Pregnancy*, Urban Institute Press, Washington D.C., 1997
- Meschke L., Bartholomae S., Zentall S., "Adolescent Sexuality and Parent-Adolescent Processes: Promoting Health Teen Choices", *Journal of Adolescent Health*, 31, 2002, pp.264-79
- Millar J. et Warman, A. *Family Obligations in Europe*, York : Joseph Rowntree Foundation, 1996
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Haut Comité de la Santé Publique, *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*, Editions ENSP, Rennes, février 2000.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *Articuler vie familiale et vie professionnelle en Europe : un enjeu pour l'égalité*, La Documentation Française, 2002.
- Miller B. C., *Families Matter : A Research Synthesis of Family Influences on Adolescent Pregnancies*, The National Campaign to Reduce Teen Pregnancy, Washington, 2000. Site Internet : www.teenpregnancy.org
- Mimoun S. et Etienne R., *Ados, amour et sexualité*, Albin Michel, 2001.
- Miranne K. et Young A.H., "Teen Mothers and Welfare Reform: Challenging the Boundaries of Risks", *Journal of Family and Economic Issues*, Vo.23, No.4, 2002, pp.361-79.
- Musick J.S., *Young, Poor and Pregnant: The Psychology of Teenage Motherhood*, Yale University Press, 1003.
- National Children's Bureau, *Just Say No to Abstinence Education, Lessons Learnt from a Sex Education Study Tour of the United States*, 2002.
- Nativel C., Sunley, P. et Martin R. "Localising Welfare-to-Work? Territorial Flexibility and the New Deal for Young People", *Environment and Planning C*, 2002, pp.911-32.
- OCDE, *Bébés et employeurs : comment concilier travail et vie de famille : Australie, Danemark et Pays-Bas* (volume 1), Paris : Organisation de Coopération et de Développement Economiques, 2002.
- Pawlak C., « Grossesses à l'adolescence » in Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Presses Universitaires de France, 2000, pp. 304-7.
- Pearce D., « Children having children : teenage pregnancy and public policy from the woman's prospective », Lawson A. et Rhode D. (eds.), *The Politics of Teenage Pregnancy*, Yale University Press, 1993, pp. 46-58.
- Puhlmann A., *Berufsausbildung jünger Mutter – junge Mutter in der Berufsausbildung; Probleme und Lösungsansätze*, Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn, 2001. Site Internet: www.bibb.de
- Risman B., Schwartz, P., « Adolescents américains : vers une contre-révolution sexuelle ? », *Sciences Humaines* n° 130, Août-Septembre 2002, pp.44-47.
- Roudinesco R. *La famille en désordre*, Fayard, 2002.
- Roye C. et Balk S. « The relationship of Partner Support to Outcomes for Teenage Mothers and Their Children : A Review », *Journal of Adolescent Health*, No.19, 1996, pp.86-93.
- Sawhill I. "What Can Be Done to Reduce Teen Pregnancy and Out-of-Wedlock Births ?", Sawhill I., Weaver K., Haskins R. et Kane A. (eds.), *Welfare Reform and Beyond*, The Brookings Institutions, Washington, 2002.
- Singh S. et Darroch J. "Adolescent Pregnancy and Childbearing : Levels and Trends in Developed Countries", *Family Planning Perspectives*, No.32, 2000, pp.14-23.
- Social Exclusion Unit, *Teenage Pregnancy*, The Stationery Office, Londres, 1999.
- Social Trends « Households and Families », Vol.32, 2002, *Office for National Statistics*.

- Tabberer S., Hall C., Webster A., Prendengast S., *Teenage Pregnancy and Choice: Abortion of Motherhood : Influence on the Decision*, Joseph Rowntree Foundation, York, 2000.
- Tunstill, J. et al., *Early Experiences of Implementing Sure Start*, Report 01, Institute for the Study of Children, Families and Social Issues, Birbeck College, Londres, juin 2002.
- UNICEF, *A League Table of Teenage Births in Rich nations*, Innocenti Report Card No.3, Innocenti Research Centre, Florence, 2001.
- Uzan M., *Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes*, Paris : Ministère des Affaires Sociales, 1998, consultable sur http://www.sante.gouv.fr/htm/home/index1_rp.htm
- Ventura S. J. et al., "Trends in pregnancy rates for the United States, 1976-97 : an update", *National Vital Statistics Reports*, 49(4), 2001.
- Whitehead E., "Teenage Pregnancies : On the Road to Social Death", *International Journal of Nursing Studies*, No.38, 2001, pp.437-446.
- Wellings K. et al., "Sexual Behavior in Britain : Early Heterosexual Experience", *Lancet*, No.358, 2001, pp.1843-50.
- Yoshikawa H., Altman Rosman E. et Hsueh J., "Variations in Teenage Mothers' Experiences of Childcare and other Components of Welfare Reform: Selection Process and Developmental Consequences", *Child Development*, 72(1), 2001, pp.299-317.



Source : Darroch *et al.* (2001), p.104.

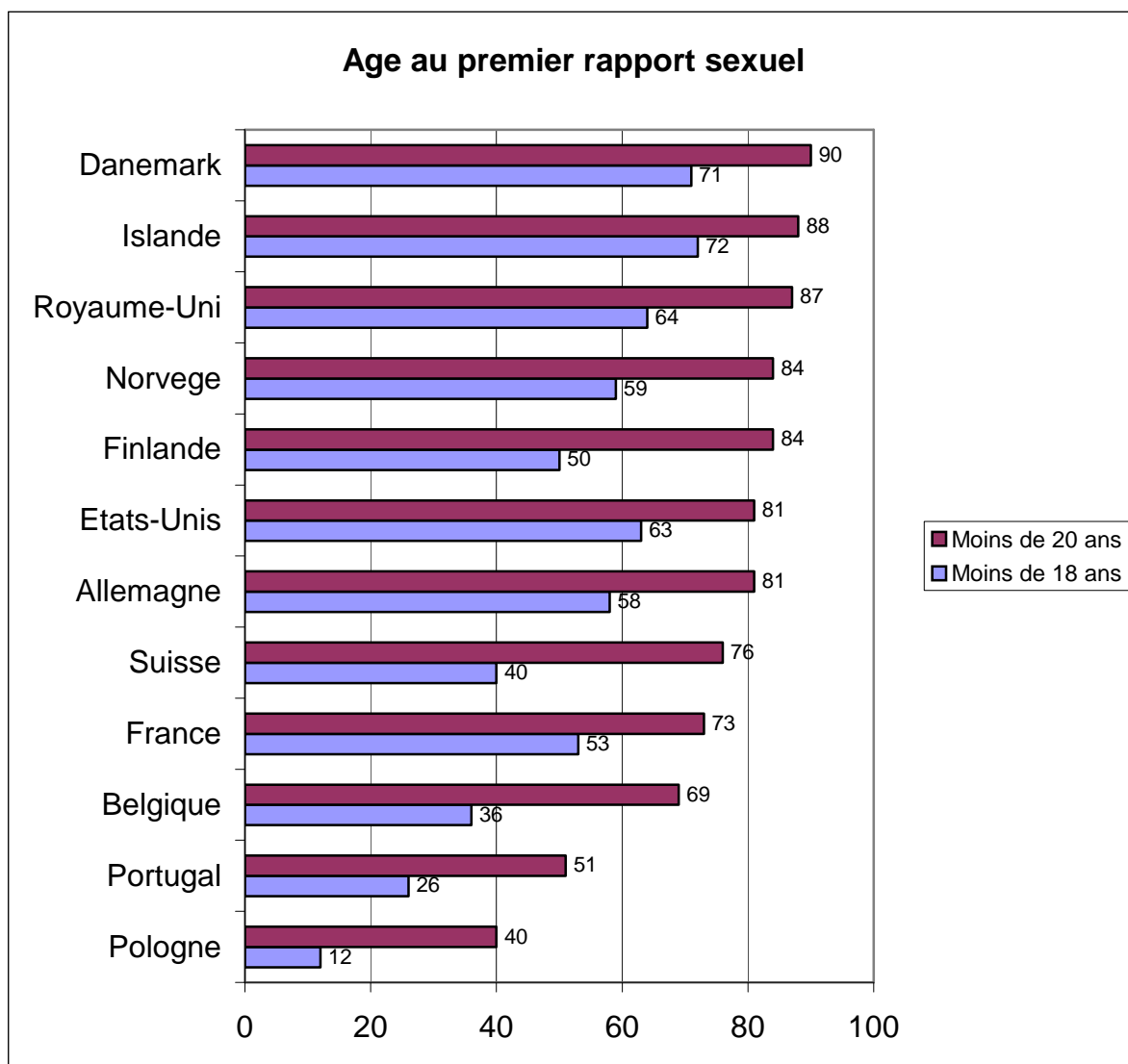
Annexe 2
Performance de cinq pays développés en matière de prévention des grossesses mineures

Liste de critères	Suède	France	Canada	GB	USA
Attachement au bien-être individuel					
Egalité économique	TE	E	M	F	TF
Transitions vers l'âge adulte et la parentalité : politiques de soutien					
Politiques de soutien aux mères actives	TE	E	M	M	TF
Politiques de l'emploi et de la formation ciblées envers les jeunes	E	E	M	M	F
Approche « positive » de la sexualité					
Esprit d'ouverture envers la sexualité	TE	E	M	F	TF
Programmes d'éducation sexuelle compréhensifs	TE	E	M	M	F
Incitation à l'abstinence (sans coercition)	TE	TE	M	F	TF
Promotion de comportements sexuels « positifs » par le biais des médias	TE	E	M	M	F
Accès aux soins					
Couverture universelle	E	E	E	E	F
Services de santé pour toutes les catégories d'usagers	TE	E	E	E	F
Confidentialité garantie aux adolescents	E	M	E	M	M
Services de santé ciblés envers les adolescents	E	M	M	F	M
Accès à la contraception	TE	E	E	E	M
Contraception gratuite ou au coût modeste	E	E	E	TE	M
Accès à l'avortement	E	E	M	E	F
Accès aux soins pour les MST	TE	M	E	E	M
Décompte des scores obtenus					
Très élevé	9	1	0	1	0
Elevé	6	13	6	5	0
Niveau moyen	0	3	9	5	6
Faible	0	0	0	4	5
Très faible	0	0	0	0	4
Moyenne des scores obtenus					
Scores tous critères confondus	4.7	4.0	3.2	2.8	1.7
Scores pour chaque type de catégorie					
Attachement au bien-être individuel	5.0	4.0	3.0	2.0	1.0
Transitions vers l'âge adulte et la parentalité : politiques de soutien	4.5	4.0	3.0	3.0	1.5
Approche « positive » de la sexualité	5.0	4.3	3.0	2.5	1.5
Accès aux soins	4.4	3.6	3.8	3.8	2.6

*TE= Très élevé ; E= élevé ; M= niveau moyen ; F= faible ; TF= très faible

Source: Darroch *et al.* (2001), p.88.

Annexe 3



Réponses données par un échantillon de jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans. Celles-ci ont été obtenues durant la première moitié des années 1990.

Source : UNICEF (2001), p.13.

ANNEXE 4
Exemples d'échanges entre adolescentes extraits du
forum de discussion sur le Site Internet FIL SANTE JEUNES

1) « Risque de grossesse ? » (1er juin 2003)

risque de grossesse ???????????????? posté par : julie	Répondre à ce message	Posté le dimanche 1 juin à 11:40 AM
g lu dan un magasin le temoigagne dune fille ki prenai la pillule depui un an mai ki malgré cela été tomber enceinte lor dun rapor non protégé avc son mec , moi mon mec avé mi un préservatif mai il a craker , je pren la pillule mai g peur depui ke g lu ça...		

risque de grossesse ???????????????? Posté par : Lina	Répondre à ce message	dimanche 1 juin à 3:13 PM
Peut-être que la fille avait oubliée sa pilule !!!!! Non??		

risque de grossesse ???????????????? Posté par : Marine	Répondre à ce message	dimanche 1 juin à 3:52 PM
Hey !! Faut pas systématiquement paniquer, j'te jure ! C'est vrai que la pilule n'est pas fiable à 100%, mais c'en n'est pas loin. Les risques arrivent quand tu oublies de prendre la pilule un jour, et que, pour rattraper ça, tu en prends 2 le jour suivant ; ou encore quand tu ne te protèges pas pendant la semaine où tu arrêtes la pilule (à ce moment, évidemment, elle n'agit pas !). Ce qu'il faut savoir aussi, c'est que les spermato peuvent vivre pendant 1 semaine après l'éjaculation en toi (puisque la pilule ne les tue pas !!) : alors si tu arrêtes la pilule moins d'une semaine après un rapport non-protégé, il y a des chances / risques pour que tu ovules, et qu'il y ait rencontre ... Et si vraiment, tu n'es pas sûre, il existe des tests de grossesse qui te disent la réponse tout de suite : pas besoin d'attendre 3 mois pour savoir !! Bon courage à toi		

risque de grossesse ???????????????? Posté par : moi	Répondre à ce message	jeudi 5 juin à 12:13 PM
AU CAS OU LA PILLULE EST FIABLE AUSSI PDT LA SEMAINE OU TU NE LA PRENDS PAS ET QUAND TU AS TES REGLES VOILA BISOUS		

2) « Suis-je enceinte ou pas ? » (25 juin 2003)

suis je enceinte ou pas ?????? posté par : anonyme	Répondre à ce message	Posté le mercredi 25 juin à 2:18 PM
J'ai fais l'amour le 9 juin sans protection et mes règle devrais arriver mais elle n'arrive pas suis enceinte ou pas et est ce qu'on as ses pertes blanches si on l'est ???? repondez moi j'ai besoin de savoir je ne sais plus koi faire et je nose pas le dire a quelqu'un de mon entourage		

suis je enceinte ou pas ?????? Posté par : parapluie	Répondre à ce message	mercredi 25 juin à 7:55 PM
---	---------------------------------------	----------------------------

salut!

je ne peux pas te repondre sur les faits de savoir si tu es enceinte ou pa, mais tu devrais aller au planning familiale le plus proche de chez toi.
Explique leur ta situation, tu pourras effectuer un test de grossesse, ils t'aideront facilement et il sont super sympas...

**suis je enceinte ou pas
???????**

[Répondre à ce message](#)

mercredi 25 juin à 8:57 PM

Posté par : XXXXXX

bah deja est ce que tu es réglée de facon regulière?
et qd tu dis ss protection je suppose ke c ss capote??
conseil simple et le plus logique selon moi faire 1 test de grossesse pr savoir et etre fixée le plus rapidemt possible!!

N.B.: les échanges sont reproduits ici tels qu'ils ont été posté, sans correction d'orthographe et de grammaire.

Source : <http://www.filsantejeunes.com>, consulté le 01 juillet 2003.

ANNEXE 5

Photo d'une jeune mère prenant part aux activités du groupe ISIS,
Salzbourg, Autriche.



Source : <http://www.frauengesundheitszentrum-isis.at/inhalt/news10.htm>