

Grossesses adolescentes



Collection « La vie de l'enfant »

dirigée par Sylvain Missonnier

syl@carnetspsy.com

De l'enfant imaginaire dans la tête des parents virtuels à l'adolescent rappeur, il y a tout un monde ! Chacun des ouvrages de la collection est une pièce du puzzle de cet univers peuplé d'enfants vivants, morts, bien-portants, souffrants, handicapés, maltraités, soignés, accueillis, éduqués, aimés..., indissociables de leur environnement.

La vie de l'enfant s'adresse aux professionnels et aux curieux de la genèse de l'humain, de la parentalité et du soin. Elle privilégie la clinique et ses pratiques, matrices de nos hypothèses théoriques et non servantes. La lisibilité, exempte d'ésotérisme, n'y rime pas avec simplisme. À la croisée des domaines psychanalytique, psycho(patho)logique, médical, social, historique, anthropologique et éthique, sa convivialité épistémologique réconcilie l'enfant observé et l'enfant reconstruit.

La collection publie des auteurs confirmés ou à découvrir et des collectifs réunis autour d'une diagonale essentielle. Témoin de l'évolution des usages, des mutations sociales et culturelles, elle souhaite constituer un vivier d'informations réflexives dédié aux explorateurs de la santé mentale infantile d'ici et d'ailleurs.

Initiatrice de rencontres, *La vie de l'enfant* désire être une vivante agora où enfants, parents et professionnels élaborent avec créativité les métamorphoses du troisième millénaire.

Membres du comité éditorial :

Dominique Blin, Nathalie Boige,
Edwige Dautzenberg, Pierre Delion,
Micheline Blazy, Anne Frichet,
Bernard Golse, Sylvie Gosme-Séguret
et Michel Soulé, fondateur de la collection en 1959.

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

Diana Dadoorian

GROSSESSES ADOLESCENTES

Préface de Philippe Mazet

« La vie de l'enfant »

 érès

Remerciements

Je remercie chaleureusement Bernard Golse qui a suggéré la publication de cet ouvrage en France, et Sylvain Missonnier qui m'a accueillie chez èrès. Qu'Emmanuel Weiss soit aussi remercié pour son aide à la révision de la traduction française du texte.

Ma vive reconnaissance va aussi au professeur Philippe Mazet qui m'a fait confiance dans mon travail.

Je remercie particulièrement Maria Rita Taulois qui a appuyé les idées présentées dans cet ouvrage.

J'aimerais exprimer toute ma gratitude à Marco Antonio Figueiredo qui m'a toujours soutenue dans mes projets, cet ouvrage a été enrichi de ses remarques constructives.

Que ma chère famille soit affectueusement remerciée : Marcelo, Alice, Stella, Graça, Santukd, Luiza, Eduarda et Maria.

Je tiens à remercier spécialement les adolescentes interviewées qui ont rendu possible la réalisation de cet ouvrage.

© 2000 by Diana Dadoorian
First published by Editora Roccoltda.,
Rio de Janeiro, RJ.-Brasil
Édition originale :
Pronto para voar
um novo olhar sobre a gravidez na adolescência

Conception de la couverture
Anne Hébert

Version PDF © Éditions èrès 2012
ME - ISBN PDF : 978-2-7492-2050-5
Première édition © Éditions èrès 2005
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris,
tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE, par Philippe Mazet	9
INTRODUCTION :	
« Cette grossesse à l'adolescence dont on parle tant »	11
1. PANORAMA ACTUEL DE LA GROSSESSE À L'ADOLESCENCE	13
Anne-Marie	14
Sophie	15
En Europe	16
Aux États-Unis	20
En Amérique latine	20
Au Brésil	22
2. ADOLESCENCE	25
Qu'est-ce que c'est l'adolescence ?	25
Le concept d'adolescence à travers les époques	27
La psychologie de l'adolescence	40
3. SEXUALITÉ À L'ADOLESCENCE	43
La « vierge romantique » du XIX ^e siècle	44
La « jeune libérée » du XX ^e siècle	49
Le début de l'activité sexuelle	51
Les relations amoureuses	54
La menstruation	57
Les journaux de jeunes filles	60

4. FAMILLE	67
Les modèles familiaux	68
Les premières relations familiales	73
L'adolescence féminine et la famille.....	75
Famille et grossesse à l'adolescence.....	76
5. ÉDUCATION	81
Les adolescents, la famille et l'éducation	81
Les adolescents et le début de scolarité	83
École et grossesse à l'adolescence.....	85
6. FÉMINITÉ ET MATERNITÉ	89
La sexualité féminine	90
Féminité et culture	91
La fonction sociale de la maternité	94
7. LA GROSSESSE À L'ADOLESCENCE	99
Notre hypothèse	100
La signification inconsciente de l'enfant.....	101
L'information et le désir	105
La réaction de la famille de l'adolescente à propos de sa grossesse.....	106
L'examen prénatal	108
8. L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE	111
9. INFORMATION ET ÉDUCATION SEXUELLE	115
Bref historique	115
L'éducation sexuelle de nos jours.....	117
L'éducation sexuelle selon l'adolescente.....	118
CONCLUSION	125
BIBLIOGRAPHIE	129

Pour
Helena et Zohrab

PRÉFACE

Voici un ouvrage sur un sujet essentiel et d'actualité : être mère à l'adolescence. Il est remarquable parce qu'il est le fruit de l'expérience acquise dans ce domaine aussi bien au Brésil qu'en France (pendant trois ans) d'une psychologue clinicienne, chercheur et enseignante qui travaille quotidiennement avec des adolescentes enceintes et qui deviennent mères. Il est remarquable aussi parce que, loin d'approches souvent simplificatrices et réductionnistes des questions qui se posent, il en montre la complexité, la diversité, et ce en partant de ce que vivent et de ce que disent ces adolescentes au cours d'une recherche systématisée portant sur un grand nombre de celles-ci.

Il y a là bien entendu un problème de santé publique, dont on sait évidemment qu'il ne se pose pas de la même façon dans tous les pays, en raison du contexte social et culturel et de la législation, notamment en matière d'interruption de grossesse. Diana Dadoorian apporte à ce sujet de nombreuses données épidémiologiques sur les grossesses à l'adolescence tant en France, en Europe, aux États-Unis, qu'en Amérique latine, au Brésil plus particulièrement. Dans cette perspective, le poids des facteurs sociaux y est en règle générale largement souligné, faisant volontiers de la grossesse précoce une réponse à une situation de précarité, voire de grande précarité, sociale et familiale, avec des risques plus ou moins importants sur les plans médical, social et psychologique pour l'adolescente et son bébé. On saisit toute l'importance dans ce domaine de mesures préventives en matière d'information concernant les méthodes contraceptives, les possibilités de recours à une interruption de grossesse et celles qui concernent l'aide sociale et l'accompagnement psychologique de l'adolescente.

Mais au-delà de cette dernière perspective, sociale, de la maternité à l'adolescence, Diana Dadoorian se centre et approfondit la dimension psychologique présente dans la situation « être enceinte à l'adolescence et avoir un bébé ». Elle le fait à partir d'une observation fine et rigoureuse systématisée dans le cadre d'une recherche poursuivie pendant plusieurs années, se centrant à la fois sur les récits des adolescentes et l'abord des conditions de vie personnelles, familiales et sociales de celles-ci. Elle le fait avec beaucoup d'empathie, décrivant ainsi le vécu, la réalité psychique interne des adolescentes. On peut dire, comme j'ai eu l'occasion d'en souligner l'importance à plusieurs reprises, qu'elle prend bien en compte à la fois l'événement maternité, dans sa réalité sociale et somatique, et les processus de maternalité, c'est-à-dire les aménagements psychologiques qui amènent une femme, ici une adolescente, à devenir mère, cette notion de maternalité renvoyant aux représentations mentales, aux affects, aux désirs et aux comportements des mères en relation avec leur enfant, que celui-ci soit à l'état de projet, attendu au cours de la grossesse ou déjà né. On voit ici, au travers de très nombreuses illustrations concrètes de récits d'adolescentes, se déployer le vécu, la subjectivité de celles-ci et notamment, pour bon nombre de celles qui vont poursuivre leur grossesse, leur désir d'avoir un bébé. Bien entendu dans la réalisation de ce projet, interviennent non seulement le désir de l'adolescente, mais aussi la position du père du bébé, la compréhension et l'aide ou non que l'adolescente va trouver auprès de sa famille... et des professionnels.

Il faut encore dire qu'à travers cet ouvrage Diana Dadoorian est présente dans toute une collaboration franco-brésilienne et de manière plus générale latino-américaine et ce depuis de nombreuses années. J'ai ainsi eu l'occasion, pour ma part, d'accueillir dans mon service, d'abord à Bobigny puis à la Salpêtrière, plusieurs jeunes collègues psychiatres ou psychologues brésiliens, péruviens, chiliens, argentins, mexicains, et de me rendre dans leur pays, etc.

Je suis certain que cet ouvrage va intéresser un large public et notamment tous les professionnels impliqués dans ce domaine, bien entendu les membres des équipes de gynéco-obstétrique travaillant en maternité, mais aussi les travailleurs sociaux, psychiatres, psychologues, pédiatres et médecins, éducatrices, puéricultrices, infirmières, concernés par la prise en charge et l'accompagnement de telles adolescentes. Mais c'est aussi les spécialistes de santé publique et, je crois aussi, les responsables politiques qui peuvent trouver dans cet ouvrage, très riche, des pistes pour développer, consolider, enrichir tout ce qui peut amener à aider une adolescente enceinte ou qui souhaite devenir mère.

Philippe Mazet
Clinique de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,
hôpital de la Salpêtrière (Paris),
professeur à l'Université Pierre et Marie Curie

INTRODUCTION

« CETTE GROSSESSE À L'ADOLESCENCE DONT ON PARLE TANT »

Aujourd'hui on parle beaucoup de la grossesse à l'adolescence. Il suffit de lire les journaux et les magazines ou de regarder la télévision pour y voir traité ce thème. Pourquoi suscite-t-il un si grand intérêt ? Y a-t-il vraiment tant de jeunes filles qui tombent enceintes actuellement ?

Les questions sont nombreuses et les statistiques montrent que le nombre d'adolescentes enceintes augmente chaque année. Il s'agit d'un phénomène mondial. De nombreux pays, notamment en Amérique latine, sont préoccupés par ce phénomène considéré comme un problème de santé publique.

La grossesse à l'adolescence n'est pourtant pas un fait nouveau dans notre société. Nos grands-mères, nos arrière-grands-mères ont eu des enfants très jeunes, mais les contextes sociaux et culturels de leurs époques étaient très différents. Les femmes devaient se marier tôt et par conséquent devenaient mères tôt. Le rôle de la femme était encore essentiellement lié aux soins des enfants et aux travaux domestiques. Cette situation découlait de l'organisation même du système social.

La modernisation de notre société a modifié nos coutumes, et notamment le rôle de la femme. Les changements socio-économiques contemporains, du mouvement hippie, de la découverte de la pilule, de la révolution sexuelle au mouvement féministe ont transformé la vie des hommes et des femmes, provoquant des changements dans leurs comportements social et sexuel.

Mais quel rapport avec la grossesse à l'adolescence ? Pour beaucoup d'auteurs, la libéralisation des mœurs est une des causes de la croissance du taux des grossesses à l'adolescence, parce que la libéralisation du sexe

n'a pas été accompagnée par une information suffisante sur l'usage des méthodes contraceptives. Néanmoins, pour comprendre ce problème et en avoir une vision globale, il paraît nécessaire de l'appréhender dans le contexte historique dans lequel il apparaît.

Au Brésil, comme dans beaucoup de pays, la grossesse à l'adolescence est encore perçue comme non désirée et comme la conséquence d'un manque de connaissances des méthodes contraceptives. Bien que très répandue, cette idée ne considère pas la complexité de la question, laquelle semble se situer bien au-delà d'un simple manque d'informations pratiques.

Au contraire, il faut se demander pourquoi actuellement les adolescentes continuent de tomber enceintes alors que l'accès à l'information est beaucoup plus facile. Il suffit en effet de consulter une revue achetée chez le marchand de journaux pour trouver une information sur ce sujet, souvent agrémentée d'illustrations photographiques. Il y a aussi la télévision, les cours d'éducation sexuelle dans les écoles et les hôpitaux, les discussions entre copains, et, surtout, la possibilité de consulter un gynécologue, le plus souvent avec l'accord de la mère qui de surcroît paye la consultation. Ainsi, affirmer que les jeunes filles se retrouvent enceintes par ignorance des méthodes contraceptives est, aujourd'hui, au début du XXI^e siècle, une ingénuité.

Pourquoi, alors, les adolescentes continuent-elles à tomber enceintes ?

Pour tenter de répondre, il faut avant tout écouter les jeunes filles parler de leur grossesse. La naissance d'un enfant peut être la cause de bien des difficultés et de limitations dans la vie d'une adolescente : interruption ou abandon des études, mariage forcé de courte durée, dépendance économique plus grande à l'égard des parents (la majorité des jeunes filles continuent de vivre chez leurs parents après la naissance de l'enfant, le père étant lui aussi un adolescent dans la plupart des cas). En dépit de toutes ces contraintes, il est très fréquent d'entendre l'adolescente dire qu'elle est heureuse d'être enceinte et qu'elle souhaite avoir cet enfant.

Ce que les adolescentes disent à propos de leur grossesse montre que celle-ci exerce un rôle significatif dans leur vie affective et sociale. Nous allons le voir, *la grossesse est désirée par ces jeunes et elle est la conséquence d'une série de facteurs psychosociaux.*

Le constat de la détresse des jeunes et de leurs familles face aux questions et aux remaniements que provoque une grossesse à l'adolescence a motivé plusieurs de mes travaux sur ce sujet au Brésil et en France. Ce parcours est à l'origine de la réalisation de ce livre. Il s'agit donc de *poser un nouveau regard sur la question de la grossesse à l'adolescence*, et d'aider ainsi les parents et les adolescentes concernés à mieux se situer.

1

PANORAMA ACTUEL
DE LA GROSSESSE À L' ADOLESCENCE

*[Butterfly rientra trionfalmente
tenendo il suo bambino seduto su una spalla
sinistra e lo mostra a Sharpless gloriandosene]*

Sharpless

È palese.

E Pinkerton lo sa ?

Butterfly

No. No.

[con passione] È nato quand'egli stava
in quel suo gran paese.
Ma voi... *[accarezzando il bimbo]* gli scriverete
che l'aspetta

un figlio senza pari !
e mi saprete dir s'ei non s'affretta
per le terre e pei mari !...

Sharpless *[prendendo in braccio il bimbo]*

Caro : come ti chiamano ?

Butterfly *[al bimbo, con grazia infantile]* Rispondi :
Oggi il mio nome è *Dolore*. Però
dite al babbo, scrivendogli, che il giorno
del suo ritorno,
Gioia, gioia mi chiamerò.

Madama Butterfly
Puccini

ANNE-MARIE ¹

Anne-Marie a 15 ans, elle est célibataire et mère adolescente. Ses parents ont divorcé après cinq ans de vie commune. Pendant son enfance, elle était en internat scolaire et ne rencontrait sa mère que le week-end. Son petit frère, lui, restait à la maison avec sa grand-mère maternelle. Pendant l'entretien que nous avons ensemble, elle dit qu'elle était habituée à être encadrée.

Elle se considère comme une personne normale, gentille, mais avec ses limites. Pendant sa grossesse, elle était plus énervée que d'habitude.

Anne-Marie ne travaille pas et a interrompu ses études avant sa grossesse. Actuellement, elle dit vouloir suivre une formation professionnelle ; ainsi, quand elle aura 18 ans, elle pourra travailler et gagner de l'argent afin d'élever sa fille. Elle souhaiterait également avoir son propre appartement pour y vivre avec elle.

Son père, invalide, est à la retraite ; on dit qu'il a une maladie mentale. Il vit seul. Anne-Marie raconte qu'il vient souvent chez eux, et que sa mère est gentille avec lui : « Il est comme son jeune frère... il parle beaucoup mais ne dit rien. » À cause de sa maladie, ils se parlent à peine.

Elle entretient avec sa mère une relation difficile, sans réel dialogue. Elles sont souvent en opposition. Anne-Marie affirme même qu'elle a « l'habitude » de se disputer avec sa mère. Cette situation s'étant aggravée à l'adolescence, Anne Marie passait plus de temps chez ses copines que chez elle. *Elle remercie le ciel d'être tombée enceinte, parce qu'à présent elle peut retourner chez elle, sans se disputer avec sa mère.* Elle affirme avoir compris, depuis l'accouchement, les réactions de sa mère.

Elle n'a plus de contact avec le père de sa fille. Il ne voulait pas avoir cet enfant et ils se sont disputés pendant le quatrième mois de grossesse. Elle dit que, de toute façon, son opinion n'avait aucune importance et qu'elle voulait avoir l'enfant. Elle n'avait pas programmé sa grossesse mais elle « l'attendait ». Pour Anne-Marie, avoir un enfant alors qu'elle est encore très jeune est une bonne chose, ainsi elle sera toujours jeune à côté de sa fille.

1. D. Dadoorian, « Les relations de la mère adolescente avec sa propre mère », DEA Psychologie clinique et psychopathologie, Université Paris VIII.

SOPHIE²

Sophie a 19 ans, elle est célibataire et mère adolescente. Elle a quitté la maison familiale à l'âge de 16 ans. Elle n'avait pas de bonnes relations avec ses parents : ils se disputaient à cause de sa sexualité et de ses fréquentations. Son père la trouvait trop jeune pour avoir des rapports sexuels, pour sortir... Il n'y avait aucun dialogue entre Sophie, son père et sa mère.

Quand elle a quitté la maison, son ami de l'époque est devenu son tuteur judiciaire. À partir de ce moment, son père lui a interdit de leur adresser la parole. Elle dit en entretien qu'elle aurait voulu leur parler, et qu'elle n'a pas compris leur réaction. Elle voyait cependant régulièrement ses sœurs en cachette, et après avoir connu le père de sa fille, elle a repris contact avec sa mère qui a accepté cette relation.

Après son accouchement, les relations avec ses parents se sont améliorées. Elle affirme que sa fille les a rapprochés. Le dialogue a pu être rétabli, et son père l'a invitée à vivre chez eux. Elle a refusé parce qu'elle avait déjà organisé sa vie et qu'elle allait vivre dans un centre maternel.

Sophie n'était pas appréciée par sa belle-famille ; quand son ami a été victime d'un accident grave, sa famille a rapidement provoqué leur séparation alors qu'avant l'accident, ils avaient projeté de se marier. Il souhaite prendre en charge sa fille, mais Sophie refuse de le voir à cause de cette histoire. Elle a interrompu ses études en raison de sa grossesse et souhaite les reprendre.

Sophie n'a pas de relations sociales. Elle parle uniquement avec les autres filles du foyer. Les relations avec l'extérieur sont très pauvres.

Elle a toujours désiré un enfant et à présent elle est contente. Elle pense avoir toujours eu l'instinct maternel, ressentant toujours le besoin de donner son attention à quelqu'un. Sophie a décidé d'avoir un enfant avec son ami parce que leur relation était sérieuse et qu'il allait prendre l'enfant en charge.

Après l'accouchement, elle a réfléchi sur son passé, elle se sentait « juste une adolescente ». Un enfant change beaucoup les choses, dit-elle : « On devient mère et on se met à la place de ses parents. » Maintenant, elle comprend les réactions de ses parents. Tout ce qu'ils ont fait, c'était pour son bien, même s'ils n'avaient pas toujours raison.

2. D. Dadoorian, *op. cit.*

Les médias nous ont habitués à de tels récits ; ces histoires paraissent très banales. Il n'en reste pas moins qu'Anne-Marie et Sophie sont françaises ; ce qui montre qu'actuellement la grossesse à l'adolescence est une question qui concerne tous les pays.

En réalité, c'est un fait que l'on rencontre tout au long l'histoire de l'humanité et nombreux sont les exemples. Selon la Bible, Marie, la mère de Jésus, a été une mère adolescente. Aujourd'hui encore, elle est vénérée par les catholiques et considérée comme une mère exemplaire. Comme Marie, d'autres femmes de son époque ont également été des mères adolescentes.

*Madame Butterfly*³, en épigraphe de ce chapitre, raconte l'histoire d'une jeune japonaise de 15 ans qui est tombée amoureuse d'un officier américain et a un enfant de lui. En dépit des promesses qu'il a pu lui faire, il la quitte, retourne en Amérique, et revient quelques années plus tard avec son épouse. Butterfly, qui ne peut pas vivre sans son bien-aimé, donne leur fils à son épouse avant de se donner la mort.

Le nom de l'héroïne japonaise, Cio-Cio-San, signifie papillon en japonais, *butterfly* en anglais. Ainsi comme une larve se transforme en un beau papillon, l'amour que la jeune fille éprouve pour l'officier américain et la maternité la transforment en femme. L'auteur nous a offert une belle symbolique qui – nous le verrons par la suite – apparaît aujourd'hui encore dans les discours des adolescentes enceintes quand elles parlent de leur grossesse.

EN EUROPE

En Europe, la grossesse à l'adolescence est une question préoccupante pour de nombreux gouvernements. Malgré tout, les statistiques ne sont pas très élevées actuellement, surtout si on les compare à celles du Brésil et des États-Unis. Le nombre d'adolescentes enceintes entre 15 et 19 ans est de 9 ‰ en France ; de 13 ‰ en Allemagne ; de 30 ‰ en Grande-Bretagne ; et de 54 ‰ aux États-Unis. Au Brésil, où le nombre des adolescentes est presque trois fois plus élevé qu'en France, 700 000 adolescentes entre 15 et 19 ans deviennent mères chaque année⁴.

Parmi les pays d'Europe Occidentale, la Grande-Bretagne est celui qui a les taux les plus élevés de maternité chez les adolescentes entre 15 et 19 ans. En 1999, 100 000 enfants sont nés de mères adolescentes de moins de 20 ans, dont 8 000 avaient moins de 16 ans et 2 271 avaient moins de

3. Opéra de Puccini, créé en Italie en 1904.

4. *Veja*, 15 décembre, 1999.

14 ans. Actuellement, le taux de fécondité en Grande Bretagne est trois fois plus important que celui de l'Allemagne ou de l'Espagne et presque quatre fois plus important que celui de la France ou de l'Italie ⁵.

Le gouvernement britannique a développé une série de mesures dans le but de faire baisser ces statistiques. La plus originale a été la création d'un « bébé virtuel ». Il s'agit d'une poupée qui pleure et exige les mêmes soins qu'un bébé humain. L'objectif du dispositif est de montrer aux adolescentes ce qu'implique réellement d'avoir un bébé. Deux jeunes couples ont tenté une expérience de quelques jours avec le bébé virtuel. Ils sont tombés d'accord pour affirmer que s'occuper d'un enfant équivalait à un emploi de 24 heures par jour, avec malgré tout la restriction qu'une vulgaire poupée ne serait pas en mesure de convaincre totalement les adolescentes de ne pas tomber enceintes ⁶.

La Suède a le taux de fécondité le plus bas, alors que les adolescentes ont des rapports sexuels à un âge plus jeune. Depuis les années 1940, le gouvernement suédois a développé des programmes visant à réduire le nombre de grossesses à l'adolescence. Il a généralisé l'éducation et en matière de sexualité et de contraception, a développé des centres associés aux écoles dans lesquels les jeunes ont accès à des services de contraception et d'assistance sociopsychologique. Ces centres sont gratuits et largement répandus ⁷.

En France, le taux de grossesses chez les adolescentes âgées de moins de 18 ans est estimé à 24 %, soit environ 16 000 grossesses par an. Le tiers de ces grossesses seront menées à terme ⁸.

D'après le rapport Uzan sur « La prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes », paru en avril 1998, la fécondité des adolescentes est deux fois plus faible aujourd'hui qu'il y a dix ans. Chez celles qui ont moins de 18 ans, une grossesse sur deux aboutit à une interruption volontaire de grossesse (IVG). Cependant, les IVG et les grossesses menées à terme chez les adolescentes restent un phénomène numériquement important et les grossesses consécutives à une violence sexuelle sont en augmentation.

La contraception anonyme et gratuite (1974) et la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse (1975) ont entraîné une diminution du nombre de naissance chez les adolescentes. Cependant, la proportion des

5. C. Ros, « Sexualité, grossesse et IVG, données épidémiologiques », dans *Revado-sante*, n° 2, 2001.

6. *Journal Evening Standard*, 20 mai 1998.

7. C. Ros, *op. cit.*

8. *Ibid.*

naissances chez les moins de 15 ans est en augmentation depuis 1976. Michèle Uzan s'interroge alors sur le lien existant entre une grossesse avant 15 ans et l'inceste. Dans son service, 16,6 % des jeunes filles accueillies ont des antécédents de grossesse⁹.

Le risque des grossesses répétitives est un fait réel : beaucoup d'adolescentes sont à nouveau enceintes après des IVG.

Les résultats d'un rapport réalisé par l'INSERM ont montré que, dans les milieux défavorisés, 12 % des adolescentes exclues d'une scolarité classique mènent leur grossesse à terme ; ce chiffre atteint 60 % sur la tranche des 15-25 ans. Ces adolescentes dont la plupart ont eu des problèmes familiaux graves, ont décidé de mener leur grossesse à terme, et investissent l'enfant comme quelqu'un qui va enfin les aimer¹⁰.

Les foyers maternels parisiens accueillent des mères adolescentes d'origines culturelles très différentes, essentiellement issues des classes les plus démunies de la société. Il est donc important de tenir compte de la culture d'origine des jeunes mères pour appréhender ce phénomène. En dépit de contextes culturels très différents, nous avons observé des problèmes identiques chez les adolescentes françaises et brésiliennes : le sentiment de manque affectif et des relations difficiles avec les parents, comme dans les cas d'Anne-Marie et de Sophie.

Cependant, la France est dotée de dispositifs légaux et réglementaires pour la protection de la maternité et de la petite enfance. Différents services offrent aux jeunes mères diverses possibilités pour réorganiser leur vie, surtout dans le cas de familles à haut risque. Au Brésil, en revanche, les services spécialisés dans la prise en charge des jeunes mères et de leurs enfants sont rares, malgré le nombre croissant de grossesses parmi les adolescentes. De ce fait, ces jeunes mères restent dépendantes de l'aide économique et du support affectif de leurs familles, ce qui peut être problématique lorsque les relations familiales sont conflictuelles¹¹.

Bien qu'en France le nombre de mères adolescentes ne soit pas trop élevé, on observe curieusement une augmentation du nombre de mères célibataires entre l'âge de 35 à 40 ans. Elles sont indépendantes économiquement et même si elles n'ont pas de mari, elles n'ont pas renoncé au désir d'être mères. De l'autre côté de l'Atlantique, au Brésil, l'augmenta-

9. M. Uzan, *La prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes*, rapport au directeur général de la santé, Paris, 1998.

10. *Journal Libération*, 11 avril 1995.

11. D. Dadoorian, « La grossesse désirée chez les adolescentes dans les milieux défavorisés. Quelques réflexions à partir d'une étude réalisée au Brésil », dans *Revue de neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescent*, vol. 48, n° 1, Paris, 2000, p. 44-50.

tion également constatée concerne la tranche d'âge de 15 à 19 ans. C'est une préoccupation pour les autorités sanitaires brésiliennes en raison des nombreux problèmes médicaux et sociaux que cette situation engendre ¹².

Le gouvernement français reste attentif à la question de la grossesse à l'adolescence, principalement en raison du grand nombre d'IVG chez les jeunes. En 1999 ¹³, la ministre déléguée chargée de l'enseignement scolaire, Ségolène Royal, a adopté une position très polémique à cet égard : elle a autorisé la distribution de la pilule du lendemain dans tous les lycées français. En partant du principe que l'on ne peut nier le fait que les jeunes aient des activités sexuelles, la ministre critique l'échec de l'éducation sexuelle et espère que cette mesure incitera à recourir à d'autres moyens que l'avortement.

En conséquence, les infirmières des écoles sont autorisées à délivrer la pilule du lendemain à toute adolescente qui en fait la demande et qui peut ainsi participer à des programmes de planning familial. Cette mesure est désapprouvée par l'Église et par quelques parents qui considèrent qu'il s'agit d'une mesure abortive.

Depuis le 1^{er} juin 2000, la pilule du lendemain est vendue sans ordonnance dans toutes les pharmacies françaises. Sa composition chimique empêche l'implantation de l'ovule fécondé dans l'utérus, sans effets secondaires graves. Il a été constaté une augmentation des recherches sur des méthodes contraceptives plus sûres dans le pays où elle est déjà commercialisée. Cette mesure intéressante sera examinée plus en détail dans les prochains chapitres.

Au Portugal, les études montrent que la grossesse à l'adolescence est généralement considérée comme une situation de risque psychologique : souvent les processus psychologiques fondamentaux de l'adolescence ne sont pas terminés ; l'adolescence et la grossesse sont des périodes de crise dans le développement engendrant une vulnérabilité psychoaffective importante ; le père est absent dans la plupart des cas ; la majorité des adolescentes appartiennent à un milieu social pauvre et sans protection. Malgré ces difficultés, nous devons essayer d'avoir sur la question une vision moins linéaire. Les facteurs les plus importants pour que la grossesse soit normale sont le niveau de maturité psychosexuelle de la jeune mère et de son cadre sociofamilial et culturel ¹⁴.

12. *O Globo*, 14 avril 1996.

13. *Le Monde*, 15 décembre 1999.

14. J.-D. Cordeiro, « L'adolescente enceinte et son bébé », dans *Annales médico-psychologiques*, n° 9, 1990.

AUX ÉTATS-UNIS

Parmi les pays développés, c'est aux États-Unis que le taux d'adolescentes enceintes est le plus élevé, ces statistiques sont comparables à celles du Brésil et d'autres pays en voie de développement. Elles concernent un million d'adolescentes chaque année, ce qui constitue un problème important de santé publique. La majorité des adolescentes appartiennent aux classes populaires, et la grossesse perpétue le cycle de la pauvreté.

En raison de la gravité de la situation, Bill Clinton a mis en place des mesures répressives pour combattre la grossesse chez les adolescentes, et quatre cents millions de dollars ont été investis dans des programmes d'éducation préconisant l'abstinence sexuelle. Pour interrompre la spirale, le gouvernement a aussi investi dans la formation professionnelle des jeunes concernés ¹⁵.

Hillary Clinton a également participé à cette campagne en suggérant aux jeunes de s'abstenir d'avoir des relations sexuelles avant l'âge de 21 ans et de ne pas se laisser influencer par les publicités dans lesquelles le sexe est une composante des messages. Elle a demandé aux parents de donner des orientations sexuelles à leurs enfants ¹⁶.

EN AMÉRIQUE LATINE

En Amérique latine, le taux de grossesse à l'adolescence, très élevé, est considéré comme un grave problème de santé publique.

La population des jeunes de 10 à 24 ans a considérablement augmenté jusqu'à la fin du ^{xx}e siècle, pour atteindre le chiffre de 150 millions de personnes dans ces pays. Dans ce contexte, la sexualité et la maternité précoces sont des questions cruciales, car on estime entre 22 et 25 millions le nombre d'adolescentes en Amérique latine qui ont eu au moins un enfant avant l'âge de 20 ans. Ces études mettent en évidence le besoin urgent de programmes d'éducation sexuelle. Les gouvernements des pays concernés sont d'ailleurs sensibilisés à la nécessité d'un travail interdisciplinaire dans cette région.

En Amérique latine le taux de fécondité global a diminué dans les trente dernières années. L'Argentine, l'Uruguay et Cuba, avec une moyenne de trois enfants par femme, ont les taux de fertilité les plus bas.

15. *Veja*, 22 juin 1994.

16. *Jornal do Brasil*, 15 juin 1995.