

# Les indicateurs des grossesses à l'adolescence en France. Enjeux et modalités de leur mobilisation dans la mise en place d'une politique de prévention

LE DEN Mariette\*

À l'heure de la généralisation de la contraception et de l'évolution des normes sexuelles et reproductives, la grossesse chez l'adolescente<sup>1</sup> est perçue par la collectivité comme un comportement déviant, stigmatisant celle qui la « subit ». En contradiction totale avec l'ordre socialement établi de la sexualité et de la procréation, elle apparaît comme un problème social majeur (Le Van, 1998).

Les indicateurs statistiques officiels témoignent que le phénomène des grossesses chez les adolescentes en France reste de faible ampleur et semble même diminuer depuis une trentaine d'années. Un rapport publié par l'INED (Brouard et Kafé, 2000) faisait état d'une diminution de plus d'un tiers (36 %) du nombre de jeunes filles mineures enceintes en 17 ans, passant de 20 710 en 1980 à 13 192 en 1997. Cette baisse s'est traduite par un recul de l'ordre de 60 % du nombre de naissances chez les moins de dix-huit ans, représentant alors 0,6 % de l'ensemble des naissances vivantes en 1997. La Fédération nationale des observatoires de santé annonçait également dans l'une de ses publications que les taux de fécondité par âge ont baissé de moitié pour les plus jeunes femmes, passant de 20,9 enfants pour 1 000 femmes de 15-19 ans en 1981-1983 à 10,8 en 2002-2004 (Fnors, 2007). Cette tendance s'est confirmée jusqu'en 2007 où l'on enregistrait moins de 7 naissances pour 1 000. Cependant, le nombre de conceptions chez les 15-19 ans a cessé de baisser depuis la fin des années 90 et en 2007, le taux de grossesse était de l'ordre de 14 pour 1 000 (Daguerre, 2010).

À l'inverse, le taux de recours à l'IVG chez les moins de vingt ans a augmenté à partir des années 90 pour ensuite se stabiliser au cours des années 2008-2009 autour de 15 IVG pour 1 000 femmes de 15-19 ans<sup>2</sup>, c'est-à-dire un peu moins de 14 % du total des IVG (Vilain, 2011).

Malgré ces chiffres, le niveau de préoccupation publique, lui, reste élevé, à en croire la mobilisation grandissante des pouvoirs publics autour de la problématique des grossesses chez les adolescentes (Daguerre, 2010 ; Durand, 2002), alimentée par une profusion de discours alarmistes sur le sujet.

---

<sup>1</sup> Dans la plupart des études françaises portant sur le sujet, le terme de « grossesse à l'adolescence » fait référence à la population des adolescentes ayant débuté une grossesse avant l'âge de vingt ans.

<sup>2</sup> Source : <http://www.svss-uspda.ch/fr/suisse/adolescentes.htm> [Dernière consultation 12/09/2011].

\* Sociologue et démographe, CURAPP, Université de Picardie Jules Verne, Chemin du Thil, 80025 Amiens, mariette84@msn.com

Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance note d'ailleurs qu'à l'échelle mondiale « *si le nombre de grossesses adolescentes a diminué, en revanche la perception des grossesses adolescentes comme un problème social a, elle, augmenté* » (UNICEF, 2001 : 11).

## Les grossesses à l'adolescence au prisme de la sociologie des problèmes sociaux

L'observation de ce décalage entre la réalité statistique et les discours conforte la proposition d'Herbert Blumer qui considère qu'un problème social n'est pas « *identifiable à partir d'une série d'items objectifs* » mais qu'« *il existe d'abord par la manière dont il est défini et conçu par la société* » (Blumer et Riot, 2004 : 192). Cette idée s'inscrit dans la perspective théorique de la sociologie des problèmes sociaux qui pose que les faits publics ne deviennent des problèmes publics que parce qu'ils ont été traités comme tels, et qu'il n'existe pas de naturalité propre au fait social.

Ainsi, le phénomène des grossesses à l'adolescence aurait donc été défini comme « *problème public* » dans et par la société elle-même et résulterait d'un processus de construction sociale. D'ailleurs, l'expression « *grossesses adolescentes* » récurrente dans le discours commun, et notamment dans les médias, ne contribue-t-elle pas, à elle seule, à stigmatiser ces grossesses en les différenciant de celles se déroulant aux âges socialement construits et acceptés pour donner naissance ?

Aujourd'hui déplorées par nos sociétés occidentales, elles sont pourtant communément admises dans certaines cultures traditionnelles, comme dans certains milieux sénégalais par exemple, où le mariage et la grossesse à un jeune âge sont fréquents voire même considérés comme un rite de passage à l'âge adulte (Miske-Talbot, 1984 ; Chui, 1978).

La construction de ce problème se fonde aussi sur la manière dont on mesure le phénomène. S'intéresser aux grossesses chez les adolescentes impose de considérer les indicateurs utilisés pour en rendre compte. En effet, d'après Alain Desrosières, l'indicateur ne serait pas « *un simple instrument de mesure extérieur à une réalité qui lui préexisterait* » (Desrosières, 2008 : 14), mais participerait bien à la construction de cette réalité et au processus qui contribue à faire émerger un fait en tant que problème social.

En interrogeant la pertinence de son principal outil de mesure : l'Indice de Masse Corporelle, Paul F. Campos (2004) souligne, quant à lui, que le problème de l'obésité apparaît également comme une construction sociale. Il dénonce en effet le classement peu pertinent des individus dans des catégories standards (maigreur, indice normal, surpoids, obésité) comme reposant essentiellement sur une perception sociale et culturelle du corps, et l'exagération des risques associés au surpoids et à l'obésité. Il en conclut que la lutte contre l'obésité a finalement très peu à voir avec la science et que l'obésité n'est rien d'autre qu'une construction culturelle.

Plusieurs sociologues ont abordé la question des grossesses chez les adolescentes comme résultante d'un processus de construction sociale, en évoquant une variété de facteurs culturels, sociaux et institutionnels. Pour Anne Murcott (1980), ce type de grossesse constitue un problème parce qu'il exprime une contradiction. Dans le contexte idéologique de nos sociétés, les adolescentes appartiennent à la

catégorie des enfants en opposition à celle des adultes matures et responsables, or un enfant ne peut ni porter lui-même un enfant ni engendrer, sauf à remettre en question une certaine vision du monde. Pour Chris Bonnell (2004), ces grossesses sont perçues comme un problème social majeur car elles représenteraient un coût pour la société et encourageraient à long terme la marginalisation économique et sociale des individus concernés. Enfin, pour Anne Daguerre, « *elles perturbent l'ordre séquentiel, socialement construit, de la procréation dans les sociétés occidentales contemporaines* » (Daguerre, 2010 : 102).

Toutefois, aucune recherche ne s'est directement intéressée à l'indicateur comme élément de construction de la grossesse à l'adolescence comme problème social. Si Charlotte Le Van (1998) met en avant le fait qu'il s'agit d'un événement difficile à mesurer dont les chiffres sont la plupart du temps surestimés, et s'interroge sur la volonté de certains de « gonfler » ces derniers, elle n'explique pas pour autant comment ils sont mobilisés ni comment ils interviennent dans la définition du problème. De même, certains chercheurs ont dénoncé le rôle majeur des scientifiques qui, en tant que producteurs d'un savoir, auraient contribué à alimenter les discours politiques et la « *panique académique* », par le biais d'études quantitatives traditionnelles peu rigoureuses (Cherrington et Breheny, 2005 ; Wilson et Huntingdon, 2006). Cependant, cette contribution par les chiffres a davantage consisté à dénoncer les prétendus effets négatifs de la grossesse à l'adolescence (problèmes de santé, échec scolaire, pauvreté, exclusion sociale, dépendance financière...) qu'à la décrire objectivement.

Cet article vise donc à apporter un regard novateur sur les grossesses à l'adolescence en mettant en évidence la manière dont les indicateurs de mesure de ces grossesses interviennent dans la construction sociale du problème à travers l'analyse de leur mobilisation dans l'élaboration de politiques publiques qu'ils contribuent à justifier. En effet, à la fois outils de diagnostic et producteurs d'un référentiel, ce sont eux qui guident l'action publique et orientent les modalités de l'intervention. Nous nous intéresserons plus particulièrement au cas français.

## Méthodologie de l'étude

Nous analyserons donc la nature, la place et le rôle des indicateurs à partir des campagnes nationales sur la sexualité et la contraception menées depuis 2007 par l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), à la demande du ministère de la Santé et des Sports (Annexe n° 1). En effet, comme nous le verrons par la suite de façon détaillée, la thématique des grossesses à l'adolescence occupe une place centrale dans ces programmes de prévention.

Schématiquement, cet article distingue deux axes d'étude. D'une part, il s'agit d'analyser les travaux utilisés pour l'élaboration des campagnes afin de déterminer quels sont les outils de mesure disponibles pour rendre compte des grossesses à l'adolescence ainsi que les principales conclusions qui en sont tirées. Nous avons décidé de baser notre travail sur les études référencées dans les discours officiels et les dossiers de presse qui les accompagnent (Annexe n° 2) car c'est sur elles que les responsables politiques s'appuient pour objectiver les campagnes de prévention.

D'autre part, nous examinerons la façon dont ces indicateurs sont mobilisés par les responsables politiques pour rendre compte de la situation des grossesses chez les adolescentes et justifier la mise en

place de programmes. Nous procéderons pour cela à une analyse de contenu des discours ainsi qu'à une lecture détaillée des dossiers de presse précédemment cités (Annexe n° 3) afin de souligner comment est traitée la problématique des grossesses à l'adolescence et quels sont ses principaux enjeux.

De manière plus large, ce travail s'inscrit résolument dans une réflexion générale sur la carrière publique des grossesses à l'adolescence pour questionner finalement la façon dont le phénomène est appréhendé par la société.

## La fécondité des adolescentes : un phénomène démographique relativement absent des études

Au total, onze études sont référencées. Elles ont été réalisées à la demande du ministère de la Santé, par des organismes scientifiques ou administratifs rattachés au ministère. Deux niveaux de sources sont à distinguer : d'une part, des enquêtes réalisées par des chercheurs (épidémiologistes, sociologues...) travaillant au sein d'organismes scientifiques (Institut national d'études démographiques (INED), Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)) et d'autre part, des rapports issus d'agences de santé (Institut national pour l'éducation à la santé (INPES), Direction générale de la santé (DGS), Haute autorité de santé (HAS)) et autres structures administratives (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Inspection générale des affaires sociales (IGAS)) et dont les résultats s'appuient pour la plupart sur les enquêtes scientifiques précitées.

Les quatre publications scientifiques, destinées en premier lieu aux décideurs politiques et aux professionnels de santé, dressent un bilan de l'activité sexuelle et des pratiques contraceptives et abortives de la population française (Bajos et al., 2004 ; Bajos, 2009 ; Lydié et Léon, 2005 ; Moreau et al., 2005). Elles se basent pour cela sur une série d'indicateurs de mesure précis qui décrivent, de façon assez consensuelle, l'âge au premier rapport sexuel, le taux de recours à une méthode contraceptive, le type de méthode utilisée, le niveau de connaissance et d'information sur la contraception, l'âge moyen des mères à la première naissance, le taux de recours à la contraception d'urgence, la proportion d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) ou encore les causes du recours à l'IVG.

Ces indicateurs, déclinés pour la plupart en groupes d'âge quinquennaux, permettent de faire un état des lieux de la situation des femmes dès l'âge de quinze ans. Si l'activité sexuelle et contraceptive des plus jeunes y est assez détaillée, en revanche la fécondité n'est pas abordée : aucune des publications n'offre de mesure de la grossesse ou de la maternité chez les moins de vingt ans. La seule information mise à disposition porte sur la proportion d'IVG pour l'année 2005 où « 3,7 % des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans sexuellement actives avaient déjà eu une IVG » (Lydié et Léon, 2005 : 106).

Le manque de données chiffrées relatives à la mesure de la fécondité des jeunes femmes se retrouve au sein des rapports ministériels, à l'exception de l'un d'entre eux qui, à la lumière d'une série d'indicateurs, explique qu'il s'agit d'un phénomène en diminution. Il y est dit par exemple que « le nombre de grossesses a fortement diminué chez les très jeunes femmes de 15 à 19 ans au cours des deux dernières décennies » (DGS, 2007 : 20) avec une diminution de l'ordre de 36 % entre 1980 et 1997, et que « le nombre de mères adolescentes a fortement décru, passant d'environ 10 000 par an au début des années

*quatre-vingt à environ 4 000 à la fin des années quatre-vingt-dix* » (DGS, 2007 : 19). Si ces chiffres concordent avec les indicateurs officiels, pour autant, l'abondance des outils de mesure évoqués dans ce texte a pour conséquence de perdre le lecteur au sein d'une masse d'informations difficile à trier et à interpréter. En effet, on recense au total six indicateurs destinés à décrire une même réalité à travers différents angles d'approche dont la nuance est parfois subtile. Les auteurs se penchent à la fois sur des catégories de population telles que la mère adolescente (« *nombre de mères adolescentes* », « *nombre de jeunes filles mineures de 15 à 17 ans ayant donné naissance à un enfant* »), son enfant (« *nombre d'enfants nés de mères mineures* », « *naissances d'enfants survenant chez des femmes mineures* ») et sur les phénomènes démographiques qui s'y rapportent, à savoir la grossesse (« *nombre de grossesses chez les mères mineures* ») et la naissance (« *nombre de naissances chez les mères mineures* »).

De plus, la présentation des données sous forme d'effectif brut donne un aspect « sensationnel » à des chiffres qui, rapportés à l'ensemble de la population, paraissent négligeables. Par exemple, le lecteur peut vite s'alarmer en apprenant qu'en 1997, « *l'INED recensait [...] 4 170 naissances d'enfants survenant chez des femmes mineures* » (DGS, 2007 : 19) alors que celles-ci représentaient seulement 0,57 % de l'ensemble des naissances<sup>3</sup>.

Par ailleurs, ce rapport amalgame l'adolescence, période qui de nos jours tend à s'allonger (Toulemon, 1994), et le statut de mineure puisque les chiffres qui sont utilisés pour illustrer la situation des « *adolescentes* » font référence uniquement à la population des moins de dix-huit ans.

Enfin, si le rapport date de 2007, les données utilisées sont, quant à elles, relativement anciennes (années 80, 1996-1997 et 2001), or le nombre de grossesses et de maternités chez les jeunes filles semble avoir encore diminué depuis<sup>4</sup>.

## Le recours à l'IVG chez les adolescentes : une préoccupation commune

Hormis cette étude, l'absence dans les rapports de données chiffrées relatives aux grossesses et aux naissances chez les adolescentes est compensée par l'abondance d'indicateurs relatifs aux IVG chez les jeunes femmes, révélatrice d'une inquiétude commune : l'importance du recours à cette pratique dans cette catégorie de population et son augmentation depuis les années 2000. Par exemple, le rapport de l'IGAS nous apprend que depuis 2002, il y a eu « *une progression significative du nombre des IVG chez les mineures dont le taux de recours à l'IVG est passé de 8,9 à 11,5 pour mille* » (Aubin et al., 2009 : 22) et que chaque année « *près de 10 000 adolescentes sont confrontées à une grossesse non désirée dont 7 000 ont recours à une IVG* » (Aubin et al., 2009 : 10). De même, la DRESS fait état en 2005 d'une diminution du taux d'IVG pour toutes les tranches d'âge à l'exception des mineures : « *12 140 jeunes filles de 15 à 17 ans sont concernées par une IVG [...] et 850 jeunes filles de moins de 15 ans* » (Vilain, 2008 : 3).

Il est intéressant de relever que ces travaux préfèrent pointer l'augmentation du phénomène et son importance numérique sans considérer sa faible incidence comparée aux IVG en général. Il est en effet assez

<sup>3</sup> Source : « Nombre de naissances en France Métropolitaine », <http://www.indices.insee.fr> [Dernière consultation 12/09/2011]

<sup>4</sup> Voir introduction.

surprenant de voir que le recours à l'IVG chez les mineures est perçu comme étant « élevé »<sup>5</sup> ou « important »<sup>6</sup> alors même que, dans l'un de ses rapports, Annick Vilain explique qu'il ne représentait que 6 % des IVG chez les femmes âgées de 15 à 49 ans en 2007 (Vilain, 2009). Cette considération amène finalement le lecteur à se demander à partir de quel(s) seuil(s) le recours à l'IVG est jugé problématique.

Par ailleurs, nous pouvons constater une fois encore que l'outil de mesure le plus souvent choisi pour décrire la situation des mineures est le « nombre » par opposition au « taux » plutôt utilisé pour décrire la situation de la population dans son ensemble. Cette méthode qui permet d'amplifier délibérément un phénomène en réalité de faible étendue statistique alimente donc les inquiétudes. N'est-ce pas préoccupant de savoir que 13 230 jeunes filles de 15-17 ans ont eu recours à l'IVG en 2006<sup>7</sup> ou encore que cette pratique concernait 850 jeunes filles de moins de quinze ans en 2007<sup>8</sup> ?

Cette inquiétude amène d'ailleurs les auteurs de certains rapports à conclure à l'importance de prévenir les grossesses « non désirées » chez les adolescentes, considérées comme la cause directe du nombre élevé d'IVG dans cette catégorie de population. Le rapport de l'IGAS est très explicite à ce sujet. Outre la redondance des occurrences relatives aux grossesses « non voulues », « non souhaitées » ou « accidentelles », les auteurs évoquent « la volonté de voir diminuer le nombre des grossesses non désirées, notamment chez les jeunes filles, et donc de prévenir les avortements » (Aubin et al., 2009 : 44) ou encore « la persistance des grossesses non désirées (200 000 IVG/an) y compris chez les adolescentes » (Aubin et al., 2009 : 57).

Pour autant, rien ne définit la grossesse « non désirée » ni comment celle-ci se mesure.

Ici encore, à en croire la plupart des indicateurs utilisés qui ne font référence qu'aux moins de dix-huit ans, conjugués à l'utilisation fréquente des expressions vagues de « jeunes femmes » ou « très jeunes femmes », la catégorie des adolescentes semble se limiter aux mineures. N'y a-t-il pas là une volonté de la part des auteurs de dénoncer le caractère précoce du phénomène étudié, en opposition semble-t-il à la femme adulte, majeure et responsable ?

Il en va de même pour l'association dans l'expression « sexualité juvénile »<sup>9</sup> de deux termes qui paraissent en totale contradiction dans une société qui peine à reconnaître l'activité sexuelle des plus jeunes.

Enfin, que penser de l'évocation du « sur-risque » associé à la grossesse non voulue chez les adolescentes ou du « traumatisme d'une éventuelle IVG » chez ces dernières dans l'un des textes<sup>10</sup>, si ce n'est qu'il s'agit d'une vision qui contribue à stigmatiser davantage la grossesse chez l'adolescente.

<sup>5</sup> INPES, *Contraception : que savent les français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux*, Dossier de presse du 5 juin 2007. (Annexe n° 2)

<sup>6</sup> Vilain A., 2008, Les interruptions volontaires de grossesse en 2005, *Études et Résultats*, DRESS, n° 624. (Annexe n° 2)

<sup>7</sup> Aubin C., Jourdain-Menninger D., Chambaud L., 2009, *Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des IVG suite à la loi du 4 juillet 2001, Rapport de synthèse*, IGAS. (Annexe n° 2)

<sup>8</sup> Vilain A., 2009, Les interruptions volontaires de grossesse en 2007, *Études et Résultats*, DREES, n° 713. (Annexe n° 2)

<sup>9</sup> Aubin C. et al., 2009.

<sup>10</sup> ANAES, AFSSAPS, INPES, 2004, *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique*, Service des recommandations professionnelles de l'ANAES. (Annexe n° 2)

## Les grossesses « non désirées » des adolescentes au cœur du discours public

La problématique des grossesses « non désirées » chez les adolescentes trouve un écho amplifié au sein des préoccupations des responsables politiques qui en ont progressivement fait leur « cheval de bataille ». L'objectif annoncé lors du lancement de la campagne de 2007 était de toucher l'ensemble des femmes en initiant une « *nouvelle culture contraceptive* »<sup>11</sup> qui favoriserait une meilleure utilisation des différentes méthodes de contraception. Bien que présentes au sein du discours, les adolescentes ne semblaient alors pas encore être la cible prioritaire. Ce n'est qu'à partir de 2009 que les grossesses « non désirées » à l'adolescence sont explicitement évoquées et qu'émerge pour la première fois l'inquiétude des pouvoirs publics : « *face à la recrudescence préoccupante des grossesses adolescentes non désirées, nous ne pouvons rester inactifs* »<sup>12</sup>. La dernière campagne en date (2010) entérine alors cette problématique au sein des enjeux prioritaires de la politique de santé publique puisqu'elle se focalise sur « *la prévention des grossesses précoces chez les jeunes filles* » en cherchant à « *sensibiliser sur les risques et les conséquences d'une grossesse non désirée survenue trop tôt* »<sup>13</sup>.

Une fois encore, les grossesses chez les adolescentes sont systématiquement perçues comme des grossesses non voulues – sans que ce terme ne soit jamais explicité - à la seule différence qu'elles ne sont plus seulement en nombre stable, comme en rendent compte certains rapports, mais en augmentation. Néanmoins, aucune donnée chiffrée ne vient illustrer ce constat ; constat d'autant plus étonnant que Nathalie Bajos et son équipe démontrent clairement la diminution en France des grossesses non prévues chez les femmes de 15 à 49 ans (Bajos et al., 2004).

Les seuls indicateurs retenus pour évoquer ces grossesses « non désirées » se focalisent sur la thématique des IVG en constatant leur trop grande importance numérique. Ainsi, on apprend par exemple que « *plus de 30 000 jeunes filles de moins de 20 ans ont recours à l'IVG chaque année* »<sup>14</sup>, dont plus de 10 000 chez les moins de dix-huit ans<sup>15</sup>. L'absence de mise en relation de ces chiffres avec le nombre de jeunes filles de la même tranche d'âge permet aux responsables d'affirmer qu'il y a « *beaucoup* » d'IVG parmi les jeunes femmes ou encore que celles-ci sont « *nombreuses* », sans pour autant que l'on dispose de points de comparaison. Autre exemple, celui de l'INPES qui se serait fondé sur un rapport de la DREES sur les IVG en 2007 pour affirmer que 6,3 % des jeunes femmes de 15-19 ans déclaraient « *déjà avoir eu recours à l'IVG au cours de [leur] vie* »<sup>16</sup>. Or, il est surprenant de constater qu'aucune information

<sup>11</sup> Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, INPES, *La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit*, Dossier de presse du 11 septembre 2007. (Annexe n° 3)

<sup>12</sup> Discours de Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, *Santé des femmes*, Paris, le 19 juin 2009. (Annexe n° 3)

<sup>13</sup> INPES, *Contraception : filles et garçons, tous concernés*, INPES actualités, 8 avril 2010 (Annexe n° 3).

<sup>14</sup> Discours de Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, *Journée internationale de la femme – Mesures en faveur de la prévention et de la prise en charge des grossesses non désirées*, Paris, le 8 mars 2010 (Annexe n° 3).

<sup>15</sup> Ministère de la Santé et des Sports, *Journée internationale de la femme : Mesures de prévention et de prise en charge des grossesses non désirées*, Dossier de presse du 8 mars 2010 (Annexe n° 3).

<sup>16</sup> INPES actualité 2010.

de cette nature ne figure dans ledit rapport, alors même que l'on comptait seulement 15,6 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15-19 ans en 2007<sup>17</sup>.

Cette façon de mobiliser les indicateurs de manière à souligner l'importance du recours à l'IVG (voire à l'exagérer) montre clairement le raccourci abusif qui est fait entre la fréquence des IVG chez les plus jeunes et la prétendue « *recrudescence* » des grossesses non voulues dans cette catégorie de population. Pour soutenir l'argumentation qui vise à inscrire les grossesses non désirées au sein d'une démarche préventive, la grossesse chez l'adolescente est systématiquement présentée comme « non voulue » et donc évitable.

Par ailleurs, l'adolescence est ici perçue comme une entité englobant l'ensemble des « *jeunes femmes* », « *très jeunes femmes* » et « *jeunes filles* ». Aucune distinction n'est opérée entre les âges de l'adolescence, de même que le recours à l'IVG est perçu et traité comme une seule et même problématique rassemblant les « *moins de 20 ans* », les « *mineures* » et les « *15-19 ans* ». Pourtant, l'hétérogénéité des situations évoquée par certains chercheurs (Le Van, 1998 ; Durand, 2002) amène à se demander si le fait d'être enceinte saurait revêtir la même signification pour une mineure de quinze ans ou une jeune majeure de dix-neuf ans ? Discours public et rapports s'accordent donc à ne retenir de la grossesse chez les plus jeunes que sa précocité et son caractère prématuré, quel que soit l'âge exact auquel elle se produit. Charlotte Le Van remarque d'ailleurs que la grossesse chez l'adolescente est perçue comme telle en référence à « *une norme implicite et socialement partagée* » selon laquelle « *la maternité est exclue des attributions sociales d'une adolescence définie comme "phase de préparation à la vie"* » (Le Van, 1998 : 12).

Le constat relatif aux IVG est expliqué par l'échec des méthodes contraceptives et surtout le manque de connaissances dans la population adolescente des pratiques contraceptives existantes. Ainsi, discours et dossiers de presse ne cessent de mettre en avant ces lacunes : « *parmi les jeunes filles qui ont eu recours à l'IVG en 2007, 30 % déclaraient ne pas avoir utilisé de contraception dans le mois de survenue de la grossesse* », « *l'absence de méthode contraceptive concerne tout particulièrement les plus jeunes* »<sup>18</sup>, « *les très jeunes femmes souffrent encore d'un réel manque d'informations et de connaissances* »<sup>19</sup>, etc. Le phénomène des grossesses non désirées à l'adolescence semble donc constituer une réalité sociale envisagée en termes de défaut de contraception. Notons que ce constat s'accompagne d'une forte culpabilisation de la jeune femme qui n'a pas su se protéger efficacement. Il est en effet question à plusieurs reprises de la « *mauvaise utilisation* » de la contraception, du « *manque d'information et de connaissances* », de « *l'échec* » dans l'utilisation d'un moyen contraceptif, et de la contraception qui « *ne devient sujet qui interpelle que lorsqu'il est "trop tard"* »<sup>20</sup>.

Cette manière de mobiliser l'indicateur, en se focalisant sur le recours à l'IVG chez les jeunes filles et leurs lacunes à l'égard des méthodes contraceptives, est révélatrice de la perception de la grossesse chez l'adolescente par les responsables politiques. Elle est involontaire, issue d'un acte irresponsable, immature et irréfléchi, ce qui fait d'ailleurs dire à Anne Daguerre, citant Charlotte Le Van, que « *le discours*

<sup>17</sup> Source : « Interruptions volontaires de grossesse », <http://www.insee.fr/fr/themes> [Dernière consultation 12/09/2011].

<sup>18</sup> INPES, 8 avril 2010.

<sup>19</sup> Discours de Roselyne Bachelot-Narquin, 19 juin 2009.

<sup>20</sup> Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, INPES, 11 septembre 2007.

*gouvernemental dominant est technique et hygiéniste ; il ne prend pas en compte l'existence d'un désir d'enfant, souvent réel chez les jeunes filles, notamment celles âgées de 18 à 19 ans » (Daguerre, 2010 : 100).*

L'adolescente enceinte est systématiquement perçue comme une « victime » parmi ces femmes « vulnérables », « en souffrance », « isolées », « mal entourées », « subordonnées », « qui manquent d'instruction »<sup>21</sup> auxquelles s'adresse la démarche préventive.

## Conclusion

La « focalisation des pouvoirs publics sur la prévention des grossesses non prévues, notamment celles survenues chez des mineures » analysée par Sandrine Durand (Durand, 2002 : 249) se confirme dans notre étude. La thématique de la grossesse à l'adolescence fait partie intégrante des préoccupations gouvernementales qui ne l'envisagent que comme une grossesse « non désirée », conséquence d'un échec contraceptif et responsable d'un nombre trop important d'IVG. Devenue progressivement la cible prioritaire des campagnes de prévention, elle est clairement perçue et traitée comme un problème social à part entière.

Nos analyses nous permettent également d'observer comment, par l'usage d'indicateurs spécifiques, un phénomène *a priori* circonscrit peut être érigé en problème public de grande ampleur. Cette façon de ne retenir que le recours à l'IVG comme unique mesure des grossesses à l'adolescence permet de mettre en évidence la faible valeur argumentaire des indicateurs de mesure directs et, par la même, la difficulté de justifier la mise en place d'un programme de prévention des grossesses chez les adolescentes qui représentent moins de 1 % des naissances dans leur ensemble.

On notera également l'occultation de la maternité chez les adolescentes et des indicateurs qui s'y rapportent dans les textes et les discours, alors même qu'elle constitue un choix possible de l'issue la grossesse.

Par ailleurs, en alertant l'opinion publique sur la situation des grossesses à l'adolescence toujours considérées comme une « erreur », un « échec » dans la pratique contraceptive, les indicateurs contribuent à une représentation stigmatisante de la jeune femme enceinte.

Dès lors, sachant que la façon dont un indicateur est mobilisé pour justifier d'une action est révélatrice de l'interprétation du phénomène par la société et ses responsables politiques, on peut finalement se demander par qui cette grossesse à l'adolescence est « non voulue » ? Pour Sandrine Durand, le décalage entre la réalité statistique de la marginalité des grossesses chez les adolescentes et les discours sur les grossesses précoces témoigne de « l'idéologisation » du phénomène. « Le caractère "non désiré" que l'on prête systématiquement aux grossesses précoces renvoie davantage au caractère "indésirable" qu'on leur attribue socialement » (Durand, 2002 : 273). Cette présentation par la négative

<sup>21</sup> Discours de Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, *La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit*, Paris, le 12 septembre 2007. (Annexe n° 3)

des grossesses « non désirées », « non prévues », « non planifiées » n'est qu'une manière détournée d'exprimer qu'elles sont socialement indésirables et réprouvées.

En déléguant la mise en place des campagnes à l'INPES dont l'objectif premier est la mise en œuvre des politiques de prévention et d'éducation pour la santé, il apparaît clairement que la thématique des grossesses à l'adolescence est perçue et traitée comme un problème de santé publique à résoudre, de la même façon qu'il faut remédier aux problèmes posés par la consommation de tabac, d'alcool ou de drogues. Ainsi, la grossesse chez l'adolescente n'est plus un « état » ou une « condition » mais davantage un « problème de santé », une conduite « à risques » dans le sens où elle témoigne d'un échec de contraception corroboré par un trop grand nombre d'IVG, tout en donnant la preuve d'une activité sexuelle chez les jeunes filles. Didier Le Gall déclare d'ailleurs que « *depuis la fin des années 1980, le champ de la sexualité est [...] grandement traité du point de vue de la problématique du risque* » (Le Gall, 2001 : 65) ; problématique elle-même « *constitutive de l'idée de prévention* » (Peretti-Watel et Moatti, 2009 : 7). Et Patrick Peretti-Watel et Jean-Paul Moatti de conclure que la prévention « *finit toujours par montrer du doigt ceux à qui elle s'adresse* » (Peretti-Watel et Moatti, 2009 : 32).

Toute politique publique se fonde sur un ensemble de croyances, d'idées, de jugements de valeur sur la nature du problème considéré, qui vont la façonner. Historiquement et socialement construits, les discours politiques contemporains sur les grossesses chez les adolescentes n'échappent pas au fait que c'est bien le contexte social (au sens large) et la façon dont ces grossesses sont appréhendées par le gouvernement qui les rendent problématiques. Il apparaît donc que l'idée que l'on se fait d'un problème, précédant la construction de l'indicateur censé le mesurer, écarte toute possibilité d'objectivité de l'outil destiné à en rendre compte.

## Références bibliographiques

- Blumer H., Riot L., 2004, *Les problèmes sociaux comme comportements collectifs*, *Politix*, 17, 67, 185-199.
- Bonnell C., 2004, *Why is teenage pregnancy conceptualized as a social problem? A review of quantitative research from the USA and the UK*, *Culture, health and sexuality*, 6, 3, 255-272.
- Brouard N., Kafé H., 2000, *Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ?*, *Population et Sociétés*, 361.
- Campos P.F., 2004, *The Obesity Myth: Why America's Obsession with Weight is Hazardous to Your Health*, New York, Gotham Books.
- Cherrington J., Breheny M., 2005, *Politicising dominant discursive constructions about teenage pregnancy*, *Health*, 9, 1, 89-111.
- Chui J.W., 1978, *Policies and Programs on Adolescent Fertility in Developing Countries: an Integrated Approach*, New York, UNFPA.
- Daguerra A., 2010, *Les grossesses adolescentes en France et en Grande-Bretagne*. Un phénomène dérangerant pour les pouvoirs publics, *Informations sociales*, 157, 96-102.
- Durand S., 2002, *Accès à la contraception et recours à l'IVG chez les jeunes femmes*, In : Bajos N., Ferrand M., eds., et l'équipe GINE, *De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues*, Paris, INSERM, 249-302.

Desrosières A., 2008, *Gouverner par les nombres : l'argument statistique*, Paris, Presses de l'École des Mines.

Fnors, Indicateurs transversaux de santé publique dans les régions de France, 2007.

Le Gall D., 2001, *Pré-constructions sociales et constructions scientifiques de la sexualité*. Les questionnaires des enquêtes quantitatives, *Sociétés contemporaines*, 41-42, 65-82.

Le Van C., 1998, *Les grossesses à l'adolescence. Normes sociales, réalités vécues*, Paris, L'Harmattan.

Miske-Talbot A., 1984, *Instabilité des valeurs et socialisation de l'enfant*, *Environnement Africain*, 14-15-16, ENDA Dakar, 165-176.

Murcott A., 1980, *The social construction of teenage pregnancy: a problem in the ideologies of childhood and reproduction*, *Sociology of Health and Illness*, 2, 1, 1-23.

Peretti-Watel P., Moatti J.-P., 2009, *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Le Seuil.

Toulemon L., 1994, *Les étapes vers l'âge adulte : vers un nouveau statut des femmes*, In : Léridon H., Villeneuve-Gokalp C., eds, *Constance et inconstances de la famille*, INED, Travaux et documents, 134, Paris, PUF, 165-181.

UNICEF, 2001, *A League Table of Teenage Births in Rich nations*, *Innocenti Report Card*, 3, Innocenti Research Centre.

Vilain A., 2011, *Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009, Études et Résultats*, DRESS, 765.

Wilson H., Huntingdon A., 2006, *Deviant mothers: the construction of teenage motherhood in contemporary discourse*, *Journal of Social Policy*, 35, 1, 59-76.

## ANNEXES

### Annexe 1. Description des campagnes de prévention de l'INPES

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, est chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement.

En 2007, l'Institut s'est vu confier par le ministère de la Santé l'élaboration d'une campagne d'information à destination du grand public sur la contraception intitulée « *La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit* ». Cette campagne, prévue sur trois ans, marque alors l'installation du sujet de la contraception parmi les sujets INPES. Elle est ensuite prolongée en 2010 par la mise en place d'une nouvelle campagne de communication sur la contraception s'adressant plus spécifiquement aux adolescents sous le slogan « *Faut-il que les garçons soient enceintes pour que la contraception nous concerne tous ?* ».

### Annexe 2. Les études référentes

ANAES, AFSSAPS, INPES, 2004, *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique*, Service des recommandations professionnelles de l'ANAES.

Aubin C., Jourdain-Menninger D., Chambaud L., 2009, *Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des IVG suite à la loi du 4 juillet 2001*, Rapport de synthèse, IGAS.

Bajos N., Moreau C., Léridon H., Ferrand M., 2004, Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?, *Population et Sociétés*, 407.

Bajos N., 2009, Sexualité, contraception, prévention et rapports de genre, In : *La santé des femmes en France*, DREES, La Documentation française, 43-53.

DGS, 2007, *Stratégies d'action en matière de contraception*, Paris, ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.

Gall B., Jouannic E., 2007, *Les Français et la contraception*, Étude INPES, Paris.

INPES, *Contraception : que savent les français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux*, Dossier de presse du 5 juin 2007.

Lydié N., Léon C., 2005, Contraception, pilule du lendemain et IVG, In : *Baromètre santé 2005, Premiers résultats*, INPES, 103-108.

Moreau C., Lydié N., Warszawski J., Bajos N., 2005, Activité sexuelle, infections sexuellement transmissibles, contraception, In : *Baromètre santé 2005, Premiers résultats*, INPES, 329-353.

Vilain A., 2008, Les interruptions volontaires de grossesse en 2005, *Études et Résultats*, DRESS, 624.

Vilain A., 2009, Les interruptions volontaires de grossesse en 2007, *Études et Résultats*, DRESS, 713.

### Annexe 3. Les discours et dossiers de presse

Déclaration de M. Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des Solidarités, *La contraception, l'accès des femmes à l'interruption volontaire de grossesse, la prévention en matière de santé et les violences faites aux femmes*, Paris, le 18 mars 2006.

En ligne : <http://discours.vie-publique.fr/notices/063001096.html>

[Dernière consultation 12/09/2011]

Discours de Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, *La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit*, Paris, le 12 septembre 2007.

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/discours-de-roselyne-bachelot-narquin-ministre-de-la-sante-de-la-jeunesse-et-des-sports-la-meilleure-contraception-c-est-celle-que-l-on-choisit.html>

[Dernière consultation 12/09/2011]

Discours de Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, *Santé des femmes*, Paris, le 19 juin 2009.

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/sante-des-femmes-discours-de-roselyne-bachelot-narquin.html>

[Dernière consultation 12/09/2011]

Discours de Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, *Journée internationale de la femme - Mesures en faveur de la prévention et de la prise en charge des grossesses non désirées*, Paris, le 8 mars 2010.

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/discours-journee-internationale-de-la-femme-mesures-en-faveur-de-la-prevention-et-de-la-prise-en-charge-des-grossesses-non-desirees.html>

[Dernière consultation 12/09/2011]

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, INPES, *La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit*, Dossier de presse du 11 septembre 2007.

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, *Journée internationale de la femme : Mesures de prévention et de prise en charge des grossesses non désirées*, Dossier de presse du 8 mars 2010.

INPES, *Contraception : filles et garçons, tous concernés*, INPES actualités, 8 avril 2010.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2010/007.asp>

[Dernière consultation 12/09/2011]