

LES GROSSESSES PRECOCES CHEZ LES MINEURES A LA REUNION (Etude anthropologique) Laurence Pourchez – Sandrine DUPE

Le contexte réunionnais actuel est marqué par un nombre croissant de jeunes mères, parfois adolescentes et en grandes difficultés. Chez ces jeunes femmes, souvent, le risque sanitaire double la grande précarité sociale.

A La Réunion, près de 600 enfants naissent chaque année d'une mère mineure, ce qui représente près de 5% des naissances totales, soit une proportion bien plus importante qu'en métropole : une étude qualitative permet de savoir qui sont ces mères, qui sont les pères des enfants, quelles préconisations il est possible de faire.

Les savoirs sur la fécondité à La Réunion

Les travaux de Laurence Pourchez (2002, 2004), ont montré que, dans les Mascareignes, si les campagnes de prévention, ou le modèle occidental pouvaient influencer les femmes dans leurs choix relatifs à leur vie sexuelle et à leur maternité, ceux-ci étaient plus particulièrement puisés dans leur culture, issus des transmissions culturelles au sein et en dehors de la famille, et de leurs représentations de la vie et de la fécondité.

Christine Catteau rappelait¹ que, selon les récits recueillis par Dolorès Pourette dans le cadre de son étude sur les violences conjugales (2008), 4 % des femmes disent se cacher de leur conjoint afin d'avoir accès à un moyen de contraception. L'explication de ce chiffre est sans doute à rechercher dans l'importance, toujours très présente, attachée à la fécondité des femmes. Cette fécondité conditionne toujours, bien souvent, la reconnaissance en tant que femme. Ainsi les femmes racontent que les violences ont commencé après l'annonce d'une stérilité.

L'existence physique du futur bébé n'est acceptée qu'à partir du moment où, formé, il devient fœtus, ce qui correspond généralement aux premiers mouvements in utero de l'enfant, à la première visualisation du corps du bébé formé sur l'écran de l'appareil d'échographie pour les femmes les plus jeunes.

Cette représentation explique la ressemblance existante entre les remèdes destinés à lutter contre la stérilité et ceux dont le but est de faire revenir les règles : il s'agit, dans les deux cas, de débarrasser la femme de ce qui la gêne, ici un sang trop épais, là des "caillots de sang", nom parfois donné au premier stade de formation de l'embryon.

Les conduites traditionnelles associées au refus de la maternité éclairent notre propos: tantôt considérées comme contraceptifs, tantôt comme abortifs, ces usages ne sont pas transmis par le canal familial mère-fille ou grand-mère petite -fille. Ils circulent apparemment dans une même génération, transmis de manière oblique de sœurs aînées aux cadettes ou dans une même classe d'âge, de manière plus horizontale entre amies. Utilisés dans les jours qui suivent le rapport à risque, ils ont pour objectif de refroidir le corps en liquéfiant le sang, de permettre le retour des menstruations en empêchant le développement complet de l'embryon.

Dans la plupart des témoignages, « faire revenir ses règles » n'est pas considéré comme un avortement. Cette pratique est plus ou moins assimilée à la "pilule du lendemain": les femmes n'ont donc pas l'impression d'attenter à la vie de leur enfant, le fœtus n'étant pas encore formé. Cette représentation est, pour certaines, valable tant que l'enfant n'est pas considéré comme vivant.

¹ 2009- Colloque du planning familial à Saint-Pierre

Ces quelques éléments montrent que nous nous trouvons face à deux systèmes de pensée qui ne communiquent pas forcément entre eux. De la même manière que l'on ne parle pas au médecin d'un certain nombre de choses, on ne parle pas toujours à l'infirmière du collège ou du lycée d'autres choses par crainte d'être jugée ou incomprise. Il y aura, dans ce cas, coexistence, sans communication, de deux systèmes. Et de ce fait, toute campagne de prévention qui ne prendra en compte que l'un des systèmes (surtout le biomédical) sera vouée à l'échec.

Les transmissions culturelles

En complément des données présentées précédemment, le travail de recherche conduit par Sandrine Dupé¹ a examiné la manière dont les mères mineures, à La Réunion, sont intégrées au sein de leur famille après la naissance de leur enfant. Il s'agissait ici d'interroger la notion de fracture, de rupture familiale présentée, dans de nombreux travaux, comme le corolaire de chaque grossesse dite précoce.

A cette fin, ce sont les transmissions intergénérationnelles qui ont été interrogées. Les résultats de l'étude ont montré que non seulement cette approche méthodologique est un indice d'intégration familiale, mais également que les jeunes mères interrogées sont bel et bien intégrées au sein de leur famille. Ainsi, dès leur sortie de la maternité, de nombreuses jeunes mères apprennent la manière de faire les tisanes propres à la petite enfance, sont instruites sur la manière de conduire les actes de la vie quotidienne qui les conforteront dans leur rôle de mère et de membre reconnu comme tel, de la communauté.

Problématique générale de l'étude

Les travaux déjà conduits dans les Mascareignes ont bien montré que, malgré les apports exogènes fournis par les campagnes de prévention ou par l'influence du modèle occidental moderne, les comportements des femmes (refus de contraception moderne, rapport à la fécondité, actes ou attitudes associés à l'entrée en vie sexuelle des adolescents, accueil ou refus du nouveau-né), sont en grande partie dictée par la culture, les transmissions culturelles dans et hors de la famille, par les représentations de la vie et de la fécondité. Ce sont ces comportements et ces représentations culturelles qui sont mises au jour afin de connaître et comprendre les mères mineures.

Méthodologie

L'étude a été menée selon trois axes de recherche :

Le premier axe concerne l'étude de la famille, de sa réalité, des représentations de la famille présentes chez les jeunes femmes interrogées.

Le second axe a étudié les liens présents entre la jeune mère, l'éducation et le monde du travail, les représentations qu'elle en a, ses projets et ses souhaits professionnels.

Le dernier axe s'est intéressé aux pères afin de savoir qui ils sont, s'ils sont présents ou non lors de la naissance, quel est leur degré d'investissement dans la naissance de l'enfant.

La recherche a été menée de janvier à septembre 2010 sous la forme d'une enquête qualitative.

L'échantillon total représente 53 études de cas de jeunes mères réparties sur l'ensemble de l'île.

En ce qui concerne les pères, 10 études de cas ont été réalisées. A ces entretiens, il faut ajouter 5 entretiens "décalés" de pères qui ne pouvaient être présents pour raisons scolaires ou professionnelles, et donc c'est la jeune mère qui a répondu à leur place et reconstitué leur histoire. Enfin, une quarantaine d'entretiens complémentaires ont été conduits auprès de médecins, de sages-femmes, d'infirmières (en maternité ou au centre d'orthogénie de Saint-Louis), de puéricultrices, de tisaneurs.

Qui est la mère ?

Les entretiens mettent en évidence l'appartenance à un milieu social généralement modeste. Les parents des jeunes mères sont, pour les pères, artisans, employés, agents d'entretiens, agents communaux, en recherche d'emplois ou bénéficiaires du RMI. Les mères sont fréquemment mères au foyer ou occupent, elles aussi, un emploi relativement modeste : femme de ménage, employée communale, aide soignante, vendeuse en grande surface. Les familles sont généralement des familles nombreuses.

Qui est le père ?

Les pères sont eux aussi issus d'une famille nombreuse. Ils sont parfois encore à l'école mais le plus souvent déjà dans la vie active avec des écarts d'âge très importants (14 ans pour le plus jeune père, 35 ans pour le plus âgé). Ceux qui sont salariés (une bonne partie des pères interrogés est en recherche d'emploi) occupent des emplois relativement modestes. Ils sont manutentionnaire, ouvrier ou artisan.

¹ Master 2 du Muséum National d'Histoire Naturelle, Paris, 2010

Des familles souvent nombreuses : la place de l'aînée

Les mères qui ont souhaité leur grossesse sont souvent issues de familles nombreuses, avec des fratries comprises entre quatre et quatorze enfants. Ces fratries sont elles-mêmes fréquemment le fruit de plusieurs unions successives des parents. Très souvent, les jeunes filles ont eu l'habitude de s'occuper de leurs frères et sœurs cadets alors qu'ils étaient bébés, de faire leur toilette, de les emmener à l'école, parfois de préparer le repas.

Traditionnellement, à La Réunion, ce rôle de la sœur aînée était valorisé et elle était appelée «Nénène » par ses cadets, le frère aîné étant pour sa part, nommé « Dada ». Dans certains cas, comme c'est encore parfois le cas dans les Hauts, quand les familles élargies vivent dans le même quartier, elles ont été responsables de leurs cousins et cousines plus jeunes. Elles ont eu, de fait, parfois très tôt, un rôle maternel à assumer. La naissance de leur enfant prolonge cette situation en leur donnant de nouvelles responsabilités, en leur offrant une reconnaissance sociale de mère qui est plutôt bien vécue.

Quand les naissances sont le résultat d'un accident, il n'y a plus de lien observable entre la composition de la famille, le rôle qu'y tient la jeune mère et la grossesse. Les histoires de vie individuelles varient comme change la composition de la famille. Ces modifications ne remettent cependant en cause ni le fait que les couples se connaissent parfois depuis longtemps, ni l'accueil de l'enfant qui se fait le plus souvent dans de bonnes conditions, même quand la grossesse n'était pas désirée.

Un seul point semble assez récurrent, la mésentente familiale ou des épisodes de conflits familiaux qui ont pu à un moment ou un autre, perturber l'existence de la jeune fille.

Les grands-mères

L'ancienne pratique, présente dans de nombreuses familles jusqu'aux années 1950 - 1960 qui voulait que le premier enfant d'une femme soit élevé par sa grand-mère maternelle semble ne plus avoir réellement cours. Cependant, et il peut s'agir d'une conduite culturelle résiduelle, de nombreux témoignages font état d'une place importante accordée aux grands-mères dans la garde du bébé.

Le rôle de la grand-mère sera particulièrement important tant pour l'enfant que pour la transmission, à la jeune mère, de certaines connaissances considérées comme importantes.

Ainsi, dans de nombreuses familles, elle apprendra à sa fille la manière de préparer les plantes nécessaires à divers remèdes administrés lors de la petite enfance.

Un "syndrome de la patate chaude" ?

Bien que les différentes études publiées dans d'autres secteurs géographiques sur le sujet des grossesses chez les jeunes femmes soient très réservées quant à l'existence d'une reproduction sociale qui verrait la reconduction de grossesses "adolescentes" de génération en génération, le préjugé demeure. La plupart des jeunes mères interrogées ne savent pas à quel âge leur mère a accouché de son premier enfant. Cependant, certains témoignages font état d'une première grossesse de leur mère à 18, 19, 20 ans, parfois moins. Sur la totalité des études de cas, seules 8 jeunes mères déclarent que leur propre mère a accouché avant l'âge de 18 ans. Cet âge leur semble favoriser la relation mère/fille lors de la grossesse. Le fait que leur mère ait connu une situation similaire leur apparaît donc comme un atout.

Des trajectoires de vie difficiles

Si de nombreuses jeunes mères ou pères, disent avoir eu une enfance difficile, avoir vécu la séparation de leurs parents, des décès, certains récits de vie sont particulièrement pénibles.

Les cas les plus dramatiques coïncident souvent malheureusement avec des grossesses ou des IVG à répétition. Dans deux cas sur trois, les grossesses rapprochées et à répétition laissent à penser que la jeune mère veut, dans une certaine mesure, fuir une situation qu'elle ne supporte pas et réécrire l'histoire.

Au sein de la famille : les transmissions intergénérationnelles

La question des transmissions intergénérationnelles est particulièrement importante car la présence de telles transmissions (ou leur absence) est susceptible de révéler la manière dont la grossesse est vécue par la famille donc de mettre au jour la reconnaissance sociale de la jeune mère. Si des transmissions intergénérationnelles sont présentes, c'est le signe que la jeune mère est acceptée dans son statut de mère par sa famille et qu'elle est, de ce fait, jugée digne d'apprendre ce que doit savoir toute femme ayant engendré son premier enfant. Dans l'hypothèse inverse, une absence de transmissions intergénérationnelles impliquerait une négation de la jeune femme comme mère.

Au cours de la grossesse, il est décidé, soit explicitement, soit implicitement qui sera la référente (grand-mère maternelle ou belle-mère) pour la future mère en matière de soins pour l'enfant. Commence alors un processus actif, plus ou moins important selon chaque mère, d'apprentissage des préparations comprenant les nosologies populaires, les plantes à utiliser selon

les symptômes, les lieux d'approvisionnement et tous les gestes qui les accompagnent.

Avant la naissance : rencontre et désir d'enfant

Dans leurs récits de vie, tant les jeunes mères que les pères des bébés mettent en évidence l'ancienneté de leur relation. Celle-ci est souvent invoquée pour justifier le désir d'enfant. Malgré leur jeune âge, pères et mères sont parfois en couple depuis deux, trois voire, quatre ans. De nombreux témoignages font état d'un désir d'enfant conjoint, du père et de la mère.

Une relative méconnaissance des méthodes contraceptives

Les méthodes contraceptives ne sont connues que d'une partie des mères, généralement les plus âgées, celles qui ont délibérément choisi de mettre leur enfant au monde et également chez une partie des mères de 16 ans. La méthode contraceptive la plus citée et connue est la pilule. Le préservatif est parfois évoqué, mais assez rarement car de nombreuses jeunes mères affirment que leur copain le refuse. Enfin, les méthodes telles que gel, implant, patch, stérilet sont la plupart du temps inconnues. Chez les autres jeunes mères de 16, 15 ans et moins, la contraception n'a souvent pas été pratiquée, soit par ignorance, soit, là encore, par non transfert des éléments transmis au collègue.

La famille idéale

Les quelques jours qui suivent la naissance constituent le plus souvent un temps durant lequel la famille se resserre autour de la mère et du bébé, et les récits de vie et entretiens mettent en évidence les représentations de ce qu'est, pour les jeunes mères, la famille idéale.

Dans tous les discours, la famille idéale est une famille avec un père et des enfants, un nombre d'enfants sans doute supérieur aux statistiques nationales.

Etre mère : être adulte ?

La naissance a bouleversé bien des choses. Il y a, chez les jeunes mères, la conscience d'une responsabilité nouvelle, d'être entrée dans un monde d'adultes. Beaucoup disent qu'elles y étaient déjà car elles élevaient leurs frères et sœurs. Cependant, elles s'accordent pour dire que là, les choses sont différentes puisqu'il s'agit de leur propre enfant. Plusieurs jeunes femmes sont déjà mères de plusieurs enfants (deux voire trois pour deux d'entre elles).

Certaines quittent une partie de leur « univers d'origine » (l'école), quand d'autres, en ne le faisant pas, « réalisent les héritages dont elles sont porteuses ». Nous avons là deux conceptions du monde adulte que chacune embrassera selon la

vision qu'elle a de sa place au sein de la société. Toutes entament l'acquisition d'un héritage socioculturel, mais rares sont celles qui quittent l'univers familial, la famille élargie qui demeure un support affectif et économique pour le jeune couple et l'enfant.

Education et projets de vie

Les analyses des données obtenues quant au lien entre grossesse et éducation recoupent globalement celles des démographes. Les mères qui désirent leur enfant sont fréquemment en décrochage scolaire, ne trouvant pas leur place au sein de cette institution. « La sortie du système scolaire apparaît comme un événement fondamental dans l'entrée dans la vie d'adulte qui influence fortement l'arrivée d'un premier enfant. » (Breton, 2004 : 232)

Celles qui ne l'avaient pas prévu, mais qui le prennent comme une très bonne nouvelle en profitent pour arrêter quand elles ne trouvent pas leur place à l'école ou décident de continuer si elles souhaitent avoir un métier plus tard pour s'épanouir ou pour assumer économiquement l'enfant. Pour celles qui n'étaient pas prêtes à être mères, la volonté de continuer est d'autant plus forte que l'enfant « n'a pas demandé à être là », en d'autres termes, qu'elles ne l'ont pas choisi non plus. Elles cherchent plus que toutes les autres à assumer l'enfant, en se donnant toutes les chances de trouver du travail, grâce à l'école.

Non seulement nous sommes face à des adolescentes qui ont des difficultés scolaires, mais on retrouve un problème récurrent de mauvaise orientation chez les mères, que l'on a dirigées vers une formation professionnelle qu'elles n'avaient pas choisie. L'école est vue comme un lieu de violences, morales et / ou physiques par certaines des jeunes filles.

Le mythe de l'API générateur de "grossesses précoces"

L'idée fréquemment émise de jeunes mères qui font leur bébé pour toucher l'API n'est évoquée dans aucun des cas. Les mères ont connaissance de leurs droits mais ceux-ci leur ont souvent été expliqués par la grand-mère ou la mère du père de l'enfant qui se chargent d'ailleurs la plupart du temps de faire les démarches pour leurs filles.

Ce "mythe de l'API générateur de grossesses" ne semble en aucun cas pouvoir être avancé comme clé explicative du nombre élevé de grossesses chez les mineures. Cependant, les conditions de vie des jeunes couples sont souvent précaires et une aide telle que celle fournie par l'API ne peut, dans un tel contexte, pas être négligée. Nombreuses sont celles qui considèrent l'API comme une solution transitoire.

Fin des ambitions professionnelles de jeunes mères? Difficultés à trouver un travail et à réaliser les projets professionnels dans un contexte de chômage particulièrement élevé ? L'API, qui n'est initialement pas considérée comme une bouée de sauvetage en devient-elle une, faute de formations, faute de tremplins destinés à aider les jeunes mères ?

Des pistes de travail

- Une modification du regard porté sur les jeunes mères par une remise en cause de la notion de « grossesse précoce » pour les mères de 16 ans à 17 ans 11 mois et 29 jours ;
- La nécessité d'une meilleure gestion de la prévention chez les très jeunes afin d'éviter les accidents de parcours (une gestion qui ne serait pas seulement basée sur un apport en terme de biologie), à réfléchir avec les acteurs concernés (infirmières, assistantes sociales, PMI, professeurs de SVT...);
- Réfléchir à des actions possibles au niveau du rectorat quant à l'orientation des jeunes filles à la fin de la troisième ;
- Engager une réflexion (ou la poursuivre car elle est déjà engagée dans plusieurs établissements), au sein des établissements hospitaliers, pour une meilleure prise en charge des jeunes mères (des jeunes couples) et de leur bébé.
- Se poser tant la question des contraceptifs proposés aux jeunes filles que la manière dont l'information est faite par les médecins généralistes.
- Envisager une manière différente d'effectuer l'accompagnement social.

Des propositions

Les 53 jeunes mères interrogées lors de cette enquête sont au regard de nos normes culturelles, de nos lois françaises, considérées comme des enfants. Dans le même temps, leur accouchement a fait d'elle des parents. Il nous semble qu'une prise en compte et un accompagnement de ces mères ne sera possible que dès lors que le regard les concernant aura changé.

Il convient tout d'abord de reconsidérer certaines catégories basées sur des critères pour le moins ethnocentriques ou eurocentrés telles que celle de "grossesse précoce" et de nous poser quelques questions : Qu'est-ce que l'enfance ? Quand s'arrête-t-elle ? Peut-on être parent à 15 ou 16 ans et recevoir, néanmoins, les transmissions culturelles propres au passage du statut d'adolescent à celui de géniteur ? Peut-on être adulte à 16 ans? Une jeune fille de 16 ans est-elle physiquement suffisamment mature pour enfanter ?

L'enfance est supposée s'achever quand une personne ne dépend plus de ses géniteurs, ou de

ceux qui les remplacent, quand elle devient libre et responsable de ses actes. On dit dans ce cas que la personne est majeure. En France, cette majorité est atteinte à l'âge de 18 ans. Mais il n'en est pas de même sur l'ensemble de la planète. Tous les enfants du monde ne sont donc pas majeurs au même âge et toutes les grossesses ne sont pas considérées de la même manière.

Les facteurs qui poussent les jeunes filles à devenir mères

- Une hypervalorisation culturelle de la fécondité associée à une tradition de grossesses menées de bonne heure, à un âge souvent inférieur à 20 ans pour la première ;
- Une origine sociale modeste au sein de laquelle ce type de grossesse est particulièrement fréquent
- Une mise en couple précoce ;
- Le désir de créer une famille idéale, de compenser un manque d'affection ressenti durant l'enfance ;
- Une institution scolaire qui tend à négliger les projets professionnels des élèves issus des cycles courts.

Il n'y a donc pas une seule origine aux grossesses chez les mineures, mais une conjonction de facteurs. Si spécifique il y a par rapport aux études similaires menées en d'autres lieux, cette spécificité réside sûrement dans le rôle des pères et leur présence auprès de la jeune mère, leur participation au projet de vie mis en œuvre à la naissance du bébé.

En tout état de cause, s'il existe des limites culturelles à la notion d'enfance, ces limites semblent, dans certains milieux sociaux réunionnais, plus basses que celles couramment admises dans la législation française (18 ans). En outre, de récents travaux (Dedecker et al., 2005), montrent que non seulement le corps d'une jeune fille est prêt à enfanter à l'âge de 16 ans mais que, médicalement, les accouchements se passent mieux à cet âge qu'à 30 ans.

Mieux gérer la prévention chez les très jeunes

Informers

Pour les quelques cas de grossesses qui, dans notre échantillon, concernent les moins de 15 ans, nous nous sommes aperçues qu'elles n'ont aucune connaissance de la contraception et il nous semble capital de porter toute l'attention, en terme de prévention et d'information, sur la tranche d'âge des 12 – 15 ans.

L'étude a montré qu'il n'existe pas de transfert entre les cours de SVT dispensés au collège et les conduites des très jeunes filles en terme de sexualité. Elles connaissent généralement plus ou moins globalement leur cours mais ne sont pas en mesure d'appliquer son contenu à leur propre

corps. Soit les cours ont été donnés trop tôt, à un âge où les jeunes filles ne s'intéressent pas au fonctionnement de leur corps, soit c'est le canal de transmission, trop scolaire pour des jeunes filles qui sont fréquemment en échec scolaire, qui ne convient pas, soit la raison est autre.

L'idée assez fréquemment diffusée dans les milieux éducatifs qui voudrait que l'éducation sexuelle soit enseignée le plus tôt possible (dès la maternelle avons nous entendu récemment), ne nous semble pas une bonne solution à ce problème en raison de ce même cloisonnement école / milieu familial. En tous cas, une éducation à la sexualité encore plus précoce ne pourrait que choquer les familles et ne résoudrait pas le problème du cloisonnement des apprentissages.

Les raisons à ce cloisonnement sont diverses : différences entre le monde de la maison et le monde de l'école, référents culturels différents, langue fréquemment différente (la plupart de nos interlocutrices sont créolophones)... Ce qui vient de l'école, selon un principe bien connu en anthropologie sociale qui est le principe de coupure de Roger Bastide (1960), ne respire pas à la maison. Non que les jeunes filles soient déchirées entre le monde de la maison et celui de l'école, mais elles établissent une sorte de découpage de la réalité en compartiments étanches au sein desquels elles ont des vies différents : celles de jeunes filles insérées dans le monde contemporain, le village global (par la musique, les téléphones portables...), des normes construites à l'école (qui peuvent être, d'ailleurs, des normes de résistance) ; et à la maison, vies de jeunes filles, parfois en opposition avec leurs parents mais qui ont été, quoi qu'elles en disent, imbibées, dès leur plus jeune âge, des normes et des valeurs de la société qui les a vue naître

Prévenir

Si la prévention telle qu'elle est conduite actuellement était efficace, le taux de grossesse chez les très jeunes ne serait pas ce qu'il est... Les très jeunes mères interrogées disent que quelles que soient leurs relations avec l'infirmière scolaire, et même si ces relations sont excellentes, elle demeure l'infirmière scolaire et sera toujours suspectée de vouloir prévenir l'administration ou les parents si la jeune fille vient la voir pour lui demander des conseils. Les jeunes filles craignent également les jugements ou les reproches.

La prévention passe nécessairement par l'information mais il serait, là encore, possible d'imaginer des dispositifs à mettre en place, non au sein des établissements scolaires, mais en d'autres lieux.

Valoriser

Certains travaux², montraient qu'un élève a d'autant plus de chances de réussir en classe qu'il est accompagné et que ses réussites sont valorisées. Jusqu'à présent, les jeunes mères ne sont citées que pour mieux mettre en évidence leur marginalité, leur écart par rapport à la norme. Pourquoi ne pas valoriser le travail de celles qui parviennent à mener de front leur projet d'enfant et leur projet professionnel

Des contraceptifs et des relations avec le corps médical

Les entretiens ont montré que la grossesse est fréquemment, pour celles qui sont non désirées, la conséquence d'un oubli de pilule ou d'un retard dans la prise. Or, les pilules qui sont, semble-t-il, les plus fréquemment prescrites sont des pilules microdosées qui nécessitent une prise régulière et ponctuelle. Il convient donc de réfléchir au rôle que peuvent avoir les médecins généralistes dans l'information à la contraception. En effet, les entretiens laissent apparaître une grande confiance dans les médecins généralistes qui sont parfois considérés comme des confidents, davantage sans doute que les infirmières des lycées, suspectées de prévenir les parents de la visite d'une jeune fille.

Envisager une manière différente d'effectuer l'accompagnement social.

Les jeunes mères et les jeunes pères font fréquemment le récit d'une enfance difficile. Généralement issus d'un milieu modeste, certains ont connu drames familiaux, ruptures, séparations, décès. La naissance de leur enfant est, de manière presque systématique, présentée comme un nouveau départ, comme une chance dans l'existence, de donner à leur enfant la vie de famille et l'amour qu'eux-mêmes n'ont pas connu.

Lorsque la naissance fait suite à une grossesse non désirée, l'attente est, en quelque sorte, encore plus grande car la jeune mère a conscience du fait qu'elle devra se battre, travailler dur pour élever son enfant. L'accompagnement social est alors capital car les beaux projets, les débuts prometteurs peuvent facilement basculer et se transformer en cauchemar.

² Philippe Meirieu (1985)

Conclusion

Les résultats obtenus dans le cadre de cette enquête ont mis à mal un certain nombre de préjugés tenaces concernant les grossesses chez les mineures :

- Non, toutes les jeunes filles ne sont pas à "mettre dans le même sac", la grande majorité des mères mineures est âgée de plus de 16 ans ; Non, elles ne sont pas irresponsables ; Non, elles n'oblitérent pas leur avenir en étant mères de bonne heure ; Non, les grossesses chez les mineures ne sont pas le fruit de violences intrafamiliales ; Non, il ne s'agit pas des indices d'une quelconque matrifocalité réunionnaise ; Non, les jeunes mères ne sont pas nécessairement en rupture familiale ; Non, les jeunes mères ne sont pas forcément en marge de la société, futures délinquantes en échec scolaire et social

- Oui, les pères des enfants existent et ils tiennent fréquemment à le faire savoir ; Oui, il y a des couples et des histoires solides ; Oui, les jeunes mères ont des projets, des rêves, des ambitions. En devenant mères, elles ne renoncent pas forcément à leur scolarité.

Deux populations se dégagent : celles des femmes qui désiraient un enfant ; celles pour qui la grossesse a été un "accident".

Dans le premier cas, les jeunes mères rencontrées, les pères des enfants aussi, loin d'apparaître comme des adolescents irresponsables, nous ont semblé au contraire matures, prêts à fonder une famille et à l'assumer, proches de leur enfant.

Dans le second cas, et même si finalement les mères accueillent leur bébé, nous avons noté un manque d'information sur la physiologie humaine, la grossesse, les moyens de contraception.

Pour les deux cas de figure, nous avons remarqué une méconnaissance presque générale les concernant, des raccourcis rapides, des généralisations abusives. Les jeunes mères, comme les pères des enfants, ont souvent une histoire antérieure difficile, mais sont-ils pour autant à mettre en marge de la société, juste au moment où la naissance de leur bébé est un nouveau départ, une chance de construire quelque chose ? Ne nous appartient-il pas de les accompagner au mieux ?

Pour en savoir plus

Beaux-Nartz, E., 2008, *Motivations et perspectives d'insertion professionnelle des bénéficiaires de l'Allocation Parent Isolé. Rapport de recherche*, CAF.

Breton D., 2004, « Mises en couple et naissances dans les unions à La Réunion. » *Espaces Populations Sociétés*, n° 2. 17 p.- 2007, « Natalité, fécondité et comportements reproductifs », in *La population réunionnaise, analyse démographique* (Frédéric Sandron, ed.). Paris : IRD, p. 43-72.

Catteau C., 2010, « Grossesses précoces et IVG chez les mineures à La Réunion. » *Préfecture de La Réunion, Pôle Régional Santé Publique et Cohésion Sociale. ARS, groupe études et indicateurs*, 62 p.

Perche, M., 2010, *Pratiques et perceptions de la prise en charge de l'IVG à La Réunion, étude qualitative. Rapport de recherche*, ORS Réunion.

Pourchez L., 2000, "Nourritures paternelles à La Réunion", n°1 de la revue *L'autre. Clinique et culture, approche transculturelle*. Juin 2000, pp. 45-64. 2001, "Les sévères mayés de l'enfant réunionnais : marquage ethnique ou trait de créolisation

2002a, *Grossesse, naissance et petite enfance en société créole*. Paris : Karthala.

2002b, "Vierge Noire et déesse Karli, chronique d'un désir d'enfant à La Réunion", *L'autre, Clinique, Culture et sociétés*, vol.3, n°2, pp. 257-276.

2004a, "Philtres d'amour à La Réunion, transgression et alliance", *Ethnologie française*, 03,

2004, pp. 443-451.

2004b, "Infanticide et représentation de la vie à La Réunion : une approche croisée", en collaboration avec Jacques Tabuteau, *Ethnologie française*, 04, 2004, pp.689-697.

2004c, "« On ne devient pas alcoolique par hasard » ; alcoolisme, interprétation de la maladie, thérapies et religions à l'île de La Réunion", *Ethnologie française*, XXXII, 4, pp. 689-697.

Squarizoni R, 1993, « Grossesse, et maternité chez les adolescentes de 15 à 19 ans à La Réunion », in *Actes du colloque international Fécondité et Insularité*. Saint-Denis : Conseil Général de La Réunion, pp.964-971.

Widmer I., Pourette D., 2009, *Les violences envers les femmes à l'île de La Réunion*. Aix-en-Provence : Publications de l'Université de Provence.

Wolff E., 2010, « Familles en mutations, famille en questions », in *La Réunion, une société en mutation* (Elianne Wolff, Michel Watin, eds.). Paris : Editions Economica, p.79- 100.

Directeur de publication : Chantal DE SINGLY
Responsable de la rédaction : Christine CATTEAU
Auteurs : Laurence POURCHEZ
Agence de Santé Océan Indien

2 bis, av Georges Brassens - CS 60050 - 97408 Saint-Denis Cedex 09
Tèl : 0262 97 90 00