

# Les grossesses à l'adolescence en France

Plus de trente ans après le vote de la loi Veil (17 janvier 1975), et quinze ans après la loi qui a ouvert l'accès des jeunes femmes mineures à la contraception d'urgence (2001) et assoupli l'accès à l'avortement, les grossesses à l'adolescence dérangent et apparaissent toujours comme un problème social majeur dans les sociétés modernes occidentales (Le Van 1998 ; Le Den, 2012). Pourtant, dans un pays comme la France, l'ensemble des données disponibles ne montre pas de croissance significative du nombre de ces grossesses. Dans un contexte de généralisation de la contraception et d'amélioration de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), la grossesse à l'adolescence reste socialement perçue comme un comportement déviant.

## Un report général de l'âge d'entrée dans la parentalité

Tandis que l'âge au premier rapport sexuel n'a pratiquement pas changé depuis trente ans, l'âge à la maternité augmente au fil du temps. Le mouvement général de report des maternités, en France comme dans le reste des pays occidentaux, est associé à l'allongement de la durée des études, à la progression de l'emploi des femmes et à leur souhait croissant de ne mettre des enfants au monde qu'une fois installées dans la vie, avec des diplômes, un emploi stable, un logement et une vie de couple. La diffusion de la contraception moderne a contribué à ce report en réduisant la fréquence des grossesses non désirées, notamment aux âges jeunes (Pison, 2010) et en introduisant en creux l'idée d'un âge auquel il deviendrait « acceptable » d'avoir un enfant.

On constate que c'est entre 20-24 ans et 25-29 ans que la fécondité a le plus diminué, signe d'un report de l'âge d'entrée dans la parentalité puisque l'on constate en revanche une augmentation des naissances pour les femmes âgées de 30 à 34 ans. Les analyses longitudinales menées par l'INED (Mazuy *et al.*, 2015) mettent d'ailleurs en évidence le vieillissement du

calendrier des naissances et une élévation de l'âge moyen à la maternité depuis les années 1970 : les femmes avaient en moyenne leurs enfants à 26,8 ans en 1980, 29,4 ans en 2000 et 30 ans en 2010.

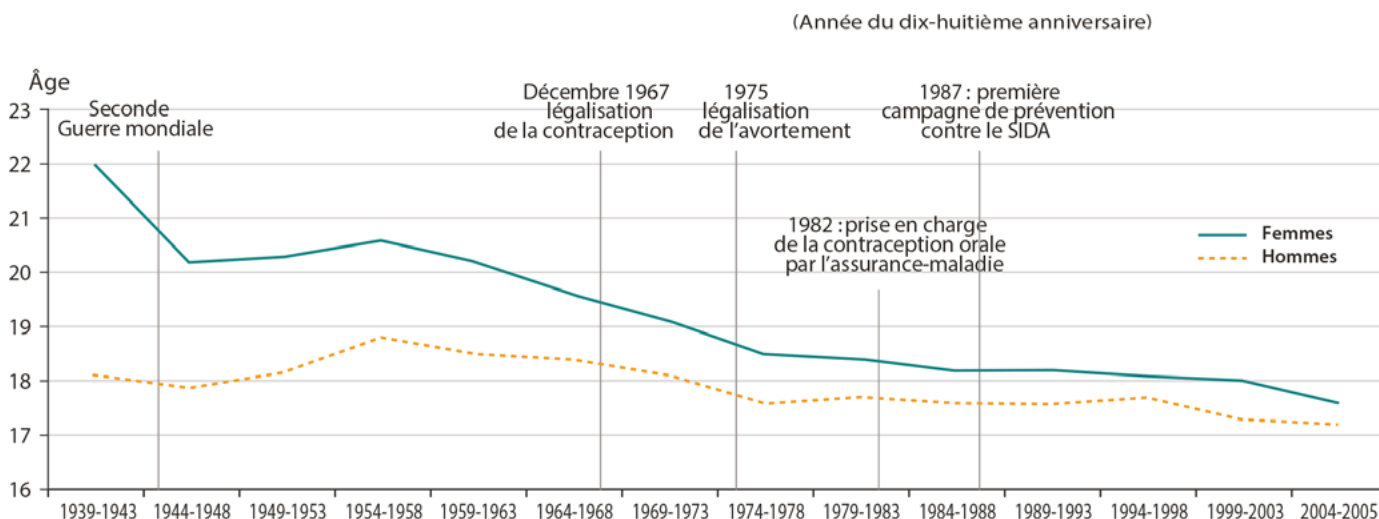
## Les grossesses à l'adolescence, un problème de définitions

Le nombre de grossesses des adolescentes est une question complexe, dans la mesure où il faut rester vigilant à propos des bornes d'âge délimitant « l'adolescence », qui fluctuent selon les enquêtes et les sources statistiques disponibles (Le Den, 2012).

La tendance en France est d'appeler « grossesse à l'adolescence » les grossesses des jeunes femmes avant leur 20<sup>e</sup> anniversaire, quand d'autres font corrélater la majorité avec l'adolescence et prennent 18 ans comme âge clé. Pourtant, les recherches qualitatives ont montré que les enjeux et les significations ne sont pas identiques à 15 ans ou 18 ans ni pour une jeune majeure de 19 ans. En effet, si la décision en faveur de l'arrêt ou de la poursuite de la grossesse fait souvent intervenir une pluralité de facteurs, les rapports des jeunes femmes à la scolarité, leurs projets de formation et d'insertion professionnelle jouent un rôle important. D'autres facteurs

## graphique 1

### Évolution de l'âge médian au premier rapport sexuel en France



Source : Age médian au premier rapport sexuel en France/N. Bajos. Fiche pédagogique INED [www.ined.fr](http://www.ined.fr).

## tableau 1

### Naissance par tranche d'âge quinquennal des mères entre 1980 et 2013

12-14 ans	1980	1990	2000	2005	2010	2013
France entière	Nd	Nd	Nd	219	184	186
France hexagonale	153	115	102	101	119	131

15-19 ans	1980	1990	2000	2005	2010	2013
France entière	Nd	Nd	Nd	23 407	21 502	19 193
France hexagonale	52 101	26 173	21 253	20 180	18 446	16 477

20-24 ans	1980	1990	2000	2005	2010	2013
France entière	Nd	Nd	Nd	126 904	125 047	112 258
France hexagonale	272 819	176 333	115 498	120 378	118 381	105 807

25-29 ans	1980	1990	2000	2005	2010	2013
France entière	Nd	Nd	Nd	258 273	271 642	257 549
France hexagonale	290 127	296 796	286 207	250 145	263 986	249 862

30-34 ans	1980	1990	2000	2005	2010	2013
France entière	Nd	Nd	Nd	256 687	253 942	261 554
France hexagonale	142 893	180 598	232 630	248 745	247 049	254 756

Source : INSEE - État civil (exploitation FNORS).

entrent en ligne de compte : la situation matérielle, financière, relationnelle mais également les normes de l'entourage vis-à-vis des maternités socialement considérées comme précoces, à une époque où la contraception moderne s'est généralisée et où les écarts à la norme sont de moins en moins acceptés (Bajos, Ferrand, 2002 ; Amsellem-Mainguy, 2010).

Les travaux en sociologie montrent que « la reconnaissance sociale de la sexualité des jeunes femmes exerce une influence déterminante à la fois sur leur perception du « risque » de grossesse, sur leur accès à l'information et à la contraception et sur leur pratique contraceptive (Bajos, Bozon, 2008). Ainsi, dans les pays où l'accès des adolescents à la contraception est le plus largement autorisé par la loi, les jeunes se protègent davantage contre les grossesses non prévues (Bajos *et al.*, 2004). L'analyse comparative des situations en France, aux États-Unis, en Grande-Bretagne, au Canada et en Suède (Darroch *et al.*, 2001) montre que c'est bien dans les pays où la tolérance sociale vis-à-vis de la sexualité des jeunes est la plus importante (Suède et France) que les taux de contraception sont les plus élevés et les taux d'avortement les plus bas. *A contrario*, les pays qui cherchent à mettre en place des politiques visant à retarder l'âge au premier rapport sexuel prennent le risque de détourner les jeunes sexuellement actifs d'une pratique contraceptive (Bajos *et al.*, 2004).

## encadré 1

### La loi de 2001 et les suivantes sur l'accès à la contraception, la contraception d'urgence et à l'IVG

La contraception (pilules de 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> génération, implant contraceptif hormonal et stérilet) est désormais gratuite pour les mineures d'au moins 15 ans et protégée par le secret médical (l'assurance maladie ne transmet aucun relevé de remboursement des actes concernés). La délivrance s'effectue en pharmacie sur présentation d'une ordonnance. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016, un décret prévoit, pour les mineures d'au moins 15 ans, la prise en charge des frais d'examen de biologie, de consultation médicale annuelle et de suivi ainsi que les frais de pose et de retrait d'un dispositif intra-utérin.

La loi de 2001 a allongé la durée maximale de grossesse pour une IVG en la portant de 10 à 12 semaines, soit de 12 à 14 semaines d'aménorrhée (absence de règles). Le décret du 1<sup>er</sup> juillet 2004 a permis aux femmes de pouvoir recourir à l'IVG dans le cadre de la médecine de ville, jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire 5 semaines de grossesse. Et depuis 2009, les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et les centres de santé peuvent également pratiquer des IVG médicamenteuses.

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est un acte médical pris en charge à 100 % par l'assurance maladie depuis le 1<sup>er</sup> avril 2016. Toute femme, majeure ou mineure, peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse et elle seule peut en faire la demande. Les mineures doivent être accompagnées par une personne majeure de leur choix ; un entretien avec une conseillère conjugale est obligatoire. La loi de modernisation du système de santé du 27 janvier 2016 a supprimé le délai de réflexion obligatoire de sept jours entre la première et la deuxième consultation pour obtenir une IVG. Enfin, les sages-femmes peuvent pratiquer des IVG depuis juin 2016.

La loi du 13 décembre 2000 autorise la délivrance de la contraception d'urgence aux mineures désirant le secret et son administration par les infirmières (notamment scolaires). Elle peut également être délivrée aux mineures sans ordonnance et gratuitement, en pharmacie, en infirmerie scolaire, en centre de planification, ou au Planning familial.

## Adolescence, entrée dans l'âge adulte : des grossesses à l'adolescence plurielles

Les données disponibles de l'état civil diffusées par l'INSEE montrent que les naissances avant 15 ans ne concernent chaque année que 150 jeunes femmes environ, chiffre évoluant peu depuis 1980. Chez les jeunes femmes entre 15 et 19 ans et pour la même période, on constate par contre une forte baisse des naissances : de 52 101 naissances en 1980 à 16 477 (en 2013) pour la France métropolitaine. Les grossesses des adolescentes demeurent pourtant toujours perçues comme des grossesses non voulues (alors que l'enquête COCON de l'Institut national des études démographiques [INED] montrait en 2004 une diminution des grossesses non prévues chez les 15-49 ans). Et l'on constate la persistance d'un fort décalage entre la réalité statistique et la perception sociale de cette réalité. Ainsi, malgré les résultats d'études médicales qui mettent en lumière qu'à niveau socio-économique et situation conjugale identiques, les grossesses d'adolescentes ne diffèrent pas – sur le plan médical – de celles de leurs aînées (Le Van, 2006), elles ne représentent donc pas un risque médical particulier. « Il ressort que les grossesses à l'adolescence d'aujourd'hui peuvent en effet

être consciemment désirées et qu'il serait désuet de les considérer comme relevant d'un "accident" ou d'un manque d'information sur les méthodes contraceptives. » (Le Van, 2006.) Force est de constater qu'il n'existe pas une forme de grossesse à l'adolescence mais une diversité de situations et de significations. La précarité, la vulnérabilité, voire la misère sociale, ne sont pas l'apanage des jeunes et, à l'inverse, à condition économique et sociale équivalentes, les problèmes rencontrés par les jeunes mères n'ont bien souvent rien de spécifique à leur âge.

## Recours à l'avortement : les jeunes adultes plus concernées que les adolescentes

D'après les données les plus récentes (Vilain, 2016), le taux de recours à l'IVG est stable depuis 2006 avec environ 14,4 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2015 pour la France métropolitaine et de 26,5 dans les DOM. On observe que chez les moins de 20 ans, la baisse entamée depuis 2010 se poursuit. C'est parmi les femmes âgées de 20 à 24 ans que les IVG demeurent les plus fréquentes (27 IVG pour 1 000 femmes), c'est donc moins une réalité à l'adolescence que pendant la période où l'on est « jeune adulte ». Ainsi, face à une grossesse non prévue, les jeunes femmes ont plus souvent recours à

l'avortement qu'il y a une trentaine d'années. Ce qui permet de comprendre pourquoi, alors que le nombre absolu de grossesses d'adolescentes et la proportion parmi les adolescentes de celles qui « tombent enceintes » ont fortement baissé, le nombre absolu d'avortements de mineures est resté relativement stable. Ce recours à l'avortement, souvent présenté comme un comportement « déviant » ou problématique ne remet pas en cause l'efficacité des méthodes contraceptives. Cela montre en creux combien la diversification des méthodes contraceptives contribue à l'évolution des choix des adolescentes et des jeunes femmes, face à une grossesse et leur souhait de plus en plus affirmé de différer une maternité. À l'image du recul de l'âge moyen à la maternité (Pison, 2010), on retrouve dans les comportements des adolescentes et dans leurs propos le reflet des mutations de la société où la réussite scolaire, la qualification, l'activité professionnelle et à travers cela l'indépendance économique et résidentielle tout comme la mise en couple stable ont une part croissante dans leur choix de report d'entrée dans la parentalité.

## Conclusion

La baisse du nombre de grossesses à l'adolescence ne pourra probablement pas se poursuivre indéfiniment car il faut prendre en considération le souhait de certaines jeunes femmes d'avoir un enfant. En effet, pour une partie d'entre elles, la maternité est associée à une expérience positive, qui peut leur permettre

d'acquérir un statut social, ou être une manière de stabiliser et de légitimer une relation avec un partenaire (Le Van, 1998). Par ailleurs, même si l'on sait que la proportion de premiers rapports non protégés a très fortement diminué, passant de 80 % au début des années 1960 à moins de 10 % aujourd'hui (Baromètre INPES, 2010) on sait aussi que les rapports suivants ne sont pas toujours aussi bien protégés (notamment lors du passage du préservatif à un contraceptif) et que les jeunes en situation de vulnérabilité socio-économique restent plus souvent à l'écart de ce mouvement massif de diffusion de la contraception. L'enquête COCON de l'INED (2004) montre qu'une grossesse sur trois est toujours qualifiée de non prévue par les femmes, dont les deux tiers surviennent sous contraception (30 % sous contraception médicalisée). Un écart qui s'explique en particulier par des différences d'observance, ou encore par des arrêts (souvent temporaires) ou des changements contraceptifs précoces, et qui questionne l'adéquation des méthodes utilisées à la vie sociale et sexuelle des femmes et des jeunes en particulier (modalités des usages, acceptation par l'entourage de la sexualité mais aussi coût financier, anticipation des prescriptions nécessitant des rendez-vous médicaux...). Le recours à la contraception d'urgence, qui est en augmentation croissante depuis son autorisation de mise sur le marché médical, ne vient qu'en partie répondre aux besoins d'une contraception post-rapport sexuel.

Yaëlle Amsellem-Mainguy

## Bibliographie

- Bajos N., Ferrand M. et l'équipe GINE, *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, INSERM éditions, 2002.
- Amsellem-Mainguy Y., « Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives », *Politiques sociales et familiales*, n° 100, 2010, p. 104-109.
- Bajos N., Bozon M. (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, La Découverte, Paris, 2008.
- Darroch J., et al., *Teenage Sexual and Reproductive Behavior in Developed Countries*, Allan Guttmacher Institute, NY, Occasional Report n° 3, 2001.
- Kafé H., Brouard N., 2000, « Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ? », *Population et sociétés*, n° 361, octobre 2000.
- Le Den M., « 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 », *Sciences sociales et santé*, 2012, p. 85-101.
- Le Van C., *Grossesses à l'adolescence. Normes sociales, réalités vécues*, L'Harmattan, Paris, 1998.
- Le Van C., « La grossesse à l'adolescence : un acte socialement déviant ? », *Adolescence*, n° 24.1, 2006, p. 225-234.
- Mazuy M., Barbieri M., Breton D., Albis H. de, « L'évolution démographique récente de la France et ses tendances depuis 70 ans », *Population 3*, vol. 70, 2015, p. 417-486.
- Pison G., « France 2009 : l'âge moyen à la maternité atteint 30 ans », *Population et sociétés*, n° 465, mars 2010.
- Vilain A., « Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 », *Études et résultats*, n° 0968, juin 2016, .