La naissance comme rite de passage à l'adolescence en milieux populaires

Bernadette TILLARD
Univ. Lille, CNRS, UMR 8019 – CLERSÉ
Centre Lillois d'Études et de Recherches sociologiques et Économiques,
F-59000 Lille, France
bernadette.tillard@univ-lille.fr

L'adolescence est l'âge de l'entre-deux (Glowczewski, 1995). Située entre l'enfance et l'âge adulte, cette période s'est créée par l'existence d'une distinction entre puberté et accès à l'autonomie. En France, l'adolescence s'est allongée progressivement, en particulier par l'obligation de la scolarité au-delà de 14 ans puis par l'incitation au second cycle de l'enseignement secondaire, puis aux études supérieures, enfin par le retard de l'accès à l'emploi. Des contradictions existent quant à l'issue de l'adolescence entre les différents champs de la vie sociale. Ainsi la majorité est accordée aux jeunes gens âgés de 18 ans. Cependant, certaines mesures de notre dispositif d'aide sociale, tendent à induire que la limite supérieure de l'adolescence serait l'âge de 25 ans.

Adolescence et rite de passage

Si l'évolution physique de l'individu le fait entrer dans l'adolescence, cet "âge de la vie" est souvent considéré comme se poursuivant bien au-delà de la maturité physique. Il ne se superpose pas à une donnée corporelle…

Ceci a été observé ailleurs lorsque les anthropologues se sont intéressés à l'initiation ou à l'âge auquel les jeunes gens accèdent aux relations sexuelles puis au mariage. On peut se référer pour cela aux travaux de nombreux ethnologues parmi lesquels Françoise Héritier, Ariane Deluz, Bernard Saladin d'Anglure, ou Margaret Mead. Ainsi, Bernard Saladin d'Anglure décrit le passage à l'âge adulte de jeunes esquimaux Nataaq et Ujaraq. Ce sont les captures à la chasse où ils sont invités à tuer des animaux de plus en plus importants en poids qui aboutissent à des performances qui montrent leur maîtrise de l'art et leur permettent d'accéder au mariage, et donc, à la vie sexuelle et à la procréation. Ces épreuves à passer ou ces conditions à remplir sont inscrites dans la vie sociale et elles ne concernent pas uniquement la physiologie des individus d'un même groupe d'âge. Pour faire le parallèle avec la nécessité des rites de passage à la naissance (Belmont, 1989 ; Tillard, 2013), nous pouvons constater qu'à l'adolescence, la modification de l'être physiologique ne saurait constituer à elle-seule, l'être social adulte.

Dans les sociétés méditerranéennes, traditionnellement, l'accès à la vie sexuelle est conditionné par le mariage. L'honneur de la famille est mis en relation avec la virginité des filles jusqu'au mariage. Il justifie une éducation rigoureuse et une étroite surveillance des filles pubères (Lacoste-Dujardin, 1985). Au contraire, d'autres sociétés permettent une période de liberté sexuelle à l'adolescence (Héritier 1996). A cette période succède le mariage. Dans les cas de procréation avant le mariage, le futur mari de la fiancée adoptera l'enfant issu d'une union précédant ce mariage, qu'il en soit ou non le géniteur. Si la jeune femme n'est pas promise, l'enfant est élevé sous l'autorité du père de la jeune femme ou d'un membre de son lignage. Ces conventions établies autorisent l'accès à la vie sexuelle, en l'absence de contraception, ménagent une période où les jeunes gens peuvent exprimer leurs inclinations vis-à-vis des personnes du sexe opposé avant d'accéder à un mariage souvent convenu et où leurs sentiments ne trouvent pas toujours la possibilité de s'exprimer. Ces règles sociales assurent également un statut social à l'enfant sans compromettre celui de la mère.

En France, pour effectuer ce passage de l'enfant à l'adulte, il est impossible de déterminer un seul modèle de rite de passage tel qu'on en trouve à travers l'initiation dans certaines sociétés. Cependant, des jalons permettent de franchir les étapes de cette longue période. Ils s'inscrivent

dans tous les champs de la vie sociale d'un individu : l'évolution biologique certes (Mardon, 2011), mais également, le parcours scolaire, la décohabitation (Mortain, Vignal, 2013), l'exercice de la sexualité, la responsabilité pénale, le permis de conduire, le droit de vote, etc. A travers les passages successifs de l'individu dans chacun de ces domaines, il existe une sorte de balisage d'une période qui peut s'étendre sur une dizaine d'année, voire davantage (Le Breton et al. 2016, Jeffrey et al. 2005).

Si on ne peut discerner dans notre société un rite de passage lié à l'adolescence, cette période comprend néanmoins une juxtaposition de petites étapes répondant à diverses procédures.

Contexte démographique de la procréation à l'adolescence

Si la démarche ethnographique a l'habitude de travailler le plus souvent en s'intéressant à « des unités sociales de faible ampleur à partir desquelles elle tente d'élaborer une analyse de portée plus générale appréhendant d'un certain point de vue la totalité de la société où ces unités s'insèrent » (Augé, 1979, p. 197), elle a aussi déployée au cours de son histoire des études quantitatives en particulier dans le domaine de parenté. Renouant avec cette double approche, dans ce chapitre, l'âge de la procréation est pris en considération en considérant à la fois les informations issues de la démographie et celle de l'anthropologie du proche.

De plus, compte tenu des objectifs de ce livre, chaque fois que ce sera possible, les chiffres de la Réunion seront comparés à ceux du Nord et du Pas-de-Calais d'où je viens.

En France, les démographes ont montré que les femmes donnent naissance à leurs enfants plus tardivement. L'âge des femmes au moment à la naissance de leur premier enfant a beaucoup changé depuis 30 ans.

Au moment de l'accès à la contraception (1967) puis à l'avortement (1975), la tendance a été une baisse du taux de fécondité plus marqué dans les classes d'âge les plus jeunes (moins de 30 ans), tendance ensuite suivie par un « rattrapage » depuis 1998 chez les femmes de plus de 30 ans, voire de plus de 40 ans.

Cependant, cette vue d'ensemble cache des disparités géographiques. Emma Davie dans le numéro d'INSEE première d'octobre 2012, notait qu'en 2007, l'âge moyen au premier enfant en

Région[1] Nord-Pas-de-Calais était inférieur de 1,1 an à la moyenne nationale, tandis que cet écart était de 2,1 ans dans les territoire d'Outre-Mer et que ces écarts pouvaient seulement en partie être mis en relation avec la différence de structure de population par le diplôme. En effet, l'âge moyen des mères sans diplôme à l'accouchement de leur premier enfant est inférieur de 3,1 ans à la moyenne nationale.

Les évolutions dans la région Nord-Pas-de-Calais prennent une forme comparable à celle de la France. Les taux de fécondité par âge en 1990, 1999 et 2009 montrent, comme les travaux d'Emma Davie, que la région Nord-Pas-de-Calais et l'Île de Réunion ont des taux de fécondité supérieurs à ceux de la France métropolitaine. La région Nord-Pas-de-Calais occupe une position intermédiaire entre la France métropolitaine et l'un des départements d'Outre-Mer, l'Ile de la Réunion.

Cependant, dans la région Nord-Pas-de-Calais, en calculant à partir des chiffres de l'INSEE pour les naissances et ceux de l'INED pour les avortements, nous pouvons constater qu'en chiffre absolu le nombre de conceptions a diminué, particulièrement durant la période 1977-1988. Ensuite, le nombre de naissances diminue légèrement tandis que le recours à l'avortement augmente ce qui donne l'impression que le nombre de conceptions dans cette tranche d'âge reste stable.

Lorsqu'on rapporte le nombre de conceptions à la population de la tranche d'âge (moins de 20 ans) au moment des années de recensement, cette impression se confirme, voire elle tend à suggérer que le nombre de conceptions augmente très légèrement chez les moins de 20 ans entre 1990 et 2009.

Il est ici nécessaire de rappeler que depuis 2000, le contexte législatif a évolué et que donc le recours à la contraception et à l'avortement a également pu connaître quelques inflexions. En effet, en 2000, a été instaurée la possibilité de recours à la contraception d'urgence délivrée par les infirmières scolaires. Puis, en 2001, l'âge gestationnel auquel l'IVG est autorisée a été augmenté de deux semaines passant de 10 semaines de grossesse (soit 12 semaines d'aménorrhée) à 12 semaines de grossesse (soir 14 semaines d'aménorrhée). Cette augmentation s'est accompagnée d'un assouplissement des questions de dépendance vis-à-vis des parents en

[1] Ce chapitre a été écrit avant la recomposition des région durant laquelle le Nord-Pas-de-Calais et la Picardie ont été regroupés dans la région Hauts-de-France.

permettant à la jeune femme de choisir d'être accompagné par un adulte référent. De plus, les conditions de recours à l'avortement médicamenteux ont été assouplies depuis 2007.

En 2011, Guy Desplanques rapporte les disparités géographiques de fécondité en France à plusieurs facteurs :

- l'immigration ;
- les choix résidentiels influencés par les logements disponibles et les structures d'accueil ;
- le métier du conjoint et le niveau de formation de la mère ;
- la reproduction des traditions régionales quant à la taille des familles.

Dans cet article paru dans *Espace, populations et sociétés*, il souligne que les caractéristiques de la fécondité du Nord-Pas-de-Calais peuvent être rattachées plus particulièrement aux deux derniers facteurs. Premièrement, il existe en région Nord - Pas-de-Calais d'une proportion importante de parents ouvriers et de femmes peu diplômées si l'on considère la catégorie sociale des parents. En 2009, 23,4% des jeunes étaient pas ou peu diplômés, au sein de la population des 20-24 ans non scolarisée (contre 21,2% en France métropolitaine et 37,4% à l'Ile de la Réunion). Pour mémoire, sont considérés comme pas ou peu diplômés les personnes sorties des cursus scolaires et non titulaires, au minimum, d'un CAP, d'un brevet de compagnon, d'un brevet d'études professionnelles (BEP) ou d'un baccalauréat, tandis que sont qualifiées de « sans diplôme » les personnes titulaires uniquement du certificat d'études primaires (CEP supprimé en 1989), du diplôme national du brevet (ex BEPC), ou encore du certificat de formation générale.

Deuxièmement, le Nord-Pas-de-Calais comprend une importante proportion de familles nombreuses (23% de familles de 3 enfants dont 6,9% de 4 enfants et plus) « particulièrement fréquentes parmi les femmes les moins diplômées ». Or, les femmes les plus diplômées sont également plus nombreuses qu'en Pays-de-Loire et Bretagne à avoir 4 enfants et plus. Ceci tend à confirmer la présence de deux facteurs jouant l'un et l'autre un rôle sur la fécondité.

Au total, ceci confirme que plusieurs facteurs ont un rôle complémentaire dans cette importante fécondité plus importante du Nord et du Pas-de-Calais : l'importance des classes populaires, la proportion de personnes sans diplôme ou peu diplômées, mais également un rapport spécifique à la procréation qui concerne plus globalement la population de la région.

Catégories administratives et démographiques

Il serait intéressant de déployer un travail d'histoire démographique pour analyser les catégories mises en œuvre pour regrouper les données. Nous ne nous attarderons pas, mais les tranches d'âge utilisées pour communiquer les résultats démographiques ont certes une visée opérationnelle et propre à la discipline, mais dans le même temps, elles donnent à voir également des compromis avec les choix législatifs et les normes sociales. Ce faisant, pour les chercheur.e.s qui ne retourneraient pas aux bases de données dont ils sont issus, les résultats communiqués contraignent notre regard. Ainsi, les tranches d'âges prises en considération diffèrent selon l'indicateur. Pour ce qui est des naissances, nous accédons facilement aux naissances chez les femmes de moins de 20 ans, puis par tranche quinquennale, laissant dans l'ombre la question du cap de la majorité. En revanche pour les avortements, nous disposons d'emblée des informations pour les moins de 18 ans, puis pour les 18-19 ans. Les résultats intègrent ainsi d'emblée la question juridique de l'accès différent des jeunes femmes mineures et majeures à l'avortement.

Par ailleurs, pour ce qui concerne le RMI puis le RSA, outre les conditions de séjour sur le territoire français, les conditions administratives d'accès à ces prestations prennent en compte l'âge de 25 ans ou pour les 18-25 ans, « avoir moins de vingt-cinq ans et avoir travaillé deux ans sur les 3 dernières années (pour le « RSA jeunes actifs ») » ou enfin, le fait d'avoir au moins un enfant à charge, né ou à naître. Cette dernière exception place les jeunes parents dans une position très spécifique leur permettant d'accéder au RSA.

Une demande sociale

Comme en attestent les données démographiques, il existe une baisse du nombre de naissances depuis les années 70. Cependant l'intérêt pour ces naissances n'a pas décru et la demande sociale en termes d'études sur à cette question tendait à se renforcer, au moment où nous avons mené cette étude à l'Observatoire Régional de la Santé (Tillard, 1997). Plusieurs raisons peuvent expliquer cet engouement. Plus leur nombre baisse, plus ces naissances ont tendance à être considérées comme marginales.

L'association implicite et qui demanderait à être vérifiée entre naissances chez les femmes jeunes et précarité socio-économique concourt à la construction d'un « groupe à risque » expression des épidémiologistes qui définit une sous-population présentant une ou plusieurs caractéristiques associées statistiquement à une plus grande fréquence d'une maladie ou d'un comportement jugé

potentiellement délétère. Dans un moment où le désir d'enfant apparaît comme un préalable à la parentalité, les prénotions des professionnels qui parfois associent la procréation en bas âge à une vision mercantile de la grossesse avant 25 ans qui permettrait l'accès à des ressources, ces prénotions viennent percuter l'idéal d'un enfant comme personne attendue pour sa singularité.

Enfin, les inquiétudes quant à la procréation précoce – terme souvent employé par les professionnels concernant également la naissance avant 20 ans ou chez l'adolescente – sont aussi portées par l'association également fréquente entre naissance à l'adolescence et relations non désirées. Le souci de respecter les droits de l'enfant et de l'adolescente, de proscrire les relations incestueuses et violences sexuelles intrafamiliales accompagnent toujours la démarche des professionnelles confrontées au grossesses avant la majorité.

Au total, le contexte socio-historique dans lequel la procréation chez l'adolescente se pose, mérite de ne pas être occulté. De plus, les prénotions, nécessitent d'être déconstruites pour ne pas gêner l'investigation, mais au contraire permettre de penser la diversité des situations et la question du choix des personnes, fussent-elles jeunes.

Présentation de trois naissances chez de jeunes femmes en Nord – Pas-de-Calais

L'étude initiale de 1997 était centrée sur les naissances survenant avant l'âge de 20 ans dans quatre maternités du Nord de la France (Tillard, 1997). Les études ultérieures que nous mobilisons également dans ce chapitre n'ont pas été menées spécifiquement sur la thématique de la grossesse à l'adolescence, mais concernent des dispositifs de protection de l'enfance, nous conduisant le plus souvent dans des milieux précaires, recueillant les parcours de vie de parents. (Tillard, 2010 ; Tillard 2014 ; Tillard, Vallerie, Rurka, 2016)

Afin de montrer une partie de l'hétérogénéité des situations, nous avons choisi de prendre trois études de cas que nous exposons successivement avant d'en faire une analyse transversale.

Sophie

> *Au cours de cet après-midi, accompagnée de sa sœur et de son compagnon Sophie fait des achats dans un supermarché. Des jeunes les abordent et réclament l'argent dont ils disposent. Sophie refuse et injurie ceux qui l'importunent. A la sortie, quatre jeunes hommes l'agressent : coups de poings, bousculades et coups de pieds entre Sophie et ses agresseurs. Le compagnon de Sophie se mêle à la bagarre… Quand le pugilat prend fin Sophie est transportée à l'hôpital. Elle a deux côtes cassées et un "coquard". C'est à*

l'occasion de son admission aux urgences qu'elle s'inquiète des conséquences des coups pieds reçus au ventre. Elle parle de son retard de règles au médecin. Le diagnostic de grossesse est posé chez cette adolescente de 15 ans et demie. Je rencontre Sophie par l'entremise du médecin de garde qui l'a accueillie aux urgences la veille de mon passage.

Sophie a cessé de fréquenter l'école en cours de quatrième, au collège. " Je n'arrivais plus à suivre" dit-elle. Son absentéisme scolaire et la mésentente avec son beau-père sont à l'origine de son placement en foyer dans la ville voisine, à la demande de sa mère. "Je ne m'entendais pas bien avec ma mère… et comme j'allais jamais en cours, ma mère m'a fait placer…"

*Sophie est l'aînée de cinq enfants auxquels sa mère a donné naissance. Les quatre premiers enfants de la fratrie sont issus d'un premier compagnon. Le cinquième enfant a pour père le beau-père actuel de Sophie. Si selon la jeune femme, c'est sa mère qui a demandé son placement, en réalité, depuis son départ du domicile familial, Sophie était au foyer par intermittence puisqu'elle fuguait fréquemment. A certains moments elle était en errance, jusqu'à ce qu'elle rencontre son copain puis qu'elle aille de manière plus continue habiter chez lui. La rencontre a eu lieu il y a deux ans et demi. Elle a pris la pilule pendant deux ans environ. Le couple a décidé d'interrompre la contraception il y a deux mois pour avoir un enfant. Les jeunes gens ont déjà choisi les prénoms de l'enfant. Pour la fille, il s'agit d'un prénom choisi par la grand-mère paternelle "*qui a toujours rêvé d'avoir une fille qui s'appelle Stéphanie". *Pour le garçon, ce serait Bob, du prénom du chanteur préféré de son père. Le copain de Sophie est plus âgé qu'elle. Il a 23 ans. Il est né dans une famille de 10 enfants. Il a lui aussi interrompu sa scolarité avant d'avoir acquis une formation professionnelle. Il n'a pas de travail.*

*Aînée, Sophie s'occupait des plus jeunes chez elle. Dans sa belle-famille elle participe également aux tâches de maternage avec sa belle-sœur qui vient d'avoir un enfant. A l'avenir, elle souhaite "*rester à la maison pour s'occuper des enfants".

Cindy

Il s'agit d'une famille de 4 enfants (18 mois, 3 ans, 4 et 6 ans). Le père (25 ans) fait un stage auprès des espaces verts de la ville. La maman (Cindy, 25 ans) est au foyer.

Le couple s'est rencontré vers l'âge de 17 ans et a longtemps hésité à procréer en raison de la désapprobation médicale, compte tenu de la maladie héréditaire dont le père est porteur et qui a déjà couté la vie à sa sœur qui en était également atteinte. Ils ont vécu chez la belle-mère de Cindy, puis chez sa tante. Enfin, un signalement a conduit à une enquête sociale entre la naissance du 3e et du 4e enfant. Pour l'éducatrice, la famille de 3 enfants à l'époque, était sans logement et a été signalée aux services sociaux parce qu'elle dormait dans un véhicule. La suspicion des travailleurs sociaux à l'égard des parents a probablement été nourrie par les déclarations tardives de trois grossesses (à 6 mois et demi, 8 mois et le jour de la naissance). Pour la mère, la famille était hébergée par la tante dans un deux pièces où les parents dormaient dans les fauteuils. La voiturette dont les carreaux étaient cassés, était uniquement utilisée pour les transports de la famille et a attiré l'attention sur les conditions de transports des enfants. « On vivait à droite, à gauche, chez les gens qui pouvaient nous héberger, mais on vivait pas dans la voiture ! […] Les petits dormaient sur des matelas gonflables, nous on dormait dans les fauteuils ». A certains moments, le couple vivait chacun dans sa famille, se partageant les enfants.

A la suite du signalement, une Action Éducative en Milieu Ouvert (AEMO) est prononcée par le juge des enfants. L'aide des services sociaux a permis l'installation du couple qui accepte ce soutien professionnel : « on a pris l'aide qui nous venait ». Quand je les rencontre, ils viennent d'emménager dans une maison dont ils sont locataires.
Malgré ce malentendu initial, (désaccord sur le fait de dormir dans la voiture ou chez des proches) l'aide de la puéricultrice du service de Protection Maternelle et Infantile (PMI), de l'éducatrice d'AEMO puis de la Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale (TISF) ont été acceptées. Cindy connaît les services sociaux de longue date. Aînée d'une fratrie de 6 enfants (10 enfants dans sa belle-famille), elle a assisté au décès accidentel de son père quand elle avait 12 ans. Compte tenu de l'état dépressif et de l'alcoolisation de sa mère, elle avait donc bénéficié d'une mesure d'AEMO et de l'intervention de deux TISF qui s'étaient relayées auprès de sa mère durant son adolescence. Ces mêmes TISF sont intervenues récemment chez elle. Le service de PMI et les services sociaux interviennent dans le soutien de la famille pour la prise en charge

de la pathologie rare à laquelle nous avons fait référence en début de ce portrait. En effet, le père et trois des enfants en sont atteints, nécessitant un suivi régulier au Centre Hospitalier Régional et un travail de médiation avec l'école. L'éducatrice aide dans la gestion de l'organisation de l'ensemble des tâches, dans les prises de contact avec les différents interlocuteurs et la gestion d'événements ; les TISF accompagnent dans l'aménagement de l'espace, le soutien et l'éducation aux tâches domestiques.

Cependant, si la famille reçoit de nombreuses aides, nos deux rencontres avec la mère permettent de constater dans son discours comme dans les faits survenus lors des entretiens que la famille apporte du soutien à différents membres de la famille étendue. La mère aide sa propre mère dans l'éducation des adolescents ; la famille héberge le frère de la mère, puis plus tard la mère de la mère, etc.

Mégane

Morgane a quatorze ans. Elle vient de donner naissance à Ophélie. Elle est au collège en quatrième. Elle a suivi les cours durant la grossesse et ne s'est interrompue que depuis trois semaines.

Voici un an, elle a commencé à sortir en boîte avec ses sueurs plus âgées et ses copines de classe. Elle y a rencontré un garçon et l'a fréquenté durant trois mois. Il a insisté pour avoir avec elle une relation sexuelle. Malgré les promesses données à la jeune femme, il n'a pas utilisé de préservatif. Durant les mois qui ont suivi, le jeune homme et Morgane ont cessé de se fréquenter. Elle a rencontré successivement deux autres garçons. Le premier l'a quittée assez rapidement, le second reste présent et l'accompagne dans cet événement en même temps qu'il entretient une relation amoureuse avec Morgane. Avec aucun des deux, elle n'a souhaité avoir de nouveau des relations sexuelles, jugeant qu'"elle n'était pas prête et que ce n'était pas fait pour elle"…

La grossesse a été diagnostiquée au cours du troisième trimestre, grâce à la médiation des sœurs de Morgane qui l'ont encouragée à prendre en considération des signes qu'elles percevaient chez elle. « Les autres s'en doutaient un peu, mais moi. Je ne me doutais de rien…. On m'a forcé et on m'a dit que je devais aller chez le médecin parce que ce n'était pas normal que je n'avais plus mes règles, et là il m'a fait une échographie le lendemain… et ils m'ont dit que j'étais enceinte ; c'est là que je l'ai appris, sinon je ne savais pas ! …Et comme il était trop tard pour avorter, on ne pouvait plus rien faire… »

Après quelques jours de désapprobation de la part de sa mère, l'entourage s'est mobilisé pour faire en sorte que le père de Morgane ne la mette pas à la porte.
Les grands-parents maternels du nouveau-né sont tous deux issus de grandes familles. Ils entretiennent des relations avec certains de leurs frères et sœurs et n'ont pas de relations privilégiées avec des personnes à l'extérieur de ces réseaux familiaux. Morgane loge chez ses parents dans une chambre aménagée pour qu'elle puisse y dormir, très bientôt, en compagnie du bébé.
Le jour de l'accouchement, ses parents l'ont accompagnée en voiture à la maternité. Il était convenu que la grand-mère assiste à l'accouchement mais aucun n'a pu être associé à ce moment en raison de la décision de césarienne pratiquée en urgence. Malgré des résultats scolaires qu'elle présente comme médiocres, elle envisage de laisser son enfant à la garde de sa mère et de reprendre sa scolarité. Aucune autre personne ne lui semble digne de confiance pour l'épauler dans la garde de son enfant. Le grand-père maternel qui occupe un poste d'ouvrier dans une usine sidérurgique de la région s'est chargé des papiers pour les allocations auxquelles sa fille pouvait prétendre, puis lui a expliqué qu'il fallait qu'elle apprenne à s'occuper de ces formalités.

Synthèse des cas

Pour Sophie, le diagnostic de grossesse a lieu très tôt. La précocité du diagnostic n'est pas aussi rare que le laisserait penser le discours répandu parmi les professionnels sanitaires et sociaux à propos de des « grossesses précoces ». En effet, une fois sur deux, le moment où le diagnostic est établi, permet d'envisager l'éventualité d'une Interruption volontaire de grossesse. Ici, dans le cas de Sophie, cette possibilité est rapidement repoussée et pour cause, la contraception est suspendue dans l'espoir d'une grossesse. En revanche, au moins trois des quatre grossesses de Cindy ainsi que celle de Morgane correspondent aux plaintes des soignants devant les déclarations tardives de grossesses des femmes jeunes.

Ce diagnostic fait suite dans les deux cas à une période assez longue (deux ans et demi) durant laquelle le couple a maîtrisé sa contraception et a laissé émergé le désir de procréer. L'usage régulier d'une contraception existe une fois sur cinq parmi les couples de jeunes parents que nous avions rencontrés lors de l'étude pour l'Observatoire Régionale de la Santé.

Bien que Sophie soit très jeune puisqu'elle fait partie des adolescentes à peine nubile au moment où je la rencontre, l'annonce de la grossesse est souhaitée, l'inquiétude des répercussions de la rixe témoigne de cette attente et du début de prise en compte de cette gestation et du futur bébé.
Une telle maîtrise de la contraception et de la planification de la naissance chez des couples cohabitant, même dans des conditions précaires constituent un ensemble d'éléments qui n'est pas rare. En revanche, pour Morgane, l'accès à la sexualité et à la procréation se joue dans un tout autre contexte, celui d'une relation asymétrique où elle se trouve plus ou moins contrainte et où ses choix ne sont pas respectés.
En ce qui concerne leur parcours antérieur, Sophie et Cindy, comme beaucoup de ces jeunes femmes rencontrées lors de ces recherches, ont gardé de leur formation initiale, un sentiment d'échec. Pour d'autres, on peut remarquer que les dernières formations suivies étaient peu qualifiantes, non seulement en raison de l'âge de la jeune femme mais également en raison du grand nombre de celles déjà orientées vers une formation professionnelle courte aux débouchés très incertains. Ces femmes se sont si peu investies dans leur formation initiale que, malgré leur jeune âge, la moitié d'entre elles avait déjà interrompu la scolarité avant la grossesse. Pour Morgane, la période de la scolarité obligatoire n'est pas encore terminée et dans le cadre de l'entretien elle affirme son souhait de retour au collège.
Pour elle, il n'y a pas de couple, puisque le géniteur disparaît de son réseau social avant même que le diagnostic de grossesse ne soit posé. Le jeune homme compagnon de Sophie est ici plus âgé de huit ans que la jeune femme. Ceci constitue une exception puisque la plupart des jeunes gens rencontrés correspondent à l'ensemble des couples, présentant un écart d'âge moyen de trois ans. Dans le cas de Cindy et Michel, ils ont le même âge. Tous les quatre sont issus de familles nombreuses, ce qui est très fréquent parmi les jeunes femmes donnant naissance à un enfant avant vingt ans. Par ailleurs, compte tenu des entretiens menés, il apparaît que la taille de la fratrie est un élément probablement beaucoup plus déterminant que la place de la jeune femme dans sa fratrie.

L'intérêt des commanditaires de cette étude pour la place dans la fratrie était lié à une hypothèse qu'ils formulaient ainsi : « la jeune femme en position d'aînée est fréquemment présente dans le soutien matériel et psychologique de sa mère. Elle est ainsi, très tôt, rompue au rôle maternel et adopte le statut de mère de famille plus précocement que ses cadettes ». Certes, certains cas

correspondent bien à ce rôle tenu auprès de la mère par des aînées mais il n'est pas leur apanage, loin s'en faut.

Les enfants sont mobilisés pour répondre aux besoins de la vie familiale dans la vie quotidienne (Tillard, 2014), tout comme à l'occasion d'événements familiaux plus ou moins graves où la charge de responsabilités quotidiennes pèse sur certains d'entre eux. Cependant, compte-tenu de l'aide des grands-parents durant les premières années de vie de leurs petits enfants et du délai entre le début du couple et sa déstabilisation (par exemple, une consommation excessive d'alcool et ses répercussions sur la santé des parents), les aînés sont parfois déjà déchargés de leur rôle de soutien parental et à leur tour installés en couple quand la crise survient. Ce sont alors les cadets ou les benjamins qui se trouvent dans des rôles où ils relaient les parents et s'organisent pour couvrir les besoins élémentaires de chacun.

D'autre part, à l'intérieur des grandes familles, quelle que soit la position de l'enfant, il se situe dans un renouvellement permanent des générations. Ainsi, l'enfant en position médiane dans la fratrie, comme le cinquième d'une famille de neuf enfants, voit naître tout d'abord les quatre plus jeunes enfants de ses parents puis les premiers enfants de ses frères et sœurs aînées et ainsi de suite, de sorte que un groupe d'âge homogène se recrute dans des positions généalogiques différentes (l'oncle pouvant être approximativement du même âge que son neveu). C'est le propre des grandes familles que de donner à voir en son sein, un raccourci du renouvellement démographique de la société. Dans ce contexte, l'apprentissage des rôles de maternage se fait à tout âge quel que soit son rang dans la fratrie. Ainsi, ce que les psychologues appellent parentification précoce, touchent aussi bien les cadets et les benjamins que les aînés des grandes fratries. À notre sens, ceci est un élément expliquant le rôle prépondérant de la taille de la fratrie plutôt que la place occupée parmi les frères et sœurs.

L'importance de la fratrie se manifeste à maintes reprises dans ces fratries. Ainsi pour Morgane les sœurs jouent un rôle important dans le diagnostic de sa grossesse, puis dans la médication entre elle et ses parents. Cindy intervient dans l'éducation de ses frères et sœurs plus jeunes, héberge un temps son frère. Dans le cas de Sophie, le fait qu'elle a été placée en foyer de jeune fille introduit un enjeu nouveau. Elle espère qu'autour de cette grossesse des liens seront rétablis avec sa propre famille. Cet espoir se nourrit de l'annonce de la grossesse aux deux familles durant le séjour de Sophie à l'hôpital qui établit pour elle, le signe d'une réconciliation avec sa mère, la future grand-mère maternelle.

Probablement cette situation d'enfant placée constitue une particularité de Sophie par rapport à sa propre famille. De nombreux écrits prennent en compte le parcours institutionnel des jeunes femmes qui sont accueillies dans différentes institutions (Thery, 2008, 2010 ; Ganne, 2017). Pour Sophie, la constitution d'un couple et la maternité s'inscrit dans une perspective d'émancipation du suivi socio-éducatif. Elle est intriquée avec sa volonté de constituer à son tour un foyer et sa remarquable capacité d'être quasiment adoptée par sa belle-famille. Le couple cohabite dans la belle-famille de Sophie. Cet élément, s'il se poursuit durant la grossesse, va très certainement se concrétiser par l'établissement de la filiation paternelle et la reconnaissance de l'enfant par son géniteur et l'attribution à l'enfant du nom de famille du père. En effet, comme nous l'avons observé dans notre thèse au chapitre filiation (Tillard 2002), cohabitation du couple, reconnaissance et nom de famille de l'enfant sont étroitement liés.

Enfin, aucun retour en arrière sur la période des apprentissages n'est envisagé par la jeune femme qui avait déjà coupé les ponts avec l'univers scolaire. Elle souhaite adopter le nouveau statut de **mère au foyer**, ce qui est conforme à la plupart des observations. Majoritairement (17 parmi 25), les jeunes femmes envisagent de se consacrer à leur rôle maternel auprès de l'enfant.

Dans ce cas comme dans d'autres les grands-parents sont d'origine modeste. Pour couvrir les besoins occasionnés par l'arrivée du bébé, les jeunes parents vont devoir compter sur les **minima sociaux** qui, en d'autres circonstances ne leur auraient pas été allouées avant l'âge de vingt-cinq ans.

En conclusion

Françoise Zonabend souligne que « Nos sociétés occidentales s'accordent pour reconnaître que s'est installée, dans le cycle de la vie, une période d'adolescence de plus en plus marquée, de plus en plus longue » (Zonabend, 1994, p. 2) Dans un contexte socio-économique défavorable, au cours d'une trajectoire biographique marquée par l'échec scolaire, la procréation chez les jeunes couples et particulièrement chez les femmes constitue un défi à une norme sociale implicite qui imposerait une trajectoire qui pourrait se résumer ainsi : « Passe ton bac d'abord, fait tes études, trouve-toi un travail et après on verra… ».

Les études ont échoué, l'espoir de trouver un travail est très faible… bref si elles veulent faire famille, les jeunes femmes de milieux populaires se trouvent, en quelque sorte, affranchies des deux premières étapes. Pour elles, devenir de jeune mère contribue à se situer dans l'héritage, voire renouer des relations familiales, tout en constituant une entité familiale (mère avec enfant ou couple avec enfant). Quand bien même le jeune couple n'a pas les moyens de décohabiter et de s'installer indépendamment des grands-parents, il affirme son existence.

Au total, si l'on peut considérer que toute naissance constitue un passage, celui de l'état de femme à l'état de mère (Fellous, 2001), la naissance chez les jeunes femmes vivant en situation précaire marque l'affirmation d'un **double passage**. Il marque le passage habituel de la femme à la mère, mais il revendique également la reconnaissance sociale et familiale du passage au statut d'adulte, dans un temps plus court que la plupart des jeunes accédant aux études supérieures. Cet accès à la maternité présente des figures contrastées de la survenue inopinée d'une grossesse lors d'un rapport sexuel contraint à la planification de la naissance par un couple se connaissant depuis plusieurs années. Loin des stéréotypes de la « grossesse non suivie non déclaré », nos expériences de ces rencontres avec les jeunes femmes de milieux populaires nous invite à penser la multiplicité des modes d'accès à la maternité.

Références bibliographiques

Augé M. (1979). *Symbole, fonction, histoire*, Paris, Hachette.

Belmont N. (1989). Propositions pour une anthropologie de la naissance. *Topique,* 43, p. 7-17.

Davie E. (2012), Un premier enfant à 28 an, INSEE première, n° 1419, octobre.

Mazuy M., Prioux F. et Barbieri M., (2011) L'évolution démographique récente en France - 2011. Quelques différences entre les départements d'outre-mer et la France métropolitaine », Population 2011 n° 3-4, Ined.

Deluz A. (1984). *La crise de l'adolescence*, Paris, Denoël.

Desplanques G. (2011), Les disparités géographiques de fécondités en France, *Espace, populations, sociétés,* n°3, p. 459-473.

Fellous M. (2001). *A la recherche de nouveaux rites. Rites de passage et modernité avancée.* Paris, L'Harmattan.

Ganne C. (2017). Vivre en centre maternel : le jeune enfant au cœur de la dynamique relationnelle entre sa mère et les professionnel.le.s. *La Revue internationale de l'éducation familiale.* 2, 42, p. 135-154.

Glowczewki B. (1995). *Adolescence et sexualité, l'entre-deux*, (collection Les champs de la santé), Paris, PUF, 1995.

Héritier F. (1996). *Masculin, féminin*, Paris, Edition Odile Jacob.

Jeffrey D., Le Breton D., Lévy J. (2005). *Jeunesse à risque. Rite et passage.* Montréal, Les Presses de l'Université Laval.

Lacoste-Dujardin C. (1985). *Des mères contre les femmes, Maternité et Patriarcat au Maghreb.* Paris, La Découverte.

Le Breton D., Lachance J., Jeffrey D. (2016). *Penser l'adolescence. Approche socio-anthropologique.* Paris, PUF.

Mardon 1. (2011). Honte et dégoût dans la fabrication du féminin. L'apparition des menstrues. *Ethnologie française,* 1, vol 41, p. 33-40

Mead M. (1963). *Mœurs et sexualité en Océanie*, Paris, Plon.

Mortain B., Vignal C. (2013). Processus de décohabitation en milieux populaires. Le poids des rôles familiaux de substitution sur les parcours féminins. *Agora débats Jeunesses*, 1, n°63, p. 23-35.

Rossier C., Toulemon L., Prioux F. (2009). Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005, *Population-F*, 64 (3), p. 495-530.

Rurka A., Tillard B., Vallerie B., Martins E. (2011). Les interventions socioéducatives en milieu ordinaire auprès de familles aux besoins multiples. Rapport final à l'ONED, 83 p.

Thiery N, (2008). *Identité parentale et hébergement en institution : le point de vue de femmes accueillies en Centre d'hébergement et de réinsertion sociale*, thèse sous la dir. de Geneviève Bergonnier-Dupuy et Michel Corbillon, Université Paris X - Nanterre.

Thery N. (2010). Identité parentale et insertion sociale en CHRS : le rôle de l'enfant accompagnant sa mère. *Les Sciences de l'éducation pour l'Ère nouvelle*, 1, vol 43, p. 81-100.

Tillard B. (1997). *Maternités chez les moins de 20 ans*. Lille, ORS.

Tillard B. (2002) *Des Familles face à la naissance.* Paris, L'Harmattan.

Tillard B. (2010). Échanges entre familles et professionnelles. Don et contre-dons. *Ethnologie française*, XI, 1, p. 131-139.

Tillard B. (2014). L'espace domestique des familles populaires : l'enfant vu comme acteur du groupe familial. *Le Télémaque*, n°46, p. 135-152.

Tillard B., Vallerie B., Rurka A. (2016). Intervention éducative contrainte. Relations entre familles et professionnels intervenant à domicile. *Enfances, familles, générations.*, n°24

Tillard, B., (2013) « La nascita come rito di passagio ? ». In Cadei L., Simeone D. (dir.) *L'attesa. un tempo per nascere genitori*, Roma, Unicopli, pp. 15-32.

Mead M. (1963). *Mœurs et sexualité en Océanie*, Paris, Plon.

Saladin d'Anglure B. (1980). "L'enfant-géant", *L'Homme*, 1980, XX (1), p. 7-46.

Saladin d'Anglure B. (1980). "Violence et enfantement inuit, les nouds de la vie", *Anthropologie et sociétés,* 1980, vol 4 n°2, p. 65-99.

Zonabend F. (1994). Les âges de la vie : l'approche anthropologique, l'exemple de l'adolescence", *Générations*, 1994, n°1 p. 2-5.