



28 OCT. 1993

O.R.S.T.O.M. Fonds Documentaire

N° : 38281-21

Cote : B

ETRE MERE A 16 ANS

Jean-Pierre GUENGANT ⁽¹⁾
Maryse LEVY ⁽²⁾
Claudine CHATAIGNE ⁽³⁾



Bien qu'en diminution, les naissances de mères adolescentes en Guadeloupe restent trop nombreuses. Elles exposent les jeunes mères, issues le plus souvent d'un milieu défavorisé, à une insertion sociale difficile. Elles exposent les enfants à des risques de retard de développement affectif et psychomoteur.

A

la fin des années 80, les naissances issues de mères de moins de 20 ans en Guadeloupe

étaient d'environ 800 par an. Parmi celles-ci, les naissances de mères de moins de 17 ans, dépassaient la centaine. Les conséquences de ces grossesses précoces sont multiples. La déclaration souvent tardive de la grossesse peut accroître le risque de mortalité et de morbidité périnatales. La déscolarisation fréquente des jeunes mères risque d'en faire des assistées au long cours. Le jeune âge des mères est susceptible d'affecter le développement affectif et psychomoteur de l'enfant.

Ainsi, la conjonction du risque social et du risque médical fait des maternités précoces un problème de santé publique majeur. A partir de ce constat, la Direction des Actions de Solidarité Départementale, l'ORSTOM et l'Inspection Départementale de la Santé décidaient en 1987 de réaliser une enquête sur les jeunes mères âgées de moins de 17 ans et le devenir de leurs enfants jusqu'à l'âge de trois ans. Les maternités précoces concernent surtout des adolescentes de 15 à 16 ans ; les toutes jeunes mères de 12 à 13 ans sont très rares. La plupart des jeunes mères ont un retard scolaire

important et nombre d'entre elles avaient quitté l'école avant leur grossesse.

RELATION DIFFICILE AVEC L'ECOLE

Les jeunes mères déscolarisées n'ont guère dépassé le niveau primaire. Souvent, elles ont déjà eu un enfant. Dans un cas sur trois elles vivent en concubinage ou de manière indépendante.

En revanche, les jeunes filles scolarisées au début de leur grossesse vivent presque toutes chez leurs parents ; en fait surtout chez leur mère puisque leur famille est souvent dirigée par une femme seule. N'ayant pas quitté le giron familial, ces adolescentes connaissent une union avec leur partenaire sans cohabitation.

A défaut d'un profil type des mères adolescentes, se dessinent des traits caractéristiques. Elles apparaissent surtout issues de milieux modestes et

LES JEUNES MERES EN 1990

en nombre de naissances

	âge de la mère	
	moins de 17 ans	moins de 20 ans
Guadeloupe	123	705
Martinique	81	550
Guyane	202	673

Source : INSEE - Etat civil.

(1) Démographe au centre ORSTOM Guadeloupe.

(2) Médecin inspecteur de santé publique, Direction des Actions de Solidarité Départementale - Guadeloupe.

(3) Médecin chef du service départemental de protection maternelle et infantile - Guadeloupe.



de familles monoparentales. Les forts pourcentages d'inactivité parmi les chefs de famille renforcent l'impression de précarité économique. Ces situations difficiles ont contribué à un parcours scolaire heurté avec une sanction fréquente d'échec scolaire.

Leur origine et leur vécu font-ils de ces adolescentes des êtres vulnérables ? Peut-être, si l'on observe leurs partenaires. Alors que deux jeunes mères sur trois sont toujours élèves, moins d'un père sur dix est dans la même situation. Les pères appartiennent comme les jeunes femmes aux milieux les moins bien nantis de la population. Mais la plupart d'entre eux travaillent et sont plus âgés (un tiers ont plus de 25 ans). Vis-à-vis de leurs partenaires féminines plus jeunes et démunies, cela les place en position de supériorité économique et émotionnelle.

CE QUI DEVAIT ARRIVER...

Le milieu d'origine favorise-t-il aussi une plus grande précocité physiologique et sexuelle ? La réponse n'est pas tranchée même si l'on connaît l'influence du contexte socio-culturel sur l'entrée dans la vie sexuelle. Toujours est-il que les jeunes mères sont très précoces. Par définition, toutes ont eu leurs premiers rapports sexuels avant 17 ans. Une comparaison avec un échantillon de mères de plus de 25 ans indique qu'à peine 30 % de celles-ci ont eu leur première relation aussi jeunes. Mais la précocité est au départ physiologique : les deux tiers des jeunes mères ont eu leurs premières règles avant 13 ans (38 % dans l'échantillon de comparaison).

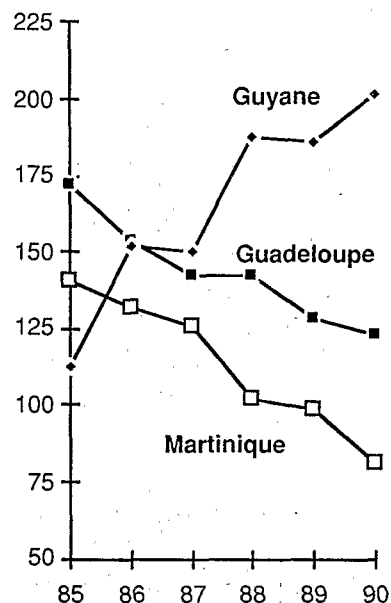
Le hasard n'est pas seul en cause dans les maternités précoces. Certes, pour une adolescente sur trois, le premier rapport sexuel est à l'origine de la grossesse. Mais pour deux jeunes mères sur trois, tomber enceinte n'apparaît pas comme un accident ou une malchance consécutive à un seul rapport ou à des rapports très récents. Cela résulte de ce qui devait arriver suite à des rapports anciens et peu protégés. Car le caractère précoce des

premières relations se combine avec une faible utilisation de la contraception. Non qu'il y ait absence totale d'information. Tant à l'école qu'auprès d'amies, quatre adolescentes sur cinq ont entendu parler de la contraception. Mais seule une sur cinq y a déjà eu recours. Cette faible utilisation n'implique pourtant pas un désir de grossesse. Dans ce cas, l'information a été reçue passivement, sans impact sur les comportements.

Par ailleurs, l'enquête a montré qu'une forte proportion de conceptions se situait en fin d'année scolaire. Relâchement de l'autorité des éducateurs ou de celle des parents à l'approche des vacances ? Les deux probablement.

Au total, la grossesse des jeunes adolescentes survient comme un événement plus subi que désiré. Deux sur trois déclarent ne pas avoir pensé à l'avortement. Pour les autres, la découverte (ou l'aveu) de la grossesse était de toute manière trop tardive. D'un point de vue médical les spécialistes ont longtemps vu dans l'immaturité physiologique un facteur de risque supplémentaire. Cette vision s'est modifiée ces dernières années. En effet,

BAISSE AUX ANTILLES, HAUSSE EN GUYANE
Naissances de mères de moins de 17 ans de 1985 à 1990



Source : INSEE - Etat civil

JEUNES MÈRES EN OBSERVATION

Lancée en 1988, l'enquête sur les mères de moins de 17 ans avait comme objectifs :

- la recherche des déterminants des grossesses chez les jeunes mères à travers l'étude de leurs caractéristiques socio-économiques, de celles de leur partenaire, et des circonstances de survenue de la grossesse ;
- l'évaluation des conséquences de ces grossesses au plan social et médical : déscolarisation, départ du domicile familial, troubles somatiques et psychomoteurs de l'enfant ;
- la définition d'actions de santé publique pour la prévention de ces grossesses, leur prise en charge et un suivi adéquat du couple mère-enfant.

Une enquête de type longitudinal, cas-témoins, a été retenue. Elle porte sur

les naissances de 1988. Elle étudie le couple mère-enfant à travers trois bilans-interrogatoires réalisés à 9, 24 et 36 mois après la naissance de l'enfant. Le présent article porte sur les résultats du premier volet (à 9 mois). La sélection des cas comme des témoins a été faite à partir des certificats de santé du 8ème jour reçus par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile.

En 1988, 128 certificats correspondaient à des naissances issues de mères de moins de 17 ans à l'accouchement et 159 témoins correspondaient à l'échantillon retenu pour les enfants nés de mères âgées de 17 à 34 ans. Les mères de 35 ans et plus ont été exclues : elles présentent, comme les adolescentes, des risques de complications liées à l'âge.



lorsque la prise en charge est suffisante, il n'y a guère de différence entre les adolescentes et les autres mères pour le déroulement de la grossesse, de l'accouchement comme pour les caractéristiques de l'enfant. Mais, pour les jeunes mères et leurs enfants, l'absence de risque plus élevé est le résultat d'une surveillance renforcée, donc plus coûteuse à la collectivité.

En revanche, le contexte socio-affectif n'est pas idéal pour préparer la venue d'un enfant. Quasiment toutes les familles ont accepté ou se sont résignées à la grossesse de la jeune mère. Mais près d'un père sur deux a soit réagi de manière défavorable, soit n'a

pas été informé ou alors s'est montré indifférent. Dès la naissance, la jeune mère se retrouve le plus souvent seule pour garder son enfant. Seulement dans un cas sur six le couple mère-père s'occupe du bébé.

AVENIR NON ASSURE

Neuf mois après la naissance, la situation d'échec social persiste. Régularisateur ou postérieur à la naissance, le mariage est intervenu dans un cas sur dix. D'autres jeunes mères se sont mises en ménage portant à 16 % le total en union libre. Il reste que dans près de trois cas sur quatre les jeunes mères prolongent une union sans cohabitation.

Car, quel que soit l'accueil réservé à l'enfant, presque toutes ont continué à avoir des rapports avec le père. De manière surprenante, ceux-ci restent toujours très mal protégés. Une jeune femme sur deux utilise la pilule. Mais, 9 % sont de nouveau enceintes et 41 % sont exposées à une nouvelle grossesse !

Neuf mois après la naissance de l'enfant, une jeune mère sur quatre continue à fréquenter l'école. Les autres l'ont quitté avant la grossesse, ou alors celle-ci a précipité un abandon que laissait entrevoir l'échec scolaire. Pour presque toutes, la naissance a accéléré une tentative d'entrée sur le marché du travail. Mais leur faible niveau et leur jeune âge ne sont pas favorables à une insertion professionnelle rapide. Dans deux cas sur trois, ces jeunes femmes se retrouvent donc au chômage ou au foyer. Elles sont trois sur quatre à être aussi restées dans le cercle familial. Pour ces familles modestes, la venue d'un bébé aggrave des conditions de vie souvent difficiles.

A neuf mois, les enfants se sont tous développés normalement. Mais les risques de perturbations affectives et psychomotrices existent. Celles-ci donnent rarement lieu à des manifestations avant l'âge de deux ans. C'est pourquoi le dernier volet du bilan interrogatoire à 36 mois se penchera sur cet aspect important des maternités précoces. ■

FECONDITE ENCORE ELEVEE DES ADOLESCENTES DANS LA CARAIBE :

La sexualité des adolescentes, réputée difficilement contrôlable, a fait l'objet d'une attention soutenue dans la Caraïbe au cours des dix à quinze dernières années. Diverses campagnes ont été lancées en vue de réduire la fréquence des naissances précoces. L'examen de l'évolution de la fécondité entre 15 et 19 ans dans la région depuis 1950 révèle une diversité encore plus grande entre pays que celle des indices synthétiques de fécondité (ou "nombre d'enfants par femme"). Les niveaux initiaux dans les années 1950, varient de 1 à 4, entre par exemple la Martinique, la Guadeloupe, Aruba et Curaçao d'une part, et les îles Winward et Leeward de l'autre. La fécondité des adolescentes a commencé à diminuer dans les années 1970 voire 1960. Par rapport aux niveaux initiaux (situés dans la plupart des cas entre 150 et 200 pour 1000) ces baisses ont été spectaculaires. Les estimations de ces taux pour 1988-90 ne laissent que trois pays avec des taux supérieurs à 100 pour 1000 : la Guyane française, la Jamaïque et Belize. Même les taux les plus bas (ceux de Martinique et Guadeloupe) restent trois fois plus élevés que ceux observés en France métropolitaine. Les taux des

autres pays sont aussi entre 3 et 10 fois plus forts que ceux des métropoles européennes et du Canada. Mais, il sont presque tous inférieurs aux taux enregistrés aux Etats-Unis pour la population noire.

DES ECARTS SENSIBLES DANS LA CARAIBE

	Valeur de l'indice synthét. fécondité 1988-90	Taux de fécondité des 15-19 ans 1988-90
Cuba	1,92	83,00
Rép. Dominicaine	2,91	72,00
Haïti	6,45	93,00
Porto Rico	2,30	72,20
Jamaïque	2,80	114,80
Trinidad et Tobago	2,53	60,00
Barbade	1,79	48,40
Guyana	3,04	64,60
Grenade	3,25	87,80
Saint-Vincent	2,52	96,60
Sainte-Lucie	2,88	91,90
Dominique	2,56	83,20
Antigua	2,05	49,20
Saint-Kitts-Nevis	2,49	82,90
Montserrat	1,73	51,30
Belize	4,81	126,10
Bahamas	2,07	59,20
Bermudes	1,83	45,70
Iles Vierges Amér.	2,83	83,10
Curaçao	2,18	32,60
Aruba	1,81	34,00
Surinam	2,99	61,10
Guadeloupe	2,23	30,80
Martinique	2,16	28,30
Guyane	3,47	110,70

Source : ORSTOM Guadeloupe