

ACTES DU COLLOQUE

« NEUJ PRO 2011 - 10èmes Rencontres Nationales des Professionnels et des Elus de la Jeunesse »

TABLE RONDE 3 « Encore mineurs et déjà parents »

↳ Intervenants :

Cécile ENSELLEM, Sociologue, Consultante et Membre associée du CERLIS

Frédéric FERNANDEZ, Psychologue au centre départemental de l'Enfance et de la famille de Chamalières (63)

Geneviève LLOMBART, Administratrice confédérale Mouvement français pour le planning familial (MFPF) – Planning familial du Puy-de-Dôme

Animateur : Philippe DENIS, Directeur de la Solidarité et de la Prévention au Conseil général de l'Allier

Philippe Denis :

Bonjour à toutes et à tous puisque je vois qu'il y a quand même pas mal d'hommes dans la salle. C'est plutôt bien pour un débat comme celui-là. On le verra dans les échanges. Je m'appelle Philippe. Je suis directeur de la solidarité et de la prévention au Conseil général de l'Allier. Je suis chargé d'animer ce débat. Je dis bien animer. Ce n'est pas moi qui vais intervenir, ni répondre aux questions. Mais, je ne m'interdis pas de poser des questions ou d'apporter mon opinion. Je vais vous présenter les différents intervenants sachant que le sujet « encore mineurs et déjà parents » est un sujet important, intéressant qui interpelle aussi. Je voudrais juste dire que l'enquête périnatale qui vient de sortir, sur 2010, montre qu'on a un vieillissement des mères puisque, aujourd'hui, l'âge moyen est plutôt de presque 30 ans - 29,7 de mémoire - et que 20 % des mères accouchent après 35 ans ce qui est une évolution forte. Il n'empêche que, parallèlement, le nombre de grossesses chez les mineures continue à progresser de manière moins forte, mais continue à progresser. Si je prends l'exemple de l'Allier, on est, aujourd'hui, aux alentours de 20 à 25 naissances par an pour des mineures. Je dis naissances et pas grossesse puisqu'il y a plus de grossesses. Toutes les grossesses n'aboutissent pas. Au total, sur l'ensemble de l'Allier, sachant qu'on a jusqu'à 3 000 naissances en gros par an dans l'Allier, un petit peu moins de 3 000, ça donne une idée. On est à moins de 1 % du nombre de grossesses. Et, juste avant, et c'est pour ça que j'ai évoqué la question des hommes dans la salle, il faut savoir que dans cette parentalité un peu hors norme, on observe que les pères restent quand même relativement présents puisque 2/3 d'entre eux sont là encore 6 mois après la naissance. 6 mois, vous me direz, c'est très court, mais on n'a pas beaucoup de recul.

Je vais présenter les intervenants dans leur ordre d'intervention. Cécile Ensellem est sociologue, consultante, membre associée du CERLIS qui est un laboratoire de recherche et a beaucoup travaillé sur la parentalité, la filiation, l'accouchement sous X. Elle a travaillé pendant 5 ans à la fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs et elle va intervenir sur cette question de la parentalité avec différents aspects. Avant de lui passer la parole, je vais présenter

les autres intervenants. Monsieur Alexandre Fernandez est psychologue au centre départemental de l'enfance et de la famille de Chamalières. C'est un centre départemental assez grand puisqu'il y a, je crois, 220 places. A l'intérieur de ces 220 places, il y a un centre maternel, plus une pouponnière. Et, vous êtes plus particulièrement en charge de ces situations et vous nous présenterez les choses à partir d'exemples vécus et à partir de là vous essayerez d'alimenter le débat puisque, quand même, l'intérêt de cette table ronde est qu'on échange. En troisième intervention, nous aurons Madame Geneviève Llobart du planning familial du Puy-de-Dôme et qui est aussi administratrice confédérale, donc joue un rôle au plan national au niveau du planning familial. Sans plus attendre, je leur passe la parole. Je ne sais pas ce que vous souhaitez, peut-être que le mieux c'est qu'on ait un petit temps d'échange après chaque intervention et qu'après les trois interventions on ait encore un temps d'échanges. Les interventions sont, je crois, comprises entre une vingtaine de minutes et une trentaine de minutes. Donc, ça nous donne assez de temps pour discuter et débattre à condition qu'on se tienne effectivement à ce timing. Je vous laisse la parole.

Cécile Ensellem :

Bonjour à toutes et à tous. Je suis ravie d'être ici pour la seconde fois avec vous au Neuj'pro. J'ai effectivement travaillé beaucoup sur la parentalité et depuis quelques années par le biais d'une collaboration avec l'INJEP beaucoup sur la jeunesse et en particulier sur l'articulation entre parentalité et jeunesse. Là, on est vraiment au carrefour des deux. « Encore mineurs et déjà parents », dès qu'on m'a invitée pour cette table ronde, tout de suite j'ai commencé à questionner ce titre. C'est un très beau titre au demeurant. On a déjà beaucoup de choses dans ce titre. « Encore mineurs, déjà parents », on parle de grossesse précoce, on peut avoir une réflexion sur les termes puisque, vous savez, les termes pour désigner une réalité sociale en disent long sur cette réalité même. Ces termes dessinent, en l'occurrence, un espace des possibles et du souhaitable et témoignent de l'existence de normes prescriptives, ce qui doit être fait, et du comportement, ce qui est effectivement fait. On va constamment jongler entre les normes dans le double sens du terme, ce qu'on doit faire dans notre société et ce qui est fait concrètement. Précoce, quand on parle on dit bien grossesse tardive, grossesse précoce, cela rejoint bien les statistiques. J'avais prévu tout un fond de statistiques, mais on vient d'être interviewé par la Montagne et en 2 secondes on s'est déjà disputé sur les chiffres. Donc, il est très difficile d'avoir une idée des statistiques. Je pense que ça rejoint aussi vos préoccupations « c'est quoi l'adolescence, c'est quoi la jeunesse ? ». On n'a pas du tout les mêmes critères d'âge. On parle de 13 ans, 19 ans. J'ai vu des études portant sur les maternités précoces, c'était moins de 21 ans. C'est très difficile d'avoir des statistiques et encore plus quand on compare, vous le disiez tout à l'heure, Madame Llobart, avec les pays anglo-saxons. Mais, on peut dire que les chiffres, en France, sont relativement stables. J'ai 0,1 % en 2004 pour les 15 ans, 0,2 pour les 16 ans et 0,4 pour les 17 ans. Je pense que le chiffre que vous donniez tout à l'heure de 0,8 à peu près, c'était l'adolescence tous âges mélangés. Ça, c'est le taux de fécondité. Dans les pays anglo-saxons, c'est 5 fois plus. Quand on parle de parentalité adolescente on parle de grossesse ou on parle de naissance, et, là aussi, c'est difficile. Je vais laisser Madame en parler tout à l'heure parce que, sinon, on va y passer trop de temps.

Même peu fréquentes par rapport aux autres pays et par rapport aux autres générations, les parentalités adolescentes sont considérées comme des phénomènes de société qu'il faut prévenir. Et, cette prévention s'inscrit dans un processus de construction sociale et historique de la parentalité d'un côté et de l'adolescence de l'autre. C'est ce que je vais essayer de montrer dans une première partie. Et, en même temps, c'est ce que je disais dans mon résumé, même si on tente de montrer en tant que sociologue, en quoi un phénomène est construit, c'est-à-dire qu'on essaye de montrer en quoi, ici et maintenant, on peut être dans un phénomène normal ou hors norme, ce n'est pas parce qu'on déconstruit les évidences que, pour autant, le phénomène ne se pose pas comme un problème social. Donc, je me suis penchée sur les facteurs sociaux, les difficultés, les risques qu'encourent d'un point de vue statistique et clinique, mais c'est surtout statistique puisqu'on a un clinicien ici, les jeunes parents, les parents adolescents. Ce que j'ai voulu faire aussi dans cette présentation, c'est d'essayer de se pencher sur la manière dont on peut, dans une société comme la nôtre, articuler la prévention de cette parentalité adolescente et accompagner, malgré tout, les parents adolescents qui vivent cette expérience. Ça rejoint beaucoup d'autres préoccupations aujourd'hui, pas uniquement que les parentalités adolescentes, c'est comment on articule les deux champs de prévention et d'accompagnement. Ce n'est pas du

tout quelque chose d'évident. Et, la parentalité adolescente est un bon prisme à travers lequel on peut examiner ces articulations.

Première partie, la construction sociale et historique d'une parentalité hors norme. La construction sociale de l'adolescence d'un côté et de la parentalité de l'autre rend ces deux univers plutôt incompatibles et ça explique une certaine rareté du phénomène. Et malgré la rareté du phénomène, la parentalité adolescente reste dans le domaine de ce qu'on peut prévenir du peu souhaitable. C'est donc une parentalité hors norme qui se définit nécessairement en référence à un ensemble de normes. La parentalité dans nos représentations - ça en dit long sur les représentations qu'on a de la parentalité, je préciserai même de la maternité et de la paternité, parce que le mot générique parentalité a tendance à gommer les deux, mais tout de même ça existe - donc, la parentalité serait du côté de la responsabilité, ce qui est déjà, en soi, on pourrait faire une table ronde entièrement là-dessus, et l'adolescence du côté de l'immaturité. On voit déjà tout le paradoxe dans notre société puisqu'il y a, pourtant, autonomie légale en matière contraceptive. Et, en France, on est assez tolérant à l'égard de la sexualité autonome des adolescents, relativement j'entends. La parentalité est censée être un remaniement psychique incroyable, les psys ne vont pas être en désaccord avec moi, vous non plus, j'imagine, et l'adolescence aussi puisque, là aussi, dans la construction sociale de l'adolescence, telle qu'on la connaît aujourd'hui, c'est bien un remaniement psychique, intime, social et donc, on évite le cumul des remaniements. C'est à éviter. L'adolescence doit suivre des étapes avant de parvenir à l'âge adulte. Je me réfère tout simplement à la définition de la jeunesse de l'INJEP qui dit qu'en dernière étape, ça peut être discuté mais il faut bien des définitions, en dernière étape c'est avoir un enfant. La dernière pour être considéré comme adulte est d'avoir un enfant. Je ne discuterai pas sur le fait « est-ce qu'on devient adulte si on n'a pas d'enfant ? ». Mais, aujourd'hui, l'adolescent, si on dit que c'est un adulte en devenir, alors est-ce qu'on peut être parent avant d'être adulte ? On verra cette question qui va aussi se décliner avec des réponses divergentes. En tout cas, le jeune qui vit cette expérience aura une identité ancrée dans deux univers qui se télescopent dans notre société.

En termes de télescopage, on a aussi l'univers de la sexualité. Bien sûr l'adolescence, la parentalité, la sexualité ne font pas forcément bon ménage. Donc, j'ai pris trois grands modèles que j'ai trouvés dans une étude qui s'appelle « Les maternités précoces dans les pays de l'OCDE » dirigée par Anne Daguerre et Corinne Nativel. Il y a trois grands modèles. Les Etats-Unis sont le pays le plus représentatif du plus fort degré de non acceptation de la sexualité, on incite là-bas les jeunes à l'abstinence pour éviter d'être enceintes, elles le sont dix fois plus que chez nous. La sexualité est un mal inévitable, par exemple, au Royaume-Uni, dans les Pays-Bas et dans une moindre mesure en Irlande. La sexualité est normale pour les adolescents, mais pas la parentalité, on encourage les jeunes à maîtriser les risques. On encourage, en fait, une forme de responsabilisation déjà à cet âge-là. On responsabilise les jeunes pour ne pas être responsables d'un enfant trop tôt. Donc, on a déjà plein de paradoxes sur l'autonomie, la responsabilité etc. en France, ici et maintenant, je le disais, on n'a pas toujours perçu ces univers sexualité, parentalité, adolescence comme antinomiques. Il n'y a rien d'évident à cela. Je vous le disais tout à l'heure, la sociologie permet de déconstruire les évidences. Souvent pour déconstruire les évidences, on peut avoir recours à l'histoire ou aux us et coutumes d'autres pays. Ça permet de se resituer un petit peu. La frontière de l'accès à la parentalité bouge à mesure que l'adolescence se dessine, se distinguant de plus en plus du monde adulte. Quand je dis adolescence, on est bien, là - je ne sais pas à quel moment finit l'adolescence, vous êtes peut-être plus spécialistes que moi, j'ai un peu de mal avec les pré, les adolescents, les post. Ici, on est bien sur la question des mineurs. J'insiste parce que c'est très important pour comprendre la spécificité de la chose. Ce qu'il faut savoir, c'est quand on vous dit qu'avant on ne faisait pas tout un cinéma face à la parentalité adolescente, il faut un peu nuancer. Dans l'Ancien Régime, quand une adolescente, et d'ailleurs on n'appelait pas ça adolescente, quand une jeune avait un enfant tôt, ce qui ne posait pas de problème, c'était si elle était mariée. Si elles n'étaient pas mariées, vous vous souvenez comment on les appelait ? Les filles-mères. Ce n'était pas l'âge en tant que tel. C'est, là aussi, le déplacement statutaire. L'âge comme statut, aujourd'hui, on est vraiment dans ça. On en parlait ce matin dans toutes les conversations sur la politique de la jeunesse. Est-ce qu'on prend la jeunesse comme une catégorie sociale, comme un statut ? Est-ce que c'est les statuts sociaux, les milieux sociaux qui comptent le plus ? Dans une société comme la nôtre, aujourd'hui, individualiste, et, là, je me réfère au terme individualiste à la Singly, dans une société comme la nôtre, où c'est moins le statut des gens qui

compte que leur personne en tant que telle, en tout cas, ce qu'on aimerait voir le plus prendre de valeur c'est l'individu en tant que tel, c'est fréquent que ce soit la personne en tant que telle sur laquelle on mise. Je m'explique. Par exemple, je vous invite à lire les travaux de Georges Gavelo sur le viol. Le viol perçu dans notre société historiquement du Moyen-âge jusqu'à nos jours a complètement évolué. Avant ce qui choquait le plus quand on parlait de viol, par exemple d'un enfant ou d'un jeune, ce n'était pas parce qu'il était jeune. C'est d'abord, s'ils étaient bourgeois, ouvriers ou paysans. Selon le statut social auquel on appartenait, c'était plus ou moins choquant. Là aussi, pour beaucoup de phénomènes sociaux et beaucoup de préoccupations qui relèvent de la protection de l'enfance, de la politique de jeunesse etc., c'était beaucoup plus le statut social, l'appartenance sociale que l'âge qui comptait. Aujourd'hui, on a une focalisation beaucoup plus sur l'âge quand on parle d'IVG, de parentalité etc. Pendant longtemps, on nourrissait le rejet de la parentalité adolescente avec des arguments relevant de risques médicaux. Ce qui est intéressant, puisque tout bouge dans notre société, c'est que maintenant ce sont plutôt les grossesses à plus de 35 ans, à 40 je ne vous en parle pas, qui posent problème. Est-ce que ça pose problème à notre société ou est-ce que ça pose problème médicalement ? Si on lit les discours à propos de la grossesse après 35 ans, on avait les mêmes, jusque dans les années 80, à propos de la grossesse adolescente.

Maintenant, j'ai fait une petite analyse avant de préparer cette intervention, c'est plus pour les très jeunes mineures qu'il y a un consensus médical sur le risque. Je pense que vous allez en parler tout à l'heure, mais le bassin etc., là on est dans une biologisation de la maternité, c'est plus dans les très très jeunes mineures. Il paraîtrait, mais je n'ai pas réussi à trouver vraiment les statistiques qui fallait, que les très jeunes mineurs qui deviennent mères ou parents sont en relative augmentation en France. C'est moins de 16 ans. 14/15 ans. Pour autant, ça ne veut pas dire que ça ne pose pas de problèmes médicaux. Mais, est-ce que c'est l'âge en tant que tel, biologique, l'âge, lié à l'adolescence biologique qui pose problème ? Ou le fait que les adolescentes, comme elles ont un rapport complexe avec le désir d'enfant, le désir de grossesse qui n'est pas la même chose d'un point de vue clinique, mais elles vont avoir un rapport ambivalent à l'égard de ce désir, et en même temps, ça peut être de l'ordre de l'impensable d'être enceinte. Souvent, elles vont retarder, par rapport à des mères majeures et adultes, le suivi prénatal, par exemple. On peut avoir plus de complications. Cela renforce le plus grand risque médical pour elles et pour l'enfant. Donc, on voit bien que dans une société individualiste, on l'a dit, au sens où l'individu prime et pas au sens où sont isolés et ne se côtoient pas et n'ont pas besoin l'un de l'autre, dans une société comme la nôtre, il y a quand même un revers de la médaille, c'est qu'on laisse croire aux gens qu'ils font leur vie comme ils l'entendent. On a l'impression que c'est moderne, c'est fluide, alors on pioche là où on peut. Mais, on voit quand même qu'il y a un âge à l'accès à la maternité, à la paternité, un âge d'entrée, un âge de sortie. Après, il y a l'âge de la grand-parentalité. Comment on jongle avec les deux ? Ce n'est pas facile. Je le disais aussi en introduction, mais c'est bien de le rappeler, ce n'est pas parce qu'on montre qu'un phénomène est construit, hautement, donc normatif que ça ne pose pas comme un problème réel pour une société. Donc, la parentalité adolescente fait l'objet de préoccupations, de politiques de prévention au regard des risques que les adolescentes encourraient. Je me suis un peu intéressée aux statistiques. Qui sont-ils ? Et, pourquoi deviennent-ils parents ? A la question « qui sont ces parents adolescents ? », on trouve d'abord des réponses sur les adolescentes mères et mes adolescentes enceintes et pas sur les parents et encore moins sur les pères. Je vous invite à taper « les pères adolescents » sur Google, vous verrez qu'on vous suggère un changement d'orthographe en mettant les mères. Quand on a du mal à avoir des occurrences, Google nous invite à faire d'autres recherches. Ça en dit long là aussi. Et, en même temps, sans vouloir porter de jugement, ça en dit long sur nos représentations de la maternité et de la paternité, sur « à quel moment on devient père dans notre société ? ». C'est tout à la fois une question de représentation et une question pratico-pratique, c'est-à-dire qu'encore dans notre société, aujourd'hui, ou même plus encore maintenant qu'avant, on a accès au père par la mère. C'est une question pratico-pratique, j'ai envie de dire. Quand on veut valoriser la paternité, il y a toujours des questions à se poser sur ce qui se passe quand on change de scène politique, de scène publique. Je veux valoriser le père dans les débats sur l'accouchement sous X par exemple. Mais, où est le père ? Lui, peut-être, ne voulait-il pas abandonner son enfant ? Je veux valoriser le père après le divorce. C'est très bien. C'est une bonne chose. Je ne dis pas le contraire. Est-ce que je dois valoriser l'homme, le futur père dans la question de l'IVG ? Juste qu'on va dans la prise en compte de la place qu'on fait au père et à l'homme, et à la

mère et à la femme ? Ce n'est pas pareil. On parlait d'identité statutaire et personnelle, femme/homme, père/mère, ce n'est pas la même chose. Il y a tout un questionnement et parfois des dangers, pas des dangers, mais un défi que de parler du père.

Au niveau des facteurs sociaux, plus les jeunes sont en rupture scolaire, sociale et familiale et plus ils ont un risque de devenir parents précocement. A l'inverse, plus les jeunes sont inscrits dans un projet d'avenir et plus elles auront tendance à recourir à l'IVG quand elles tombent enceintes. Régulièrement dans les études est montré que la grossesse, parfois, représente une forme de substitut de statut social. On cherche par là à se stabiliser. Si on n'a pas d'emploi, si on décroche scolairement, ça va peut-être stabiliser et le couple et ma vie, et, peut-être, qu'on va porter sur moi un regard un peu différent, un peu plus positif puisqu'il paraît que d'être parents, ce n'est pas si mal. Elles peuvent déchanter comme elles sont très jeunes, peut-être trop jeunes.

Puisqu'il faut que je sois beaucoup plus rapide, il y aura des tas de choses que je dirai après. Quand je vous disais, « est-ce qu'on peut être parent avant d'être adulte ? », certains adolescents veulent précipiter l'entrée dans l'âge adulte en étant parents. Ils ne se posent pas la question comme je l'ai posée tout à l'heure. Au niveau clinique, pour les moins de 16 ans, il semblerait que ça s'inscrit plus dans une histoire douloureuse pour celles qui ont plus moins de 16 ans et que ces grossesses sont plus problématiques que les autres. Ce sur quoi je voudrais insister, avant de passer à la troisième partie qui est aussi très importante, c'est que ce n'est pas tant l'âge qui compte, que le milieu social et l'environnement et le projet. On a beaucoup parlé de projet. Il faut faire attention avec la notion de projet, mais, malgré tout, c'est beaucoup plus ces facteurs que l'âge en tant que tel qui posent souci, de même que les conséquences pour l'enfant. Je me suis interrogée aussi sur la question. Les risques de maltraitance, on en parle beaucoup dans les études, ça dépend dans quel champ vous vous situez, mais quand vous êtes dans le champ de la protection de l'enfant, vous osez parler plus de maltraitance, de risques pour l'enfant. Et, là aussi, ce n'est pas tant l'âge qui pose problème, c'est-à-dire que si vous êtes un enfant bien inséré, très soutenu, pas en rupture familiale, ni scolaire, vous allez avoir plus de chances de créer des liens d'attachement, les fameux liens d'attachement, avec votre enfant que si vous êtes seul, isolé, précaire dans un logement insalubre. En même temps tout est lié. A partir du moment où on cumule un certain nombre de handicaps sociaux, on va avoir plus de risques sociaux. Et, en même temps dans le lien d'attachement, ça va être plus compliqué.

Ce qui est compliqué aussi d'un point de vue clinique, c'est quand l'adolescent est très soutenu par ses parents, il entre dans un paradoxe. Parfois, il a voulu être parent pour être adulte et indépendant, et il devient encore plus dépendant de ses parents et encore plus pour longtemps. Et, là, on va avoir, difficilement, une mise en place du lien entre le parent et l'enfant puisqu'il y a le brouillage des repères, et des places avec les grands-parents, les parents de l'adolescent.

Je voulais vous parler d'une chose qui m'est chère, c'est l'articulation entre la prévention et l'accompagnement. A partir du moment où on prévient un phénomène, c'est donc en référence à une norme, je l'ai dit. Est-ce qu'on est capable dans notre société de créer un espace où on associe dans un même temps, dans un même continuum de pensée et d'action la prévention et l'accompagnement ? Je préviens une situation. Si je la préviens, c'est que je ne la souhaite pas, c'est que j'estime qu'elle est mauvaise pour l'individu. Mais, si l'individu vit cette expérience, je l'accompagne et c'est sans jugement normatif, en considérant la personne comme sujet. Comment je fais pour considérer cette personne comme sujet quand cette personne est adolescente et qu'on m'a dit, par ailleurs, qu'elle n'était pas encore tout à fait autonome, que j'étais censée l'accompagner en autonomie, justement en autonomisation ? C'est toutes ces questions qui sont très difficiles. Je me suis rendu compte que, par exemple, quand des adolescentes sont en grande difficulté, elles vont dans des centres maternels. Monsieur Denis me disait que, dans l'Allier, on parle de centre parental. La loi de 2007 qui porte réforme de la protection de l'enfance insiste pour dire qu'il faut ouvrir les centres aux pères. J'ai vu beaucoup de rapports d'activité sur Internet où on disait, comme ça dans une phrase au passage d'un rapport d'activité, que l'homme, le père ou le conjoint, ça dépend des termes, pouvait rendre visite à la jeune mère, mais sans jamais habiter avec elle. Je n'ai pas d'explication. J'ai du mal à comprendre. On se centre sur l'attachement du lien mère/enfant.

Pour finir ce qui est intéressant aussi, il y avait des tas d'idées que je vous ai dites qui étaient bien mieux, mais vous m'aidez tout à l'heure, Monsieur Denis, c'est « qu'est-ce qui se passe quand j'ai un parent adolescent ? ». Je vous assure que je finirai là-dessus. La parentalité adolescente est un bon prisme à travers lequel on va voir beaucoup d'enjeux fondamentaux de l'accompagnement aujourd'hui. Est-ce que je me focalise sur la parentalité de cet individu ou sur son adolescence ? Qu'est-ce qui prime ? Quand on parle sans arrêt d'identité, de casquette identitaire, c'est bien joli théoriquement. Mais, quand on est praticien de terrain, on fait quoi du professionnel quand on crée une politique ? Qu'est-ce qui prime ? Il y a des adolescentes qui disent « on m'a trop traitée comme une adolescente, je voulais être traitée comme une mère. Je n'ai quand même pas été mère pour être traitée comme une adolescente ». Mais, d'autres disent « on m'a trop traitée comme une adulte, alors que j'étais quand même une adolescente ». Dans les centres maternels, il y a toute une discussion sur l'heure jusqu'à laquelle on laisse sortir les jeunes. Est-ce qu'on laisse faire des soirées dans des centres maternels ? Est-ce qu'on laisse l'enfant aux côtés de la jeune mère quand ses copains arrivent faire la fête ? En même temps, de quel droit on va lui refuser ? Est-ce qu'on va voir les parents adultes pour vérifier comment ils vivent leur vie ? Ce qu'on s'autorise avec la parentalité adolescente, parfois, à lire certains propos, on se rend compte qu'on s'autorise beaucoup de choses, beaucoup de discours normatifs malgré tout qu'on ne s'autoriserait plus pour des parentalités adultes, par exemple l'allaitement. J'ai vu des textes où on disait que le risque médical était que l'adolescente allaite moins que les adultes. On oublie totalement qu'il y a un énorme débat sur l'allaitement aujourd'hui pour les mères adultes. Il y a des choses qu'on se permet.

Donc, relativisez la parentalité adolescente, relativisez les problèmes de la parentalité adolescente, certes sans être tenté par une attitude relativiste. Je finirai là-dessus. Quand je disais qu'on articule prévention et accompagnement, ce n'est pas parce que je vais accompagner son jugement que, dans une société, en 2011 en France, dans une société donnée, je vais encourager la parentalité adolescente, par exemple aux moins de 16 ans. On est tout le temps dans ce type de problème.

Philippe Denis :

Merci pour cette intervention qui est à peu près restée dans les temps qu'on avait vus au début. Le mieux, c'est qu'on ait l'échange après les trois interventions, d'autant que vous avez, quelque part, fait la transition en évoquant la question de la parentalité et de la protection de l'enfance. Est-ce qu'il n'y a pas là aussi des antinomies avec la question de la place de la mère, de l'enfant et aussi du père que vous avez cité, même si on voit bien qu'aujourd'hui elle est très accessoire presque ? A partir de situations vécues, Monsieur Fernandez, vous allez essayer d'apporter des réponses à ces questions.

Alexandre Fernandez :

Je vais profiter de ma double casquette, je suis psychologue, ma double casquette est de connaître assez bien les foyers de l'enfance, comme on les appelait à l'époque et j'ai aussi une grande expérience en gynécologie obstétrique. Au bout de 6 ans, je comprends un peu plus des femmes, pas tout, mais un peu plus quand même. Il y a cette assertion qui dit « que veulent-elles ? » qu'on entend parfois d'une façon un peu triviale. C'est une assertion de Freud. J'ai quelques réponses sur ce que vous avez évoqué. Dans le texte que j'ai préparé, je crois que je peux vous amener quelques éléments de réflexion et quelques réponses qui feront aussi débat par rapport à la suite. Je vais vous exposer à partir d'un cas clinique quelques éléments de dualité de la question de l'adolescence et la question de la maternité. Ma collègue disait « encore mineurs, déjà parents », on peut faire des jeux de mots là-dessus parce qu'à la sortie vous n'avez pas le même sens, la même signification. J'avais aussi titré la question « une grossesse à l'adolescence, une preuve de devenir parents ». C'est toute la difficulté. Pas mal de gens ont écrit sur la question de l'adolescence, la question des IVG, la question d'être parents. Mon action, je suis psychologue au foyer de l'enfance de Clermont-Ferrand, c'est la question de la prévention et la question de l'accompagnement. C'est le dilemme de la protection de l'enfance avec l'exercice de la parentalité. C'est difficile à mettre en œuvre pour les éducateurs, les psys, les éducateurs de jeunes enfants.

Je vais commencer par une histoire qui va être le fil de mon discours. Il s'agit de Mademoiselle A, 16 ans aujourd'hui. Elle découvre sa grossesse à 27 semaines d'aménorrhée suite à des rapports

non protégés à 15 ans. Elle évoque en consultation le fait de ne pas s'être rendu compte de son état et n'avait, dit-elle, aucun signe. Mademoiselle A parle, aujourd'hui, de déni de grossesse en évoquant la découverte tardive de sa grossesse. Mademoiselle A demande une interruption volontaire de grossesse, mais cela est impossible, car trop tard par rapport aux 14 semaines d'aménorrhée légales en France. Pendant sa grossesse, c'est-à-dire pendant les trois derniers mois, suite à des tensions familiales, elle demande à être accueillie au sein d'une maison maternelle, mais ici, une demande a été gérée par l'aide sociale à l'enfance. Ne désirant pas, auparavant, cet enfant, elle tente de le tuer en se jetant dans les escaliers et en se jetant contre les murs. Ne pouvant supporter le fait d'être enceinte, n'ayant pas eu la possibilité d'avorter, elle décide, ce qu'on appelait à une époque, l'accouchement sous X, qu'on appelle aujourd'hui sous le secret d'identité. Elle verbalise cette période comme étant traumatique. Elle vit l'accouchement comme un choc. Par la suite, elle est dans cette temporalité du lien. Elle dit prendre conscience des choses et cet enfant devient son enfant. Mademoiselle A revient sur sa décision et demande à récupérer et reconnaître son enfant. Le père présumé de l'enfant a rompu les relations avec Mademoiselle A et n'a pas reconnu l'enfant. Etant en conflit avec sa famille, elle rentre, à sa demande, avec son enfant, au foyer de l'enfance dans ce qu'on appelle un placement provisoire. A son arrivée, lors de la rencontre, on fait une pré-admission, avec l'équipe éducative, Mademoiselle A souhaite s'investir dans l'éducation de son enfant, mais elle ne souhaite pas recevoir des conseils trop directifs ou trop directs qui pourraient la déstabiliser. Elle souhaite en même temps, dans ce que vous disiez tout à l'heure, poursuivre sa scolarité et garder son indépendance. Et, finalement, troisième demande, elle espère reprendre des relations plus apaisées avec sa famille. La pré-admission que nous effectuons au foyer de l'enfance de Clermont est essentiellement une rencontre de l'institution avec le mineur et la personne détentrice de l'autorité parentale. Cette pré-admission est loin d'un acte administratif. Il s'agit d'un cadre où nous pouvons écouter la demande du jeune et des parents. C'est un accueil, un échange qui nous permet d'évoquer l'historialité du sujet dans sa situation sociale, familiale, psychologique. Ce temps permet aussi à l'éducateur qui va l'accompagner tout au long de son parcours d'expliquer les modalités de l'accueil et du suivi. La situation, nous la réévaluons avec les éléments que nous appelons les constats partagés entre la mère d'un côté et l'équipe éducative de l'autre. Et, le temps du séjour sera en fonction du projet qui a été construit.

L'histoire de Mademoiselle A montre la singularité du processus auto, ce que vous avez aussi évoqué, ce que nous, les psys, on appelle l'irreprésentable qui est la grossesse, l'accouchement et la maternité. C'est aussi valable, mesdames, pour vous, pour toutes les femmes. La maternité, l'accouchement pour toutes les femmes est quelque chose d'irreprésentable. Vous pouvez regarder « Maternelles » tous les matins et vous pouvez étudier la question, aller sur Internet, en discuter, vous ne saurez jamais dans votre *chair* ce qu'est un accouchement. Et, cela reste quelque chose d'irreprésentable. On peut en parler, on peut l'élaborer, on peut le projeter, mais ça reste quand même quelque chose d'irreprésentable. L'enfant, cet autre, est désiré, attendu, mis au monde, nommé, reconnu dans son altérité, reconnu comme sujet ; mais la grossesse, l'accouchement de Mademoiselle A ne correspondent pas à ce schéma. Lors de l'accouchement et à travers la violence de ce qui se vit au niveau du corps et au niveau de son psychisme, des processus que nous appelons archaïques s'expriment. Toute la vie psychique de la femme depuis ses origines est réactivée. Un mécanisme de défense s'exprime, le « haïr ». Et, haïr, c'est rejeter, expulser, mettre à distance, mettre dehors. L'accouchement est un commencement aussi éprouvé fortement par la mère de par l'implication de son corps propre. Cela demande nécessairement une construction d'un temps, c'est le temps de la mère. Le temps n'est pas uniquement le temps chronologique de la grossesse où on grandit physiquement, mais celui qui est psychologique, symbolique, le temps psychique nécessaire à la libération, l'élaboration de l'accueil de l'autre. L'histoire de cette jeune fille est singulière aussi parce qu'elle montre une vie qui bascule, bouscule les certitudes dans sa dimension sociale. L'attention médicale est aussi particulière puisqu'on évoque la grossesse des jeunes adolescentes de 14/15 ans comme une grossesse à risque médical. Vous voyez bien que nous avons une triade médicale, sociale, psychologique préoccupante.

Le sujet de cette table ronde est singulier aussi. Cela correspond à un questionnement de la société au niveau familial et au niveau individuel. Comment peut-on être mineure et être enceinte ? L'observation de situations nous montre que cela est possible, et on en avait encore discuté entre nous, la question du viol, un accident, c'est-à-dire un oubli de contraception par exemple, le désir d'enfant, un besoin d'avoir un bébé. Mademoiselle A est tombée enceinte suite à

des rapports non protégés, du hasard de cette rencontre ovocyte et spermatozoïde, de la mauvaise chance pour cette jeune fille ? Qu'est-ce qui est opérant dans cet événement ? C'est la réalité et, plus clairement, la réalité psychique du sujet. Cette réalité correspond à ce que vous avez appelé, tout à l'heure, la question de la subjectivité, c'est-à-dire ce que le sujet vit, ce que le sujet pense et, j'ose même dire, ce que le sujet est. Cette réalité a une consistance propre, mais c'est valable pour tout le monde, pour vous et pour moi aussi. Cette réalité a une consistance propre et nous ne pouvons pas la prévoir, la déterminer. Mais, je crois que c'est Edgar Morin qui a dit que le vivant était imprévisible.

Le désir, voilà l'élément fondamental dans cette histoire, c'est la question du désir, a aussi son histoire dans la vie du sujet. Il porte la pulsion de vie. Le désir, dans ce contexte-là, le désir a plusieurs définitions, mais une des définitions, c'est aussi le manque de l'autre. C'est quelque chose que l'on voit dans la procréation médicalement assistée, ces femmes, ces couples qui n'ont pas d'enfant, qui ont un désir immense et débordant. Ces couples sont dans le désir, leur désir, entendez que c'est le manque de l'autre avec un grand A. Mais, désirer, ce n'est pas vouloir. Le désir de grossesse, vous le savez, le désir d'enfant sont des désirs complètement différents, mais ils relèvent du même processus inconscient, tandis que le vouloir relève, lui, de l'affaire de la conscience. Je voudrais un garçon, je voudrais une fille, un garçon et une fille, non deux garçons, deux filles. On n'est pas dans la question du désir parce que le désir, lui, est inconscient. Désirer un enfant, donc, n'est pas la même chose que vouloir un garçon ou une fille, je vous le disais.

Ça me rappelle que j'ai reçu en consultation une jeune fille, une jeune adolescente de 15 ans. Elle vient en consultation obligatoire chez le psy suite à une demande d'IVG. Elle est enceinte de 8 semaines d'aménorrhée de son petit ami de 17 ans. Dans son histoire, ils n'utilisaient pas de contraception, car elle croyait être infertile. Lors d'un rapport, ce jeune couple décide de ne pas utiliser le préservatif, car il voulait voir comment le rapport sexuel pouvait se vivre autrement. Lors de la première consultation de demande d'IVG, l'échographie révèle l'ajustation de deux poches, c'est-à-dire des jumeaux. Après une période de réflexion et de questionnement, Mademoiselle T, on va l'appeler comme ça, avorte douloureusement, dans le sens physique et dans le sens psychique. Mais, elle a décidé d'avorter parce que, ce que disent 80 % des jeunes femmes, trop jeune, sans ressources et sans désir d'enfant, tout au moins un désir comme tout le monde. Mais, là, c'est la justification. Ça interroge. Je vais vous citer simplement quelques éléments qui ont été déjà dits, mais quelle dimension du sujet, du rapport à l'autre, cet acte peut nous interroger : La vérification de l'intégrité du corps et de la capacité reproductive comme une réparation narcissique en lien avec l'histoire du sujet, dans un souci, entre guillemets, de s'identifier à la mère comme une transgression à la norme ou mieux encore comme une pathologie de l'agir adolescent. Les femmes en demande d'IVG, chez qui se mettent en place ces mécanismes spontanés de la maternité, mobilisent d'autres mécanismes qui viennent s'opposer à cette maturation maternelle. Certaines se défendent de leur propre affectivité relative à la grossesse dont elles ne veulent plus rien savoir dès que le projet IVG est pensé. Cette occultation s'exprime à des degrés variables allant du simple évitement de ces pensées au déni pathologique des grossesses.

Rapidement je voudrais vous rappeler, c'est vieux, mais il n'y a pas trop d'écart par rapport à 2011, c'est un rapport du professeur Michèle Uzan, en 98 sur la prévention et la prise en charge des grossesses adolescentes. Ce rapport différencie trois types de situations rencontrées : la très jeune femme mariée ou vivant en couple, la jeune adolescente scolarisée ou étudiante vivant chez ses parents chez qui survient une grossesse accidentelle, l'adolescente en grande difficulté, en échec scolaire et professionnel en rupture avec la famille. La grossesse, dans ce contexte-là, est un cri dit le rapport, comme un raccourci à une problématique psychologique, sociale et sanitaire. En effet, ces grossesses surviennent, dit le rapport, dans un contexte généralement difficile, niveau socio-économique défavorisé, noyau familial perturbé, échec scolaire, carences affectives et relationnelles débouchant sur une sexualité précoce. Et, du coup, c'est la situation la plus préoccupante. La littérature et la pratique clinique mettent en avant chez ces mamans, chez ces mères adolescentes une grande vulnérabilité psychique qui tient à ce qu'elles doivent faire face, et on ne le répète pas assez, à une double crise d'immaturation qui concerne chaque dimension, l'adolescence et la maternité. Nous parlons ici, je reprends votre mot, c'est vraiment ça, c'est le télescopage. Ça fait comme ça. Je vous le fais. Ça fait quoi ? Ça fait mal. Nous parlons ici, donc, de télescopage entre l'apprentissage du rôle de mère avec celui d'adolescente, de collégienne ou lycéenne. La grossesse est une période de réaménagement psychique, comme dirait le psy, nécessaire, incontournable comme l'est l'adolescence. Ces réaménagements psychiques opérants sont importants chez les jeunes. Je vous les donne rapidement : de la transformation du corps, au

niveau corps et hormonal, du changement de statut social, de l'importance de la fluctuation pulsionnelle, du remaniement des conflits oedipiens - vous savez cette chose qu'on traîne, vous et moi, toute la vie, c'est le rapport que l'on a à l'égard de nos parents, dans les extrêmes, l'amour et la haine, cette relation, ces conflits oedipiens sont des conflits que nous avons à l'égard de nos parents, ça dure toute la vie -, de l'amitié, je te déteste, j'aime, c'est pour cela qu'on appelle entre autres, je m'éloigne un peu, mais le rapport mère/fille on appelle ça « ni avec toi, ni sans toi ». Vous rajoutez à cela les transformations du sentiment d'identité et la *réminiscence* des symptômes défensifs. A l'adolescence, la puberté ne se superpose pas au processus pubertaire, pas plus que le devenir mère, la maternité ne se superpose à l'état de grossesse. Ce rapport est très clair parce qu'il montre que la grossesse chez les ados aboutit presque inéluctablement, c'est en 98, à une marginalisation, déscolarisation, rejet, désir d'émancipation, passage initiatique, père idéal, cycle infernal, répétition, contraception défailante, des choses quand même assez importantes.

Juste deux petites lignes pour finir. Une question essentielle à ce niveau-là peut être abordée : que veut dire être mère aujourd'hui ? Je m'appuie sur une de mes collègues qui s'appelle Julia Kristeva, très connue dans nos milieux. Vous pouvez chercher sur Internet, vous mettez Julia Kristeva. Elle a fait un texte autour ce qu'est être mère aujourd'hui. Julia Kristeva donne une piste de réflexion que je voudrais rapidement partager avec vous. Elle évoque cette idée que la maternité est une passion au sens où les émotions d'attachement et d'agressivité au fœtus, au bébé, à l'enfant se transforment en amour à travers l'idéalisation, le projet d'élever dans le temps, le dévouement avec son corollaire, bien sûr, de haine plus ou moins atténuée. La mère, signale Julia Kristeva, est au carrefour de la biologie et du sens, et cela dès la grossesse. Il s'ensuit une instabilité qui caractérise cette relation susceptible de virer à la dépression et à l'agressivité, lui au moins, la projection chez l'autre ou l'identification, c'est-à-dire l'autre m'intéresse en quelque sorte. Donc, je vais essayer de faire un peu comme lui.

Cela renvoie à une autre question : quels place et rôle pour l'enfant dans la maternité ? Mademoiselle A éprouve pour son bébé des sentiments ambivalents, des sentiments qui, comme l'exprimait Sigmund Freud, repose sur l'existence de souhaits contradictoires. Lors des entretiens, elle verbalise assez clairement sa difficulté à concilier la maternité, s'occuper des besoins et des demandes de son enfant, assumer ses études, le cadre imposé par l'école, le regard de la société, des autres sur sa condition de jeune maman, et, par ailleurs, ses aspirations, ses rêves d'adolescente, comme elle dit, sans, pour autant, à ce jour, mettre en cause l'amour qu'elle porte à son enfant. La passion maternelle, évoquée par Julia Kristeva, peut permettre à la mère d'élaborer un lien possible à l'autre, d'élaborer ce que, nous, on appelle la destructivité passionnelle, c'est-à-dire qu'il faut que cela se construise et que l'expérience de la maternité fait toucher à vif « je l'aime et je le hais ».

Au foyer de l'enfance, nous nous efforçons de mettre en œuvre une prise en charge pour créer, favoriser le lien mère/enfant. Si la grossesse reste peu ou pas élaborée, la naissance de l'enfant sera vécue comme une effraction. Et, le mot effraction, entendez-le bien effraction traumatique, c'est-à-dire quelque chose qui laisse des traces. Les équipes restent attentives à la distance que la jeune maman va pouvoir accepter entre elle et son bébé. Projectivement, les mères sont en attente que l'enfant s'adapte à leur rythme et non pas l'inverse. Le travail d'accompagnement, d'élaboration consistera à l'aider à différencier ses propres besoins et désirs de ceux de son bébé. Les situations des mères adolescentes et enfants que nous accueillons au foyer de l'enfance à Clermont-Ferrand réveillent ce qu'on appelle dans notre jargon des clignotants autour de cette double crise dont je vous ai déjà parlé, c'est-à-dire l'adolescence à élaborer et la maternité à élaborer. Cette crise, vous le comprenez bien, est source d'insécurité, de déstabilisation d'autant que, dans ce contexte de vie, on peut supposer que l'enfant est porteur d'une lourde mission, réparer la mère. Accompagner ces jeunes mamans est fondamental à mon sens. Sigmund Freud disait encore qu'être parent est un métier impossible. C'est dans un texte de 1930, je crois, qu'il a écrit ça. L'accompagnement éducatif, psychologique à travers la verbalisation de l'histoire, la mise en mots de leur vécu, le soutien au niveau de leurs défaillances peuvent permettre à la mère de cheminer dans le domaine de l'expérience objective et de la pratique de la parentalité. Et, je finirai.

Et, le père, me diriez-vous. Je dirais simplement ceci pour le débat, écoutez moi bien, je vais essayer d'articuler. Il y a cette assertion qui dit « s'il n'est pas nécessaire qu'il y ait un homme pour qu'il y ait un père, il ne saurait y avoir des mères sans pères ». Je répète : « s'il n'est pas nécessaire qu'il y ait un homme pour qu'il y ait un père, il ne saurait y avoir des mères sans pères ». Ce qui retiendra notre attention n'est pas le père incarné, le père géniteur, je donne

quelques pistes, ce n'est pas l'idée du père incarné, du père géniteur, mais bien ce que le père peut supporter d'une signification symbolique au regard du désir de la mère. Pour conclure, je dirai que le foyer de l'enfance n'est pas uniquement un lieu d'hébergement et de protection, il permet de tout mettre en œuvre pour maintenir une relation forte entre parents et enfants. Notre prise en charge est d'offrir à chacune des mamans un lieu, un espace pour se poser, un espace pour penser, un espace pour construire et un espace pour élaborer. Merci.

Philippe Denis :

Merci. Nous avons eu le regard de la sociologue, le regard du psychologue. Je vous propose qu'on passe au regard de la militante du planning familial.

Geneviève Lombart :

C'est effectivement difficile d'intervenir après deux experts. Je suis militante du planning familial de Clermont-Ferrand. Au contraire de ma voisine, ce qui m'a assez réjoui quand nous sommes intervenus auprès de la journaliste en bas c'est que nos discours vont dans le même sens et disent la même chose. C'est plutôt très intéressant. Ça veut dire qu'on va pouvoir, sans doute, avancer sur cette problématique puisque psychologues, sociologues et militants disent des choses semblables. C'est plutôt bien.

Je voudrais d'abord excuser notre présidente, Carine Favier, qui est médecin et qui est prise par ses fonctions également dans notre association. Je répète : le planning est une association, et seulement une association, depuis 1956. Et, aujourd'hui, il va falloir que vous vous contentiez d'une locale qui va essayer de rapporter les petites et les grandes choses qu'on essaye de faire dans cette association au niveau, essentiellement, de la prévention, pas prévention seulement des grossesses, mais prévention des grossesses non désirées, ce qui change un peu par rapport à la proposition de ma voisine. La prévention n'est pas forcément aller contre, mais elle aide à. Et, c'est le cas pour la prévention, c'est-à-dire la contraception, les IVG etc. Le planning intervient, bien sûr, auprès de milliers de jeunes. On a plus de 70 associations aujourd'hui. J'ai laissé de la documentation parce que je ne vais pas présenter le planning. Je répondrai éventuellement à des questions s'il y en avait encore. Il n'y a plus de planning dans l'Allier. Si vous voyez à l'hôpital « planning familial », c'est une usurpation de notre nom. On n'a pas encore porté plainte. On les menace. Il y a mélange entre planning familial et centre de planification. Ce mélange-là nous apporte quelques ennuis de temps en temps. Le planning familial à Clermont gère un centre de planification. Et, en Auvergne, il y a plusieurs plannings familiaux. Je le dis pour les auvergnats de la salle. Notre expertise sur les grossesses et les maternités mineures est, d'abord, légitimée par notre pratique avec les milliers de jeunes qu'on reçoit dans nos centres d'information, ceux aussi qu'on va rencontrer dans les écoles, du primaire, parfois au CP au lycée, et, bien entendu, beaucoup de collégiens. A Clermont, ça se compte par centaines d'interventions dans une année. Nous intervenons également auprès des jeunes en insertion. Et, en revanche, nous n'intervenons absolument pas pour l'accompagnement des grossesses. Nous n'accompagnons pas les grossesses, ni les jeunes mères ou les jeunes pères bien que nous faisons depuis quelques années, parce que ça nous est demandé par les associations de parents ou par des associations de quartier, des interventions sur la parentalité ou autour de « comment est-ce qu'on élève un tout petit ? », « fille, garçon est-ce qu'on joue à la même chose ? », autour des mariages forcés dans certains quartiers ou encore la sexualité et l'adolescence, la place des parents s'il y en a une. Les adolescentes enceintes que nous rencontrons, c'est avant tout parce qu'elles viennent nous voir. Elles viennent nous voir soit pour un test de grossesse après une prise de risque comme l'a dit Monsieur. C'est « on croyait qu'on était protégé ». Un préservatif qui craque, qui ne craque pas. On en a des centaines qui craquent par an et des milliers. L'usage de la contraception pose problème auprès des adolescents. Et, la première chose qu'on peut se demander, c'est si le « tout pilule » qu'on a prôné à un moment donné est vraiment la solution. Pour les jeunes filles, aujourd'hui, on a le patch et d'autres moyens de contraception, l'implant, qui sont, parfois, plus faciles à gérer pour elles. L'une des premières choses est que ces grossesses adolescentes nous ont questionné, nous planning, avant qu'on renvoie d'autres questionnements à la société sur la contraception qui est, avant tout, celle qu'on choisit. La meilleure contraception, c'est celle-là, d'où l'affiche que vous voyez là. Si elle vous intéresse, vous la prenez. Toutes les contraceptions imaginables, souvent qu'on ignore et avec la contraception, les normes et les stéréotypes qui vont avec, comme si dans notre société, d'ailleurs ces messieurs, dame l'ont un peu dit, on avait une espèce de norme de la vie sexuelle, c'est-à-dire qu'on ne fait pas d'enfant quand on a moins de

16 ans. On prend la pilule. Ensuite, on a obligatoirement le préservatif pour se protéger. S'il y a fidélité, on enlève les préservatifs et, hop comme par hasard, on oublie le moyen de contraception en même temps. On ne peut pas avoir accès au stérilet, alors que c'est complètement faux. On peut mettre un stérilet, ce qui ne rend pas stérile bien sûr, à des jeunes femmes. Il y a des médecins qui le font, qui savent faire le geste et ça se développe enfin. On a beaucoup dit de sottises là-dessus.

La première chose qui nous interroge est : comment les jeunes ont accès à la contraception ? Ils viennent pour des tests de grossesse, ou bien parce que ces jeunes femmes enceintes ont décidé d'avorter soit dans les délais légaux pour la France, soit dans des délais illégaux. Et, on vient voir le planning. Les médecins envoient au planning. Les hôpitaux envoient au planning pour qu'on donne les informations pour aller avorter à l'étranger pour un certain nombre de jeunes femmes. C'est une espèce de tabou. Il ne faut pas dire. On met dans nos rapports d'activité depuis des années, on n'a pas encore eu un retour de bâton, le nombre d'avortements qu'on envoie à l'étranger. Il y en a toujours. Ça aussi ça pose question parce qu'une jeune adolescente ne peut pas, si elle n'est pas aidée, se payer un avortement en Espagne ou en Hollande. Ça coûte bien trop cher, suivant l'avancée de la grossesse entre un peu plus de 14 semaines et 20 ou 22 semaines, au-delà ni en Espagne, ni en Hollande on ne va. Ça coûte de 400 à 1 000 euros.

En Hollande, c'est bien moins cher qu'en Espagne. C'est aussi un frein. Tout à l'heure, on se demandait quand on arrêtait d'être mineur. Est-ce qu'à 18 ans un quart, on n'est plus mineur ? Est-ce qu'à 19 ans, alors qu'on est encore au lycée, qu'on est chez ses parents, on n'est plus mineur ? Mais, on n'a plus accès à la contraception gratuite parce que, vous le savez sans doute, dans les centres de planification, les jeunes femmes et les jeunes hommes ont accès à la contraception et à la consultation gratuitement. Mais qui dit cela en France aujourd'hui à part quelques travailleurs sociaux, les infirmières scolaires et le planning familial et les centres hospitaliers ? Si on n'allait pas dans les collèges et les lycées le dire, qui le dit aux jeunes ? Il y a encore des gens qui ignorent que les jeunes peuvent avoir la contraception gratuite, les jeunes mineurs. Pour le Puy-de-Dôme, l'Allier et le Cantal, je le dis pour les locaux, encore une fois, c'est jusqu'à 18 ans. Pour la Haute-Loire, c'est jusqu'à 21 ans parce qu'ils en sont restés à la majorité à 21 ans. C'est très bien. Au planning, on réclame la gratuité jusqu'à 25 ans, en tout cas, jusqu'à ce qu'on puisse assumer soi-même sa contraception.

Donc, deuxième proposition que je vous fais pour avoir le choix de réduire ces grossesses, c'est vraiment la gratuité de la contraception. Je le fais ici. Il me semble que vous êtes là aussi pour trouver des solutions à offrir à la jeunesse. Il y a quelques politiques qui ont pensé à ça et il y en a d'autres qui font semblant de dire qu'ils ont tout inventé et que c'est ça qu'il faut faire. Ce sont des effets d'annonce et ça ne suit pas dans les faits. Donc, plus d'effet d'annonce, on va directement à l'accès à la contraception et on offre aux jeunes la possibilité d'avoir accès gratuitement à la contraception, gratuitement et anonymement. La loi du 4 juillet 2001 permet aux jeunes d'avorter sans l'autorisation de leurs parents, permet aux mineurs d'avoir une contraception sans l'autorisation de leurs parents, mais n'assure pas l'anonymat, ce qui est fait dans les plannings familiaux. Pourquoi l'anonymat ? Parce que, peut-être que c'est plus facile de vivre sa sexualité sans devoir s'expliquer auprès de ses parents, parce que c'est trop difficile de devoir sans arrêt s'expliquer et tout simplement parce que l'intime on y a droit même si on a 14 ans, 16 ans, 17 ans etc. Une proposition a été faite de rendre la possibilité de l'anonymat. Quand on donne sa carte vitale, on n'est pas anonyme. Ça veut dire que les parents vont être avertis. C'est possible dans les centres de planification. Quand les centres de planification sont en lien avec les hôpitaux qui distribuent aussi la contraception et font les IVG, les parents ne sont pas au courant. Elles sont prises en charge par la PMI, protection maternelle et infantile, par les conseils généraux qui prennent en charge leur contraception et leur IVG. Je tiens à le dire parce que c'est aussi important de le dire ici.

J'essaie d'éliminer de mon propos tout ce que mes camarades ont dit. Et, donc, je simplifie beaucoup ce que j'avais à vous dire, sinon j'allais répéter des choses. Donc, voilà comment on rencontre ces jeunes femmes enceintes, parfois après un viol. On vous l'a dit. On a aussi des interventions dans les lycées, les collèges autour de la violence, les violences conjugales, les violences sexuelles et aussi les violences sexistes. Et, on a aussi des jeunes femmes qui viennent en disant « vous m'enlevez mon implant, j'ai 15 ans. J'ai 14 ans et je veux un enfant ». On fait avec. On questionne effectivement puisque c'est suspicieux l'attitude qu'on a avec les jeunes qui disent

« mon désir, c'est d'avoir un enfant ». Monsieur a parlé du désir, je n'en dirai pas plus. Est-ce que ce désir de grossesse ou de garder une grossesse non prévue est différent à l'adolescence qu'à l'âge adulte ? Le désir d'enfant, le désir de grossesse est extrêmement complexe qu'on ait 16 ans, 20 ans, 25 ou 30 ans. Au planning, on ne dit pas que les grossesses adolescentes ne sont pas spécifiques, mais on se refuse un type de problématique, même si on peut voir un certain nombre de constantes, parce qu'on a l'habitude de dire qu'il n'y a pas une femme, il y a des femmes, des vies, des parcours de vie. Ces femmes-là accoucheront, elles avorteront dans leur vie.

J'en viens aux chiffres parce qu'on m'a demandé d'en donner quelques-uns. Les chiffres, comme l'a dit Madame Ensellem, ne sont pas significatifs pour des raisons très simples, c'est qu'il n'a pas une méthodologie d'analyse de ces chiffres-là. Ils viennent d'endroits différents. On a des chiffres moins de 16 ans, de 17 à 19, de moins de 19 etc. Donc, on ne peut pas faire grand-chose. On en a quelques-uns quand même qui sont clairs. En France, 4 000 naissances annuelles chez les femmes de moins de 19 ans, soit 0,7 % des naissances. Si vous allez en Grande-Bretagne, vous multipliez par 4 et si vous allez aux USA, vous multipliez par 10. Comme l'a dit ma voisine, dans un pays comme les USA qui ne sont pas du tout libertaires, mais liberticides en ce qui concerne la sexualité, il y a encore plus d'avortements en pourcentage que chez nous et encore plus de naissances adolescentes. Les naissances chez les adolescentes ont diminué de 60 % de 81 à 90. Et, depuis, elles stagnent un peu. Et, certains disent, aujourd'hui, qu'elles augmenteraient chez les moins de 16 ans. Je veux bien entendre pour plein de raisons dont on pourra parler aussi. On entre toujours à peu près au même âge dans la sexualité. 17 ans c'est l'âge médian d'entrée dans la sexualité depuis très longtemps. Mais, aujourd'hui, et on le constate au planning, on a des entrées très précoces dans la sexualité, mais très souvent qui ne sont pas des entrées avec pénétration, si j'ose dire, mais plutôt d'autres types de relations sexuelles qu'on impose aux petites filles parce que ce sont encore des petites filles dans les collèges. On est témoin de ça. Au moins, cette vigilance-là on l'a parce qu'il nous arrive un certain nombre de cas. Maintenant, sur les grossesses de moins de 16 ans, je mettrai au conditionnel, d'autant plus, là c'est notre analyse au planning, il nous semble que ce sont ces chiffres-là qui, aujourd'hui, font qu'on crie au feu. Je ne parle pas sur nos préoccupations, ici. Mais, on crie au feu à cause de ces grossesses de moins de 16 ans. Et, on se demande, nous, si ce n'est pas une propagande nataliste cachée derrière ces cris qui permet à des anti-IVG notamment, on le voit dans les plannings qui sont encore attaqués aujourd'hui, ça existe, Paris l'a été il n'y a même pas un an, qui se cachent derrière des reportages très médiatisés et plutôt anglo-saxons. Si vous avez regardé les reportages récents à la télévision, très souvent ce sont des reportages d'adolescentes anglo-saxonnes. Je crois qu'il y a des réactions dont on doit se méfier, même si, effectivement, elles doivent nous amener à réfléchir sur les raisons qui font que nous trouvons suspectes des grossesses adolescentes. Je n'en dirai pas plus puisque ma voisine a parlé un peu de cette suspicion. 12 % de ces naissances sont des grossesses déclarées tardivement. Là, on peut s'interroger sur l'accès facile à l'IVG. Et, on sait qu'aujourd'hui, dans nos campagnes notamment et dans nos régions, les maternités ont été fermées et les maternités hébergeaient des centres IVG.

Pour nous, nouvelle proposition, c'est-à-dire ne fermons pas les services publics qui permettent aux jeunes rurales d'avoir accès facilement à l'IVG, surtout si ces grossesses sont issues de ce qu'on pourrait appeler une sexualité clandestine. Clandestine, c'est-à-dire cachée aux adultes, cachée aux parents. Avec une sexualité clandestine, on ne va pas forcément facilement chez le médecin. Si on est interne par exemple, on a des soucis d'internes qui nous demandent des mots parce qu'elles viennent chercher leur contraception. Il faut qu'elles rentrent avant 5 heures à l'internat. Donc, facilitons tout ça. Donnons plus de liberté aussi aux infirmières scolaires et aux principaux de collèges ou de lycées pour que les jeunes filles aient accès à la contraception. Permettons aussi aux infirmières scolaires, ce qui était prévu, mais ce qui ne s'est pas passé, de renouveler les prescriptions de contraception. C'est très pratique. Au planning, comme on voit ça tous les jours, on a des propositions très pratiques qu'on peut faire aux politiques qui veulent bien s'emparer des choses. Bien entendu, je ne vais pas m'étaler puisque ça a été dit, on peut se demander quelle part le désir de grossesse prend dans ces grossesses à l'adolescence, quelle part aussi est de la responsabilité des adultes qui entourent ces jeunes ou qui ne veulent pas voir qu'ils ont des rapports sexuels et les aider à se protéger, ou qui n'entourent pas ces jeunes de tous les moyens possibles pour avoir accès à la contraception. Et, également, de la part des politiques territoriales de prévention et de santé qui sont déficientes ou mises à mal aujourd'hui. Les IVG chez les mineures en France ne sont que 5 % des IVG. Je le dis parce que ce n'est pas les mineures qui

avortent en majorité. Il faut le savoir. C'est les femmes adultes et parfois, comme vous le disiez, les femmes qui pensaient qu'il n'y avait plus de risque parce qu'elles avaient atteint un certain âge. Ça existe toujours. Donc, 5 % seulement des IVG sont des IVG de mineures. En Auvergne, c'est un peu plus haut, c'est 8 %. L'Allier, c'est 8,2 et le Puy-de-Dôme 8.

Cécile Ensellem :

C'est la proportion des IVG à l'adolescence par rapport au nombre d'IVG total. Cela ne veut pas dire que c'est 5 % seulement des mineures enceintes qui avortent.

Philippe Denis :

On dit quand même que l'IVG y est 8 à 9 fois plus fréquente que ce qu'elles représentent, 0,7 % des grossesses.

Geneviève Llombart :

Absolument.

Cécile Ensellem :

C'est bien plus de 70 % d'adolescentes qui avortent quand elles tombent enceintes. C'est un tiers qui mène leur grossesse à terme.

Geneviève Llombart :

En Auvergne 3 261 IVG et 12 461 accouchements. Le taux des IVG mineures en Auvergne est plus élevé. C'est une problématique particulière, peut-être, à la ruralité quoique, et, comme je le disais tout à l'heure, sans doute liée plutôt à la fermeture des services publics et à l'éloignement des centres IVG. Votre remarque tendrait à dire que vous regrettez que les mineures aient recours à l'IVG. Je m'en doutais un peu. L'IVG est aujourd'hui dans la loi. En France, on a des lois accompagnantes et protectrices. Ce qui manque, ce n'est pas la loi à quelques détails près, c'est l'application de la loi, c'est-à-dire qu'effectivement les mineures puissent avorter si elles le souhaitent sans l'autorisation de leurs parents, qu'effectivement elles trouvent des solutions et qu'elles trouvent des contraceptions près de chez elles. Les lois françaises sont des lois plutôt éducatives et plutôt accompagnantes. On a les bonnes lois, mais on ne les fait pas appliquer ou on fait tout pour ne pas les appliquer. C'est très grave. On est spécialiste en France. C'est la même chose pour les violences et c'est la même chose sur l'égalité.

Alexandre Fernandez :

Cela provoque des drames. Dans ce milieu médical que je connais assez bien, de l'obstétrique, souvent j'ai eu affaire à des mineures. Ces mineures ont consulté mettons à 8 semaines d'aménorrhée, allaient au planning familial, à l'hôpital. Un médecin disait « non on ne le fait pas parce que c'est trop tard pour nous, allez dans tel centre ». Et, de fil en aiguille, la jeune fille se trouve à 14 semaines. Et, à 14 semaines, on lui dit non. Après dans ce vécu, cela s'appelle une IMG, une interruption médicale de grossesse. Ce n'est plus la jeune fille ou la femme qui décide, c'est le corps médical qui décide. Cela crée des drames immenses.

Geneviève Llombart :

Au planning, on a tenté ce chemin pour les mineures. On essaye de prouver aux médecins que la santé de la mineure est en jeu et qu'il faut absolument qu'elle avorte. Mais, l'IMG est un processus très complexe et on n'y arrive pas.

Alexandre Fernandez :

L'IMG se passe en salle d'accouchement.

Geneviève Llombart :

Je voudrais juste finir. Le dernier propos du planning, je passe sur beaucoup de choses, c'est par rapport à la complexité de la grossesse ou de l'envie d'enfant dans la tête des femmes. Mais, qui met tout ça dans la tête des femmes ? Il faudrait qu'on se pose la question quand même. Qui met dans la tête des femmes cette maternité qui est valorisée ? Est-ce qu'on est encore une femme si on n'est pas mère ? Il faut peut-être se poser la question. La question est vraiment là. Quel message on passe sur la place des hommes, sur la place des femmes, les stéréotypes de relation

entre les hommes et les femmes, ce qu'on appelle les stéréotypes de rapport de sexe ou de genre. Au planning, on travaille là-dessus. Il est essentiel que notre société s'empare de cela pour déconstruire ce qu'on nous a mis dans la tête, non pas pour qu'on se ressemble tous, mais pour sortir de ce côté binaire, il y a les hommes, il y a les femmes, il y a les autres etc., de penser le monde et de penser la vie. Plus on proposera à nos enfants des choix multiples dans la vie, que ce soit dans leur vie professionnelle ou dans leur vie personnelle, moins on arrivera à ces caricatures-là parce qu'on arrive à des caricatures. J'avais fait quelques caricatures, mais je vais lâcher là-dessus. Le vrai questionnement, à mon avis, sur la prévention parce que c'est là que le planning se situe, c'est vraiment quelle image on donne aux jeunes. Comment, dans une société aux messages aussi paradoxaux, liberté sexuelle, injonction à avoir des relations sexuelles jeunes etc. d'un côté, et de l'autre pas d'accès à la contraception, difficulté d'accès à l'IVG, comment un jeune peut trouver son chemin là-dedans ? C'est assez fou. Comment un jeune père à qui on n'a pas demandé son avis qui vit de façon extrêmement violente le fait d'être père et de devoir assumer quelque chose auquel il n'avait absolument pas pensé, on les voit, on a des jeunes qui viennent ou en pleurant ou en colère en disant « elle m'a fait un petit dans le dos ». Ça veut dire quoi pour ce père ? Jusqu'où, ce père, sa frustration ne l'amènera pas, la violence de la situation ne l'amènera pas à la violence conjugale ? Dans nos analyses de la violence conjugale au planning, on a une part de ces scénarios-là qui font que dans la vie ce n'est pas comme dans les rêves, ce n'est pas comme dans les fantasmes, ce n'est pas comme dans les stéréotypes et, ça, ça rend frustré, ça rend violent. Je redis que le planning sera à la disposition des politiques qui voudront bien prendre ces avis pour mettre en place un certain nombre de choses.

Philippe Denis :

Je vous propose que vous fassiez la place à la salle, pas seulement pour poser des questions, mais aussi pour intervenir et prendre position. Une chose me paraît importante comme fil conducteur, c'est la notion de prévenir et la notion d'accompagner. Sur la dernière intervention, on est dans la prévention, moins dans l'accompagnement. Sauf pour les deux premières, on est dans cette dualité qui me paraît importante, celle de prévenir quelque chose qui peut être hors norme puisqu'on a des références à des normes et, en même temps, la nécessité, le besoin d'accompagner, que ce soit au travers de la protection de l'enfance ou que ce soit plus globalement au travers de la reconnaissance d'une maternité, voire d'une paternité, d'une parentalité. La parole est à qui veut la prendre.

Une participante dans la salle :

C'est le problème des infirmières scolaires qui ne sont pas libres de faire vraiment ce qu'elles veulent, mais ne serait-ce que le fait qu'il n'y ait pas d'infirmières scolaires dans beaucoup d'établissements. On en est à des situations où des élèves ne voient pas d'infirmière scolaire de toute l'année. C'est vraiment un énorme souci. Et, de même, les professeurs qui sont face à certaines situations ne savent absolument pas comment réagir. C'est quelque chose qui me choque énormément et qui m'inquiète beaucoup pour l'avenir notamment dans nos contrées reculées. Je viens de Creuse, le fin fond de la France.

Geneviève Llombart :

Il y a un stage en ce moment à Moulins encadré en partie par le planning et destiné aux personnels de l'Education nationale.

La même participante :

Chez nous aussi, des formations se mettent en place, mais il y a encore beaucoup de personnels qui ne se sentent pas concernées par cette question-là et le manque cruel d'infirmières quand même dans les établissements.

Un autre participant :

Bonjour. C'est difficile de réagir après vos trois interventions parce qu'elles sont complètes. J'avais envie de réagir sur chacune d'elles. Je risque d'être un peu confus. Ceci dit, votre titre d'atelier qui était « encore mineurs et déjà parents », j'aurais envie de l'inverser, c'est « déjà parents et encore mineurs ». A vous entendre quand même, la question de la majorité n'est pas, pour moi, la question essentielle dans la parentalité. C'est une chance lorsqu'un enfant arrive à 17 ans et demi, parce qu'on a vu les dispositifs qui peuvent accompagner, on peut-être dire la façon dont ils sont

accompagnés. Heureusement qu'elle n'a pas 18 ans et 3 jours la jeune fille et son bébé parce qu'on ne s'intéresserait que du côté du danger concernant l'enfant et de la protection de l'enfance. Encore heureux qu'il y ait des dispositifs en amont, même si la place des pères là-dessus, ça a été abordé à plusieurs reprises, est à revoir. L'énergie qu'on a passé à faire que cette mère qui voulait abandonner ou qui a abandonné son enfant un temps, on n'a pas passé beaucoup de temps à essayer de voir du côté du père comment on pouvait essayer de récupérer quelque chose de sa paternité à lui au niveau du travail parce qu'au niveau de l'adoption, il était possible que le père ou les beaux-parents puissent avoir une place auprès de cet enfant. Là-dessus, il y a beaucoup à faire et également au niveau des structures, ça a été évoqué aussi, les structures hôtels maternels, parentaux ou autres. Dans le département de la Savoie qui est pourtant un département où il y a des moyens financiers, la question des pères est comme vous l'avez évoquée. C'est une fois par semaine quand on veut bien. Et, on les oublie. Déjà dans les prises en charge des pères qui ont reconnu des enfants, on les oublie souvent. Ce n'est pas qu'une question de minorité. C'est la question de la place des pères en général par rapport aux difficultés éducatives ou sociales qu'on peut rencontrer ou dans les prises en charge. Mais, dans les structures maternelles du département, rien n'est fait pour les pères. On n'arrive pas du tout à raccrocher quelque chose de ce côté-là. Ils pourraient être en marge et avec une action. Non, il n'y a pas d'action. Il n'y a rien du tout. Je pense que la question de la minorité quand on lie minorité maternité, elle pose le problème des responsabilités des institutions. C'est-à-dire le Conseil général est responsable pour les mineurs au titre de la protection de l'enfance, à deux titres pour la jeune mère qui est mineure et pour l'enfant. Et, c'est pour ça qu'on s'en préoccupe. Je pense qu'il y a hypocrisie puisqu'en même temps les lois sont complètement bancales. Vous évoquiez qu'une jeune mineure pouvait accéder à la contraception sans l'autorisation de ses parents, à l'avortement, mais pour aller en hôtel maternel, vous l'avez bien signalé, il faut l'autorisation parentale ou décision du juge. Elle-même n'est pas responsable d'elle-même alors qu'elle est responsable de son enfant. Il y a plein de niveaux qui sont bancals et qui font qu'on ne peut pas avoir une approche cohérente autour de la question : être parents, c'est quoi aujourd'hui en termes de responsabilité ?

Ce matin, c'était évoqué qu'il fallait enlever sa carapace et se reconstruire, avoir une sécurité intérieure. Je crois que la question est plus : quelle sécurité intérieure des jeunes parents ou des parents plus âgés peuvent apporter en termes de fonction parentale ? Ce n'est pas forcément à 17 ans qu'on apporte moins de sécurité pour son enfant qu'à 23. Tout dépend des parcours de vie. Je voulais témoigner de ça. Ce n'est pas forcément des questions. Mais, j'ai pratiqué plus de 30 ans la protection de l'enfance pour être aujourd'hui dans d'autres fonctions. Mais, toutes ces questions-là me traversent. On fait une stigmatisation sur mineure et être mère aujourd'hui. Être mineurs tout court, parents, la place du garçon, ça a été évoqué à la fin, c'est comment il a été complètement oublié ce potentiel père dans cet événement qui a été vécu et bien souvent ils n'ont aucun accompagnement, aucun interlocuteur. Et, la société se charge, en plus, de les stigmatiser comme étant des mauvais.

Alexandre Fernandez :

La question d'être père est une très très vieille question. A un moment, j'ai évoqué : qu'est-ce que c'est qu'être mère aujourd'hui ? Mais, on peut très bien poser la question : qu'est-ce que c'est qu'être père aujourd'hui ? Souvent, on parle de paternité, de maternité, c'est vrai que souvent l'homme n'a pas beaucoup de place. En procréation médicalement assistée, c'est un désir commun, les dossiers sont au nom de Madame, pas au nom de Monsieur. Les hommes que j'ai rencontrés disaient « je suis juste quelqu'un qui donne du sperme ». La parentalité se construit sur une masturbation si vous voulez. C'est extrêmement dramatique pour la question de la parentalité après. Ces hommes que j'ai entendus, ça leur pose souci. Les dossiers ne sont pas au nom de Monsieur. Ça en dit long quand même que les hommes, dans ce parcours-là, n'ont pas beaucoup de place.

Geneviève Lombart:

Ça vient aussi des femmes que les femmes ont récupéré leur ventre. C'est très compliqué.

Alexandre Fernandez :

La question du père, on se la pose toujours. Il faut la réévaluer constamment. C'est vrai qu'aujourd'hui la société a changé. Regardez à quel point la société a changé. Je le vis dans ma

pratique clinique autour des IVG, la maternité et les foyers, c'est que vous n'avez pas un désir de grossesse, vous faites une IVG. Vous avez un désir, mais vous ne pouvez pas être enceinte, vous faites l'AMP. Vous avez une grossesse et une trisomie 21, vous faites une IMG. Et, la boucle est bouclée. La société est perverse quand même. Je reprends ce qu'on disait tout à l'heure. Une demande d'IVG tardive, on dit vous allez à l'étranger. Non, trop cher, je ne peux pas aller à l'étranger. C'est généralement des 15/16 ans et elle est obligée, contrainte d'être mère. Ce qui m'inquiète, c'est dans la protection de l'enfance. Que va devenir cet enfant qui n'a pas été désiré ? La petite jeune que j'ai connue qui me dit « je me suis jetée dans l'escalier », ce n'est pas la seule à me dire ça. J'ai plein de cas comme ça. Se jeter contre le mur. La violence : se jeter contre le mur enceinte, c'est une violence extrême. Qu'est-ce qu'on fait de ça, après, pour cet enfant, même s'il est aimant ? Dans mon parcours, j'ai entendu des enfants plus grands me raconter « ce que ma mère m'a dit à 20 ans qu'elle s'est jetée dans l'escalier parce qu'elle ne voulait pas de moi ». A 20 ans, c'est du trauma quand même, ce n'est pas étonnant qu'il finisse chez le psy. La question de la prévention est là. Favoriser la question de la contraception, favoriser l'accès des mineures à l'hôpital, que les médecins aient un discours cohérent. Quand on dit à une mineure, ou adulte même, à 12 semaines de grossesse, on ne le fait pas ici, allez dans tel centre. Le temps de la démarche, d'arriver dans un autre qui veut bien, vous êtes à 14 et on vous dit qu'on doit consulter l'équipe médicale et pour dire non, vous êtes déjà à 15. Finalement, vous allez à l'étranger, retournez au planning familial. C'est de la perversité tout simplement.

Cécile Ensellem :

Je suis ravie que Monsieur ait pris la parole. C'est un élément que je voulais justement dire le fait que la protection de l'enfant intervienne à double titre. Comme ce sont des mineurs, on ne dit pas enfants. Pourtant, vous avez raison. Ce qui m'intéresse, c'est est-ce qu'on estime, là on est dans les politiques de jeunesse, dans les Conseils généraux par exemple, on est plutôt du côté service de protection de l'enfance, quand les adolescentes sont enceintes ? On est bien d'accord ?

Alexandre Fernandez :

Elles sont toutes en foyer.

Cécile Ensellem :

Non pas toutes. C'est pas un danger en soi peut-être parce qu'ils sont jeunes. J'ai relativisé tellement. S'il n'y a pas d'accompagnement derrière, c'est un danger.

Un participant dans la salle :

C'est toute la question de l'évaluation du danger. Il y a un certain nombre de transferts qu'il faudrait lister. Etre enceinte, quel environnement ? Où est la place du père ? C'est au niveau de l'aide et du système que ça peut devenir un danger. Du coup, l'information mineure enceinte n'est pas un problème en soi. Après qu'il y ait un accompagnement spécifique santé, du corps de la jeune femme, comment elle va poursuivre ses études, un aménagement, c'est plus compliqué que la normale, certainement. Ce n'est pas un élément en soi qui suffit à définir le danger.

Cécile Ensellem :

S'il y a accompagnement spécifique, c'est quand même qu'il y a identification d'un danger.

Le même participant :

S'il y a une ou deux femmes qui ont un handicap, il peut y avoir des critères de danger et ce n'est pas pour autant que c'est un problème d'être mère.

Philippe Denis :

Hormis pour les très jeunes adolescentes, l'essentiel ne sont pas accueillies dans les centres maternels, mais sont chez elles avec un accompagnement plus ou moins important. Et effectivement, si la grossesse est surveillée notamment par les sages-femmes de PMI en lien le plus souvent avec les praticiens hospitaliers et parfois un accompagnement social, on n'est pas dans des mesures de protection au sens strict du terme. On est dans des mesures plutôt d'accompagnement et de prévention, mais pas dans des mesures de protection. C'est quand même l'essentiel. Ça ne veut pas dire que la question de la non normalité ou hors norme de cette parentalité n'est pas posée. Pourquoi ? Parce que ça pose quand même la question, et on revient

après à la définition de cette norme, d'être parent avant d'être adulte, c'est ce que vous évoquiez, et qui est quand même une question notamment dans le processus de construction puisqu'on a un processus de construction à l'adolescence qui est important à prendre en compte et que, parfois, il peut y avoir dualité entre les deux et de la difficulté à concilier sa propre vie d'adolescente et sa vie de mère qui ne sont pas si simples à gérer ensemble. Il y a des spécificités qui font qu'on n'est pas dans la norme. J'insiste là-dessus parce que ça me paraît fondamental et heureusement d'ailleurs le nombre de situations n'est pas si important que ça en France, quand on regarde ce qu'on peut constater en Angleterre et surtout aux Etats-Unis où on est à des pourcentages de grossesses chez les mineures extrêmement importants.

Cécile Ensellem :

Spécifique ne veut pas dire stigmatisant. C'est ça que vous voulez dire. J'insiste, c'est un bon prisme à travers lequel on voit. Par exemple quand on parle de diversité culturelle, on a les mêmes types de débats. Est-ce que je ne juvénilise pas les questions liées à la parentalité adolescente ? Quelle est la part de la parentalité ordinaire dans les problématiques ? Et, quelle est la part de la problématique adolescente ? Comment je fais pour accompagner de manière spécifique ? Il y a deux grands écueils dans l'accompagnement. Ou je nie les différences et les spécificités des gens, ou je prends le risque de stigmatiser. On est toujours dans cette négation des différences et en même temps focalisation sur ces différences mêmes.

Un participant dans la salle :

Bonjour. Merci pour certains éclairages, notamment sur mère mineure. Je suis éducateur de quartier dans l'Allier. Il y a une AS de secteur du même quartier. Il y a quelques mères mineures qui s'en sortent finalement pas mal avec la parentalité contrairement à d'autres aspects de l'adulte, d'autonomie où il y a un peu à travailler. Par contre, ce qui m'atterre un petit peu c'est que, dans les quartiers ou même ailleurs puisque que j'interviens aussi en centre ville, dans des discussions avec des jeunes adolescentes, des 13/14 ans, lorsqu'on aborde la sexualité en général, je mets sexualité en général parce que partout en France ça va avec aussi autre chose, MST, SIDA ainsi de suite, on se rend compte qu'il y a une méconnaissance énorme. Quand vous parlez de patch, d'implant, on en est à l'opposé. Déjà, quand on parle de préservatif, c'est déjà bien beau. Je trouve que la prévention primaire que je peux faire, que j'apporte est insuffisante. Je ne sais pas si elle n'a pas assez été faite, je ne veux pas jeter des pierres, mais je pense qu'il y a de gros efforts à faire dans ce sens-là. Je m'occupe d'un public particulier. Tout à l'heure, au chiffre qu'on avait en France sur le nombre d'accouchements de mineures, on voit que les jeunes non scolarisées sont plus nombreuses. Elles ont loupé pas mal de chose. Il y a des clefs qui leur manquent, d'où les préventions qui leur manquent un peu, c'est logique. Je ne sais pas si des choses sont envisagées dans l'avenir sur cette prévention-là qui me paraît super importante. Je parle des risques d'accident, pas des grossesses désirées qu'on trouve aussi.

Geneviève Lombart :

C'est un peu compliqué. Je ne sais pas, dans l'Allier, comment est faite la prévention. Je peux dire que tous les collèges du Puy-de-Dôme sont concernés par la prévention.

Le même participant :

Dans l'Allier aussi, mais qu'en classe de sixième.

Geneviève Lombart :

Pas seulement en classe. Là aussi, il y a la loi et il y a ce qu'on fait. La loi prévoit 3 heures par an dans toutes les classes. On est bien loin de ça. Très souvent, ce qu'on peut dire, c'est que techniquement les jeunes sont informés, techniquement, la majorité d'entre eux. Il y a sans doute des exceptions de territoire ou de groupes sociaux. Je veux bien le croire. Mais, techniquement, ils sont informés. On sait ce qui existe grosso modo, on sait où on peut se les procurer etc. Mais, il y a une différence entre avoir des informations, souvenons-nous de qui on était, et l'émotion, et la rencontre, et la jonction sociale et dans le feu de l'action, le préservatif qu'on n'utilise plus etc. Il y a une différence. Mais, en revanche, je suis d'accord avec vous, notre société sous-estime la connaissance du corps. Et, il y a aussi beaucoup de sottises qui sont encore dites dans les cours de SVT, l'histoire du 14^e jour, ou sur des légendes ou des croyances de fonctionnement du corps. On est beaucoup là-dessus ou sur des simplifications. Là-dessus, on a sans doute beaucoup à faire et

beaucoup à faire sur « comment je fonctionne sur l'observation de soi ». On le voit beaucoup au planning sur d'autres choses. Par exemple, des jeunes filles viennent pour une réfection d'hymen.

Alexandre Fernandez :
C'est interdit.

Geneviève Lombart :

Mais on ne le fait pas. Elles viennent pour ça. Des jeunes filles, aussi, viennent parfois, je le dis comme ça, se faire retirer un tampon qu'elles n'arrivent pas à enlever et elles ont des relations sexuelles. Je leur dis « mais, vous invitez bien de temps en temps un pénis, vous pouvez peut-être y mettre les doigts dans votre vagin ». Quand je dis les choses comme ça, un peu pour les secouer, c'est là qu'on s'aperçoit qu'il y a une vraie méconnaissance du corps et du corps des femmes beaucoup aussi. De façon globale et technique, les jeunes sont informés. Il y a un déficit d'information qui est lié à la manière dont on fait l'information dans les écoles ou dans les familles. Et, après, il y a l'émotion, la gestion, quand on est vraiment concerné, et, seulement à ce moment-là, on s'intéresse parfois à la contraception. Parfois.

Une participante:

On intègre l'information aussi au moment où elle va nous servir.

Geneviève Lombart :

Absolument. C'est pour ça qu'on a une démarche d'éducation populaire au planning et qu'on part des connaissances des jeunes quand on intervient.

Une participante dans la salle :

Je veux juste parler de l'expérience que nous avons mise en place dans ma ville. On a évoqué bien sûr les CMJ et les CME hier, chez nous nous avons une instance en plus qui est le CLJ, conseil local de la jeunesse pour les 15/25 ans. Ça a été mis en place, il y a quelques années. Et, les CLJ ont mis en place une action autour de la contraception dans les écoles avec l'infirmière scolaire qui fonctionne bien, en parallèle avec le BIJ. C'est quelque chose qui fonctionne depuis deux ou trois ans. On a des interventions dans des écoles régulièrement pour rappeler aux jeunes non seulement la contraception, mais toutes les maladies qui vont avec puisqu'on travaille autour du SIDA. Je crois que c'est facile à mettre en place. Je ne sais pas ce qui se passe dans les autres villes, mais c'est une expérience qui fonctionne. Je voulais en parler parce que c'est une belle action des jeunes pour les jeunes. C'est ça l'intérêt.

Philippe Denis :

Je vois deux mains qui se lèvent. Ce sera les dernières interventions parce qu'on va arriver au bout.

Un participant dans la salle :

Je voudrais juste intervenir sur quelque chose qu'à mon avis on peut peut-être oublier et qui m'embête un petit peu, c'est le rôle des parents de ces mineurs-là et qu'on n'a pas abordé. Je sais que vous ne pouvez pas tout aborder mais, qui me semble quand même nécessaire, très très important et où on peut, à mon avis, éviter le mal-être justement de cette mineure-là ou de ce mineur-là, et qui me semble aujourd'hui boycotté et pas assez accompagné. Il y a des parents qui se retrouvent en difficulté face à ça et qui n'ont pas les ressources nécessaires ou les endroits où aller. Donc, autant les jeunes qui sont démunis peuvent aller au planning familial, il y a des parents aussi qui sont démunis face à ça.

Geneviève Lombart :

Ils viennent au planning aussi.

Le même participant :

Ils peuvent venir au planning familial. Mais, il me semble que si la jeune ou le jeune est bien entouré déjà par sa famille, on peut éviter quelques souffrances. Je ne dis pas qu'on pourra toutes les éviter mais au moins, peut-être, en éviter quelques-unes. Je voulais juste apporter cette raison qui, à mon avis, est aussi importante, l'accompagnement des parents de ces mineurs-là.

Alexandre Fernandez :

Dans ma pratique clinique des IVG, on a eu très peu de parents qui accompagnaient les enfants. C'est très peu. Je ne parle pas en pourcentage parce qu'il n'y en a pas. C'est 2, 3. La plupart des mineures qui venaient en consultation IVG, c'était à l'insu des parents. C'était toujours un copain, un majeur référent, une tatie, une mamie, mais jamais les parents. Et, dans cette histoire-là, le père est le dernier à être informé. Quand la jeune fille veut en parler, elle en parle à maman. Et, des fois, tout le quartier était au courant, sauf le père. Je disais « mais tout de même ». Elle fait « non, j'ai peur de mon papa, qu'est-ce qu'il va penser ». Mais tout le quartier est au courant. La place du père est là aussi. Dans les consultations, j'en ai 200 ou peut-être 400 à mon actif, très peu de parents viennent en consultation parce que ces enfants-là n'informent pas les parents. Ils pensent leur dire après peut-être bien. C'est aussi une réalité. Donc, travailler avec les parents, oui, mais la problématique de tout ça c'est qu'il faut concilier des choses complètement différentes et variables. Nous, en tant que professionnels, on a juste une vision de cette partie-là, mais tout ce qui se passe autour on ne le maîtrise pas.

Le même participant :

Vous vous basez sur des chiffres. Mais, nous pour l'avoir testé, on avait beaucoup de parents qui étaient démunis qui ont demandé au centre social de se réunir sur ces questions-là. On sait bien qu'à un moment donné ces personnes-là s'intéressent à ces questions-là et essaient de gérer le problème avant peut-être qu'il arrive parce qu'ils ont peut-être des connaissances. Et ces personnes-là viennent taper aux portes de l'assistante sociale. Mais, même pour nous en tant que travailleurs sociaux, c'est important d'avoir les outils, des personnes qui pourraient intervenir dans ces lieux qu'on a créés qui s'appellent les comités de parents qui permettaient d'aborder les questions autour de l'adolescence.

Alexandre Fernandez :

Il faut soutenir les parents, vous avez raison. Le travail doit être fait en amont. La prévention, c'est ça. Dans ce que vous faites, c'est ça le truc.

Philippe Denis :

Il y a une personne qui voulait intervenir et je crois que vous vouliez réagir.

Geneviève Llombart :

On intervient aussi dans ces groupes de paroles de parents. Mais, c'est plus complexe qu'on semble le croire. Je pense que les parents ont besoin d'être rassurés, ils ont besoin de comprendre, ils ont besoin de gérer cette relation qu'ils ont avec leur enfant et cette acceptation de cette sexualité parce que ça les renvoie à leur propre sexualité. Mais, je ne crois pas que les parents peuvent s'immiscer dans la sexualité de leur enfant.

Alexandre Fernandez :

C'est hors de question.

Geneviève Llombart :

En revanche, les parents sont des citoyens et ils doivent faire en sorte que la société donne les réponses aux enfants sur leur sexualité. C'est très compliqué.

Cécile Ensellem :

Juste un mot. Il ne faut pas oublier qu'il y a encore des choses très duales. Je suis d'accord avec vous, bien sûr qu'il faut accompagner les parents. Je viens de ce champ-là, donc je ne vais pas vous dire le contraire. Mais, en même temps, je peux vous dire le contraire. Vous posez des questions. Jusqu'où on accompagne le parent quand on accompagne un jeune ? Quand on vise le jeune, surtout quand il est l'adolescent, la petite enfance ça se pose différemment, premièrement, là aussi, prévention, accompagnement, c'est délicat. Si je préviens, par exemple, des grossesses non désirées chez l'adolescente, je peux viser l'accompagnement de ses parents. Ça, c'est de la prévention. Je ne m'immisce pas. Je le fais pour aider et pas pour faire une intrusion dans la vie intime des parents et que les parents, à leur tour, fassent une intrusion dans la vie intime de leur adolescent. J'espère qu'on me suit. On prévient au maximum. Mais, l'adolescent devenu parent,

on doit l'accompagner vers l'autonomie. Ce qui est difficile pour les praticiens de terrain, c'est jusqu'où on prend en compte le parent de ce parent adolescent. Pour finir là-dessus, il ne faut pas oublier que le parent a un devoir de protection, mais il est soumis à des tensions contemporaines incroyables puisqu'il a un devoir de protection et, en même temps, dans notre société, en France en tout cas, il doit respecter l'intimité de son adolescent. Vous avez raison. Donc, c'est fondamental de poser cette question en ces termes.

Philippe Denis :

Une dernière intervention ?

Une participante dans la salle :

Non, ça va aller. Ça va être trop confus. C'était sur le statut. Je vais le dire en deux mots. Par rapport au statut, pour moi, je travaille dans un point info jeunesse. On a des préservatifs à disposition. On s'aperçoit qu'ils savent, mais ils ont du mal. Il y a une pudeur. Je me dis que si ça se trouve on est à 5 000 grossesses mineures et que c'est peut-être la norme. En même temps, on accueille des demandeurs d'emploi et on accueille des jeunes femmes qui sont enceintes. Et, honnêtement, le comportement qu'on a, c'est-à-dire qu'un jeune demandeur d'emploi on va le booster, on va le secouer, on va presque le juger. Une demoiselle enceinte qui se présente, on va avoir un premier jugement « elle est enceinte à son âge », mais après qu'est-ce qu'on va la coucouner, qu'est-ce qu'on va l'aider. On n'a pas du tout la même réponse. Et, la demoiselle qui attendait d'avoir un statut, qui était déscolarisée, qui n'existait pour personne, elle trouve quelque chose, alors que si elle était déscolarisée, on la secouerait. On serait moins tendre avec elle.

Geneviève Llombart :

Quand elle va rencontrer son patron qui va la voir enceinte, il va lui dire « pas question, je ne vous veux pas ». Ça fait partie des messages paradoxaux, de la contradiction partout.

Philippe Denis :

C'est sur ce témoignage qu'on terminera. Je remercie et les intervenants et ceux qui, dans la salle, ont assisté à ce temps de débat. Bonne journée à tous.