



HAL
open science

Le devenir socio-économique des mères adolescentes, dix ans plus tard

Amélie Bouillaut

► **To cite this version:**

Amélie Bouillaut. Le devenir socio-économique des mères adolescentes, dix ans plus tard . Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01328152

HAL Id: dumas-01328152

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01328152v1>

Submitted on 7 Jun 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Caen Normandie
Ecole de Sages-Femmes de Caen

Le devenir socio-économique des mères adolescentes, dix ans plus tard

Mémoire présenté et soutenu par

BOUILLAUT Amélie

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Sous la direction de GRANDAZZI Guillaume

Promotion 2012-2016

Université de Caen Normandie
Ecole de Sages-Femmes de Caen

Le devenir socio-économique des mères adolescentes, dix ans plus tard

Mémoire présenté et soutenu par

BOUILLAUT Amélie

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Sous la direction de GRANDAZZI Guillaume

Promotion 2012-2016



Je voudrais remercier tout d'abord Monsieur Guillaume GRANDAZZI, directeur de ce mémoire, et Madame Nathalie BRIELLE, pour leur aide précieuse et la patience qu'ils m'ont accordée tout le long de ce mémoire.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de Sages-femmes de Caen, pour leur accompagnement au cours de ces quatre années au sein de l'école.

Je remercie Oriane, pour sa disponibilité et sa relecture minutieuse.

Je remercie ensuite mes parents pour leur soutien, leur confiance et sans qui je n'en serai pas là actuellement.

Je remercie ma sœur Coralie, qui m'a donné le goût du voyage et la curiosité de découvrir d'autres cultures.

Je remercie également tous mes amis, et notamment Audrey C., Audrey P., Justine, Océanne, Jennifer, Quentin et Marie pour les moments que l'on a partagés ensemble et pour avoir rendu ces quatre années d'école inoubliables.

Pour terminer, je tiens à remercier tout particulièrement toutes les femmes qui se sont confiées à moi et sans qui ce mémoire n'aurait vu le jour.

Merci.



Table des matières

INTRODUCTION	1
I. DEFINITION	1
A. LES BORNES DE L'ADOLESCENCE	1
B. LES PARTICULARITES DE L'ADOLESCENCE	2
II. HISTORIQUE DE LA GROSSESSE ADOLESCENTE	2
A. AU FIL DES SIECLES	2
B. DEPUIS LE XXEME SIECLE	3
III. LA GROSSESSE ADOLESCENTE DANS LE MONDE ET EN FRANCE	4
A. EPIDEMIOLOGIE	4
B. LES RISQUES OBSTETRICAUX	5
C. LES RISQUES PSYCHO-SOCIAUX.....	6
IV. LES RAISONS DE LA GROSSESSE ADOLESCENTE	6
A. LA GROSSESSE «RITE D'INITIATION ».....	6
B. LA GROSSESSE «SOS ».....	7
C. LA GROSSESSE « INSERTION ».....	7
D. LA GROSSESSE « IDENTITE ».....	7
E. LA GROSSESSE «ACCIDENTELLE ».....	8
F. LA GROSSESSE « CULTURELLE ».....	8
G. LA GROSSESSE ADOLESCENTE : DES FACTEURS DE RISQUES ?	9
V. GROSSESSE ADOLESCENTE : UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE	9
A. UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE.....	9
B. MOYENS DE PREVENTION MIS EN PLACE ET RESULTATS.....	10
VI. DEVENIR DES MERES ADOLESCENTES	10
A. DEVENIR MATERNEL	11
B. DEVENIR DE L'ENFANT.....	12
VII. BILAN	13
MATERIELS ET METHODE	14
I. HYPOTHESES ET OBJECTIFS	14
A. PROBLEMATIQUE.....	14
B. OBJECTIFS	14
C. HYPOTHESES.....	14
II. MATERIELS ET METHODE	15
A. TYPE D'ETUDE.....	15
B. LIEU D'ETUDE	15
C. POPULATION D'ETUDE.....	15
D. METHODE	16

RESULTATS.....	18
I. CRITERES DE LA POPULATION	18
A. ÂGE	18
B. TYPOLOGIE DES GROSSESSES ET GESTITE	18
II. LE DEVENIR RELATIONNEL.....	19
A. LE DEVENIR CONJUGAL	19
B. LE DEVENIR DES RELATIONS FAMILIALES	20
C. LE DEVENIR DU CERCLE AMICAL	21
III. DEVENIR SCOLAIRE ET PROFESSIONNEL	21
A. SCOLARITE.....	21
B. EMPLOI.....	22
IV. RESSENTI SUR LEUR PARCOURS.....	23
V. LE DEVENIR OBSTETRICAL.....	26
VI. DEVENIR DE L'ENFANT.....	27
ANALYSE ET DISCUSSION	29
I. LIMITES ET POINTS FORTS DE L'ETUDE.....	29
A. LIMITES DE L'ETUDE	29
B. POINTS FORT DE L'ETUDE	29
II. ANALYSE PAR TYPOLOGIE DE GROSSESSE	29
A. DEVENIR DES GROSSESSES « INSERTION »	29
B. DEVENIR DES GROSSESSES « IDENTITE »	30
C. DEVENIR DES GROSSESSES « ACCIDENTELLES »	31
D. COMPARAISON DES DIFFERENTES ANALYSES PAR TYPOLOGIE	31
III. COMPARAISON DES RESULTATS AUX DONNEES DE LA LITTERATURE	33
A. LA TYPOLOGIE DES GROSSESSES.....	33
B. LE DEVENIR RELATIONNEL.....	33
C. DEVENIR SCOLAIRE ET PROFESSIONNEL	34
D. RESSENTI SUR LEUR PARCOURS	34
E. DEVENIR OBSTETRICAL.....	34
F. DEVENIR DE L'ENFANT	35
CONCLUSION.....	36
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXES	42
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN	42
ANNEXE 2 : TABLEAU RECAPITULATIF DES RESULTATS	45
ANNEXE 3 : PORTRAITS DES DIFFERENTES FEMMES RENCONTREES.....	48
A. JULIE	48

B.	BEATRICE	49
C.	CAMILLE	50
D.	JESSICA.....	52
E.	CAROLE	53
F.	AMANDINE.....	54
G.	EMMA	56
H.	OCEANE	57
I.	ELISE.....	58

Introduction

En ce début du XXI^{ème} siècle, médias et politiques s'emparent régulièrement de la question de la grossesse à l'adolescence. Elle est considérée comme un problème de santé publique, contre lequel les institutions essaient de lutter pour en diminuer l'incidence, et donc les conséquences qu'elle est supposée entraîner. Mais qu'en est-il réellement du devenir socio-économique de ces mères-adolescentes ?

Pour répondre à cette question, il est nécessaire tout d'abord de faire le point sur les connaissances actuelles concernant les grossesses adolescentes car il semble que sur ce sujet, chaque individu a un *a priori* plus ou moins fondé. De même, il est important de savoir ce que deviennent ces jeunes filles dont l'état grévise attire l'attention et l'inquiétude. Cela est-il vraiment justifié ? Ces adolescentes ont-elles des parcours de vie très différents voire perturbés comparé à une jeune femme ayant des enfants plus tard ? Il est essentiel en tant que professionnel de santé de combattre les éventuels préjugés afin de mieux prendre en charge les patientes dans leur globalité ainsi qu'en tenant compte de leur histoire personnelle.

I. Définition

a. Les bornes de l'adolescence

L'adolescence est un concept encore inexistant à la Renaissance. Il apparaît au cours du XIX^{ème} siècle mais ne concerne qu'une partie restreinte de la population, notamment les jeunes hommes poursuivant leurs études et étant dépendants financièrement (1). Bien sûr, cette notion a évolué depuis mais reste pour autant difficile à définir. En effet, il est compliqué de poser les limites de l'adolescence à cause des dimensions biologiques et psychologiques qu'elle inclut, comme le montre la définition de l'adolescence du Petit Larousse : « *Période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle se produit la puberté et se forme la pensée abstraite* » (2). Donc globalement, il est considéré que l'adolescence commence avec la puberté. Mais concernant la pensée abstraite, quand se termine-t-elle ? A la fin de la puberté ? Au moment de l'autonomie financière ?

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), elle, pose des bornes numériques à l'adolescence. Elle considère que l'adolescence est la période entre 10 et 19 ans pendant laquelle se déroule une « *période de croissance et de développement humain* » marquée par de nombreux changements (3).

b. Les particularités de l'adolescence

L'adolescence est donc un moment de la vie où s'opèrent beaucoup de modifications. C'est le moment communément appelé « *l'âge bête* ». Mais pourquoi cette appellation ? En réalité, l'adolescence est une période de conflit interne. Le corps est en pleine transformation physique et l'esprit bouillonne. Par ses travaux, Anna Freud, psychanalyste montre que l'adolescent est enclin à des pulsions dont il se protège par des moyens de défense. L'adolescent a un « *surinvestissement de [sa] libido* », provoquant la sensation de toute-puissance et expliquant son comportement parfois désordonné et surprenant. Par ailleurs, l'adolescent n'a pas un statut socialement défini : il n'est plus un enfant, mais n'est pas encore un adulte ; il vagabonde entre ces deux mondes sans savoir qui il est vraiment. Cette absence d'identification à un statut social bien défini provoque des incertitudes se traduisant par des comportements puérils à certains moments, et matures à d'autres. Par conséquent, pour lutter contre ces conflits, il arrive fréquemment que l'adolescent « *passse à l'acte* », comme moyen échappatoire face aux difficultés qu'il rencontre. Cette situation de « *passage à l'acte* » est d'ailleurs l'une des explications de la survenue de grossesse à l'adolescence, comme nous le verrons plus loin (4).

Par ailleurs, concernant la vie sexuelle des adolescents, il a été observé que l'âge des premiers rapports sexuels est en moyenne de 17 ans depuis 1985, autant pour les filles que pour les garçons. Lors des premiers rapports, le préservatif est le moyen de contraception le plus utilisé, mais il ne l'est ni de manière universelle, ni combiné à un autre moyen contraceptif, qui lui, se met en place au bout de quelques mois de relation. (5)

II. Historique de la grossesse adolescente

a. Au fil des siècles

La grossesse adolescente n'est pas un phénomène récent. En effet, les jeunes filles sont enceintes depuis toujours.

Au Moyen-âge, les jeunes femmes étaient enceintes très jeunes, mais l'espérance de vie était plus courte et rappelons-le, le concept d'adolescence n'existait pas. Cependant, dès le XVI^{ème} siècle, l'Eglise réprime la grossesse chez les jeunes femmes non mariées, qui sont littéralement chassées et condamnées au bûcher pour « *avoir fornicqué avec le Diable en personne* » (6). De même, toutes les jeunes femmes enceintes et célibataires devaient déclarer leur grossesse sous peine d'être accusées de « *recel de grossesse* ». Les grossesses précoces sont ainsi réprimées moralement et socialement par l'Eglise, la noblesse et la bourgeoisie jusqu'au XX^{ème} siècle (6), avec la préconisation de la chasteté et de la virginité pour les jeunes femmes (4). Cette situation avait alors pour conséquence la dissimulation des grossesses et l'abandon en grand nombre des nouveau-nés. (6)

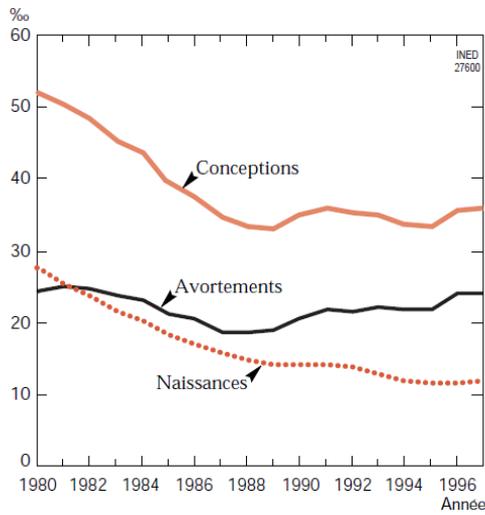
b. Depuis le XX^{ème} siècle

A partir du XX^{ème} siècle, la société connaît une importante évolution, avec un début d'émancipation des femmes et de leur rôle triple « mère - épouse - femme au foyer ». Une véritable révolution s'opère à partir des années 1960-1970 avec la mise en vente de la première pilule contraceptive en 1960. Simultanément, différents mouvements sociaux permettent la libéralisation des pratiques sexuelles et la banalisation des relations prénuptiales. Par ailleurs, les femmes ont de plus en plus accès aux études et au travail à l'extérieur du foyer. L'idée de se marier et de fonder une famille vers l'âge de 15-16 ans ne correspond plus aux conventions sociales. La grossesse adolescente devient par conséquent un événement perturbateur pour ces jeunes à qui l'on propose un avenir différent (4). Dans la littérature des années 1960-1970, les « filles-mères » sont dépeintes comme des femmes ayant fait un choix compromettant leur avenir de manière irréversible. De même, l'avenir de l'enfant est décrit de manière très pessimiste, le vouant à la maltraitance, l'infanticide, le handicap social...

Cependant, à partir des années 1980, des recherches mieux fondées et plus objectives sur les grossesses précoces vont venir dresser un tableau moins catastrophique des grossesses adolescentes. (6)

Par ailleurs, le rapport de l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques) sur l'évolution des grossesses adolescentes depuis vingt ans, publié en 2000, montre que le nombre de grossesses mineures a diminué de 36% entre 1980 et 1997. Cette évolution s'est

Figure 1 - Nombre de grossesses ayant abouti soit à un avortement soit à une naissance vivante pour 1 000 adolescentes atteignant l'âge de 18 ans



Sources : Ined, statistiques de l'avortement et Insee, état civil.

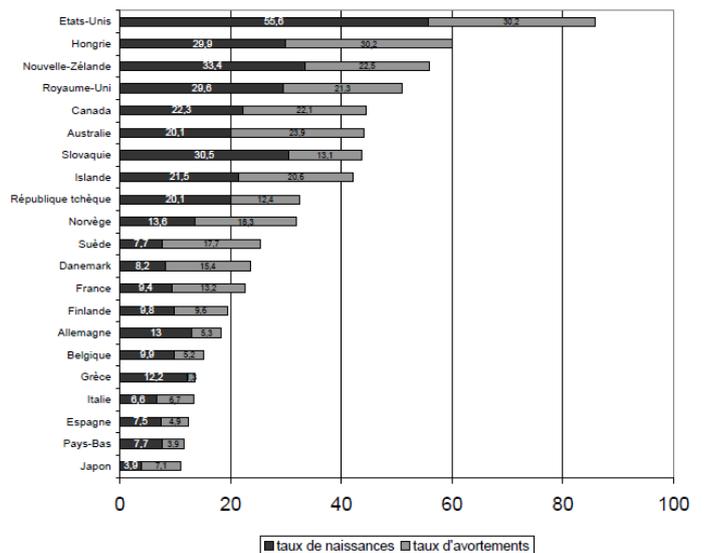
faite en deux phases : il y a d'abord eu une chute importante des naissances et une légère baisse des IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) jusqu'en 1990. Puis durant la décennie suivante, le taux de conception s'est stabilisé, le nombre de naissances a continué de diminuer alors que celui des IVG a augmenté de 2,8% par an (7). Actuellement, selon le rapport du CNGOF (Conseil National des Gynécologues-Obstétriciens Français), le taux de grossesse chez les adolescentes en France est de 24 ‰ dont 1/3 sont menées à terme. Ces naissances représentaient 0,85% du nombre total des naissances en France de 1993 à 2003 (5).

III. La grossesse adolescente dans le monde et en France

a. Epidémiologie

Le taux de grossesses adolescentes total dans le monde est très difficilement quantifiable. Cependant selon l'OMS, en 2014, près de 16 millions d'adolescentes de 15 à 19 ans ainsi qu'un million de jeunes filles de moins de 15 ans ont donné naissance à un enfant. La majorité des jeunes femmes concernées (95%) vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, en Amérique Latine et en Afrique notamment. De même, dans ces pays, on sait que 2,5 millions d'adolescentes subissent des avortements à risques (8).

Graphique 1. Taux de natalité et d'avortement chez les adolescentes dans différents pays développés (pour 1000 adolescentes entre 15 et 19 ans) (UNICEF, 2001) (chiffres 1996) :



Dans les pays développés, les grossesses adolescentes sont mieux évaluées. On constate que ce sont les Etats-Unis qui ont le taux le plus élevé de grossesses adolescentes : 85,8‰ en 1996 pour les 15-19 ans (UNICEF, 2001), 52,8‰ en 2001 pour les 15-17 ans (Darroch, 2001). Et selon cette même étude, 19‰ grossesses ont abouti à un avortement et 33,8‰ à une naissance (9). Concernant l'Europe occidentale, le taux le plus faible de naissances chez les adolescentes revient aux Pays-Bas, avec 4‰ enfants nés d'une mère de moins de 20 ans en 2009 (10). La Grande-Bretagne possède quant à elle, le taux de grossesses le plus élevé avec 28,6‰ grossesses dont 14,8‰ naissances (Darroch, 2001) (9).

Concernant la France, selon le rapport de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), en 2013, 1,8% de l'ensemble des naissances ont lieu chez des jeunes femmes de moins de 20 ans (11). Pour les interruptions de grossesses, les taux sont de 9‰ IVG pour les 15-17 ans et de 20,5‰ pour les 18-19 ans (12).

b. Les risques obstétricaux

Les grossesses chez les adolescentes sont généralement de suivi tardif voire inexistant, soit parce que la grossesse est découverte tardivement, soit parce que l'adolescente a peur de la réaction de son entourage et donc n'annonce pas sa grossesse suffisamment tôt.

D'un point de vue obstétrical, selon le rapport du CNGOF, les femmes âgées de moins de 20 ans ont un risque de malformations qui est onze fois plus élevé par rapport aux femmes âgées entre 25 et 30 ans. Les malformations les plus retrouvées sont notamment les anencéphalies, les fentes palatines, les maladies polykystiques rénales, les laparoschisis et les anomalies chromosomiques. Par ailleurs, ces grossesses aboutissent plus souvent à un accouchement prématuré ou à un petit poids de naissance. De même, les adolescentes enceintes seraient moins attentives aux conseils diététiques et à la diminution, voire l'arrêt, des substances toxiques. L'ensemble de ces risques peut être imputé aux éventuels comportements à risque. Concernant l'accouchement, 91,3% des adolescentes accouchent par voie basse dont 18,5% avec extractions instrumentales. Les césariennes concernent 8,8% des adolescentes, soit deux fois moins que la population générale (5).

Cependant, selon d'autres articles, il a été remarqué que les grossesses d'adolescentes correctement suivies, ne montraient pas plus de risques obstétricaux (prématurité, retard de croissance intra-utérin, pré-éclampsie) (13, 14).

c. Les risques psycho-sociaux

D'un point de vue psycho-affectif, selon Charlotte Le Van, sociologue, les adolescentes enceintes seraient à risque « *[d'] isolement, [...] [de] difficultés socio-émotionnelles, [de] conditions de vie et d'hygiène défailantes, [d'] inadaptation sociale, [de] dislocation des liens familiaux et scolaire, [de] monoparentalité, [d'] incapacité professionnelles, [de] problème de logement, [d'] absence de ressources financières, [de] maltraitance et [d'] infanticide* ». (15)

Par ailleurs, les risques liés à la grossesse précoce sont inégaux d'une adolescente à l'autre en fonction de plusieurs facteurs tels que l'âge, l'histoire personnelle, les violences sexuelles et physiques subies, la culture, les échecs et la déscolarisation (16).

IV. Les raisons de la grossesse adolescente

La grossesse précoce est un phénomène mondial. Bien que la littérature explique généralement la grossesse adolescente comme un événement non désiré, un accident dû au manque de connaissances des jeunes sur la sexualité et sur les moyens contraceptifs, Charlotte Le Van propose une typologie des grossesses adolescentes, que nous présentons ci-dessous.

a. La grossesse «rite d'initiation»

Chez ces adolescentes, la grossesse est attendue, en tout cas elle n'est pas évitée car les adolescentes connaissent les moyens contraceptifs, mais ne les utilisent pas par choix (éducation parentale, vie sexuelle cachée à leurs parents). Par ailleurs, ces grossesses permettent aux jeunes femmes de tester leur partenaire face à leur rôle de futur père. Cependant, les adolescentes ont ici un désir de grossesse et non d'enfant, comme un moyen de vérifier leur capacité reproductive. C'est pourquoi les adolescentes mettent souvent un terme à ces grossesses de manière volontaire et bien vécue (17).

b. La grossesse «SOS »

Ces grossesses surviennent après des conduites contraceptives à risques, mais ne sont pas pour autant programmées par les adolescentes, qui ont du mal à prendre conscience leur état gravide. Ces grossesses apparaissent dans un contexte familial instable comme le divorce des parents, une situation de maltraitance, des difficultés relationnelles... D'ailleurs, on retrouve dans les antécédents de ces femmes des tentatives de suicide ou de fugue. En fait, ces grossesses sont un moyen de solliciter l'attention de leurs parents. Elles se terminent le plus souvent par une IVG mal vécue par l'adolescente qui la voit comme « *le meurtre de l'enfant* ». (17)

c. La grossesse « insertion »

Dans ce cas, la grossesse est programmée et fait suite à une réflexion mûre et un arrêt de la contraception. Ces jeunes femmes et ces couples ont un réel désir d'enfant et de devenir parents. Ces adolescentes n'ont pas eu de doutes quant au devenir de la grossesse, l'IVG étant à chaque fois refusée. Cependant, ces grossesses arrivent souvent dans un contexte d'échec scolaire ou de rupture affective avec la famille. Le futur enfant devient alors le moyen de « *pallier au vide de leur existence, d'acquérir un statut socialement reconnu et approuvé par l'entourage* » (17), c'est-à-dire qu'elles ne seront plus invisibles aux yeux de leurs proches. Elles ne se sentent ainsi plus des jeunes filles, mais des femmes ayant des responsabilités (17). Cette grossesse permet alors de mettre un terme à l'enfance et aux souffrances qui y sont associées (5).

d. La grossesse « identité »

Ici, la grossesse n'est pas programmée de manière consciente. Cependant, les adolescentes n'ont pas un comportement contraceptif efficace, qu'elles expliquent de manière plus ou moins rationnelle. Lorsque la grossesse survient, elle est expliquée comme étant un accident, ce qui permet d'avoir un compromis entre leur désir inconscient d'enfant et l'« *interdit social qui pèse sur la maternité à leur âge* ». Pour autant, la survenue de cet « accident » est surveillée puisque ces adolescentes ont tendance à faire attention à leurs menstruations et font des tests de grossesses assez rapidement après un retard de règles. Lorsqu'elles apprennent qu'elles sont enceintes, leur réaction est positive mais il reste pour autant difficile de l'avouer aux parents. Afin de pouvoir tout de même mener leur grossesse

à terme, elles attendent que le délai légal de l'IVG soit dépassé pour justifier leur choix de garder l'enfant. Par ailleurs, le but de cette maternité est de refaire surface après avoir été, la plupart du temps, dans une impasse scolaire et dans un désinvestissement de tout. L'enfant est là pour réaliser ce qu'elles n'ont pas pu faire, pour les empêcher de dériver. L'enfant devient alors un stimulant pour avancer ainsi qu'un pôle affectif ne pouvant pas les abandonner. Ces grossesses et la maternité permettent aux adolescentes d'éprouver un sentiment de revalorisation (17).

e. La grossesse «accidentelle »

La grossesse est non désirée, imprévue et fait suite à une erreur de contraception à cause d'une mauvaise, ou d'un manque d'information des patientes sur les moyens qu'elles utilisaient. La découverte de la grossesse est alors généralement tardive, mais quand le choix est encore possible pour les adolescentes quant au devenir de cette grossesse, les deux issues sont observées. Cela dépend notamment de la stabilité du couple, de la situation financière et familiale ainsi que du désir de poursuite des études de la jeune femme (17).

f. La grossesse « culturelle »

Dans certaines cultures, principalement les cultures africaines, gitanes et maghrébines, le fait de se marier et de porter un enfant jeune est valorisant et représente un rite de passage au statut d'adulte (18). De plus, dans ces régions, les jeunes femmes vivent généralement avec des hommes âgés de plus de 25 ans et sont déjà mariées lorsqu'elles attendent leur premier enfant. De même, comme l'explique la psychologue Joëlle Berrewaerts, les femmes africaines mineures sont « *psychologiquement déjà des femmes adultes culturellement et socialement* » (9) ce qui peut expliquer que ces grossesses se déroulent souvent sans encombre (5).

Ainsi, l'environnement social dans lequel vit l'adolescente est un facteur déterminant sur la survenue d'une grossesse. En effet, son comportement peut être influencé par le fait que la maternité précoce soit valorisée ou banalisée dans le milieu où vit la jeune fille (9). C'est d'ailleurs pourquoi on retrouve souvent dans les antécédents des jeunes femmes des grossesses précoces chez leurs mères ou chez leurs sœurs par exemple (17).

g. La grossesse adolescente : des facteurs de risques ?

Comme nous l'avons vu ci-dessus, les raisons d'une grossesse précoce sont très variables. Malgré tout, on retrouve des facteurs de « risques », qui augmenteraient la probabilité d'accéder à la maternité tôt. On retrouve, bien entendu, le mauvais comportement contraceptif ; Christine Loignon, sociologue, montre qu'il peut être dû à un manque de confiance en soi (rapports sexuels cachés, peur de rejet du partenaire), un goût du risque, des rapports occasionnels (9). D'autre part, Brent C. Miller, sociologue, montrait aussi en 2001 le rôle de l'entourage dans la survenue d'une grossesse précoce. Pour lui, une famille solidaire avec un lien parent-enfant solide, la supervision des activités des enfants et la transmission des valeurs parentales concernant les relations sexuelles à l'adolescence et les grossesses adolescentes permettent de diminuer le risque de grossesse précoce. De même, la stabilité du couple, l'intérêt du partenaire pour la contraception, le fait d'avoir un interlocuteur (amis, professionnel de santé) diminue le risque de grossesse précoce. *A contrario*, la monoparentalité, avoir des frères et sœurs sexuellement actifs et/ou des parents peu présents, ainsi qu'avoir un faible réseau amical augmentent le risque d'avoir une grossesse adolescente (9). Pour finir, on retrouve dans tous les articles qu'un niveau socio-économique faible voire défavorisé, c'est-à-dire vivre dans une région défavorisée avec un taux de chômage et d'exclusion important, ou vivre dans des zones rurales ou banlieues difficiles, augmente fortement le risque de survenue d'une grossesse adolescente (4, 6, 9, 14, 17).

V. Grossesse adolescente : un problème de santé publique

a. Un problème de santé publique

La grossesse précoce est connotée négativement dans les sociétés occidentales, ce qui lui prévaut d'ailleurs cette appellation, catégorisante et stigmatisante, de « grossesse adolescente ». En effet, comme l'exprime la sociologue Mariette Le Den en reprenant l'idée d'Anne Murcott, également sociologue, « *dans le contexte idéologique de nos sociétés, les adolescentes appartiennent à la catégorie des enfants, en opposition à celles des adultes matures et responsables ; or, un enfant ne peut ni porter lui-même, ni engendrer* ». Mais pour Chris Bonnell, sociologue, le « problème » des grossesses adolescentes ne serait pas de

nature culturelle mais économique. Selon lui, elles couteraient chères et conduiraient à une « *marginalisation économique et sociale* » des jeunes filles concernées (18).

b. Moyens de prévention mis en place et résultats

Les moyens mis en place diffèrent selon les pays. Dans les sociétés anglophones, notamment aux Etats-Unis, la méthode de prévention est de préserver la sexualité des jeunes en promouvant l'abstinence et la virginité. Ici, la sexualité chez les jeunes est vue de manière négative voire niée. L'acte sexuel est réservé aux adultes. Cette méthode s'est révélée peu efficace selon l'étude de Dicenso de 2002, qui montrait que l'âge du premier rapport ne reculait pas, la contraception n'était pas plus utilisée, et le nombre de grossesses précoces non désirées avait même augmenté (14).

En Grande-Bretagne, la sexualité chez les jeunes est connue, mais reste un cheval de bataille. Le but est de reculer l'âge du premier rapport en conseillant l'abstinence tout en informant les jeunes sur la sexualité. Cette double approche contradictoire n'a pas abouti à une diminution de l'âge des premiers rapports, ni à une augmentation de l'utilisation de contraceptifs selon les résultats de la Social Exclusion Unit en 1999 (14).

Pour l'Europe continentale et la Scandinavie, la politique est moins dans le déni de l'existence d'une sexualité chez les jeunes. La prévention passe essentiellement par l'éducation sexuelle c'est-à-dire l'information précoce sur la sexualité, la contraception et les infections sexuellement transmissibles (IST) ainsi que par un accès facilité à la contraception d'urgence et à l'IVG. Cette méthode a permis de diminuer le taux de grossesses précoces, surtout en Suède (diminution de 80%) (14). Par contre, si plusieurs recherches ont montré que l'éducation sexuelle augmentait les connaissances des jeunes, celle-ci ne permettait pas un changement de leur comportement (Kirby en 1985, Oakley en 1995, Wight en 2002) (9).

VI. Devenir des mères adolescentes

Nous avons pu remarquer que très peu d'études se sont réellement intéressées au devenir de ces jeunes mères. De plus, les seules études s'y étant intéressées avaient très peu de recul, un an seulement.

a. Devenir maternel

1. *Le devenir conjugal*

De manière générale, les études constatent que le fait d'avoir un enfant à l'adolescence augmente le risque de former une famille monoparentale (70% des jeunes femmes) (15, 19), avec un risque d'être mère isolée à 33 ans multiplié par 8 (14). Elles ont également moins de chance d'être mariées (20).

2. *Devenir social*

Concernant les relations aux autres, Christine Loignon pense que la maternité à l'adolescence provoque un isolement social (9). Dans l'étude de Bailey réalisée sur une population brésilienne, 75% des jeunes femmes considéraient la relation avec leurs parents comme bonne au moment de la grossesse, et aucune d'entre elles ne percevaient une détérioration de cette relation un an après la grossesse (21).

3. *Devenir scolaire et professionnel*

Pour le devenir scolaire tout d'abord, l'ensemble des études montre une déscolarisation des adolescentes lors de leur grossesse. (5, 9, 14, 15) En effet, l'arrêt de l'école et la non-obtention du baccalauréat concernent 67% des femmes entre 15 et 19 ans contre 34% des femmes de plus de 20 ans. (9) Seules 12,3% des jeunes filles poursuivent leur scolarité pendant leur grossesse, d'ailleurs cela multiplie par six leur chance de continuer les études après l'accouchement (21). Au contraire, certaines adolescentes avaient décroché du système scolaire avant d'être enceintes (9). Selon l'étude de Bailey, les adolescentes ayant eu une grossesse non désirée ont trois fois plus de chances de retourner à l'école après la naissance du bébé que les adolescentes ayant une grossesse désirée. De même, plus l'adolescente est âgée, plus elle risque de mettre un terme à sa scolarité (21).

D'autre part, pour le devenir professionnel, le fait que les adolescentes soient moins diplômées les expose à une précarité professionnelle. En effet, les différentes études montrent que la grossesse adolescente augmente le risque de chômage (19), d'emplois sous-payés et de pauvreté (14, 20). Il a même été montré que les mères ayant arrêté l'école trouvaient un emploi seulement quatre à six ans plus tard (19).

4. *Devenir psychologique*

On retrouve à travers plusieurs études que les jeunes mères ont une meilleure estime d'elles-mêmes après la naissance de leur enfant (9, 19, 21). Cette estime de soi est d'autant

plus importante que la grossesse était vue par l'adolescente comme ayant un impact positif sur sa vie (21). De même, dans certaines études, il a été remarqué un meilleur comportement concernant l'utilisation des toxiques avec une diminution du tabagisme et de l'alcoolisation (9). Malgré tout, on retrouve dans certains articles l'avis contraire, selon lequel les mères ont deux fois plus de risques de faire des dépressions et qu'elles sont « *beaucoup plus susceptibles d'avoir un grand nombre d'expériences négatives à l'âge adulte que les autres femmes en matière de santé physique et psychique* ». (14) En outre, concernant l'utilisation des toxiques, d'après certaines études, les mères auraient trois fois plus de risques de fumer si elles sont des mères-adolescentes. (9)

5. Devenir obstétrical

Pour terminer, les jeunes femmes sont de nouveau enceintes dans un laps de temps relativement court. Ainsi, 35% le seraient deux ans après la naissance de leur premier enfant. (19) D'après l'étude de Bailey, sur l'ensemble des adolescentes enceintes (fausses-couches, IVG et MFIU [Mort Fœtale In Utéro] compris), 21% des adolescentes étaient de nouveau enceintes, avaient accouché d'un autre enfant ou avaient eu un avortement l'année suivante. (21)

b. Devenir de l'enfant

Bien que le psychanalyste Winnicott pense que « *les mères adolescentes n'ont pas moins de dons que d'autres pour devenir des mères suffisamment bonnes* » et qu'elles sont par conséquent capables d'apporter les soins et de s'occuper de l'enfant (16), le tableau dressé sur le devenir des enfants est sombre. En effet, les liens mères-enfants « *résistent plutôt mal à l'épreuve du temps* » (16). Les relations avec le père sont, elles, variables : certains enfants le voient rarement (13%) voire jamais (47.7%), alors que d'autres ont un père très présent (35%) ou le voient de temps en temps (4.3%). (19)

A propos de leur développement, la littérature est assez pessimiste et explique ce moins bon développement par l'accumulation d'événements négatifs tels que : « *les carences affectives, l'absence de valeurs morales, la faiblesse du capital financier et humain, les problèmes de santé* » (14). On a remarqué chez ces enfants un retard du développement cognitif (9, 14, 20), un moins bon niveau d'études, un risque plus important d'être impliqué dans des activités criminelles (9). Ils sont plus à risque d'abus, de négligence, de troubles du

comportement et d'abandon (9). Concernant ce dernier, une étude montre que 25% des enfants sont confiés à une institution ou une famille d'accueil (19). Selon une autre étude, plus d'un enfant sur deux est confié à l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance) dans sa 4^{ème} année de vie (14).

VII. Bilan

Il nous semble que les grossesses adolescentes représentent un sujet complexe où les avis divergent beaucoup quant aux conséquences qu'elles provoquent dans la vie de ces jeunes femmes, et ce, à cause de la multiplicité des anamnèses. Comme l'écrit Saul D. Hoffman, il ne peut pas y avoir de conclusion telle que : « *ce qui fonctionne pour une, fonctionne pour toutes* » (20). Nous pouvons donc nous demander si ces grossesses précoces influent obligatoirement de manière négative chez ces jeunes femmes. A cause de leur grossesse, ces adolescentes devenues femmes aujourd'hui sont-elles vouées à un chemin tout tracé ? C'est la raison pour laquelle nous avons voulu nous intéresser au devenir de ces mères dix ans plus tard, afin de connaître le parcours d'une mère adolescente d'un point de vue relationnel, professionnel, psychologique et obstétrical. En effet, nous avons vu que très peu d'études, pour ne pas dire aucune, se sont penchées sur le devenir à long terme de ces mères. Un recul de dix ans nous semble être une bonne durée pour pouvoir évaluer au mieux l'évolution de ces femmes. En effet, elles auront à l'heure actuelle entre 24 et 29 ans, or à ces âges, la majorité de la population est ou devient active. Cela permet donc d'avoir une vision plus représentative de leur parcours professionnel. De plus, ces femmes auront dix ans de recul sur leur parcours, leur perception sur leur propre histoire aura peut-être évoluée avec le temps.

Matériels et Méthode

I. Hypothèses et Objectifs

a. Problématique

Le but de ce travail est de rendre compte du devenir socio-économique des jeunes mères à long terme. Plus précisément, le but est de savoir si avoir un enfant avant l'âge de 20 ans prédispose ces jeunes femmes à un avenir plus incertain.

b. Objectifs

Les objectifs de ce travail seront alors d'évaluer les points suivants :

- l'évolution du bien-être de ces femmes,
- l'évolution de leurs relations conjugales, familiales et amicales,
- leurs parcours scolaire et professionnel,
- leur devenir obstétrical,
- la santé, la scolarité de leur enfant ainsi que la relation parent-enfant.

c. Hypothèses

A partir des données de la littérature, nous pouvons émettre les hypothèses suivantes :

- Concernant le bien-être des femmes : c'est un point subjectif, donc peu prévisible mais selon certaines études, nous devrions retrouver une meilleure estime de soi chez ces femmes.
- Concernant les relations :
 - o *Avec le père* : Séparation du couple dans la majorité des cas.
 - o *Avec la famille* : Présence et soutien des familles dans la majorité des cas.
 - o *Amis* : Réduction du cercle d'amis et des interactions sociales dans la majorité des cas.
- Concernant la scolarité et le travail :
 - o *Scolarité* : Déscolarisation pour la majorité d'entre elles.
 - o *Travail* : Obtention d'un travail avec faible niveau de qualification au bout de 4 à 6 ans après la naissance ou chômage.

- Concernant le devenir obstétrical
 - Nouvelle grossesse dans les 2 ans suivant la grossesse adolescente.
 - Issue peu prévisible.
- Concernant le devenir de l'enfant :
 - *Santé* : Risque d'abus, négligence, abandon, trouble du comportement.
 - *Scolarité* : Difficultés cognitives et scolarité courte.
 - *Placement* : Antécédents d'enfants placés dans 25 à 50% des cas, mais certaines d'entre elles auront peut-être récupéré leurs enfants au bout de dix ans.

II. Matériels et Méthode

a. Type d'étude

Afin de réaliser cette étude concernant le devenir socio-économique des mères adolescentes dix ans plus tard, nous avons réalisé une étude qualitative avec des entretiens semi-dirigés.

b. Lieu d'étude

Tout d'abord, nous avons décidé de nous pencher sur les dossiers obstétricaux des jeunes femmes ayant accouché en 2004 au CHU de Caen. L'étude était unicentrique tout d'abord parce que le temps imparti pour réaliser l'étude ne permettait pas de s'intéresser à un autre hôpital, mais également parce que le CHU de Caen a la chance d'avoir des dossiers obstétricaux informatisés (4D Obstétrique), ce qui facilite la recherche pour retrouver l'ensemble des dossiers concernés par l'étude.

c. Population d'étude

Après avoir sélectionné la zone géographique et l'année d'étude, nous avons établi les critères d'inclusion et d'exclusion des patientes. Nous avons inclus toutes les adolescentes entre 10 et 19 ans ayant accouché ou consulté au CHU de Caen en 2004.

Les critères d'exclusion étaient quant à eux, les suivants :

- patientes ne parlant pas le français en 2004 ou actuellement,
- patientes n'habitant plus la région Basse-Normandie,

- patientes sous curatelle ou tutelle,
- grossesses dont l'issue a été une IMG [Interruption Médicale de Grossesse], une MFIU ou un décès périnatal connu.

d. Méthode

Nous avons ensuite contacté par mail le Professeur Michel Dreyfus, Professeur Universitaire et Praticien Hospitalier au CHU de Caen, ainsi que le Docteur Guillaume Benoist, Directeur Technique de l'Ecole de Sages-femmes de Caen, afin d'avoir leur accord quant à la consultation des dossiers et l'appel des patientes.

Après avoir étudié les 138 dossiers obstétricaux (4D Obstétrique) des jeunes femmes ayant eu une grossesse avant l'âge de 20 ans au CHU en 2004, nous en avons éliminé 11 pour les raisons suivantes :

- 1 patiente sous tutelle
- 4 patientes ne parlant pas le français en 2004 ou actuellement
- 4 patientes n'habitant plus la Basse-Normandie
- 1 patiente ayant eu une IMG
- 1 patiente ayant eu une MFIU

Puis nous avons appelé les 127 femmes dont les dossiers correspondaient aux critères d'inclusion. Il en ressort :

- 107 femmes n'ont pas pu être recontactées car les numéros n'étaient plus valides ou elles n'en étaient plus le propriétaire.
- 7 femmes ont refusé de témoigner.
- 4 femmes ne se sont pas présentées au rendez-vous, ont fourni une mauvaise adresse ou ont annulé et n'ont pas voulu reprogrammer l'entretien.
- 9 femmes ont accepté de témoigner de leur parcours.

Par conséquent, après avoir donné une explication succincte du but de la rencontre, il a été convenu par téléphone d'un rendez-vous avec chacune de ces femmes. Le lieu leur était laissé au choix. Parmi les neuf entretiens, huit ont été réalisés au domicile de la patiente et le dernier a été réalisé au Pôle de Formations et Recherche en Santé (P.F.R.S.) de Caen.

Par ailleurs, avant de rencontrer chacune de ces femmes, un guide d'entretien a été élaboré afin d'avoir un fil conducteur tout au long de l'interview (*Annexe 1*).

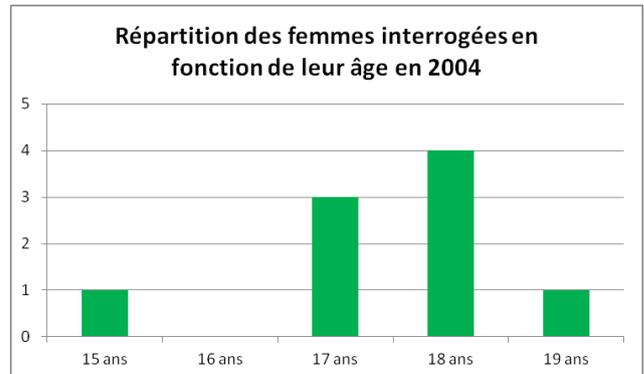
Les entretiens se sont déroulés entre le 30 juin 2015 et le 10 septembre 2015 et ont duré entre 20 minutes et 1h10. A chaque début d'entretien, le but de l'étude et les différents points abordés ont été présentés. De même, nous avons garanti l'anonymat à chaque personne interrogée. C'est pourquoi les prénoms des femmes qui ont témoigné dans ce mémoire ont été modifiés. Pour rappel, les différents thèmes abordés lors des entretiens étaient : la santé et la scolarité de l'enfant, le bien-être de la femme pendant et depuis la grossesse, l'évolution de leurs relations familiales, amicales et conjugales, leur parcours scolaire et professionnel et pour finir, leur devenir obstétrical.

Résultats

I. Critères de la population

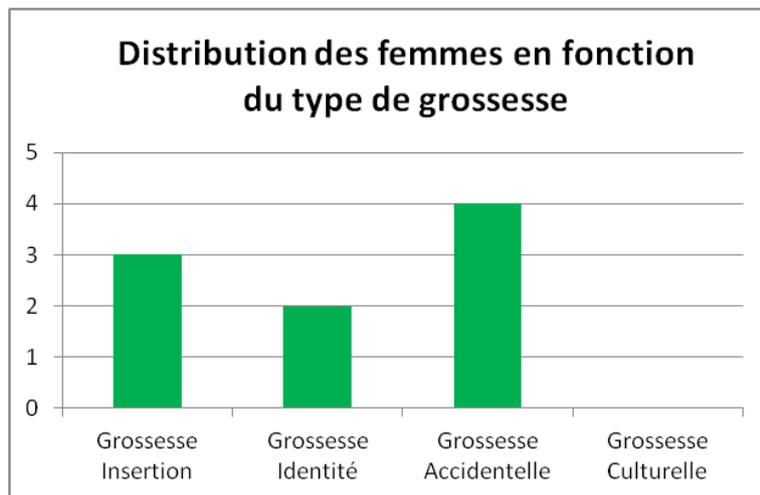
a. Âge

Les femmes interrogées avaient un âge compris entre 15 ans et 19 ans au moment de leur grossesse précoce. Sur les neuf entretiens, une mère avait 15 ans en 2004, trois étaient âgées de 17 ans, quatre de 18 ans et une de 19 ans.



b. Typologie des grossesses et gestité

A propos de la distribution des femmes rencontrées en fonction de la typologie de leur grossesse (selon C. Le Van) (17), notre population est ainsi répartie : Béatrice*, Elise* et Océane* correspondent au profil des grossesses « insertion » ; Amandine* et Jessica* plutôt au profil des grossesses « identité » ; Julie*, Carole*, Camille* et Emma* à celui des grossesses « accidentelles ».



Par ailleurs, l'ensemble des femmes interrogées était primigeste en 2004.

* Les prénoms ont été modifiés.

II. Le devenir relationnel

a. Le devenir conjugal

Nous pouvons remarquer que parmi les femmes rencontrées, presque la moitié (4/9) des femmes est toujours avec le même compagnon depuis la naissance de leur premier enfant. Cependant, deux catégories apparaissent de manière égale : d'une part les femmes dont le couple n'a jamais vécu de séparation (2/4) et qui sont soit mariées, soit pacsées ; et d'autre part les femmes dont le couple s'est séparé (2/4) pendant une courte période (en l'occurrence pendant une grossesse) et qui sont désormais en concubinage.

« La question m'a été posée à chaque grossesse : oui, c'est le même papa. Oui, ça existe encore des familles avec trois enfants et le même papa. [...] Demain, ça fera neuf ans de mariage. » (Julie)

« Toujours, depuis treize ans, toujours. [...] Y'a eu une petite, on va dire, une toute petite coupure quand j'étais enceinte du premier [...] Bon, on s'est remis presque aussitôt ensemble quoi. On est resté même pas un mois séparé quoi. C'était quelques semaines, c'est tout. » (Béatrice)

« Je me suis pacsé pour les enfants, tout ça, c'est plus facile. » (Camille)

« Y'a eu des ruptures, c'est vrai que ça va faire quatorze ans en gros qu'on est ensemble. Juste avant d'avoir elle, on était séparé pendant quelques mois. [...] On s'est remis ensemble, enfin on s'est remis [ensemble] entre deux, mais vraiment ensemble à [mon] accouchement. » (Carole)

Pour les femmes n'étant plus en couple avec le même partenaire (5/9), la séparation a eu lieu pour la plupart rapidement après la naissance de l'enfant et suite à un désir de la femme d'y mettre un terme. De même, les relations avec l'ex-conjoint sont dans la majorité des cas difficiles voire inexistantes (4/5). Depuis, quatre d'entre elles ont retrouvé une personne avec qui partager leur vie et ce, depuis au moins quatre ans, sans avoir forcément eu d'autres relations sérieuses avant de rencontrer leur partenaire actuel. Pour autant, aucune d'entre elle n'est mariée ou pacsée.

« Donc contrairement à ce que beaucoup pensent, c'est pas le papa qui est parti, c'est moi. [...] J'ai eu deux personnes juste après et ensuite j'ai rencontré mon conjoint actuel [...] Ça fait neuf ans. [...] Mais en attendant, on [Jessica et son ex-conjoint] a tendance à se concerter. » (Jessica)

« Mais avec le papa, on s'est séparé, le bébé il avait trois mois. [...] Huit ans, ça va faire huit ans [que je suis avec mon actuel conjoint] » (Amandine)

« C'est plus le même papa. J'en ai eu trois avec le même papa, le premier. [...] J'ai retrouvé directement quelqu'un. Ça fait quatre ans. » (Océane)

b. Le devenir des relations familiales

Concernant la relation familiale, dans la majorité des cas, nous pouvons voir que la famille a eu du mal à accepter la grossesse mais sur une durée très courte, de quelques jours (8/9). Ensuite, les parents, ou grands-parents parfois, ont été présents auprès de ces jeunes femmes et à l'heure actuelle la relation familiale est bonne. Malgré tout, on retrouve deux autres situations : une jeune femme ne s'est pas sentie soutenue par ses propres parents mais plus par sa belle-mère, et pour une autre jeune femme, la grossesse a abouti à la rupture familiale.

« Il [l'entourage] ne supportait pas trop le fait que mon conjoint ait une différence d'âge avec moi donc le jour où je leur ai annoncé que je suis tombée enceinte, c'était un peu plus dur on va dire. [...] Comme [ma mère] n'a pas su comprendre, bah j'ai coupé les ponts avec eux. » (Béatrice)

« Moi mes parents, ils ne se sont jamais vraiment occupés de mes enfants [...] Donc non, j'ai pas eu d'aide plus que ça en fait, à part [la] mère [de mon conjoint], sinon non. » (Carole)

« Pas des remarques, ils ont pleuré quoi. Quand je leur ai annoncé ouais... Dur. L'avenir, c'est par rapport à mon avenir professionnel, et cætera, les études. » (Amandine)

« [La décision n'a] pas très bien prise par l'entourage, forcément, mineure, voilà, c'est pas... C'est pas ce qu'il y a de mieux ; on ne souhaite

pas ça pour ses enfants. Et puis, j'ai eu le soutien de mon papa, et de ma maman. Mais plus de mon papa dans le sens où il m'a posé la question : « Qu'est-ce que tu souhaites faire ? ». En fait à ce moment-là j'ai dit : « Je veux le garder ». Et lui il m'a répondu : « Je te suis ». » (Emma)

c. Le devenir du cercle amical

Deux populations ressortent sur ce point. Dans un groupe, nous avons des jeunes femmes qui ont gardé le même cercle amical depuis dix ans (4/9), et dans un second, nous retrouvons des jeunes femmes dont le cercle amical a changé (4/9). Elles expliquent alors ne pas avoir gardé leurs amitiés de l'époque parce que suite à la grossesse, leurs centres d'intérêts n'étaient plus communs.

« Il y en a quelques-unes avec qui j'étais très proche et avec qui je suis restée très proche au jour d'aujourd'hui. [...] Ça n'a pas changé. Ça n'a pas changé à ce niveau là [à cause de la grossesse]. » (Carole)

« J'ai eu une, surtout une meilleure amie qui était là et qui est toujours présente au jour d'aujourd'hui, euh... Voilà, qui [m']a toujours soutenu. [...] C'est sûr j'ai perdu des amis, mais c'est peut-être à mon bon vouloir hein ! Parce que quand on est enceinte, quand on a un enfant et que, les filles de mon âge à l'époque en avaient pas, on n'a plus du tout la même vision [des] choses. Enfin moi, j'ai dû murir d'un coup, grandir. Et elles, elles restent gamines. Enfin, c'était un choix, ouais c'était ça, plutôt un choix à moi. J'avais plus trop d'intérêts de les voir. » (Amandine)

III. Devenir scolaire et professionnel

a. Scolarité

Nous retrouvons de nouveau deux types d'évolution concernant la scolarité. Tout d'abord, pour les grossesses non planifiées, on remarque que toutes les jeunes femmes ont soit continué leurs études pendant la grossesse, soit ont repris les cours après (4/9). Dans tous les cas, elles sont en possession d'un diplôme (BEP ou CAP dans la majorité des cas), et toutes ont refait une formation par la suite, ou prévoient d'en faire une (Assistante maternelle ou Aide-soignante principalement).

« J'ai quand même pris une année pour m'occuper de lui [...] après, j'ai repris la fac en deuxième année de géographie, que j'ai continuée jusqu'à la licence, puis je me suis arrêtée. » (Camille)

« J'ai terminé mon année. [...] J'ai dû savoir fin juin [que j'étais enceinte] donc j'ai terminé mon année, j'ai passé mon BEP [...] et après ce qu'il s'est passé c'est que j'ai arrêté de travailler. Ma mère m'avait caché que j'avais été reçue [à l'école supérieure]. [...] Je suis assistante maternelle maintenant, [...] j'ai passé une formation en fait. » (Julie)

A contrario, on remarque chez les mères dont la grossesse était un projet de couple (3/9), qu'elles étaient déscolarisées depuis l'âge de 16 ans ou alors étaient dans une impasse scolaire. Et aucune d'entre elles n'a repris les cours, ni même suivi de formation.

« Non, j'avais arrêté [les cours à 16 ans]. » (Elise)

« Après la première année de CAP, j'ai tout arrêté en fait. J'étais à trois mois de grossesse quand j'ai arrêté le lycée. » (Océane)

b. Emploi

Concernant désormais leurs emplois, nous pouvons également distinguer ces deux catégories.

En effet, les jeunes femmes ayant désiré leur grossesse s'avèrent avoir des emplois plus précaires (CDD [Contrat à Durée Déterminée] à court terme, emploi saisonnier, travail non déclaré) voire n'ont jamais travaillé.

« Sinon, bah après, la vie professionnelle j'en ai pas eue. » (Océane)

« Ce sont des trucs saisonniers que je fais. Et ils me reprennent tous les ans. [...] J'avais déjà commencé avant d'être enceinte de mon premier. Et j'ai repris en 2011. [Entre deux], j'ai essayé des trucs par-ci, par-là. Sinon j'aidais mon mari au marché. » (Elise)

« J'ai fait un peu de travail au black, on va pas se le cacher. [...] Je suis restée quelques temps à m'en occuper, j'ai refait des petits boulots entre deux. [...] Bah là, en septembre, j'ai trouvé un petit CDD qui s'arrêtait en décembre. » (Béatrice)

A propos des autres femmes, elles ont généralement pris une année pour s'occuper de leur enfant (4/6). Ensuite, elles ont toutes trouvé du travail. Soit elles ont gardé ce travail pendant une longue période, soit elles ont changé de poste à plusieurs reprises mais la période sans emploi se révèle être courte. Certaines d'entre elles ont pris un congé maternité suite à leur deuxième grossesse qu'elles ont renouvelé au fil des autres grossesses.

« Entre temps, j'ai été assistante maternelle. [...] Donc j'ai fait ça pendant deux ans et demi. [...] Je n'ai pas travaillé aussitôt [la naissance de ma fille]. J'ai fait des petites choses. J'ai fait Tupperware, j'ai travaillé en tant que VDI [Vendeur à Domicile Indépendant]. [...] Mais après, non, non j'ai travaillé à l'usine pendant 8 mois. [...] Là, je suis en congé parental. »
(Jessica)

« J'ai commencé à travailler début 2005, la première année j'ai élevé ma fille. [...] J'ai postulé partout et dans le commerce. Parce que, vous savez, quand vous avez pas trop de diplômes, c'est ce qui vous prend. [...] Et après, j'ai eu la chance de faire l'affaire et de... Je suis bosseuse. Donc de faire l'affaire, je suis restée, j'ai été embauchée 9 ans là-bas. [...] Je viens de changer tout récemment. [...] Je suis assistante maternelle maintenant »
(Julie)

IV. Ressenti sur leur parcours

De manière globale, les femmes ont toutes bien vécu leur grossesse et ont une vision positive de leur parcours. Nous constatons également, que pour certaines d'entre elles, cette grossesse a eu un impact positif dans leur vie, leur permettant d'évoluer et de faire face à ce qui n'allait pas dans leur vie à l'époque (3/9).

« Bah j'allais plutôt dans une mauvaise pente, donc en fait c'était plutôt une bonne chose. [...] Mais après quand il est né, un an après, j'ai perdu mon père donc heureusement qu'il était là. Autrement j'aurais pas... [...] Je ne serais pas là je crois » (Elise)

« Je suis fière de moi. Je suis fière de nous. Parce que bah on est parti de rien quoi. [...] Mais je suis fière de nous car [notre situation actuelle] on l'a réussi par nous deux quoi. [...] C'est notre travail, notre énergie, c'est nous quoi. » (Julie)

« J'en suis finalement assez fière [de mon parcours]. [...] Je suis quand même assez fière de voilà, qu'on est pas... On a plutôt grimpé les échelons, plutôt que d'échouer quoi. » (Jessica)

« Mais maintenant que je vois... Bah la fierté, de voir comment sont devenus mes enfants, de voir qu'en étude, question école et tout ils s'en sortent très bien, et bah, je suis très heureuse quoi, y'a pas d'autres mots. Je suis fière. Ouais, je suis fière. Je suis fière. » (Béatrice)

De même, aucune d'entre elles ne regrette d'avoir été mère adolescente. Mais, il reste pour autant intéressant de noter que la moitié d'entre elles sont dubitatives voire catégoriques sur le fait qu'elles ne réitéreraient pas l'expérience si elles avaient le choix (5/9). Pour la majorité d'entre elles, il s'avère que ce sont des femmes dont la grossesse n'était pas programmée et qui sont désormais séparées du père de leur enfant (4/5). Concernant celles qui le referaient sans hésiter, nous remarquons deux populations antagonistes : celles dont la grossesse était programmée et qui étaient déscolarisées à 16 ans (2/4), et celles au contraire qui ont plutôt repris les cours ou une formation, dont les grossesses n'étaient pas programmées (2/4).

« Ah non ! Je ne recommencerais pas ! Sincèrement, je ne regrette pas ma fille, ça n'a rien à voir mais je ne recommencerais pas. » (Emma)

« Mais nous, ça serait à refaire, on referait exactement pareil. On est content et on trouve que c'est une chance d'avoir un bébé jeune quand on peut après [...] les assumer et qu'on est entouré. » (Camille)

« Ah oui, je recommencerais. [...] Sans hésiter, y'a pas de problème. » (Océane)

De plus, hormis pour les mères dont la grossesse était désirée, nous pouvons percevoir que ces jeunes mères ont trouvé le fait de devenir mère précocement, difficile

(7/9). L'explication principale, c'est qu'elles ne se rendaient pas compte de ce qu'être mère signifiait réellement, notamment s'agissant des soins de l'enfant, elles ne le comprenaient pas toujours. Par ailleurs, elles avouent qu'avoir reçu l'aide de leur famille a été primordial.

« Bien sûr [que j'ai rencontré des difficultés]. A l'époque, sans forcément m'en rendre compte, trop jeune en fait. Mais au jour d'aujourd'hui, la maturité, et cætera, oui bien sur. Y'a des trucs... Heureusement que mes parents étaient là pour m'aider. [...] Tout simplement, quand le bébé il pleure, qu'il a mangé et cætera, c'est plus dur en tant qu'adolescent de gérer ça, enfin de se dire... bah qu'est ce qu'il a, alors que tout va bien. » (Amandine)

« C'est difficile ! C'est difficile de se lever, le truc tout bête, de se lever la nuit ! En tant qu'ado, les gamins, ils se lèvent à midi tous les jours ! » (Emma)

« Ouais [ça a été difficile]. Parce que c'est H24. C'est la nuit, le jour, c'est tout le temps. » (Elise)

Pour terminer, au vu de l'image de leur parcours, il peut paraître étonnant de voir que l'ensemble de ces mères ne souhaite pas que leurs enfants soient parents à l'adolescence. Certaines d'entre elles inciteraient même leur enfant à l'avortement ou du moins leur exposeraient les aspects négatifs (3/9). De la même façon, il est surprenant de voir que la majorité des femmes, quelle que soit leur typologie de grossesse, a un avis plutôt négatif sur les actuelles adolescentes enceintes (7/9).

« Je lui ai dit que, le plus tard serait le mieux. [...] Mais elle sait que, évidemment, je préférerais qu'elle attende le plus longtemps possible » (Jessica)

« Ça m'embêterait un peu, mais bon. [...] Bah il va gâcher sa vie quoi. » (Elise)

« Mais bon plus tard, ça va. Plus tard ! Après être grand-mère ! [...] Donc si ça arrive, si sa copine tombe enceinte à mon premier, bah, on fera avec, après on verra bien hein. » (Béatrice)

« Bien moi j'en vois beaucoup des jeunes mamans. Mais le problème, c'est que je crois qu'il y en a beaucoup à cette époque-là qui font des enfants comme si c'était des poupées et puis elles n'ont rien derrière. »
(Océane)

« Bah ça dépend, y'en a [des jeunes filles] qui ne devraient pas en avoir, quand on voit tout ce qui se passe. » (Elise)

« Après, je pense qu'il y en a beaucoup qui voient la facilité à faire un enfant : c'est arrêter de travailler, c'est arrêter d'aller à l'école. »
(Carole)

V. Le devenir obstétrical

Concernant le devenir obstétrical de ces femmes, nous pouvons voir que ces femmes ont toutes eu d'autres enfants. La majorité d'entre elles a trois ou quatre enfants au total (7/9). Nous notons que pour les patientes en ayant deux, les grossesses étaient très espacées : les femmes le justifient en partie par le fait qu'elles ne se voyaient pas assumer un autre enfant rapidement après le premier.

A propos de la durée entre les grossesses, nous remarquons que la deuxième grossesse survient en moyenne trois ans plus tard. A chaque fois cette grossesse a été désirée et donc conservée, et quand ça n'était pas le cas, les patientes ont eu recours à une IVG, notamment parce qu'elles ne se voyaient pas assumer de nouveau le rôle de parent.

« [J'ai eu] une IVG. Je crois que mon fils avait un an ou deux. A peu près hein. Donc non, je ne me voyais pas repartir... Non, non [...] Et puis c'était pas une relation, je veux dire... » (Amandine)

« Je suis tombée enceinte [en 2007], mon fils avait 3 ans, mais je l'ai pas gardé [...] J'ai [aussi] eu du mal à encaisser [ma grossesse] en 2012, alors c'est pour dire que... Non, non, c'était pas du tout possible, j'aurais jamais pu. Ça aurait été trop compliqué, j'aurais jamais pu, jamais. J'étais moi-même encore un peu enfant, donc déjà s'occuper d'un enfant quand on

est encore enfant c'est déjà compliqué mais en plus de ça en gérer deux, c'était pas possible » (Carole)

Pour les patientes ayant eu trois enfants ou plus, nous voyons des durées se démarquer. En effet, comme nous le disions ci-dessus, certaines d'entre elles attendent leur deuxième enfant en moyenne 3 ans plus tard (4/9) ou alors 7 ans plus tard (2/9). Concernant la troisième grossesse, elle arrive principalement huit à dix ans après le premier enfant (6/9).

« Par contre, mon mari il me dit que depuis qu'on a [notre dernier enfant] : « Je te trouve plus épanouie qu'avant ». Parce qu'en fait, j'ai toujours rêvé d'une famille de trois enfants ». (Julie)

« C'est mes copines qui me le disent : « Mais t'as toujours dit que tu voulais pleins d'enfants et tôt » (Camille)

VI. Devenir de l'enfant

Pour commencer, l'ensemble des mères nous dit avoir une bonne relation avec leur enfant. Ensuite, concernant la relation qu'ils ont avec leur père, le sujet a principalement été abordé lorsque le couple était séparé. On remarque pour la majorité des cas, que l'enfant ne voit plus ou rarement son père (3/4). Cependant, selon les mères, cette distance est principalement due au manque d'intérêt du père pour son enfant.

« Mon fils, par exemple, s'il a plus d'affinité aujourd'hui avec son beau-père, enfin mon conjoint actuel, c'est parce qu'il sait que c'est lui qui l'élève, enfin indirectement. [...] Son père, il sait qu'il ne peut pas compter dessus. » (Amandine)

« [La séparation] a tout coupé en fait. Il prend pas de nouvelles, il ne les voit pas. C'est très rare. » (Océane)

Ensuite, concernant le développement de l'enfant, nous possédons les informations suivantes : nous pouvons voir que dans la plupart des cas, les enfants ont une scolarité normale, voir bonne (6/9). Sur la totalité des entretiens, seul un enfant est en CLIS à cause de difficultés scolaires.

Par ailleurs, chacune des mères interviewées se soucie des études de ses enfants, et elles souhaitent qu'ils fassent de « grandes études », parfois pour pallier à ce qu'elles n'ont pas pu réaliser.

« Je pense qu'elle fera des grandes études aussi. [...] Donc on sera là et on lui a toujours promis qu'on sera toujours là. Mais pour nos deux autres enfants aussi. » (Julie)

« Bien je préférerais [qu'il fasse de longues études]. Etant donné que j'en ai pas fait, je lui souhaite. Après, il fera ce qu'il a envie de faire. » (Carole)

« J'aimerais bien [qu'il fasse de grandes études], ouais. Parce que c'est une fierté parce que j'en ai pas fait. [...] J'insisterai bien sur le fait qu'il fasse un métier qu'il aime. [...] J'aimerais bien qu'il passe le BAC, ça serait une fierté pour moi hein, je le dis. C'est vraiment pour moi. » (Amandine)

In fine, concernant la santé des enfants, nous avons observé que trois enfants n'étaient pas en bonne santé « physique », puisqu'une enfant est atteinte du syndrome de Turner, une enfant est atteinte d'une CIA (Communication Inter-Auriculaire), de problèmes d'oreilles et de gorge et un enfant est malentendant ce qui justifie sa scolarisation en CROP (Centre Ressource de l'Ouïe et de la Parole).

Analyse et Discussion

I. Limites et points forts de l'étude

a. Limites de l'étude

Pour commencer, notre échantillon d'étude est petit. Cela est dû à la durée de l'étude, mais principalement à cause du nombre important de perdues de vue. De plus, parmi les vingt personnes qui ont été recontactées, onze d'entre elles ont refusé ou ne sont pas venues. On peut alors s'interroger sur les raisons de ce refus. Peut-être que contrairement aux femmes rencontrées, elles ne sont pas suffisamment confiantes et fières de leur parcours. Ce qui nous amène à une deuxième limite de cette étude, le fait que la population rencontrée ne soit pas représentative de la diversité des cas et des histoires.

b. Points fort de l'étude

Cependant, cette étude montre aussi des points positifs. Tout d'abord, aucune étude sur le devenir socio-économique des mères adolescente dix ans plus tard n'a jamais été réalisée, ce qui fait le principal intérêt de notre étude. De plus, le recul de dix ans est un point fort car il est suffisamment important pour avoir un réel regard sur le devenir de ces femmes.

Ensuite, concernant la population rencontrée, même si elle n'est pas représentative de la diversité des cas, elle reste néanmoins hétérogène concernant les âges et la typologie des grossesses.

Enfin, pour les patientes ayant accepté l'entretien, ce dernier s'est bien déroulé à chaque fois. De plus, le guide d'entretien et les questions posées étaient des questions ouvertes, laissant la libre parole et n'influençant pas la personne interrogée.

II. Analyse par typologie de grossesse

a. Devenir des grossesses «insertion »

De manière générale, nous avons pu remarquer des points communs entre le devenir des femmes dont la grossesse est de type « insertion ».

Tout d'abord, concernant les relations familiales, c'est principalement chez les femmes de cette catégorie qu'on retrouve des relations parentales difficiles, notamment avec Béatrice qui a coupé les ponts avec sa famille et Elise qui a une image relativement négative de sa mère.

A propos des relations conjugales, on remarque que celles qui ne sont actuellement plus avec le père de l'enfant sont tout de même restées plusieurs années avec lui. Cette première union aura d'ailleurs abouti à la naissance de plusieurs enfants avant qu'elle ne cesse. D'ailleurs, de manière générale, l'ensemble de ces femmes a 3 enfants ou plus actuellement.

Par la suite, concernant leur parcours scolaire, nous retrouvons chez Béatrice, Océane et Elise les mêmes éléments. En effet, pour chacune d'entre elles, on remarque une impasse scolaire ou une déscolarisation à 16 ans. De plus, aucune d'entre elles n'a repris les cours, ni même suivi de formation par la suite. De la même manière, pour l'ensemble de ces femmes, nous pouvons voir qu'elles ont soit des emplois précaires (CDD à court terme, emploi saisonnier, travail non déclaré) soit n'ont jamais travaillé.

Quant à leur vision de leur parcours, la majorité n'a pas ressenti de difficulté concernant leur rôle de mère, et s'est sentie à l'aise dans les soins de l'enfant. De même, aucune n'a de regret concernant cette grossesse et la majorité recommencerait l'expérience sans hésiter.

b. Devenir des grossesses « identité »

Pour commencer, concernant leur devenir social, les deux femmes de cette typologie ne sont plus en couple avec le père de leur premier enfant. Elles ont été à chaque fois à l'origine de la rupture et ce, rapidement après la naissance de leur enfant. De même, chacune d'entre elles a refait sa vie après cette rupture et elles sont maintenant en couple depuis au moins huit ans.

Ensuite, concernant leur entourage familial, les deux femmes ont de bonnes relations avec leurs parents à l'heure actuelle. Par ailleurs, à propos de leurs relations amicales, chacune d'entre elle confie la présence d'une meilleure amie qui les a soutenue depuis le début et qui est toujours présente.

A propos de leur parcours, nous retrouvons chez ces femmes un arrêt des cours suite à la grossesse, sans reprise de la scolarité par la suite. Pour autant, chacune d'entre elles a passé des formations ou des diplômes en candidat libre. De même, ces femmes ont un parcours professionnel montrant peu de périodes de chômage.

Concernant leur ressenti, aucune ne regrette sa grossesse précoce, mais pour autant aucune d'entre elles ne réitérerait l'expérience si c'était à refaire.

c. Devenir des grossesses « accidentelles »

A propos de cette typologie de grossesse, la majorité des femmes est toujours en couple avec le même partenaire. De plus, c'est la seule catégorie où nous retrouvons des couples mariés ou pacsés. Concernant le devenir obstétrical, il s'avère que la majorité de ces femmes a trois enfants aujourd'hui.

Par ailleurs, leurs relations familiales sont globalement bonnes. A propos de leurs amitiés, la majorité a toujours le même cercle amical qu'au moment de leur première grossesse.

A propos de leur devenir scolaire, elles ont toutes fini leur année scolaire en cours, ou alors sont retournées à l'école par la suite. Pour celle qui n'est pas retournée en cours, il s'avère que sa mère lui avait caché son admission dans une autre école. Elle a cependant effectué une formation par la suite.

Par ailleurs, aucune ne regrette sa grossesse et la majorité recommencerait l'expérience si c'était à refaire. De même, toutes ont un ressenti positif sur leur parcours.

d. Comparaison des différentes analyses par typologie

Bien que des idées principales ressortent en fonction de chaque typologie de grossesse, il reste intéressant de voir que les différentes catégories semblent tout de même avoir des points communs.

Pour commencer, concernant le parcours professionnel, nous pouvons faire un rapprochement entre le devenir des grossesses « identité » et des grossesses « accidentelles ». En effet, nous pouvons voir que toutes ces femmes possèdent un diplôme. De même, nous retrouvons un parcours professionnel satisfaisant avec la prise d'une

première année pour s'occuper de l'enfant avant de commencer à travailler de manière régulière, même si dans la majorité des cas au cours des dix dernières années, les postes occupés ont changé à plusieurs reprises.

De même, nous pouvons rapprocher ces deux typologies concernant le devenir des relations familiales, qui sont dans les deux cas restées globalement positives.

La sensation de difficulté est aussi un point commun à ces deux typologies. En effet, la majorité de ces femmes avoue que leur parcours n'a pas été simple et que la présence de leur famille a été essentielle pour elles.

Concernant maintenant le ressenti des jeunes femmes, nous pouvons cette fois-ci rapprocher les grossesses « accidentelles » et les grossesses « insertion ». En effet, pour les deux catégories, nous retrouvons dans la majorité des cas une fierté vis-à-vis de leur parcours et ces femmes seraient prêtes à réitérer cette expérience.

De plus, il reste des points où toutes les femmes se rejoignent, peu importe leur typologie de grossesse. Tout d'abord, concernant le devenir obstétrical. En effet, nous retrouvons dans la plupart des cas que ces femmes ont fondé des familles de minimum trois enfants.

D'ailleurs à propos des enfants, nous pouvons remarquer que tous ont un bon parcours scolaire et que leur mère leur souhaite de faire de longues études.

De la même manière, nous retrouvons chez l'ensemble de ces femmes une vision positive concernant leur parcours. Aucune d'entre elles ne regrette d'être devenue mère avant l'âge de 20 ans et elles sont fières de leur parcours.

Par ailleurs, malgré ce ressenti positif, nous pouvons notifier que l'ensemble de ces femmes ne souhaite pas que leurs enfants suivent ce parcours de parent-adolescent. De même, il peut paraître paradoxal que la majorité d'entre elles semble avoir un avis plutôt négatif concernant les jeunes adolescentes enceinte à l'heure actuelle.

III. Comparaison des résultats aux données de la littérature

a. La typologie des grossesses

Pour réaliser ce travail, nous avons décidé de suivre les travaux de C. Le Van sur les différentes typologies des grossesses adolescentes (17). Cette classification des grossesses nous a semblé tout à fait suffisante et objective. En effet, malgré ces dix années de recul, nous avons pu facilement caractériser les femmes interviewées en fonction de la typologie qu'elle avait proposée, faisant de ses travaux un réel outil pour notre étude.

b. Le devenir relationnel

1. La relation conjugale

Quand nous comparons nos données à la littérature, nous pouvons alors remarquer que notre étude ne montre pas les mêmes conclusions. En effet, nous retrouvons bien à travers les entretiens que peu de ces femmes sont mariées. Mais l'idée que la majorité des femmes forme une famille monoparentale n'est pas retrouvée dans notre population, puisque même si la totalité d'entre elles ne sont pas restées avec le même partenaire, elles ne sont pas seules actuellement.

Cependant, l'échantillon interrogé restant petit par rapport à la population totale de départ, il est évident qu'il ne représente pas la diversité des cas. Il est donc difficile de tirer la moindre conclusion.

2. Les relations sociales

Concernant la relation familiale, les informations données par la littérature concordent avec les témoignages des jeunes femmes de notre population. En effet, de manière générale, on voit que la famille est très souvent présente. Pour les situations où ça n'est pas le cas, on remarque que cela touche principalement les femmes dont la grossesse était une grossesse « insertion ».

Quant aux relations amicales, contrairement à ce qu'écrivait Loignon (9), on peut voir que certes, le cercle d'amis présent en 2004 n'est pas conservé de manière constante soit par choix soit par le *continuum* de la vie, mais que dans tous les cas, aucune de ces femmes ne s'est sentie seule, rejetée ou mal entourée amicalement ces dix dernières années.

c. Devenir scolaire et professionnel

1. Scolarité

Il est intéressant de voir que nos résultats coïncident avec ceux de Bailey (21), ainsi que ceux de Berrewaerts (9). En effet, nous retrouvons bien que lorsque la grossesse n'est pas planifiée, la chance de retourner en cours est supérieure comparée aux femmes dont la grossesse était un projet.

2. Emploi

Nous pouvons remarquer, comme dans littérature, que la grossesse adolescente augmente le risque de chômage, emplois sous payés et pauvreté (14, 19, 20). Dans notre étude, cela se retrouve chez les femmes dont la typologie de la grossesse était une grossesse « insertion ». Cependant, le faible échantillon de l'étude ne rend pas ce résultat interprétable.

Quant au temps qu'elles ont mis à trouver un travail, la donnée de quatre à six ans (19) paraît une période longue comparée à ce qui a été observé dans notre population. Pour nous, la durée avant laquelle les jeunes femmes ont retrouvé un travail semble plus proche d'un an, et dans la plupart des cas c'est un choix de leur part, afin de privilégier du temps avec leur enfant. Une fois de plus, ces résultats ne sont pas représentatifs étant donné notre petit échantillon.

d. Ressenti sur leur parcours

Comme dans certaines données de la littérature telles que l'article de Bailey (21), pour certaines jeunes femmes, cette grossesse a eu un impact positif dans leur vie, leur permettant d'évoluer et de faire face à ce qui n'allait pas dans leur vie à l'époque.

e. Devenir obstétrical

Lorsque nous reprenons les données de la littérature, et notamment ceux de l'article de Sellenet C. et Portier-Le Cocq F. (19), nous pouvons voir qu'en effet, dans la majorité des cas, une seconde grossesse arrive dans un délai assez court, mais plutôt de trois ans que de deux. Cependant, pour les troisièmes grossesses et plus, nous ne pouvons comparer nos résultats à aucune donnée de la littérature.

f. Devenir de l'enfant

Pour rappel, la littérature nous proposait un tableau assez sombre sur le devenir de ces enfants, autant d'un point de vue relationnel avec leurs parents que pour leur développement.

Concernant les relations parents-enfant il s'avère que dans notre population, contrairement à ce que Bettoli (16) écrivait, la relation mère-enfant est bonne. Par contre, nous retrouvons les mêmes résultats que l'article de Sellenet de Portier-Le Cocq (19). Nous remarquons qu'en effet, pour les couples séparés, l'enfant ne voit plus ou rarement son père. Selon les mères, cette distance est principalement due au manque d'intérêt du père pour son enfant.

Ensuite, concernant le développement de l'enfant, nous observons aussi un tableau différent. En effet, par les témoignages recueillis, nous pouvons voir que dans la plupart des cas, l'enfant a une scolarité normale, voire bonne.

Les données de la littérature justifient la difficulté scolaire par des problèmes de santé entre autres (14). Dans notre échantillon, nous avons deux enfants ayant subi plusieurs opérations. Cependant l'un a une scolarité brillante tandis que l'autre a redoublé sa classe préparatoire. Par conséquent dans notre échantillon, la difficulté scolaire ne peut pas être seulement imputable aux problèmes de santé.

Pour les autres événements négatifs (14) pouvant influencer sur un moins bon développement de l'enfant, nous ne pouvons pas conclure grâce aux entretiens. En effet, ni la carence affective, ni l'absence de valeurs morales, ni la faiblesse du capital financier et humain n'ont été observées chez les patientes interrogées. La faiblesse de notre échantillon ne permet pas de conclure sur ce point.

De même, nous pouvons nous faire la même remarque concernant le placement des enfants en famille d'accueil (14, 19). Notre échantillon ne montre pas la diversité des cas sur cette question.

Conclusion

Cette étude qualitative avait pour but d'évaluer le devenir socio-économique des mères adolescentes, dix ans après. Pour rappel, c'est la première fois que ce sujet est traité avec un tel recul. Malgré un échantillon restreint puisque composé de seulement neuf femmes, nous avons réussi à faire émerger une première trame à propos de leur parcours. Il ressort notamment que leur devenir sur certains thèmes étudiés est propre à leur typologie de grossesse.

Tout d'abord, concernant les grossesses « insertion », nous constatons que ces femmes qui étaient dans une impasse scolaire il y a dix ans, n'ont repris ni les cours, ni suivi de formation particulière et ont par conséquent un parcours professionnel précaire, avec une absence de revenus réguliers. De même, ces mères n'ont pas eu l'impression d'avoir eu de difficultés à élever cet enfant malgré leur jeune âge.

Ensuite, concernant les grossesses « identités », il ressort de nos informations qu'il y a une rupture presque systématique avec le père de l'enfant. Par ailleurs, ces femmes ne réitéreraient pas l'expérience.

Cependant, concernant les grossesses « accidentelles », elles ne se démarquent pas sur des thèmes particuliers mais elles semblent avoir des points communs avec les deux autres typologies de grossesse. En effet, pour ces grossesses comme pour les grossesses « identités », nous pouvons voir l'obtention d'un diplôme pour chacune des femmes de ces catégories. De même, les femmes de ces deux typologies semblent avoir eu plus de difficultés. Du moins, elles avouent avoir dû se battre et fournir de l'énergie pour obtenir ce qu'elles ont aujourd'hui.

Par ailleurs, toutes ces femmes se regroupent sur plusieurs points. Dans un premier temps, le ressenti positif sur leur parcours. Toutes sont fières de ce qu'elles ont fait et de ce qu'elles sont devenues. Dans un deuxième temps, nous retrouvons chez la majorité de ces femmes, la mise au monde de trois enfants ou plus.

In fine, cette étude nous a également permis de mettre en avant de nouvelles notions. Dans un premier temps, toutes ces femmes ne réitéreraient pas cette expérience.

En effet, toutes les femmes ayant eu une grossesse « identité » ont affirmé qu'elles ne voudraient pas renouveler l'expérience. A l'inverse, les femmes ayant eu une grossesse « insertion » ou « accidentelle » seraient prêtes à revivre l'expérience. Pour autant, il nous semble important de noter qu'aucune d'entre elles ne regrette d'avoir été mère précocement. D'ailleurs pour leur premier enfant, alors né pendant leur adolescence, la totalité de ces femmes se soucie de leur scolarité et souhaitent qu'il fasse des études supérieures, parfois pour compenser le fait qu'elles n'en ont pas elles-mêmes réalisées.

Dans un second temps, à travers ces entretiens, nous avons pu voir que le point de vue de ces femmes à propos des mères adolescentes actuelles a tendance à être négatif. Elles pensent que les jeunes filles actuelles ne se rendent pas compte ce que représente le fait d'être mère, et qu'elles n'ont pas les ressources pour assumer par la suite. Cette prise de position paradoxale pose alors la question de la stigmatisation systématique des adolescentes enceintes.

Ce travail permet ainsi de nous rendre compte que le devenir des mères adolescentes n'est pas obligatoirement et systématiquement synonyme d'échec personnel, d'échec professionnel et que les enfants nés de ces grossesses peuvent aussi avoir une enfance épanouie.

Par ailleurs, nous avons retrouvé à travers quelques entretiens, que le personnel médical avait pu être dévalorisant vis-à-vis de ces femmes, ne les considérant pas à leur juste valeur et ne prenant pas en compte le fait qu'elles n'étaient plus seulement des adolescentes, mais aussi des jeunes mères ayant besoin, comme tout autre jeune femme, de prendre leurs marques dans ce nouveau rôle. Par conséquent, il nous semble important que le personnel médical ait confiance et soutienne ces jeunes femmes dans cette nouvelle tâche. Cela est d'autant plus essentiel que le soutien semble avoir été primordial dans l'évolution de ces femmes.

Deux questions se posent à nous désormais. Tout d'abord, après avoir étudié le devenir des femmes ayant accouché pendant leur adolescence, il serait intéressant d'avoir également ce recul de dix années pour des grossesses ayant abouti à une IVG, autrement dit, les grossesses « rites d'initiation » et les grossesses « SOS ». Enfin, il serait pertinent de

savoir si les parcours analysés dans cette étude se distinguent des parcours, dix ans plus tard, des femmes qui ont eu leur premier enfant après l'âge de 20 ans.

Bibliographie

- (1) Patrice Huerre. « *L'histoire de l'adolescence : rôles et fonctions d'un artifice* », Journal français de psychiatrie 2001/3 (n°14), p6-8
- (2) Définition de l'adolescence. Le Petit Larousse. [En ligne]. [Consulté le 07/01/2016]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adolescence/1156?q=adolescence#1146>
- (3) Santé de l'adolescent. OMS. [En ligne]. Consulté le 07/01/2016. Disponible sur : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/fr/
- (4) Dadoorian Diana, *Grossesses adolescentes*, Toulouse, ERES « La vie de l'enfant », 2007, 136 pages.
- (5) CNGOF. Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale. *Grossesse et accouchement des adolescentes*. Consulté le 23/12/2014. [En Ligne]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2003_gm_209_seince.pdf
- (6) Yves-Hiram Haesevoets. *Traumatisme de l'enfance et de l'adolescence : un autre regard sur la souffrance psychique*. Edition De Boeck, Bruxelles, 2008. P193-231
- (7) INED. *Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ?*. Population & Sociétés. N°361. Octobre 2000.
- (8) OMS. *La grossesse chez les adolescentes*. Consulté le 07/01/2016. [En Ligne]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/>
- (9) J. Berrewaerts & F. Noirhomme-Renard (2006). *Les grossesses adolescentes : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ?*. UCL-RESO, Bruxelles, Séries de dossiers techniques, ref. : 06-40.
- (10) OMS. *Grossesse à l'adolescence : un problème culturel complexe*. [En ligne]. Consulté le 08/01/2016. Disponible sur : <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/fr/>
- (11) INSEE. *En 2013, 811510 bébés sont nés en France*. [En ligne]. Consulté le 08/01/2016. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=lf9

- (12) DREES. *Les interruptions volontaires de grossesses en 2012*. [En ligne]. Consulté le 29/01/2015. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er884.pdf>
- (13) Brielle Nathalie. *Grossesse à l'adolescence*. Mémoire pour la formation de conseillère conjugale et familiale. 2005.
- (14) A. Daguerre, C. Nativel. *Les maternités précoces dans les pays développés : problèmes, dispositifs, enjeux politiques*. Dossier d'Etudes de la CNAF n°53. 2004.
- (15) Le Van Charlotte, *La grossesse à l'adolescence : un acte socialement déviant ?*, *Adolescence* 1/ 2006 (no 55), p. 225-234. Consulté le 23/12/2014. [En Ligne]. Disponible sur : www.cairn.info/revue-adolescence-2006-1-page-225.htm.
- (16) Bettoli Lorenza, *Parents mineurs : la grossesse, facteur de maturation pour les jeunes parents ? Quels risques comporte-t-elle ? Quel accompagnement à Genève ?*, *Thérapie Familiale* 2/ 2003 (Vol. 24), p. 179-191..
- (17) C. Le Van. *Les grossesses à l'adolescence ; Normes sociales, réalités vécues*. L'Harmattan. 1998
- (18) Le Den Mariette, « *Les indicateurs des grossesses à l'adolescence en France* », *Sciences sociales et santé* 1/2012 (Vol. 30) , p. 85-102
- (19) Sellenet Catherine et Portier-Le Cocq Fabienne, « *Maternités adolescentes : le temps bousculé* », *La revue internationale de l'éducation familiale*, 2013/1 n°33, p17-36.
- (20) Hoffman S. *Teenage Chilbearing is not so bad after all... Or is it? A review of the new literature*. *Family Planning Perspectives*, Septembre-Octobre 1998. Vol 30, n°5.
- (21) Bailey,P & al. (2001). *Adolescent Pregnancy One year later : the effects of abortion vs. motherhood in north-east Brazil*. *Journal of Adolescent Health*. 29 (3), 223-232.

Référence des images :

- (I) J. Berrewaerts & F. Noirhomme-Renard (2006). *Les grossesses adolescentes : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ?*. [Diagramme] UCI-RESO, Bruxelles, Séries de dossiers techniques, ref. : 06-40.

- (II) INED. *Comment ont-évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ?*.
[Graphique] Population & Sociétés. N°361. Octobre 2000.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Introduction de départ : « Racontez-moi votre parcours depuis la naissance de votre enfant »

Thème	Sous-Thème	Questions
Enfant	<i>Généralités</i>	<p>Comment va votre enfant aujourd'hui ?</p> <p>Où l'avez-vous élevé ? Pour quelles raisons ?</p>
	<i>Scolarité</i>	<p>En quelle classe est votre enfant actuellement ?</p> <p>A-t-il des difficultés d'apprentissage ?</p> <p>Quel avenir scolaire espérez-vous pour votre enfant ?</p>
	<i>Placement</i>	<p>Depuis sa naissance, votre enfant a-t-il été placé ?</p> <p>La durée du placement a-t-elle été longue ? Combien de temps ?</p> <p>S'il est toujours placé, à quelle fréquence le voyez-vous ?</p>
Bien-être	<i>Pendant la grossesse</i>	<p>Vous a-t-on fait des remarques par rapport à votre grossesse ?</p> <p>Comment s'est comporté le personnel médical avec vous ?</p>
Relations	<i>Relations conjugales</i>	<p>Quelle est votre relation avec le père de l'enfant au jour d'aujourd'hui ?</p> <p>Quelle a été l'évolution de cette relation dans le temps ?</p> <p>Avez-vous eu d'autres enfants/grossesses avec cet homme ?</p> <p>Avez-vous eu d'autres partenaires depuis la naissance de votre enfant ?</p>

Relations		<p>Avez-vous eu des enfants avec ce/ces partenaires ?</p> <p>Vivez-vous seule ou en couple actuellement ?</p>
	<i>Famille</i>	<p>Comment est la relation avec vos parents depuis votre grossesse ?</p> <p>Voyez-vous leur présence/absence comme un bénéfice ou un frein à votre évolution ?</p> <p>Êtes-vous toujours en contact avec votre belle-famille ?</p> <p>Ont-ils été un soutien lors de votre grossesse ?</p>
	<i>Amis</i>	<p>Quel effet a eu votre grossesse sur votre cercle d'amis ?</p> <p>Savez-vous expliquer pourquoi cette grossesse a eu cet impact ?</p>
Travail	<i>Scolarité</i>	<p>Qu'avez-vous fait concernant votre scolarité suite à la connaissance de votre grossesse ?</p> <p>Si vous avez arrêté les cours, quelles étaient les raisons ?</p> <p>Si vous y êtes retournée, combien de temps après la grossesse était-ce ? Quelle filière avez-vous choisie ? Pourquoi ?</p> <p>Quel est votre niveau d'études actuellement ?</p>
	<i>Emploi</i>	<p>Quel est votre emploi actuel ?</p> <p>Depuis combien de temps l'occupez-vous ?</p> <p>Quelles ont été les difficultés que vous avez rencontrées pour trouver un travail ?</p>

<p>Travail</p>	<p><i>Emploi</i></p>	<p>Combien de postes avez-vous occupé avant d'avoir celui-ci ? Quels étaient-ils ?</p> <p>Si vous ne travaillez pas, est-ce par choix ? Considérez-vous que mère au foyer est votre travail ? Pourquoi ?</p>
<p>Devenir Obstétrical</p>	<p><i>Grossesses suivantes</i></p>	<p>Combien de grossesses avez-vous eu suite à celle-ci ?</p> <p>Dans quel laps de temps après la grossesse adolescente ?</p> <p>Ces grossesses étaient-elles programmées ou accidentelles ?</p> <p>Quelle a été l'issue des grossesses ultérieures ?</p>
<p>Bien-être</p>	<p><i>Evolution</i></p>	<p>Comment jugeriez-vous votre parcours ?</p> <p>Et si c'était à refaire ?</p> <p>Si votre enfant devenu adolescent vous annonçait qu'il va devenir parent, quels conseils lui donneriez vous ?</p>

Annexe 2 : Tableau récapitulatif des résultats

Enfant	<i>Relation père/fils (lorsque couple séparé)</i>	3 entretiens /4 : Ne voit presque plus leur enfant 1 entretien /4 : Antécédent de rencontre en milieu neutre 1 entretien /4 : Très bonne relation. Intervient dans les décisions
	<i>Relation mère/enfant</i>	9 entretiens /9 : Aucun souci relationnel dans la relation mère-enfant
	<i>Relation Beau-père/enfant</i>	4 entretiens /4 : RAS
	<i>Scolarité</i>	<u>Classe actuelle :</u> 6 entretiens /9 : Passage en 6 ^{ème} 2 entretiens /9 : CP redoublé (dont 1 passage en CLIS) 2 entretiens /9 : Ecole spécialisée (CLIS et CROP) <u>Apprentissage :</u> 7 entretiens /9 : Pas de problème d'apprentissage <u>Devenir scolaire :</u> 9 entretiens /9 : Espoir maternel que leurs enfants fassent de grandes études + soutien dans cette direction
	<i>Santé de l'enfant</i>	3 entretiens sur 9 : Enfant malade (Turner/Plusieurs opérations (CIA, gorge, oreilles)/Malentendant)
	<i>Placement</i>	9/9 : aucun enfant placé
	Bien-être	<i>Evolution du lieu de vie</i>
<i>Remarques reçues</i>		4/9 : Remarques désobligeantes reçues et mal vécues (Lycée + personnel médical)
<i>Ressentis sur le parcours</i>		<u>Regrets :</u> 9/9 : Aucun regret <u>Réitération de l'expérience :</u> 4/9 : Le referait sans hésiter 2/9 : Dubitative sur la réitération de l'expérience. 3/9 : Ne le referait pas <u>Vision d'elle-même :</u> 8/9 : Contente/Fière du parcours (1 avis non donné et point de vue non discuté lors de l'entretien)
<i>Ressenti sur la possibilité d'être grand-mère précocement</i>		<u>Avis :</u> 9/9 : Plus tard serait le mieux - Dont 3/9 : Explicitent qu'elles conseilleraient l'avortement <u>Comportement :</u> 9/9 : Soutien si grossesse menée à terme
<i>Avis sur les mères adolescentes</i>		1/9 : C'est possible et c'est un plaisir. 7/9 : Avis plutôt négatif 1/9 : Non donné

Relations	Conjugales	<p><u>Statut du couple :</u> 4/9 : Toujours le même couple</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2/4 : Mariée (1)/ Pacsée (1) - 2/4 : Séparation de qq mois (pendant les grossesses) <p>5/9 : Séparation du couple dont 1 en cours de divorce</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4/5 : Relation avec l'ex conjoint difficile / inexistante - 4/5 : Décision de la jeune femme de mettre un terme à la relation - 3/5 : 1 seul enfant avec le 1^{er} conjoint - 2/5 : 3 enfants avec le 1^{er} conjoint - 4/5 : Actuellement, en couple ≥ 4 ans - 0/5 : Mariée/Pacsée <p><u>Statut professionnel du partenaire</u> 9/9 : Conjoint a un travail</p>
	Familiale	<p><u>Famille</u> 8/9 : Réaction difficile les premiers jours 5/9 : Soutien ++ de la famille 1/9 : Pas de soutien 2/9 : ± soutien 8/9 : Toujours en bon rapports avec sa famille 1/9 : A coupé les ponts depuis la grossesse.</p> <p><u>Belle-famille</u> 2/9 : Belle-famille s'en moque 2/9 : Difficile au début 5/9 : Bonne acceptation 5/9 : Plus de contact avec l'ex belle-famille (femme séparée) 3/9 : Bon contact avec la belle-famille (femme ayant le même conjoint) 1/9 : Mauvais rapport avec la belle-mère</p>
	Amicale	<p><u>Evolution du cercle amical</u> 4/9 : Ont gardé le même cercle amical. 2/9 : Contact avec leur meilleure amie de l'époque + nouveaux amis 1/9 : Solitaire déjà à l'époque 2/9 : affirment avoir coupé les relations car avait une vision de la vie différente suite à la grossesse</p> <p><u>Sentiment de solitude</u> 9/9 : Jamais de sentiment de solitude et se sentent bien entourée</p>
	Scolarité / Formations	<p><u>Pendant la grossesse :</u> 4/9 : Ont terminé leur année scolaire/repris les cours 2/9 : Arrêt des cours avant la grossesse 3/9 : Arrêt des cours pendant la grossesse.</p>

Emploi	<i>Scolarité / Formation</i>	<p><u>Obtention de diplôme :</u> 5/9 : Possède un diplôme (BEP/CAP/L3/BAC Pro) 3/9 : Formation suivie par la suite (Ass. Mat/ Ass. de vie) 1/9 : rentre à l'école d'Aide Soignante en 2015-2016 3/9 : Jamais repris de formation/formation n'ayant pas aboutie 3/9 : Aimerais reprendre une formation (AS/Secrétariat/Aux. De vie)</p>
	<i>Travail</i>	<p>4/9 : Prise de 6mois à 1 an pour s'occuper de l'enfant 6/9 : Ont travaillé de manière régulière mais à plusieurs postes 1/9 : A travaillé pendant 9 ans au même endroit (vient de changer en 2015 suite formation pour Assistante Maternelle) 2/9 : Jamais travaillé ou travail précaire (CDD de quelques mois non renouvelé et quelques heures de ménages au black) 3/9 : Congé maternel actuellement dont 2/4 désireuses ++ reprendre le travail</p>
Devenir Obstétrical	<i>Grossesses suivantes</i>	<p>3/9 : ≥ 1 IVG car ne se voyait pas refaire un enfant et l'assumer (1 IVG en 2006 ; 1 en 2007 ; 1 en 2012 [entre le 2^{ème} et le 3^{ème} enfant] + 1 après le 3^{ème} enfant) 6/9 : au total 3 enfants désirés 1/9 : au total 4 enfants dont 1 non désiré 2/9 : au total 2 enfants. Pour les 2, la grossesse qui a suivi a été très espacée par choix car ne se voyait pas assumer avant/faible désir d'enfant.</p> <p><u>Espacement des grossesses avec naissances :</u> 4/9 : Grossesse en 2007 soit 3 ans + tard (2^{ème} enfant) 1/9 : Naissance en 2008 soit 4 ans plus tard (2^{ème} enfant) 1/9 : Naissance en 2010 soit 6 ans + tard (3^{ème} enfant non désiré) 2/9 : Naissance en 2011 soit 7 ans plus tard (2^{ème} enfant) 3/9 : Naissance en 2012 soit 8 ans plus tard (2^{ème} enfant/3^{ème} enfant/4^{ème} enfant) 4/9 : Naissance en 2013 soit 9 ans plus tard (3^{ème} enfant) 2/9 : Enfant prévu pour 2015 (patientes enceintes pendant les entretiens (2^{ème} enfant /3^{ème} enfant)</p>
Autres	<i>Difficultés rencontrées</i>	<p>7/9 : Difficile - 5/7 : Difficulté à comprendre le bébé - 4/7 : Grandir d'un coup - 3/7 : Financier 2/9 : Pas de difficultés particulières ressenties ou exprimées</p>
	<i>Antécédents familiaux</i>	<p>Antécédents de maternités précoces : 3/9 Grande fratrie : 1/9</p>

Annexe 3 : Portraits des différentes femmes rencontrées

a. Julie

En 2004, lorsque Julie a été enceinte pour la première fois, elle avait 18 ans, était étudiante en BEP Mode et était en couple depuis 2002. La grossesse n'était pas programmée et a fait suite à une erreur de contraception, « *un oubli de pilule et [ils] avai[ent] mis des préservatifs, mais il a dû percer* ». Le couple a décidé de conserver la grossesse et par conséquent, Julie ne la considère pas comme un accident, mais comme « *un bébé de l'amour* ».

Suite à la nouvelle, la jeune femme a terminé son année scolaire et a obtenu son BEP Mode. Elle est allée s'installer avec son conjoint, alors âgé de 24 ans et qui travaillait déjà. Lorsqu'ils ont appris la nouvelle à leurs parents respectifs, « *[ses] beaux-parents ne l'ont pas mal pris ; [ses] parents... c'était fait, c'était fait* ». Pour autant, lorsqu'il y avait besoin, les grands-parents étaient toujours présents pour soutenir et aider le couple.

Julie a accouché d'une petite fille atteinte d'un syndrome de Turner découvert pendant la grossesse. Après la naissance, elle n'a pas repris les cours car sa mère lui avait caché son admission dans une école supérieure. N'ayant pas de travail, Julie s'est occupée de sa fille, chose qu'elle ne regrette en aucun cas puisque son enfant a dû se faire opérer plusieurs fois pendant cette période. Malgré tout, au bout d'un an, Julie a trouvé un poste d'employée de commerce dans une grande surface, parce que « *quand vous [n']avez pas trop de diplômes, c'est ce qui vous prend* ». Elle a occupé ce poste pendant neuf ans, avant d'entamer une formation d'assistante maternelle, métier qu'elle exerce désormais depuis avril 2015.

Concernant sa vie personnelle, Julie vit toujours avec le même homme, avec qui elle est mariée depuis 2006. Depuis, ils ont eu ensemble deux garçons nés en 2007 et 2012. Elle a toujours désiré avoir trois enfants. Actuellement, elle a le même cercle d'amis qu'il y a dix ans, et elle ne s'est jamais sentie isolée à cause de sa maternité précoce.

Concernant sa fille aînée, elle a une scolarité brillante malgré un combat quotidien contre sa maladie. En effet, elle est passée en 6^{ème} avec de très bons résultats scolaires. Elle envisage de faire de grandes études, dans lesquelles ses parents veulent la soutenir.

Julie explique clairement qu'elle est très fière de son parcours. Il n'aura pas été simple, principalement à cause de la maladie de sa fille. Ce parcours est le fruit d'une détermination du couple que l'on ressent tout le long du discours de la jeune femme.

Par ailleurs, elle raconte que c'est cette détermination et toute cette énergie qui leur a permis d'obtenir tout ce qu'ils ont aujourd'hui, et qui a leur a évité d'entrer dans la spirale de ceux qui « *font des bébés jeunes et qui travaillent pas, [...] [qui] sont aidés par la société* ». D'ailleurs, si l'un de ses enfants est amené à être à son tour parent-adolescent, elle ne sait pas comment elle réagira, mais elle sait qu'elle le soutiendra et le responsabilisera s'il décide de poursuivre la grossesse.

b. Béatrice

Béatrice était âgée de 17 ans lors qu'elle attendait son premier enfant. Son partenaire, lui, était âgé de 40 ans et ils formaient un couple depuis environ 1 an. La famille de Béatrice avait déjà du mal à accepter l'idée qu'elle soit en couple avec un homme plus âgé, mais l'annonce de la grossesse provoquera une rupture définitive avec sa famille. En effet, sa mère lui rappela qu'elle avait vécu la même chose à son âge et n'avait pas eu la garde de l'enfant, la demi-sœur de Béatrice.

Cette grossesse était désirée par le couple, et notamment par Béatrice qui est à l'initiative de ce désir d'enfant. En effet, ayant subi un viol plus jeune, elle voyait cette grossesse comme un pansement, un moyen d'aller mieux, un moyen de « *[l]'aider dans la vie* ». Son partenaire, lui a déjà un autre enfant, né d'un mariage précédent.

Béatrice a été déscolarisée à 16 ans et a tenté un apprentissage mais en vain. Elle n'a jamais eu de travail fixe : des heures de ménages plus ou moins déclarées, « *pour finir les fins de mois* », un CDD de quatre mois tout au mieux. Elle a tout de même essayé de passer un CAP Petite Enfance, qu'elle a dû arrêter pour des raisons financières. Enceinte au moment de l'entretien, elle espérait trouver un travail soit auprès des enfants, soit dans la restauration après avoir pris un an pour s'occuper de l'enfant à venir.

Concernant sa vie conjugale, elle vit toujours en concubinage avec le même partenaire. Elle ne désire pas se marier puisqu'elle a une mauvaise image de l'union de ses parents. Elle a donc donné la vie à un garçon en 2004, marqué par une rupture de moins

d'un mois du couple, et ce à cause de l'avis négatif de la famille de Béatrice sur son partenaire. Ensuite est né un deuxième garçon en 2007 qui se porte bien et enfin lors de l'entretien, elle attendait un troisième garçon pour l'été 2015. Ces deux dernières grossesses étaient désirées mais sont survenues dans un contexte financier difficile dans le sens où son conjoint s'est retrouvé au chômage lors de la deuxième grossesse et pour la troisième grossesse, ils avaient « *fait construire la maison, [ils avaient] pleins de soucis*. A propos de son cercle amical, Béatrice avoue ne jamais avoir eu beaucoup d'amis et être de nature solitaire. Pour autant, elle ne s'est jamais sentie seule.

Ensuite, concernant le développement de son premier fils, il est en bonne santé, il rentre en 6^{ème} en septembre 2015 et n'avait pas de souci d'apprentissage. Sa mère aimerait que ses enfants fassent de grandes études s'ils le peuvent.

Vis-à-vis de son ressenti par rapport à son parcours, Béatrice n'a aucun regret, « *même au contraire* », et recommencerait la même chose si c'était à refaire. Pour autant elle avoue que cela a été difficile d'être maman jeune. Ce qu'elle a trouvé dur, c'est que « *quand c'est un premier enfant, on ne sait pas comment on sait faire, on ne sait pas quand il pleure, on s'inquiète. On a rien, aucune base en fait. Et c'est vrai que quand on [n'] a personne derrière, c'est encore pire.* »

In fine, Béatrice est contre l'avortement et pense qu'être maman jeune est quelque chose de tout à fait possible, que « *[ça n']est pas une tare* », et si un jour son fils lui annonce à l'adolescence qu'il va être père, elle compte le soutenir quel que soit le choix de son fils et de sa partenaire. Malgré tout, elle pense que le plus tard sera le mieux.

c. Camille

Camille a été enceinte à l'âge de 19 ans, alors qu'elle était étudiante en 1^{ère} année de géographie. Son partenaire, âgé de 2 ans de plus, était lui étudiant en 2^{ème} année de médecine. L'arrivée de la grossesse, elle l'explique comme non désirée, mais pour autant, elle n'a rien mis en place pour l'empêcher. L'un comme l'autre savait qu'ils avaient une conduite à risque. Lorsque la grossesse est survenue, Camille avait pris un rendez-vous pour une interruption volontaire de grossesse, mais a au final décidé de poursuivre cette grossesse. En fait, elle explique cette grossesse par le fait que son frère mais également la

sœur de son conjoint attendaient eux aussi un enfant, et qu' *« on dit que c'est contagieux la grossesse alors... C'est peut-être ce qu'il s'est passé »*.

Concernant sa famille, il a fallu quelques jours pour que son père accepte la grossesse et la soutienne. Du côté de la belle-famille, la nouvelle a été plutôt bien reçue.

Après avoir terminé sa première année, elle a arrêté les cours pendant un an pour s'occuper de son garçon. Elle a commencé à travailler les week-ends en tant que serveuse trois mois après l'accouchement. Au bout d'un an, elle a repris les cours jusqu'à l'obtention de sa licence de Géographie, puis a arrêté la faculté en cours de Master 1, car cela représentait trop de travail, ce qui la démotivait et elle ne pouvait pas profiter de son fils. Vers les 5 ans de son petit garçon, elle a fait du pionnicat, puis a été professeur remplaçante de géographie.

Après s'être pacsée avec ce même conjoint en 2010, le couple a eu deux autres petits garçons désirés en 2011 et 2013. Depuis sa deuxième grossesse, Camille est en congé parental, et bien que ce congé se termine en 2016, elle n'a pas de projet actuellement pour reprendre le travail, car selon elle : *« Ça serait vraiment bête d'aller payer quelqu'un pour faire ce que j'aime bien faire. »*

Cette grossesse précoce n'a eu aucun impact sur son cercle amical, et pour Camille si c'était à refaire, *« [ils] referaient exactement pareil. »* En effet, elle trouve que c'est une chance d'avoir des enfants jeunes, mais précise tout de même *« quand on peut les assumer et qu'on est entouré. »*

Concernant son premier garçon, il est en bonne santé et ne présente aucun souci d'apprentissage, il devait passer en 6^{ème} lors de l'entretien. Elle aimerait qu'il fasse de grandes études, et compte bien le pousser au maximum à en faire, car c'est ce que ses parents n'ont pas fait avec elle lorsque sa motivation pour étudier n'était plus là. Si dans un avenir proche, ses fils étaient amenés à être père, elle se promet de ne pas influencer sur leur décision précisant, sur le ton de la rigolade, que la décision finale reviendrait de toute manière à leur belle-fille mais que *« si [elle] avait trois filles, [elle] leur mettrai toute un implant pour être tranquille »*.

d. Jessica

Jessica est l'aînée d'une fratrie de six enfants. Sa mère l'a eue à 18 ans. Quand elle a été enceinte, à 15 ans, cela faisait environ six mois qu'elle était avec son partenaire âgé lui de 16 ans. Elle avoue que la grossesse n'était pas prévue, qu'elle avait conscience des risques mais qu'elle n'a rien fait pour l'empêcher pour autant. Quand elle a su qu'elle attendait un enfant, la question de le garder ou non ne s'est pas vraiment posée : elle était proche des enfants et elle se sentait prête. Son conjoint l'a suivie dans son choix. Ses parents ont eu un peu de mal à accepter la nouvelle, mais ont par la suite soutenu Jessica.

A l'époque, elle était en seconde, scolarisée dans une ville et dans un lycée qu'elle qualifie de « *pourri* ». Ne s'y plaisant pas, et avec l'accord de ses parents, elle a arrêté les cours et est partie vivre chez ses grands-parents, qui seront par la suite sa principale épaupe, l'aidant autant moralement que financièrement. Elle n'a pas repris les cours par la suite. Elle a cependant fait plusieurs petits boulots comme vendeuse chez Tupperware, du démarchage à domicile, de l'entreprise. Elle a également suivi une formation pour devenir assistante maternelle, qu'elle exerça pendant deux ans et demi et a tenté de suivre des cours par correspondance pour devenir secrétaire médical, mais qu'elle n'a pas pu terminer pour des raisons financières notamment. Depuis sa dernière grossesse, Jessica est en congé parental jusqu'en 2016, où elle envisage plus ou moins de reprendre un travail dans le milieu hospitalier.

A propos de ses relations conjugales, Jessica a quitté le père de son premier enfant six mois après sa naissance. Leur relation actuelle est bonne et est principalement basée sur leur concertation vis-à-vis de leur fille. Suite à cette rupture, la jeune femme a eu deux relations, avant de se mettre en couple en 2006 avec son concubin actuel. Jessica me révélera lors de l'entretien qu'ils se sont séparés trois mois entre sa deuxième et troisième grossesse. Avec cet homme, elle a donc eu deux autres enfants, désirés, en 2007 et 2013.

Concernant sa première fille, elle s'avère être une bonne élève, avec un passage en 6^{ème} pour l'année 2015-2016. Jessica aimerait qu'elle fasse des grandes études, « *peut-être pour continuer ce qu'[elle] n'a pas fait.* » Elle avoue également avoir une autorité moindre sur sa première fille comparée à ses autres enfants, qu'elle justifie par la culpabilité qu'elle avait d'avoir quitté son père. Concernant une éventuelle grossesse pendant l'adolescence de

sa fille, elle avoue qu' « *[elle] préférerait qu'elle attende le plus longtemps possible* », mais qu'elle la soutiendra si elle décide de devenir maman.

A propos de son ressenti vis-à-vis de son parcours, Jessica en est plutôt fière et n'a pas l'impression d'avoir « *bouffé [sa] jeunesse* », puisqu'elle a « *eu la chance d'être soutenue* ». Elle n'a donc aucun regret, mais pour autant si c'était à refaire, « *peut-être qu'[elle] aur[ait] réfléchi autrement* », notamment parce qu'elle n'avait pas imaginé ne plus être avec le père. Bien qu'elle ait « *plutôt grimper les échelons* », elle a conscience que ce n'est pas la même chose pour toutes « *les filles dans [son] cas, soit qui n'ont plus leurs enfants, soit qui sont toutes seules et qui ont beaucoup de mal.* »

e. Carole

Carole a quitté le domicile parental à l'âge de 17 ans car elle ne s'entendait pas avec son père. Sa première grossesse est arrivée pendant sa 18^{ème} année, alors qu'elle était en couple depuis ses 15 ans avec un homme de deux ans son aîné. La grossesse n'était pas prévue. Elle a décidé de la mener à terme car, elle s'était dit que même en cas de séparation avec son conjoint, elle serait capable de gérer.

Malgré la grossesse, Carole a terminé son année scolaire et a obtenu son diplôme en BEP mode, filière qu'elle avait choisie, « *pour ne pas [se] retrouver sans cours* ». Six mois après la naissance de son fils, elle a fait une formation d'assistante de vie aux familles, ce qui lui a permis de travailler un peu à domicile avant de travailler, pendant 5 ans, en maison de retraite. Après avoir été au chômage, elle a repris en 2014 un travail en usine. A la rentrée 2015-2016, Carole a intégré une école d'aide-soignante.

Concernant ses relations, la grossesse a été bien accueillie par les deux familles, mais pour autant, Carole n'a pas eu de soutien ni financier, ni moralement du côté de ses parents. Elle précise tout de même qu'elle n'en ressentait pas le besoin, qu'elle est de nature à se débrouiller toute seule et à assumer ses choix. Malgré tout, elle avoue avoir une belle-mère très disponible si besoin. D'un point de vue des relations amicales, elle dit être restée proches de certaines de ses amies du lycée, et n'a pas eu le sentiment d'être seule.

A propos de son conjoint, cela fait désormais quatorze ans qu'elle est avec le même partenaire. Leur relation a été ponctuée d'une séparation de plusieurs mois pendant sa

deuxième grossesse, le couple s'étant remis ensemble pour l'accouchement. Cette deuxième grossesse, en 2012, était une grossesse sous contraception, non prévue. Selon la patiente, la grossesse est arrivée trop tôt, elle aurait aimé attendre « *encore un peu plus tard* » pour avoir un deuxième enfant, car elle a un souvenir « *atroce* » de son accouchement. La patiente me précise également qu'en 2007, elle a fait une IVG car elle ne se voyait pas assumer un deuxième enfant, « *s'occuper d'un enfant quand on est encore enfant, c'est compliqué mais en plus de ça en gérer deux, c'était pas possible* »

Concernant son aîné, il est en bonne santé et s'avère être un très bon élève. Elle aimerait qu'il fasse de grandes études, « *étant donné qu'[elle n'en a] pas fait, [elle] lui souhaite* ». Quand la question concernant une parentalité précoce chez son fils est posée, elle répond qu'elle « *aurait plus de mal* » à accepter, qu'elle « *ne lui tournera pas le dos, mais [elle] lui fera comprendre que la meilleure solution ça n'est pas de le garder.* »

Pour finir, quand elle parle de son parcours, elle pense s'en être « *plutôt bien sortie* », et qu'ils ont « *quand même bien géré* ». Malgré tout, elle avoue que ça a été difficile, notamment les soins de l'enfant qui lui faisait peur au départ et que « *du coup, on apprend à grandir super vite parce que d'un seul coup, on [n']a pas le choix, on a beaucoup de responsabilité. [...] Ça a été rapide.* ». Enfin à propos de la maternité précoce, elle pense qu'« *on s'en sort très bien toute seule. [...] [Mais] il y en a qui voient beaucoup la facilité à faire un enfant : c'est arrêté de travailler, c'est arrêter d'aller à l'école.* » Selon elle, ne pas avoir arrêté les cours pendant sa grossesse a évité que ce soit « *une catastrophe* ».

f. Amandine

La grossesse d'Amandine est arrivée dans un contexte conjugal particulier. En effet, elle était en couple depuis quatre ans avec un homme de dix ans son aîné, déjà père de deux enfants. Leur relation était complexe, dans le sens où la jeune femme se sentait malheureuse et sous l'emprise de cet homme. Au moment de la grossesse, elle avait 17 ans. Cette grossesse n'était pas prévue, et Amandine explique qu'elle ne prenait pas de contraception puisqu'on lui avait dit qu'elle était stérile. Partie dans un premier temps dans un parcours d'IVG, elle revient sur sa décision à partir du moment où elle voit le fœtus à l'échographie. Le père accepte la grossesse, sans jamais s'y impliquer, même après la naissance. Amandine quitte d'ailleurs le père de son fils alors âgé de trois mois. L'annonce de

la grossesse à ses parents a été difficile, surtout les premiers jours, ces derniers étant inquiets pour le futur de leur fille.

Amandine a arrêté son CAP Vente pendant la grossesse. Elle n'a pas repris les cours après la naissance, car elle devait s'occuper de son enfant et qu'elle avait perdu sa mère. Mais un an et demi après la naissance de son enfant, elle rentre en tant que blanchisseuse dans un établissement de santé. Pour garder ce travail, elle passe alors un CAP Blanchisserie en candidat libre. A l'heure actuelle, elle est agent des services hospitaliers (ASH) et il est prévu qu'elle passe des concours pour rentrer en école d'aide-soignante.

Concernant sa vie conjugale et obstétricale, après avoir quitté le père de son fils, Amandine a eu une relation instable en 2006, qui a abouti à une IVG au vu du type de relation qu'elle menait mais aussi car la jeune femme ne se voyait pas assumer un nouvel enfant. Elle s'est ensuite mise en couple avec un homme, avec qui elle vit désormais depuis huit ans. Elle attend actuellement un enfant de cet homme, très désireux d'être papa à son tour.

A propos de ses amis, Amandine m'explique qu'elle est toujours en lien avec sa meilleure amie de l'époque, mais que le reste de son cercle amical a changé, plutôt par choix, car avec la grossesse elle n'avait plus la même vision des choses.

A propos de son fils, il est en bonne santé, est plutôt bon élève et est rentré au collège pour l'année scolaire 2015-2016.

Enfin, concernant son ressenti, Amandine insiste plusieurs fois au cours de l'entretien que c'est difficile d'élever un enfant quand on est jeune. Elle avoue même qu' « *heureusement que [ses] parents étaient là pour [l'] aider.* » Pour autant elle n'a aucun regret d'avoir eu son fils jeune, car « *il [l'] a aidé à avancer* ». Elle reste fière de son parcours, même si elle ne pense pas qu'elle le réitérerait. C'est pourquoi, si jamais son fils lui annonce qu'il pourrait être père, elle ferait tout pour que sa petite-amie avorte et qu'elle évoquerait surtout les points négatifs d'avoir un enfant jeune. De même concernant la grossesse adolescente, elle conseillerait d'attendre en expliquant qu' « *[elles] ne sav[ent] pas dans quoi [elles] s'embarqu[ent].* »

g. Emma

Emma a attendu son premier enfant à l'âge de 17 ans. Elle vivait alors chez ses parents et était en couple avec un homme de 24 ans. La grossesse n'était pas prévue et elle m'explique qu'elle ne prenait pas de contraception, car tout ce qui avait un rapport à la sexualité n'avait jamais été abordé avec ses parents. Ne sachant pas encore si elle allait avorter ou non, elle a fait une échographie pour dater la grossesse. Lors de cet examen, le professionnel de santé lui dit : « *Ne vous inquiétez pas, même si vous le gardez, il y a des aides.* » C'est cette phrase qui décidera la jeune femme à poursuivre sa grossesse.

Lorsqu'elle l'annonce à sa famille, son père la soutient, sa mère elle, reste plus en retrait et manifesterà son aide plutôt après la naissance, prenant parfois plus le rôle de mère que de grand-mère. Emma a vécu chez ses parents jusqu'aux 2 mois de sa fille, avant de s'installer pendant 1 an en appartement avec son partenaire. Au bout d'un an, elle le quitta et s'installa seule en appartement avec sa fille, à proximité de chez ses parents.

A propos de sa scolarité, Emma était en BEP comptabilité. Elle est retournée en cours deux mois après son accouchement, a obtenu son BEP et a passé l'année suivante son Baccalauréat Comptabilité. Ensuite, recommandée par sa mère, elle a trouvé du travail dans la restauration, où elle travailla pendant 2 ans. Puis en 2010, s'est ensuivi une nouvelle grossesse avec son nouveau conjoint, avec qui elle vivait depuis deux ans. Depuis cette grossesse et ses accouchements en 2011 et 2013, Emma est en congé parental. Elle a également fait deux IVG, l'un en 2012 parce qu'elle ne se voyait pas assumer deux enfants rapprochés et un après son dernier enfant. Son congé parental arrive à terme en 2016, et Emma a hâte de retourner travailler. Son projet n'est pas encore précis, soit elle reprendra des études, soit elle montera une entreprise avec son conjoint.

Concernant son cercle amical, elle avoue que la grossesse a tout coupé, parce qu'elle ne partageait plus les mêmes opinions que ses camarades. Pour autant, elle a un nouveau cercle amical et ne s'est jamais sentie seule.

A propos de son aînée, elle la décrit comme hyperactive avec une santé fragile puisqu'elle a subi une opération du cœur (CIA), des oreilles et de la gorge. Au niveau scolaire, sa fille a redoublé son CP, notamment à cause des opérations de la gorge à cette

époque. Elle espère que ses enfants feront de grandes études, et sur le ton de la rigolade me dit : « *Moi, mes enfants, il faut qu'ils deviennent médecins, y'a pas le choix !* »

D'autre part, tout le long de l'entretien, on entend dans son discours qu'elle « *n'[avait] pas la maturité* », qu'elle « *n'avai[t] pas l'âge pour avoir cet enfant* ». Elle insiste beaucoup sur ce point, notamment qu'elle n'était pas prête, qu'elle ne savait pas comment allait se dérouler son accouchement et qu'elle ne se rendait pas compte de ce qu'était l'éducation d'un enfant. Elle semble marquée par cette difficulté qu'elle a eue et regrette de ne pas avoir « *eu le coup de pied aux fesses qu'il [lui] fallait* ». C'est aussi pourquoi, elle raconte de manière spontanée qu'elle « *supporterait mal* » que sa fille soit enceinte à 17 ans. Par ailleurs, elle me dit qu'elle trouve son rôle de maman « *gratifiant* », qu'elle ne regrette pas, tout en ajoutant de manière catégorique qu'elle ne recommencerait pas.

Quand nous avons abordé le sujet des adolescentes enceintes, elle me répond qu'« *[elle se] di[t] à ce moment là, les parents ils sont où ? Ils sont où [les] parents pour [leur] dire : « Tu vois pas que t'es trop jeune ? »* »

h. Océane

Océane est l'aînée d'une fratrie de trois enfants et avait l'habitude de garder ses frères. Sa propre mère l'a eue à 18 ans. Au moment de la grossesse, elle avait 17 ans et était en couple depuis trois ans avec un homme de seize ans son aîné. Cette grossesse était désirée. En effet, elle se sentait prête à avoir un enfant car « *[elle] avai[t] déjà [son] conjoint, [elle] avai[t] déjà [son] appartement. [...] C'était ça la continuité.* » Bien que cette grossesse était planifiée, elle n'en avait pas averti ses parents, qui ont moyennement apprécié la nouvelle.

Océane a arrêté son CAP Pressing suite à sa grossesse, formation dans laquelle elle avait été envoyée par défaut. Elle n'a jamais repris les cours, ni même travaillé. Elle précise tout de même avoir tenté de reprendre une formation, qu'elle n'a pas suivie pour des raisons financières. Actuellement, elle ne travaille toujours pas, mais envisage de faire des demandes de formations, même si le fait d'avoir un CV très léger l'inquiète.

A propos du père de son premier enfant, ils se sont séparés aux alentours de 2011, après avoir eu deux autres enfants : un garçon désiré en 2008 et une fille non désirée en

2009. Elle a mené grossesse à terme en partie parce qu'elle est contre l'IVG. Après cette séparation, elle s'est rapidement remise en couple avec un homme de son âge, avec qui elle a eu une petite fille en 2012.

Concernant son cercle amical, elle a gardé contact avec tout le monde et n'a jamais eu le sentiment d'être seule.

D'autre part, concernant son premier fils, il s'avère être scolarisé dans une classe spécialisée car il est malentendant. Elle aimerait que ses enfants fassent de grandes études. Et si pendant leur adolescence, ils leurs annonçaient qu'ils allaient être parent, elle leur conseillera d'attendre pour qu'ils puissent « *déjà avoir un parcours professionnel d'abord puis après avoir des enfants* ».

Malgré tout, elle trouve qu'avoir eu des enfants jeune est un bien car cela lui permettra de profiter d'eux et de leurs futurs enfants. Dans tous les cas, elle n'a aucun regret et recommencerait l'expérience sans hésiter. *A contrario*, elle pense des jeunes mères adolescentes actuelles « *qu'il y en a beaucoup à cette époque là qui font des enfants comme si c'était des poupées et puis elles n'ont rien derrière* »

i. Elise

Les parents d'Elise sont divorcés. Son environnement familial était un peu instable. Autant elle était très proche de son père, qu'elle a perdu un an après la naissance de son fils, autant, on ressent plus de tension quand elle parle de sa mère. En effet, sa mère a eu plusieurs hommes dans sa vie, et elle se sentait parfois délaissée par celle-ci. Elise a quatre demi-frères et sœurs.

Elise avait 17 ans quand elle était enceinte. A l'origine, elle ne voulait pas d'enfants car elle « *ne voulai[t] pas être comme [sa mère]* ». C'est son conjoint, âgé d'un an de plus, qui a voulu cette grossesse. Avec le recul, elle pense que c'était plutôt une bonne chose car elle était sur « *une mauvaise pente* » et que cette grossesse l'a aidée à s'en sortir. Elle ajoute même qu'après le décès de son père, si elle n'avait pas eu son fils, « *[elle] ne serai[t] pas là* ». Lorsqu'elle a appris sa grossesse à son père, il était inquiet pour elle, principalement parce qu'il ne savait pas si elle pourrait s'en occuper. La patiente explique alors qu'elle s'est toujours sentie à l'aise avec son nouveau-né.

La jeune femme a arrêté les cours à 16 ans, et n'a pas suivi de formation depuis. Elle avait un travail saisonnier avant sa grossesse (de six mois par an). Après la naissance, elle a « *essayé des trucs, par-ci, par-là* » ou aidait son mari au marché. Mais depuis 2011, elle a repris son emploi saisonnier, qu'elle ne complète par aucune autre activité le reste de l'année. Elle ajoute qu'elle aimerait faire un autre travail, quel qu'il soit.

Concernant sa vie conjugale, elle m'explique que son *conjoint* « *a été élevé à l'ancienne. C'est la femme qui fait tout, le mari [ne] fait rien.* » Ensemble, ils ont eu deux autres enfants, désirés, en 2007 et 2012. Actuellement, ils sont en instance de divorce.

A propos de son premier fils, elle m'explique qu'il est en CLIS et qu'il a redoublé son CP. Malgré tout elle aimerait que ses enfants fassent de grandes études.

Pour finir, Elise semble mitigée sur son parcours, car d'un côté elle aurait aimé attendre avant d'avoir cet enfant, mais de l'autre, son fils « *[l']a sauvée* ». Par ailleurs, quand je lui demande de me résumer son parcours, elle m'avoue : « *Il faut toujours se battre. Il faut toujours, on est seul. Il faut toujours faire tout, toute seule.* ». Quant à l'avis qu'elle a sur les mères adolescentes, elle me dit : « *Ça dépend, y'en a qui ne devraient pas en avoir quand on voit tout ce qui se passe.* » et elle m'explique alors le cas de sa sœur, qui a eu un enfant à 19 ans et dont les enfants sont placés.

RESUME : Le devenir socio-économique des mères adolescentes dix ans plus tard est un sujet peu connu. Nous avons donc mené des entretiens semi-dirigés auprès de neuf femmes ayant accouché en 2004 au CHU de Caen, alors qu'elles avaient entre 15 et 19 ans.

Il ressort de cette étude que le devenir de ces femmes d'un point de vue professionnel et relationnel (conjugal et amical) dépend notamment de leur typologie de grossesse. Concernant les autres points, autrement dit le devenir obstétrical et le devenir de l'enfant, nous pouvons globalement dire que les femmes ont en moyenne trois enfants et que leurs enfants ont un bon développement. Enfin, l'ensemble des femmes interrogées a une bonne estime de soi, mais pour autant, une partie avoue que cela a été difficile et toutes ne réitéreraient pas cette expérience et ne la souhaitent pas pour leurs enfants.

MOTS CLES : mères adolescentes, dix ans, devenir socio-économique, parcours, évolution

TITRE : Le devenir socio-économique des mères adolescentes, 10 ans plus tard.

SUMMARY : The socioeconomic future of the teenage mothers 10 years later is a relative unknown subject. So, we did semi-directed interviews to 9 women aged between 15 and 19 years old that gave birth in 2004 at the CHU in Caen.

The study shows that the professional and relational (conjugal and friendship) future of these women mainly depend on their pregnancy typology. About others points, that's mean obstetrical future and child future, it also appears that the children generally have a good development and that the teenagers end up being mother of three children. Most of the respondents have a high sense of self-esteem, but some of them admit that it was not always easy and they would not repeat the experience or would not want this happening to their own children.

KEYWORDS : teen mothers, 10 years, socioeconomic future, professional, wellbeing, evolution

TITLE : The socioeconomic future of the teenage mothers, 10 years later

Auteur : BOUILLAUT Amélie

Diplôme d'Etat de Sage-femme

Ecole de Sages-femmes de Caen

Promotion 2012-2016