



HAL
open science

Grossesses à l'adolescence : représentations, vécus et pratiques soignantes

Marjolaine Prieto (cardinael)

► **To cite this version:**

Marjolaine Prieto (cardinael). Grossesses à l'adolescence : représentations, vécus et pratiques soignantes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01843988

HAL Id: dumas-01843988

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01843988v1>

Submitted on 19 Jul 2018

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.

GROSSESSES A L'ADOLESCENCE :
REPRESENTATIONS, VECUS ET PRATIQUES SOIGNANTES.

Mémoire pour l'obtention du diplôme inter-universitaire
médecine et santé de l'adolescent

Par

PRIETO (CARDINAEL) Marjolaine

Née le 26/06/1989 à Clamart (92)

Interne DES pédiatrie

Présenté et soutenu publiquement le 26/06/2018

Dirigé par :

le **Docteur RADJACK Rahmethnissah**, pédopsychiatre, PH, maison des adolescents (maison de Solenn) hôpital Cochin et responsable de la psychiatrie de liaison avec la maternité de Port-Royal, Paris ;

et le **Docteur BENOIT Laelia**, pédopsychiatre, chercheuse INSERM, maison des adolescents (maison de Solenn) hôpital Cochin, Paris.

CURRICULUM VITAE

DIPLOMES ET TITRES UNIVERSITAIRES

- 2007 **Baccalauréat scientifique mention européenne**, spécialité mathématiques, mention très bien (Lycée Notre-Dame du Granchamp, Versailles)
- 2009 **M1 sciences et technologies, santé, mention biologie**
(Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines)
- 2013 **Diplôme de fin de fin de deuxième cycle des études médicales**
(Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines)
- 2018 **Thèse de médecine** (Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines)
- 2018 **Diplôme d'études spécialisées en pédiatrie**
- 2018 **DIU médecine et santé de l'adolescent** (Université de Rouen)
- 2018 **DIU douleur de l'enfant en pratique quotidienne** (Université Paris 6)
- Langues** Anglais : bilingue (ESOL : Certificate of Proficiency English)
 Espagnol et italien : scolaire

Internat de pédiatrie de novembre 2013 à novembre 2018 :

- réanimation et médecine néonatale
- hépato-gastro-entérologie et nutrition pédiatrique
- unité de médecine pour adolescents d'un service de pédiatrie générale
- maison des adolescents de l'hôpital Cochin (maison de Solenn)
- pédiatrie générale
- psychiatrie infanto-juvénile CMPE et unité d'évaluation des troubles du développement cognitif et affectif
- équipe mobile d'accompagnement et soins palliatifs
- centre de la douleur et de la migraine de l'enfant
- réanimation pédiatrique, soins de réadaptation post-réanimation et centre de référence des troubles du langage et de l'apprentissage

Activité ponctuelle de **remplacement en pédiatrie en secteur libéral** de juin à octobre 2017.

PUBLICATIONS ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Evaluation des pratiques sous forme d'une étude prospective observationnelle concernant le déroulement des soins potentiellement douloureux à la consultation infirmière multidisciplinaire chirurgicale d'un CHU parisien en cours de soumission pour publication dans les Archives de pédiatrie.

PROJET PROFESSIONNEL

Assistanat de pédiatrie générale dans l'unité de médecine pour adolescent du service de pédiatrie générale du centre hospitalier intercommunal Poissy Saint-Germain-en-Laye (site Poissy) pour au moins 2 ans à partir de novembre 2018.

TABLE DES MATIERES

I. ETAT DE LA QUESTION	5
A. Données épidémiologiques	5
1. Données mondiales	5
2. Données françaises.....	5
B. Les limites de l'adolescence.....	7
1. Un terme universel... ..	7
2. ...aux limites floues	7
C. Aspects législatifs.....	9
1. Sexualité adolescente.....	9
2. Poursuite de la grossesse et interruption volontaire de grossesse	10
3. Responsabilité du parent adolescent.....	10
D. Données de la littérature	11
1. Littérature médicale	11
2. Littérature psycho-sociologique.....	12
II. OBJECTIFS ET METHODES.....	15
A. Justificatif de la recherche	15
B. Objectifs de l'étude.....	16
C. Matériel et méthodes	16
1. Population et recrutement.....	16
2. Recueil des données	17
3. Analyse.....	18
4. Aspects technico-réglementaires	19

III. ANALYSE DES REPRESENTATIONS, DU VECU ET DES PRATIQUES SOIGNANTES CONCERNANT LES GROSSESSES A L'ADOLESCENCE	19
A. Contours du sujet.....	19
1. Limites de l'adolescence.....	19
2. Le temps de l'adolescence, le temps de la grossesse	19
3. La question de l'intentionnalité.....	21
B. Représentations soignantes : « un panel qui va du normal au pathologique ».....	24
1. Une grossesse déviante	25
2. Quand l'adolescente porte son projet de grossesse	30
3. Impact de l'immigration sur la posture soignante	34
C. Pratiques soignantes : l'approche sécuritaire.	36
1. Prévenir la situation.....	36
2. « Baliser le contexte »	41
3. Travailler à plusieurs.....	44
D. Vécu des soignants : le travail émotionnel.	47
1. Un discours teinté d'émotion.....	47
2. Un lien privilégié entre le soignant et l'adolescent.....	49
IV. DISCUSSION.....	53
A. Limites et forces de l'étude.....	53
B. Faire tomber les <i>a priori</i> pour une rencontre individuelle mue par la relation transférentielle.....	54
C. Des pratiques ajustées.....	56
V. CONCLUSION	57
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	58
VII. RESUME	61

I. ETAT DE LA QUESTION

A. Données épidémiologiques

1. *Données mondiales*

Dans le monde, selon les données de l'OMS [1], il y a 16 millions de naissances par an de mères âgées de 15 à 19 ans, dont 1 million chez les moins de 15 ans. Cela représente 11% des naissances dans le monde et 95 % de ces naissances ont lieu dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Depuis 1990, on constate une diminution sensible bien qu'irrégulière des taux de natalité chez les adolescentes. Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la deuxième cause de décès pour les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans, et 3 millions d'avortement à risque sont pratiqués chaque année. Selon les statistiques sanitaires mondiales 2014, le taux de natalité moyen chez les jeunes filles de 15 à 19 ans est de 49 pour 1000. Les taux par pays vont d'une à 299 naissances pour 1000 jeunes filles, les taux les plus élevés étant enregistrés en Afrique subsaharienne. L'OMS a publié plusieurs rapports sur le sujet [2,3] afin d'étayer les politiques de prévention et de prise en charge.

2. *Données françaises*

Que représentent les grossesses à l'adolescence en France aujourd'hui ? La répartition des naissances selon l'âge des parents, en 2015, en France, est décrite dans le tableau 1.

Tranche d'âge de la mère	Nombre de naissances en 2015	Dont père de moins de 20 ans
13 ans	26	NC
14 ans	91	NC
15 ans	351	NC
16 ans	901	NC
17 ans	2001	NC
18 ans	3662	NC
19 ans	6678	NC
Total moins de 20 ans	13710 (17,16% des naissances)	1855
Toutes tranches d'âge confondues	798948	2940

Tableau 1 : naissances chez les adolescents, en France, en 2015 (source INSEE).

La répartition des IVG, en France, en 2015 et depuis 1990, est décrite dans le tableau 2. Il est intéressant de noter que les chiffres sont relativement stables depuis 25 ans.

Tranche d'âge	Nombre d'IVG en 2015 (fréquence du nombre total d'IVG)	Chiffre le plus élevé entre 1990 et 2015	Chiffre le plus bas entre 1990 et 2015
15-17 ans	9055 (4,19%)	14013 et 6,16% (en 2006)	8427 et 4,19% (en 1993)
18-19 ans	15042 (6,96%)	19281 (en 2006) 8,68% (en 2005)	14196 (en 1995) 6,96% (en 2015)
15-19 ans	24097 (11,15%)	33294 (en 2006) 14,75% (en 2005)	22952 (en 1995) 11,15% (en 2015)
Toutes tranches d'âge confondues	216151	227518 (2006)	191064 (en 1995)

Tableau 2 : IVG chez les adolescentes, en France, en 2015 et depuis 1990 (sources INSEE).

En additionnant les chiffres on peut constater qu'en 2015 sont survenues 1.015.099 grossesses dont 798.948 naissances (78,71%) et 216.151 IVG (21,29%). Dans la catégorie moins de 20 ans sont survenues 37807 grossesses (3,72% des grossesses en 2015) dont 13710 naissances (36,26%) et 24097 IVG (63,74%).

Selon l'enquête de l'INPES Baromètre Santé Jeunes 97/98, 2,8% jeunes filles âgées de 15 à 19 ans ont déjà été enceintes, ce pourcentage monte à 6,2% si on considère seulement les adolescentes sexuellement actives. Des enquêtes en population générale sont ainsi réalisées chaque année, il est intéressant de noter que depuis 2000, 2 baromètres santé jeunes ont été réalisés, en 2000 et 2010, mais couvrant les tranches d'âge 12-25 ans en 2000 et 15-29 ans en 2010. Il semble donc que la limite de l'adolescence soit peu précise et qu'elle a semblé peu pertinente dans ces enquêtes[4].

B. Les limites de l'adolescence

1. *Un terme universel...*

Adolescence vient du latin *adolescere*, grandir. Sa définition dans le dictionnaire est la suivante : âge qui succède à l'enfant et précède l'âge adulte, elle se définit donc comme une période de transition. Si les déterminants biologiques de l'adolescence sont universels, permettant de situer le début de l'adolescence au moment du déclenchement de la puberté, la durée et les caractéristiques de cette période varient dans le temps et les cultures. Selon F. Héritier dans son intervention sur « la crise d'adolescence est-elle universelle ? », l'adolescence serait une période de maturation biologique, sexuelle, psychologique et individuelle pour tout individu, en tout temps et en tout lieu. Elle souligne que si la crise d'adolescence ne se retrouve pas dans toutes les sociétés, il y a cependant reconnaissance d'un état particulier, de grande malléabilité du corps et de l'esprit et d'extrême vitalité. Il semble donc que cette période de la vie soit particulière avec des besoins spécifiques, et ce sans limite de temps ni d'espace, et appelle à des recherches spécifiques, comme en témoigne le fait que l'OMS dédie un guide spécifique à la santé des adolescents[5].

2. *...aux limites floues*

Mais de qui parle-t-on ? L'entrée dans l'adolescence correspond à l'entrée dans la puberté, cette limite a avancé au siècle dernier avec le passage de 16-17 ans à 12-13 ans pour les premières règles, cette limite devient également floue avec la notion de préadolescence. La limite finale de l'adolescence est d'autant plus difficile à cerner. Au début du XX^e siècle, G. Stanley Hall définit l'adolescence comme la période de développement allant de 14 à 24 ans dans son traité sur l'adolescence. Une cinquantaine d'années après, l'organisation mondiale de la santé définit l'adolescence comme la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans inclus.

La Convention des droits de l'enfant des Nations Unies définit l'enfance comme la période allant de la naissance à 18 ans et l'adolescence comme la période allant de 10 à 19 ans. En parallèle, les Nations Unies parlent aussi de la catégorie jeunesse, à partir de 1985, sans définir cependant les âges auxquels correspond cette période de vie. En 2018, l'équipe de spécialistes en santé publique dirigée par Susan Sawyer propose que la définition de l'adolescence soit étendue pour couvrir la période des 10 à 24 ans. Ils s'appuient sur des arguments sociaux et médicaux, dont le fait que les connaissances médicales ont mis en évidence que le corps continue de mûrir jusqu'à l'âge d'environ 25 ans et en particulier les zones préfrontales du cerveau impliquées dans le contrôle des émotions et la planification des comportements.

Alors quand devient-on adulte ? La majorité est légalement située à 18 ans en France, âge auquel on devient responsable de ses actes aux yeux de la loi et en droit d'exprimer son opinion politique. Des étapes comme le départ du foyer parental, le mariage, l'autonomie financière, la fin des études et l'accès à une profession, la naissance d'un premier enfant peuvent paraître des repères, s'ils avaient tendance à être concomitants par le passé, ça n'est plus le cas dans notre société actuelle. Aujourd'hui en Europe l'âge moyen au départ du foyer parental est de 26 ans. En France il est d'un peu moins de 23 ans pour les filles et de 24,5 ans pour les garçons, en 2013 [6]. En 2010, en France métropolitaine, les femmes ont en moyenne leur premier enfant à 28 ans, soit quatre ans plus tard qu'à la fin des années 1960. Le report de l'âge à l'accouchement ralentit toutefois depuis une dizaine d'années. Les femmes sont également plus âgées à la naissance d'un deuxième ou troisième enfant. Au total, l'âge moyen des mères à l'accouchement quel que soit le rang de naissance de l'enfant atteint 30 ans en 2010. Les femmes immigrées nées en Turquie ont leur premier enfant près de 4 ans plus tôt que la moyenne, et celles nées en Afrique 9 mois plus tôt. En Europe

centrale et orientale, les femmes donnent naissance à leur premier enfant plus tôt qu'en France, avant 27 ans. En Italie ou en Espagne, elles ont en revanche leur premier enfant après 29 ans [7]. On peut conclure que l'adolescence se prolonge, la maturité physiologique étant avancée, la maturité psychoaffective et sociale retardée.

C. Aspects législatifs

1. *Sexualité adolescente*

La grossesse à l'adolescence implique la sexualité adolescente ; à quel âge la sexualité est-elle admise ? La notion de majorité sexuelle reste présente dans notre société. On déduit souvent du code pénal français et des lois de protection de l'enfance une majorité sexuelle fixée à 15 ans. Pourtant, il s'agit là d'un ressenti social, car aucune loi ne dispose qu'il existe une majorité sexuelle en France, mais quelques articles du code pénal interdisent certaines relations sexuelles entre mineurs et majeurs. L'article 227-25 du code pénal stipule : « *Le fait par un majeur, d'exercer sans violence, contrainte, menace ni surprise une atteinte sexuelle sur la personne d'un mineur de quinze ans est puni de cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende* ». Une relation consentie entre un mineur de moins de 15 ans et un majeur constitue donc une infraction pénale de la part du majeur. L'article 227-26 du code pénal ajoute cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende lorsque le majeur a autorité sur le mineur de moins de 15 ans. Si cette relation n'est pas consentie, il ne s'agit plus d'une « atteinte sexuelle » mais d'une « agression sexuelle » ou d'un « viol », et par conséquent ce n'est pas le même texte pénal qui s'appliquera. L'article 227-27 du code pénal stipule : « *Les atteintes sexuelles sans violence, contrainte, menace ni surprise sur un mineur âgé de plus de quinze ans et non émancipé par le mariage sont punies de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende : 1° Lorsqu'elles sont commises par un ascendant ou par toute autre*

personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ; 2° Lorsqu'elles sont commises par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ». Une relation consentie entre un mineur de plus de 15 ans et un majeur ayant autorité sur ce mineur constitue donc une infraction pénale de la part du majeur. S'il n'existe aucune forme d'autorité de fait ou de droit, il n'y a donc pas d'infraction. Le code pénal n'envisage pas les relations sexuelles entre mineurs consentants. Elles ne sont pas réprimées par la loi, et cela s'agissant de mineurs âgés de moins ou de plus de 15ans. Cette absence de règle, s'explique par le fait que le législateur français considère que cette question doit être traitée au niveau de l'éducation parentale et non par la loi. Les mineurs ne sont pas exclus par les articles du code pénal visant à réprimer les atteintes sexuelles non consenties, toute agression sexuelle ou viol commis par un mineur sur un autre mineur est pénalement réprimé. (<http://www.jurisanimation.fr/?p=92>).

2. Poursuite de la grossesse et interruption volontaire de grossesse

Le code de la santé publique énonce : « *l'interruption de grossesse sans le consentement de l'intéressé est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000euros d'amende* » (article L.2222.01). La loi stipule donc que c'est à l'adolescente de décider. La loi permet par ailleurs à toute femme enceinte d'interrompre sa grossesse. Une femme mineure doit être accompagnée par une personne majeure de son choix.

3. Responsabilité du parent adolescent

Un mineur est sous l'autorité parentale de ses parents, la grossesse et la maternité n'émancipent pas. Vis-à-vis de l'enfant, les parents, même mineurs, sont les seuls à exercer l'autorité parentale.

Concernant l'accueil en foyer maternel, selon l'article L 222-5 modifié par la Loi du 25/03/2009-art 68, sont prises en charge par le service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) sur

décision du Président du Conseil Général : « *les femmes enceintes et les mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique, notamment parce qu'elles sont sans domicile. Ces dispositions ne font pas obstacles à ce que les établissements ou services qui accueillent ces femmes organisent des dispositifs visant à préserver ou à restaurer des relations avec le père de l'enfant, lorsque celles-ci sont conformes à l'intérêt de celui-ci* ».

D. Données de la littérature

1. *Littérature médicale*

Dans le monde, la pauvreté et un faible niveau éducatif sont des facteurs de risque de grossesse à l'adolescence [8]. Les adolescentes enceintes sont à risque de décrocher de la scolarité et d'avoir un plus faible niveau socio-économique. Les enfants de parents adolescents sont également plus à risque d'une moindre réussite scolaire, de grandir dans une famille monoparentale, de consommer des substances illicites et de devenir parent adolescent eux-mêmes [9–11]. Dans le monde, les grossesses à l'adolescence sont plus à risque maternel, obstétrical et néonatal, notamment chez les moins de 15 ans [12–15].

En 2015, au Canada, 23 recommandations concernant la prise en charge de la grossesse à l'adolescence, éditées par la CANPAGO (*Canadian Paediatric and Adolescent Gynaecology and Obstetricians*), ont été éditées, basées sur une revue de la littérature française et anglophone depuis 1990, dans PubMed et dans la Cochrane Library [16]. Il ressort de cette revue de la littérature :

- Que les adolescentes enceintes consultent plus tard, et que cela est associé à un plus haut risque maternel, obstétrical et néonatal [10,14,17–21]: il faut donc de proposer des soins multidisciplinaires regroupés sur un site facilement accessible et identifiable ;

- Que le risque de menace d'accouchement prématuré, d'accouchement prématuré et de rupture prématurée des membranes est plus élevé chez les adolescentes ;
- Il est préconisé de rechercher une consommation de toxique, d'alcool et une exposition à la violence pendant la grossesse ;
- Il est préconisé de dépister régulièrement et de traiter les troubles de l'humeur, plus fréquents dans cette population ;
- Il est préconisé d'être plus vigilant du point de vue nutritionnel et de dépister des carences vitaminiques et martiales ;
- Une échographie morphologique est recommandée entre 16 et 20 semaines d'aménorrhées devant un risque accru d'anomalies congénitales ;
- Des mesures de prévention de la survenue de grossesses rapprochées, plus fréquentes dans cette population, doivent être prises.

Des constatations similaires avaient été faites dans une étude francilienne [22].

2. Littérature psycho-sociologique

L'arrivée et l'accessibilité de la pilule contraceptive a considérablement modifié l'attitude vis-à-vis de la maternité et de la sexualité. Avec la contraception une grossesse doit d'autant plus être planifiée. Pour les adolescentes, la réalité peut s'éloigner un peu plus de la théorie, l'anticipation n'étant pas de rigueur à cette période de la vie. Si on considère la grossesse à l'adolescence comme une transgression on peut se demander si l'interdit de la sexualité précoce aurait laissé place à l'interdit de la procréation précoce [24]. La reconnaissance sociale de la sexualité des jeunes femmes est déterminant dans leur perception du risque de grossesse, leur accès à l'information, à la contraception et leur pratique contraceptive [34,35].

La grossesse à l'adolescence est un sujet qui questionne, qui dérange. On peut citer V. Courtecuisse [23] « *c'est bien cet abîme entre la précocité croissante de la maturité physique et le caractère de plus en plus « reporté » de la maturité psycho-sociale qui fait que ces grossesses de filles jeunes continuent, dans les pays développés, d'être perçues comme des déviances graves. Il s'agit là d'une position plus ou moins explicite du corps social et souvent encore du corps médical* ». Toutes ces grossesses sont-elles à risque ? Viennent-elles mettre en pause le développement psycho-affectif ou au contraire représentent-elles une étape maturative ? Il propose des indicateurs pour évaluer les situations à risque : très jeune âge, biographie mouvementée, violence subies, transplantation ethniques et culturelles, rejets familiaux notamment maternels, échec et ruptures scolaires.

Quel sens ces grossesses prennent-elles ? Il est souvent nié, la grossesse attribuée à un accident et la réponse de la société une meilleure prévention contraceptive. Dans une étude Suisse réalisée en 2000 [24] qui a effectué 2296 entretiens auprès d'adolescentes de moins de 20 ans, le désir de grossesse ou d'enfant apparaît nettement dans les discours. Dans leur travail ils ont pu dégager les significations suivantes :

- La grossesse qui vient combler un vide existentiel ou la grossesse antidépressive qui donne un sens à la vie ;
- La grossesse vécue comme une prolongation de soi-même ;
- La grossesse défi pour s'opposer aux parents, se détacher ou se rendre autonome ;
- La grossesse réparation ;
- La grossesse comme facteur de répétition maternelle ;
- La grossesse comme besoin de vérifier la fertilité ;
- La grossesse culturellement et socialement acceptée chez des jeunes filles originaires d'autres pays.

La sociologue Charlotte Le Van [25] a décrit 5 entités :

- La grossesse accidentelle ;
- La grossesse comme rite d'initiation ;
- La grossesse SOS, comme appel à l'aide ;
- La grossesse insertion, comme quête d'une reconnaissance sociale ;
- La grossesse identité.

Daniel Marcelli [26] avait proposé 3 niveaux d'interprétation :

- La grossesse comme vérification de l'intégrité du corps et des organes de la reproduction ;
- Le désir d'enfant comme recherche d'un objet de comblement des carences de l'enfance ;
- La grossesse comme prise de risque, quasi conduite ordalique dont l'objectif est de mettre le corps en danger.

Enfin Monique Bydlowski [27] parle d'un appel à la mère du début de la vie, d'un désir d'enfance qui vient faire irruption dans la réalité du corps.

Diana Dadoorian [28,29] a travaillé auprès des adolescentes pour comprendre les enjeux de ces grossesses. Vue sous le seul angle d'un manque d'éducation à la sexualité, la grossesse à l'adolescence semble intolérable : parents et professionnels étant mis en défaut dans leur mission de transmission de l'information. Dans ses recherches, menées aux Brésil auprès d'adolescentes enceintes, il ressort que la question de l'usage de contraceptifs ne doit pas être reliée uniquement à la connaissance ou à l'ignorance des jeunes sur le plan sexuel, mais aussi au désir d'enfant, que ce soit pour mettre à l'épreuve la féminité (confirmation de la capacité procréatrice) ou pour répondre au désir universel d'avoir un enfant. La survenue d'une grossesse est liée aux aspects psychosociaux et culturels des familles. La chercheuse

souligne que les propositions d'intervention auprès des jeunes filles enceintes, dans le domaine médical, psychologique ou socioéducatif, doivent prendre en compte la signification de la grossesse et ses implications pour obtenir des résultats plus efficaces : une augmentation du nombre des grossesses planifiées. Les études transculturelles et psychanalytiques donnent une vision moins linéaire de la question et amènent à abandonner le modèle « pathologique » des maternités adolescentes. Pour elle, lorsque les conditions de soutien, institutionnelles ou familiales, sont réunies, les « compétences maternelles », sont aussi favorables que celles des mères ou des couples plus âgés. Un article de 2012 [30] fait bien mention de l'importance de la prise en compte de la dynamique familiale dans ces suivis d'adolescentes enceintes. On peut également citer S. Missonnier [31,32] « *chez les jeunes filles enceintes à l'adolescence, l'enfant virtuel est, quand il n'est pas le fruit d'un viol, une poupée brouillonne exprimant maladroitement une démonstration de féminité, un désir d'exister, une aspiration à l'indépendance, un cri d'alarme... dont notre société aggrave souvent le pronostic par une maltraitance solidement ancrée historiquement* ». Enfin Mariette le Den [33] évoque un fait socialement construit comme un problème public et met l'accent sur le décalage entre la réalité statistique et les discours. La présentation par la négative des grossesses « non désirées, non prévues, non planifiées » est alors une manière détournée d'expliquer qu'elles sont socialement indésirables et réprouvées.

II. OBJECTIFS ET METHODES

A. Justificatif de la recherche

Pendant mon parcours d'interne, je me suis particulièrement intéressée à la santé et à la prise en charge des adolescents. On sait à quel point les enjeux périnataux se rejouent à cette période, pour ces raisons et peut-être pour des raisons plus personnelles, la question

de la grossesse à l'adolescence m'est venue en tête : qu'en est-il pour ces jeunes filles qui vivent l'adolescence, où se rejouent les premiers liens, et la question de la maternité en même temps ? La question d'accompagner justement les adolescents étant au cœur de mes préoccupations, j'ai décidé de m'intéresser à ce que ces situations suscitent chez mes confrères et comment ils accompagnent ces jeunes filles.

B. Objectifs de l'étude

Réaliser un état des lieux qualitatif des représentations, du vécu et des pratiques des soignants amenés à prendre en charge des adolescentes enceintes, en Ile-de-France, en 2017.

C. Matériel et méthodes

Il s'agit d'une recherche qualitative. Ce type de recherche produit et analyse des données descriptives. Elle s'intéresse au sens et à l'observation d'un phénomène en milieu naturel. Le chercheur utilise un modèle interprétatif pour chercher à comprendre, décrire, explorer un domaine. Il s'agit de générer des hypothèses sur un sujet peu ou insuffisamment exploré, par opposition à la recherche quantitative qui s'attache à tester des hypothèses. La recherche qualitative peut donc servir à détecter des besoins, améliorer un fonctionnement, des performances, cerner un phénomène, générer des hypothèses scientifiques.

1. *Population et recrutement*

Seize entretiens ont été menés avec seize soignants exerçant en Ile-de-France, susceptibles de recevoir des adolescentes enceintes dans le cadre de leur exercice. Les professions et type d'exercice étaient les suivants :

- 4 sages-femmes, une exerçant en PMI, une en maternité, deux en consultation, dans des maternités de niveau 3 ;

- 3 gynécologues-obstétriciens dans deux maternités de niveau 3 ;
- 3 pédiatres, dont deux médecins d'adolescents hospitaliers et un exerçant en service de soins en périnatalité ;
- 3 pédopsychiatres, deux travaillant en liaison dans deux maternités de niveau 3, la troisième en CMP adolescents ;
- 2 psychiatres travaillant en liaison en maternité de niveau 3, l'une spécialisée en addictologie ;
- 1 conseillère conjugale exerçant en centre de planification.

2. *Recueil des données*

Un entretien a été conduit par un même chercheur (MP) avec chacun des participants. Les entretiens ont eu lieu entre novembre 2016 et février 2017. Un guide d'entretien a été conçu pour cette investigation, il était de type semi-structuré comprenant cinq questions ouvertes :

- Quelle est votre expérience professionnelle qualitative et quantitative en termes de grossesse à l'adolescence ?
- Pensez-vous qu'un suivi spécifique, somatique, psychologique, psychiatrique, social ou autre, soit nécessaire pour une adolescente enceinte, et si oui de quel type ?
- Qu'évoque pour vous la grossesse à l'adolescence ?
- Avez-vous en tête une situation qui vous aurait marquée et que vous pourriez évoquer ?
- Y a-t-il d'autres éléments que vous souhaiteriez aborder ?

Cette trame a été adaptée au fil de la recherche et des différents entretiens pour approfondir les thèmes abordés.

Chaque soignant a été interviewé en individuel, l'entretien était audio-enregistré sur le smartphone du chercheur. Les entretiens ont ensuite été retranscrits sur Word® puis analysés par le même chercheur (MP).

3. Analyse

L'analyse a été effectuée selon la théorie ancrée (*grounded theory*); il s'agit d'une méthodologie de recherche de type inductive basée sur le fait que la construction d'une théorie repose sur la collecte et l'analyse méthodique des informations. Elle a été théorisée par deux sociologues américains : Barney G. Glaser et Anselm L. Strauss et présentée dans un livre intitulé *The Discovery Of Grounded Theory; Strategies for Qualitative Research* publié en 1967. Au fur et à mesure que le chercheur analyse les données collectées, il remarque que des idées, des concepts et des éléments se répètent. Il code alors ces répétitions, puis avec les analyses suivantes il groupe les codes en concepts, puis en catégories qui peuvent devenir la base d'une nouvelle théorie. Une première phase de codage (codage primaire) dégage des catégories à partir des matériaux bruts (verbatim dans le cas de cette recherche). Il s'agit ensuite d'identifier des relations entre les différentes catégories, puis de passer à la conceptualisation. Il s'agit du « codage axial ». En fin d'analyse, le chercheur passe d'un stade conceptuel à un stade théorique. Le niveau d'abstraction s'accroît jusqu'à saturation. L'objectif final du chercheur est de découvrir une ou plusieurs catégories « centrales » autour desquelles se construira la théorie finale. Il s'agit du « codage sélectif ».

Chaque entretien a été analysé par le même chercheur (MP), le plan d'analyse a été effectué à partir de deux entretiens puis enrichi et modifié au fil des analyses suivantes par groupe de deux à trois entretiens. L'analyse a été triangulée avec deux chercheurs (RR et LB).

En fin d'analyse une restitution a été faite à chaque soignant interrogé afin qu'il puisse apporter ses remarques pour affiner l'analyse.

4. *Aspects technico-réglementaires*

Chaque participant a donné son accord pour l'utilisation du contenu de l'entretien le concernant. L'intégralité des entretiens peut être consultée sur demande.

III. ANALYSE DES REPRESENTATIONS, DU VECU ET DES PRATIQUES SOIGNANTES CONCERNANT LES GROSSESSES A L'ADOLESCENCE

A. Contours du sujet.

1. *Limites de l'adolescence*

L'adolescence n'est pas simple à délimiter. De qui parle-t-on ? A quel âge devient-on adulte ? Ou selon quels critères ? Les professionnels ont largement questionné cela.

« Alors l'adolescence ? D'abord. On l'arrête à quel âge ? » K. sage-femme

La limite de la majorité ne paraît pas totalement satisfaisante et la notion d'autonomie, de départ du foyer parental semble importante.

« bon elle est pas adolescente vous allez me dire, elle a 20 ans mais bon 20 ans pour moi ça reste encore très jeune, elle vit chez ses parents etc. » S. gynécologue-obstétricien

Le fait que les tranches d'âge utilisées dans les rapports épidémiologiques et dans la littérature scientifique diffèrent, se chevauchent, illustrent bien la difficulté à cerner cette période de façon standardisée.

2. *Le temps de l'adolescence, le temps de la grossesse*

On peut légitimement s'interroger sur la superposition de deux bouleversements psychiques, hormonaux et corporels que représentent l'adolescence et la grossesse. Les

soignants ont souligné la vulnérabilité, notamment psychique, inhérente à cette superposition.

« il y a la grande vulnérabilité de... des ces... mineures, de ces jeunes filles qui, même si elles sont bien stabilisées, elles sont quand même à un âge où elles ont traversé un tas de bouleversements avec l'adolescence. Bouleversements psychique, hormonal et physique et la grossesse vient renforcer un petit ces bouleversements puisqu'elle présente un peu la même chose, le même tableau qu'à l'adolescence. Donc ça c'est souvent un facteur de vulnérabilité, un facteur de risque de faire une dépression du post-partum, c'est un des facteur de risque, c'est grossesse chez les femmes de moins de 20 ans. » M. psychiatre

La temporalité adolescente ressort dans les discours. Capacité à se projeter et à se décentrer ne vont pas de pair avec l'adolescence, période où l'on construit son identité dans l'ici et maintenant. Il paraît compliqué d'envisager le suivi de grossesse et *a fortiori* la parentalité à cette période. Ce rapport au temps pourrait contribuer à expliquer la consultation tardive pour le suivi de grossesse des adolescentes.

« simplement souvent elles arrivent tardivement dans le circuit, parce que c'est l'adolescent « ben non je verrai ça plus tard » ou « je veux pas trop » le déni de grossesse quoi, aussi » F. sage-femme

Si la projection à moyen et long terme est compliquée à l'adolescence, les soignants interrogés soulignent les facultés d'adaptation immédiates dont les adolescents peuvent faire preuve. Il semblerait que, s'ils n'anticipent pas, ils n'ont pas de difficulté à faire face dans l'instant.

« Mais elle était une bonne mère quoi, mais vraiment quoi. En capacité de, elle avait cette espèce de souplesse énorme qu'on les adolescents de pouvoir tout refaire à zéro ou presque alors même qu'elle avait une histoire elle-même très douloureuse, mais comme si elle avait cette capacité de souplesse psychique qui lui permettait quand même de penser autrement sa relation avec le bébé, c'était vraiment intéressant. » A. pédiatre

Le revers de cette médaille est que ces revirements de situations peuvent avoir lieu dans les deux sens et, si ces jeunes mères peuvent investir rapidement leur nouvelle situation, elles pourraient s'en désinvestir tout aussi vite.

« et puis au bout d'un mois et demi, elle est partie, du jour au lendemain, en nous laissant l'enfant. » A. pédiatre (en parlant d'une autre situation)

3. La question de l'intentionnalité

Un point nettement discuté est celui de l'intentionnalité, de la raison d'être de cette grossesse. La question se pose : pourquoi une adolescente se retrouve enceinte en France aujourd'hui ? Une grossesse à l'adolescence peut-elle être un choix conscient ? Y a-t-il toujours une raison sous-jacente, inconsciente, un « loup » derrière chaque grossesse présumée « accidentelle » ? Voire derrière une grossesse a priori désirée et assumée chez une adolescente ? Les avis divergent, d'une part certains soignants sont assez catégoriques : une grossesse à l'adolescence ne peut pas être un choix, ne peut pas être désirée.

« c'est jamais des grossesses programmées, à 15 ans, 16 ans, c'est toujours des accidents, ça m'est jamais arrivé d'en avoir une qui m'ai dit, qui m'ai dit qu'elle était, qu'elle avait eu une grossesse désirée » S. gynécologue-obstétricien

« de temps en temps des grossesses désirées mais enfin c'est exceptionnel. Et puis on ne sait jamais si elle l'était vraiment au départ ou si elles ont fini par devenir désirées » A. gynécologue-obstétricien

D'autres a contrario émettent l'hypothèse d'un désir conscient ou non. La grossesse surviendrait pour une raison ou une autre.

« C'est pas toujours le cas mais c'est quelque fois un peu, assez étonnant quand même cette envie d'avoir une grossesse et éventuellement l'envie d'avoir un enfant, ce qui est, les deux sont pas toujours présents. » C. sage-femme

Comme décrit dans la littérature, la répétition d'un schéma familial a également été souvent mentionnée.

« Mais c'est marrant de voir que dans ces familles-là, on a une répétition transgénérationnelles de grossesses très précoces comme ça. Je sais pas ce qui se joue mais... » A. pédiatre

Si l'adolescente a fait ce choix, est-il valable ? Est-on capable de décider pour soi, de décider qu'on veut fonder une famille alors qu'on est adolescent ? Certains professionnels remettent en cause la crédibilité d'un tel choix chez une adolescente.

« Parce que, parce que voilà, critère de, de maturité, de choix de vie, de voilà : est-ce qu'à 16 ou 17 ans on est capable de décider qu'on veut un enfant, bon, on a tous des exemples autour de nous de jeunes femmes à qui c'est arrivé qui ont fait

des très bonnes études et qui y sont arrivées, pourquoi pas ? » A. gynécologue-obstétricien

Choix ou non, désir ou non il s'agit de traquer le « loup » qui se cache derrière ce phénomène déviant. Ceci nécessite une attention particulière et du temps.

« parce que souvent il y a quand même quelque chose derrière quoi, enfin on considère pas que ça soit un phénomène normal quoi. » A. gynécologue-obstétricien

« C'est toujours, il faut toujours rechercher le truc caché derrière la grossesse adolescente. » G. gynécologue-obstétricien

La notion de rapport sexuel subit, de violence ressort également, il s'agit de ne pas passer à côté de relation sexuelle subit voire d'un viol. Dans ces contextes, les jeunes filles ont tendances à consulter tardivement, il leur est difficile de réaliser, de verbaliser, il s'agit de faire preuve d'une grande vigilance et d'apporter un cadre sécurisant.

« Nous ce qu'on voit dans les foyers, c'est des jeunes femmes qui évidemment cumulent les risques, elles sont seules, elles ont souvent été violentées, plus ou moins, violemment, c'est-à-dire qu'elles reconnaissent à peine des fois qu'elles ont été violentées mais on s'aperçoit que c'est quand même des rapports qui n'étaient pas, pas tout à fait consentis, quand c'étaient pas des viols... » G. pédopsychiatre

« les statistiques le montrent, plus elle est jeune plus la grossesse a des chances d'être imposée voire la sexualité forcée et la grossesse imposée » P. pédiatre

Le déni de grossesse revient très fréquemment dans les discours, certains soignants ont l'impression que ce phénomène survient peut être plus chez les adolescentes, en nuanciant différents aspects ou « diagnostics différentiels » ou limitrophes du déni de grossesse : taire la grossesse pour pouvoir la garder, traumatisme d'une agression sexuelle, désir inconscient d'enfant,...

« Est-ce que c'est un vrai déni de grossesse ou pas on ne le sait pas, parce que souvent il y a un désir d'enfant chez... ces jeunes filles qui, inconsciemment elles évitent de parler de cette grossesse, soit parce qu'elle veut la garder, soit parce que c'est quelque chose à laquelle elles ne peuvent pas y croire, surtout quand c'est des grossesses issues de viol, elles n'arrivent pas à imaginer qu'elles soient enceintes et elles restent un peu focalisées, figées, traumatisées et elles ne se rendent compte de la grossesse que quand c'est un peu trop tard pour avorter. » M. psychiatre

Si le désir de grossesse est questionné, il est à différencier du désir d'enfant. Cette grossesse si elle a pu être désirée, l'a-t-elle été pour elle-même ou y a-t-il un désir d'enfant ? Chez l'adolescent, dont la temporalité et les capacités de projection sont différentes, ce *distinguo* prend d'autant plus de sens, en car si la conséquence logique d'une grossesse désirée serait la venue d'un enfant, c'est loin d'être toujours le cas.

« Mais on voit bien que le bébé n'est pas désiré pour lui-même, il s'agit d'autre chose quoi, c'est vraiment quelque chose de beaucoup plus inconscient que ça. » A. pédiatre

Parallèlement, certains professionnels soulignent bien que le désir d'enfant existe chez l'adolescente, désir d'enfant qui ne demanderait qu'à s'exprimer dans une société où le sujet est plutôt tabou, plaçant la grossesse comme seule expression possible de ce désir d'enfant.

« Ce qui me vient en premier c'est... quelque chose de normal, voilà c'est-à-dire quelque chose de naturel. Je pense que à partir du moment où on a un corps sexué, on a un corps préparé à la reproduction, la grossesse et l'idée d'une grossesse et l'idée d'avoir un enfant est quelque chose de tout à fait normal, légitime, voilà, et que... Je crois qu'on devrait en parler comme ça plutôt que d'en parler comme d'un interdit. [...] Et de pouvoir parler du désir d'enfant, jeune, permet aussi d'évoquer le fait que on en a envie mais que c'est pas possible tout de suite parce que voilà. » R. pédiatre

Un des pédiatres, médecin d'adolescent, interrogés souligne bien que son expérience lui a enseigné qu'il était primordial d'aborder les sujets de la contraception et de la fertilité en consultation avec les adolescents, et que ces deux sujets étaient bien distincts et à aborder indépendamment.

« Voilà donc finalement on parle souvent de grossesse avec les adolescentes, en consultation, de façon assez ouverte c'est-à-dire « est-ce que vous avez pensé un jour avoir des enfants ? » pas forcément contraception, moi j'aime bien séparer les sujets c'est pas forcément le même sujet. » P. pédiatre

La grossesse peut venir tester l'intégrité corporelle et la fertilité. Les adolescentes éprouveraient ainsi le fonctionnement de leur nouveau corps de femme.

« c'est aussi souvent des patientes qui, qui se pensent stériles ou qui veulent tester leur fertilité et... ça on le voit vraiment. Celles qui ont eu par exemple des rapports

à risque de grossesse et puis qui ont pas eu de grossesse et qui du coup pensent qu'elles sont stériles qui sont tellement flippées qu'elles vont essayer d'avoir des... et du coup elles se retrouvent avec une grossesse. » S. gynécologue-obstétricien

B. Représentations soignantes : « un panel qui va du normal au pathologique ».

En interrogeant les professionnels sur leurs représentations de la grossesse à l'adolescence, il apparait une nette tension entre ce qui va bien souvent être considéré comme pathologique tout en pouvant finalement être acceptable voire normal.

« On peut pas dire comme ça d'emblée « olala c'est une catastrophe ! » Souvent c'est pas une très bonne nouvelle, de mon point de vue, pour la maman, pour le bébé. Et puis parfois c'est... bah finalement c'est bien. » G. gynécologue-obstétricien

Les participants ont parfois été surpris par la formulation de la question, interrogeant leur avis personnel.

« Donc là c'est une question sur mon contre-transfert en gros ? Qu'est-ce que je pense finalement des grossesses à l'adolescence ? » R. pédopsychiatre

« Difficile comme question ça ! Qu'est-ce que ça évoque pour moi ? ça évoque... ça évoque... bah je sais pas ! (rises). J'ai pas comme ça d'image qui me vient en tête. Comme ça ?! Qu'est-ce que ça évoque ?! » H. pédopsychiatre

La notion de vulnérabilité ressort nettement dans les discours, les adolescentes qui tombent enceintes semblent plus vulnérables, doublement : parce qu'elles sont vulnérables alors elles tombent enceintes et l'état de grossesse les rend vulnérables. La vulnérabilité s'applique également au potentiel enfant à naître qu'il conviendrait alors de protéger. Le risque est double : pour la mère et pour l'enfant potentiel.

« des grossesses qu'on considère comme fragiles » C. sage-femme

Ces grossesses à l'adolescence sont considérées comme hors-norme, en marge de notre société.

« pris en charge par toute une équipe avec beaucoup plus de précautions que, qu'une femme normale parce que il y avait des facteurs de risque qu'elles décompensent parce qu'elles étaient jeunes » M. psychiatre

En parallèle, le distinguo est souvent fait avec d'autres sociétés, avec cependant un certain malaise quant à la façon d'aborder ces grossesses chez de très jeunes femmes immigrées.

1. Une grossesse déviante

Dans la quasi-totalité des cas, la grossesse adolescente est perçue négativement, sous-tendue par l'immaturation voire la pathologie sous-jacente de la jeune mère en devenir. Ces grossesses-là ne sont pas pensées, pas anticipées, les jeunes filles ne sont pas actrices de leur grossesse ni de leur maternité.

a) Un phénomène qui sort du schéma sociétal classique

La grossesse à l'adolescence dérange, surprend, interroge. Elle apparaît incompatible avec la vie dans notre société et ce qu'on attend d'une adolescente, d'un adolescent. Cette grossesse est hors-norme, dans notre société ou tout doit être planifié, programmé ; chaque événement devant survenir au moment attendu, la maîtrise de la fécondité semble notamment au cœur de ce sujet.

« C'est-à-dire que on est dans une situation en tout cas dans notre société, hein, dans notre société française, où d'ailleurs le fait qu'on ait si peu de grossesses adolescentes montre bien que c'est quelque chose qui est socialement combattu, réprouvé, et a priori peu adapté à la vie telle qu'on la considère » G. pédopsychiatre

« Mais sinon on a en tête que vraiment c'est, dans notre société actuellement avoir un enfant à l'adolescence c'est complètement euh... à contre... temps, à contre-courant, voilà. Alors je porte pas du tout un jugement moral hein c'est... why not ? Mais la société n'est pas faite pour accueillir des mères adolescentes, c'est clair. » H. pédopsychiatre

Ces grossesses ne sont donc pas bien vues, pas bien accueillies, ni par la société, ni par les adultes référents de l'adolescentes, ni par le corps éducatif ou soignant, qui peuvent porter un regard réprobateur.

« il y a aussi cette, ce côté réprobateur autour de la, du choix d'avoir poursuivi sa grossesse. Je me rappelle au moins deux situations, ces dernières années, où des adolescentes, enceintes, dans un foyer, décidant de poursuivre leur grossesse, s'étaient vues, s'étaient entendues dire que si elles poursuivaient leur grossesse elles ne resteraient pas dans ce foyer. [...] Donc quelques fois les parents mais quelques fois aussi les partenaires sociaux et éducatifs. Et les, et les médecins eux-mêmes. » R. pédiatre

« Et elles sont pas très bien acceptées par le système scolaire et cætera puisque nous on a même eu une jeune fille euh... qui a été évincée de son école, on lui a demandé de ne plus revenir à l'école, parce qu'elle était enceinte et que ça faisait, entre guillemets, c'était une école privée, « un mauvais exemple » pour les petits camarades. Donc on voit que le regard social quand même est important. » A. pédiatre

Pourquoi ces grossesses dérangent-elles ? Pourquoi ne sont-elles pas souhaitables ? Une problématique largement citée est la question de l'incompatibilité avec la poursuite des études.

« évidemment le peu d'école qu'elles ont eu, tout s'arrête, donc après dans les foyers faut qu'elles trouvent une formation courte [...] qui leur permette d'avoir déjà un job et de trouver un logement etc., ça veut dire quoi, une formation d'un an enfin c'est... au mieux, le temps que elles s'inscrivent enfin voilà donc tout ça est mal engagé quoi. Et donc ça va être compliqué pour tout le monde. » G. pédopsychiatre

La question de la maturité, et donc de la capacité à porter un réel projet de grossesse et de famille, est également centrale. Cette maturité pourrait être liée à l'âge. Beaucoup de professionnels soulignent une différence entre une adolescente plus jeune et une adolescente presque majeure, la limite de 17 ans est souvent citée.

« C'est-à-dire c'est pas pareil d'avoir 14 ans ou 17 ans euh... et d'être enceinte, c'est pas du tout... à partir de 17 ans on est proche de l'âge adulte et de la possibilité de gérer correctement les choses, en dessous c'est quand même très compliqué, en général d'ailleurs c'est la famille qui, qui prend en charge tout ça. » H. pédopsychiatre

Des discours soignants, on peut, très schématiquement, dégager deux grands profils d'adolescentes enceintes : celles qui sont matures, actrices de leur grossesse et de leur maternité, les « jeunes femmes » et celles qui ne le sont pas, dont le projet n'est pas pensé, pas abouti, relève du jeu, de la prise de risque voir de la pathologie, les « gamines ». Ces deux grands profils seront développés par la suite, et largement nuancés pour explorer la pluralité et la singularité des histoires personnelles de ces adolescentes enceintes. Au premier abord en tout cas, pour être éventuellement acceptée, la grossesse doit survenir une fois qu'on est une jeune femme, presque une adulte, pas alors qu'on est encore une

« gamine ». On revient à la question de la fin de l'adolescence qui aujourd'hui se prolonge. Est-on adulte une fois qu'on est en couple stable, une fois qu'on a fini ses études et qu'on a une profession, des revenus, une fois qu'on a quitté le domicile parental ?

b) *De la « gamine perdue » à la psychopathologie sous-jacente*

Le premier grand profil qui se dessine est celui d'une gamine immature qui joue, prend des risques, n'a pas conscience de ses actions et de leur conséquence potentielle.

« pour certaines c'était un peu comme un jeu, je pense qu'elles avaient pas bien réalisé ce qui allait leur arriver » A. gynécologue-obstétricien

La notion d'autonomie semble importer, l'enfant doit arriver lorsqu'on est autonome et pour certains soignants, l'arrivée précoce d'un enfant viendrait entraver gravement l'autonomisation.

« Quand c'est une gamine perdue, on... Ca m'évoque un échec, ça m'évoque quelque part la société a merdé. Défaut de contraception, défaut de compréhension des enjeux... puis défaut d'investissement de cette toute jeune fille dans sa, dans ses capacités, dans sa vie future. Je pense que les gamines doivent comprendre que l'autonomie est la seule issue. Et que se priver d'un accès à l'autonomie est catastrophique. » G. pédopsychiatre

Ces adolescentes qui tombent enceintes manqueraient de repères, de stabilité, ne seraient pas ancrées dans le réel. Pour certaines la relation sexuelle ne pourrait pas donner de grossesse, pour d'autres le lien entre grossesse et enfant ne serait pas évident et enfin pour celles qui choisiraient d'être mère, ce serait sans en mesurer les enjeux.

« Après il y a toutes les gamines qui sont un peu en rupture de repères et qui, qui choisissent d'être enceintes pour un peu accéder à un statut qui les, qui leur paraît comme ça très enviable et très valorisant, mais qui souvent sont dans un monde complètement déconnecté du réel et qui se rendent pas compte que bah elles vont avoir une responsabilité énorme 24h/24 pendant 50 ans à peu près. Celles-là nécessitent un parcours particulier. [...] et je pense que c'est une des raisons aussi pour que des grossesses adolescentes pas préparées, pas conceptualisées, où on s'engouffre là-dedans en pensant que « super je suis enceinte » G. gynécologue-obstétricien

Il ressort également la notion de méconnaissance du corps et de son fonctionnement. La déconnection de ces jeunes filles avec leur propre corps, qui leur échappe d'autant plus qu'il vit un grand bouleversement à l'adolescence.

« La première chose à laquelle je pense c'est que ce sont des jeunes femmes qui sont, qui ont une, une carence, qui ont été démunies face, face à leur propre corps. 9 fois sur 10. [...] Donc c'est quand même des grossesses même qui d'ailleurs vont donner lieu à des IVG, c'est des adolescentes qui ont des pensées magiques, premier rapport par exemple, ça reste magique, ça ne donne pas d'enfant. Elles ont beau eu avoir un peu de cours, c'est dans une... L'autre chose c'est que la pensée de l'adolescence qui est que la pensée intellectuelle même quand elle est là elle se connecte pas avec elle, parce qu'on est dans ce moment où leur corps bouge où tout change, et donc on vous explique comment ça fonctionne les cycles, les machins etc mais c'est un cours de bio c'est pas elles dans leur corps à elles, et leur représentations d'ailleurs interne de leur propre corps est quand même... parfois assez floue voire inexistant. » G. pédopsychiatre

« il y a effectivement celles qui pensent pas que bah on peut être enceinte lors du premier rapport. Euh qui connaissent pas effectivement le fait que il peut y avoir une ovulation, l'histoire des règles. [...] Il y a une méconnaissance, je pense que on parle plus de sexualité au niveau des, du collège, des lycées, on essaie de rendre la contraception plus... plus abordable, les histoires de, des pass' contraception, je sais pas si tout le monde y a vraiment accès, tout le monde y pense, euh on évolue quand même, il y a quand même plus de, plus de moyens de contraception, il y a pas que la pilule maintenant. Je sais si c'est une méconnaissance ou un j'en foutisme euh voilà « ça arrive aux autres et pas forcément à moi », c'est ce côté un peu adolescent hein où on aime prendre les risques, je... je sais pas. » H. sage-femme

Les conduites à risque de grossesse sont parfois mises au même plan que d'autres conduites à risque, comme la consommation de toxique. Ces prises de risques peuvent d'ailleurs être intriquées et l'une ou l'autre être la conséquence de la première.

« souvent les grossesses précoces c'est quand même un signe de quelque chose qui va pas, quelque chose qui va pas, soit dans la famille, soit de la violence, soit une rupture, soit une impression de pas être aimée, enfin bon il y quand beaucoup, ou des blessures passées. Et c'est une prise de risque comme peut être l'anorexie, la boulimie, les scarifications, les tentatives de suicide. Les grossesses précoces c'est aussi une prise de risque. » S. conseillère conjugale

Dans le continuum du profil immature, se dessine celui de la psychopathologie sous-jacente, à côté de laquelle il ne faudrait pas passer et dont la grossesse serait un symptôme ou une conséquence.

« les situations qui me marquent le plus c'est vraiment les situations de famille où c'est explosif [...] je me dis qu'il faut être... vigilant parce que là pour le coup le sens de la grossesse il est multiple quoi il n'est pas que porté par un désir de grossesse et un désir d'enfant c'est un enfant pour se détacher de sa propre famille initiale et c'est comme un enfant qui va être pansé qui va être, bah qui va porter un peu plus de mandat finalement transgénérationnel pour guérir les blessures qui n'ont pas été réglées donc d'ailleurs très souvent [...] c'est des ados qui sont dans une pathologie limite quoi ou un fonctionnement limite » R. pédopsychiatre

Cette autre pédopsychiatre souligne bien que, si la psychopathologie existe largement dans les grossesses à l'adolescence, elle n'en représente absolument pas l'exhaustivité.

« je te développe pas tous les aspects psychopathologiques, parce que j'ai beaucoup de psychopathologie en tête quand on me parle de grossesse à l'adolescence... euh bon... le moyen que c'est de shunter une étape de la vie... d'en finir avec l'adolescence sans la vivre pour avoir un statut de mère sans même être adulte... Bon il y a des tas d'aspects des aspects très narcissiques, les aspects œdipiens aussi puisque souvent c'est un enfant d'un parent, hein en fait, et pas tellement du jeune homme avec lequel il y a eu un, des rapports sexuels. Euh... c'est pas souvent le résultat d'une relation très amoureuse, dans ce que j'ai vu, hein voilà. Donc voilà moi j'ai des tas d'aspects comme ça psychopathologiques mais qui sont un peu hors sujet, je pense, par rapport à ton enquête. » H. pédopsychiatre

c) Une grossesse médicalement acceptable ?

Par ailleurs la justification par le risque médical vient étayer certains des positionnements.

Ces grossesses ne sont pas recommandables sur le plan somatique.

« Alors il y a quand même plus de complications chez ces patientes, aussi bien en termes d'anomalies de chromosomes que de, de pré-éclampsie... C'est quand des grossesses qui sont, ça on le sait, ça a été démontré, plus à risque de complications. » A. gynécologue-obstétricien

La littérature montre bien que ce surrisque médical est plutôt lié aux conditions de suivi et aux facteurs de risques concomitants qu'au jeune âge en lui-même, sauf pour des âges très précoces. Les professionnels soulignent en effet le manque de suivi, la prise en charge tardive de ces grossesses, le fait que les adolescentes enceintes peuvent être dans des conduites à risque.

« on a quelques ados en fait qui nous étaient adressées en fait par le service de néonatalogie aussi parce que... il y en a plusieurs qui avaient accouché dans celles qu'on avait repérées finalement qui ont eu des prématurés... probablement d'ailleurs qu'il faudrait voir au niveau des facteurs de vulnérabilité qui peuvent

mener... il y a certaines par exemple qui n'investissaient pas forcément beaucoup leur grossesse qui avaient pris des risques qui... qui continuaient de faire du cheval par exemple ou bien qui étaient en déni partiel de grossesse et... du coup qui ont, qui ont su tardivement, enfin je pense qu'il y a des choses qui ont pu concourir, inconsciemment même, au fait qu'elles accouchent de manière prématurée. » R. pédopsychiatre

Ils relèvent également que les mesures hygiéno-diététiques préconisées pour la grossesse sont souvent très mal appliquées.

« Alors il faut certainement un suivi somatique attentif renforcé sur l'aspect carences nutritionnelles et hygiène de vie et consommation de produits. C'est vrai que, ici par exemple il y a une consultation d'addictologie qui travaille bien avec la maternité et je pense que les jeunes peuvent être plus concernées, mais même pour le tabac, tabac alcool et éventuellement cannabis. Sur le plan nutritionnel les adolescents mangent très mal et les adolescentes enceintes mangent encore plus mal. » P. pédiatre

Sur le plan purement somatique, certains professionnels ne différencient pas une grossesse adolescente d'une autre grossesse.

« je pense que le suivi femme enceinte lambda, pour ce qui est de la médecine pure et dure, suffit. Une visite mensuelle, 3 échos voilà, pas besoin de réinventer... » G. gynécologue-obstétricien

2. Quand l'adolescente porte son projet de grossesse

Pour certaines adolescentes il semble que cette grossesse soit un choix, un désir, qu'il y ait une vraie intentionnalité. Le vocabulaire de l'organisation ressort dans les discours : « veulent, coûte que coûte, parviennent, imposer, s'organiser, projet, ... ». Ces « jeunes femmes », par opposition aux « gamines » du profil précédent sont actrices de leur grossesse et de leur maternité, capable de maintenir un effort dans le temps, avec une capacité d'action et une force de volonté.

a) Quand la grossesse survient à maturité

Une grossesse à l'adolescence n'inquiète pas, ni pour la jeune femme, pour le bébé à naître, si elle survient dans un contexte stable, conventionnel. Une jeune femme en couple, n'ayant pas le projet de poursuivre ses études longtemps. Une jeune femme autonome. Finalement

une jeune adulte ? Ces cas-là semblent plus anecdotiques. La notion d'âge et la limite de 16 ou 17 ans sont à nouveau évoquées à de multiples reprises.

*« et à côté de ça, il y en a quelques-unes, alors peut être plus âgées, genre 16-17 ans, où effectivement elles sont beaucoup plus matures, pour des raisons diverses et variées, et elles acceptent très bien leur, leur enfant et s'en occupent très bien. »
A. gynécologue-obstétricien*

Cette psychiatre fait bien le *distinguo* entre adolescente et mineure et précise qu'on peut être mineure sans être adolescente.

« adolescentes non, mais plutôt mineures, entre 16-17 ans » M. psychiatre

Dans ces cas-là, il ne s'agit plus uniquement d'une jeune femme, mais d'un jeune couple, les pères, souvent absents des discours, y retrouvent leur place.

« Sauf, je vous dis, dans le cadre du jeune couple, il a 20 ans il a un petit boulot, elle a 17 ans et demi, ils ont un studio, les parents sont ok, voilà c'est pas non plus nécessaire de pathologiser à l'extrême. » G. gynécologue-obstétricien

« Avec un conjoint, depuis quelques années, un projet d'enfant... donc voilà c'est plutôt rare. » F. sage-femme

Ces jeunes femmes, jeunes couples sont matures, s'ils peuvent avoir besoin d'un soutien familial notamment financier, leur autonomie ne pose pas question.

« Ou bien une ado qui était très bien portée par sa famille, qui a 17 ans et demi, qui avait un désir de grossesse depuis longtemps, alors c'est la plupart du temps une grossesse quand même qui survient de manière inopinée mais voilà ça prend pas le même sens quand le désir de grossesse est ancien, avec un désir d'enfant associé, et voilà quand les familles sont, sont bien porteuses autour. Voilà j'ai eu des situations comme ça où il n'y avait pas forcément besoin d'un suivi » R. pédopsychiatre

Un suivi spécifique et attentif ne semble pas nécessaire dans ces situations-là, qui aux yeux des soignants ne sont pas différentes de celles de femmes plus âgées.

b) *S'émanciper par la maternité ?*

Pour certaines adolescentes dont l'autonomie et la maturité n'est pas reconnue en amont, la grossesse et l'accès au statut de mère représente l'ultime recours, la possibilité de

s'émanciper. Il s'agit bien souvent de trouver sa place, se réaliser, sortir d'une situation complexe dans laquelle l'adolescente serait confinée.

« Ou alors en effet des situations difficiles à la maison, pas d'avenir, pas de métier, pas de formation, pas de... A l'école c'est affreux et du coup, inconsciemment hein j'imagine, elles se disent « bah voilà là j'ai un projet j'ai quelque chose, j'ai cette grossesse j'ai quelque chose vers quoi me projeter ». » S. conseillère conjugale

Le projet de grossesse et de maternité est bien là, porté par une adolescente déterminée.

« Donc il y a des situations diverses mais peut être celles qui m'étonnent le plus c'est vraiment celles qui ont vraiment voulu cet enfant et veulent le garder et font en sorte de s'organiser pour, pour pouvoir prendre soin de cet enfant. » C. sage-femme

Le dénouement heureux de cette grossesse-là suscite l'étonnement du professionnel : cette adolescente sur laquelle on n'aurait pas forcément parié, s'en sort bien avec son bébé.

« C'est-à-dire que nous on a vu des jeunes filles qui étaient un peu, j'ai envie de dire avant, pendant la grossesse en tout cas, un petit peu petit oiseau sur la branche on dira, c'est-à-dire peut-être pas très concernée, encore très immature et pas beaucoup de représentation, d'anticipation possible de l'arrivée du bébé. Ayant jamais pensé que oui fallait faire un trousseau pour le bébé, qu'est-ce qui va se passer à l'accouchement ? Avec des capacités de se projeter dans l'avenir qui sont quand même très réduites, comme on est à 15 ans ou 16 ans. En tout cas on est rarement dans des projections familiales, on est plutôt dans des projections éventuellement professionnelles ou d'études mais rarement... Et puis... Et puis... bah une fois qu'on les reprend en post-natal, on a... des... est-ce qu'n peut pas parler de miracle ? Je sais pas mais on a vraiment des situations qui, qui sont complètement formidables avec des jeunes filles, mais vraiment très jeunes hein, dont on n'imaginerait absolument pas, leur, les capacités qu'elles ont d'être, d'avoir vraiment dans cette préoccupation maternelle primaire, un soin d'une grande qualité à l'enfant, beaucoup de douceur, une patience inimaginable. » A. pédiatre

Si les grossesses évoquées précédemment étaient rares, celles-ci semblent rarissimes.

« Après chez certaines ça peut être un aiguillon, chez une toute petite partie, qui justement les pousse à se dépasser parce que, c'est en général des jeunes filles qui sont quand même assez battantes, pas complètement perdues et qui se disent bon bah maintenant j'ai ma responsabilité et il faut que j'aille plus loin, faut que je reprenne mes études, faut que je m'en sorte, ça peut. » G. gynécologue-obstétricien

Cette grossesse, ce projet, cet enfant, l'accès à la maternité peut sembler salvateur.

« celle dont je parlais tout à l'heure qui avait vraiment décidé que c'était pour se sauver, c'était le seul moyen de se sauver, de se sauver la vie en fait d'avoir cet enfant » S. gynécologue-obstétricien

L'enfant viendrait réparer, combler des failles narcissiques, une carence affective.

« elle recherche quelque chose de son enfance en mettant, en voulant garder ce bébé, elle pense qu'elle va pouvoir résoudre tous ces problèmes de l'enfance à elle, souvent elle se projette sur ce bébé quoi » F. sage-femme

Le dénouement n'est cependant pas toujours idyllique, il semble qu'une attention particulière soit nécessaire afin de soutenir la parentalité, notamment si le projet de grossesse est bien réel mais pas la projection dans la maternité.

« travailler sur la question bah de l'enfant imaginaire, c'est-à-dire qu'est-ce qu'elles attendent d'un bébé ? Parce que souvent les adolescentes, 'fin dans l'expérience que j'en ai, n'étant pas une hyper spécialiste, c'est que elles conçoivent l'enfant qu'elles vont avoir comme un espèce de prolongement d'elles-mêmes, un prolongement narcissique. Donc elles en attendent beaucoup de gratifications... et elles se rendent pas bien compte du fait que ça peut non seulement ne pas être gratifiant, mais devenir cauchemardesque si elles ne supportent pas l'enfant... si elles ne supportent pas les contraintes qui vont avec...si il y a pas de père... » H. pédopsychiatre

« et puis d'autres situations où ça menait à des questions de placement quand même de l'enfant, des situations complexes je dirais, alors sans forcément qu'il y ait placement, mais c'est finalement les situations les plus courantes où on sent que... la venue de cet enfant... serait le seul moyen de se dissocier de la famille initiale, qui a déjà des fonctionnements dans les interactions assez pathologiques quoi je vois souvent des pathologies du lien avec des relations fusionnelles avec leur propre mère et le seul moyen de s'en détacher...sachant que quand c'est fusionnel c'est aussi explosif par moments... et bien c'est de fonder sa propre famille, donc c'est des situations où on peut être très présents notre équipe et assurer un suivi. » R. pédopsychiatre

c) S'accomplir vite

Pour d'autres adolescentes, notamment atteintes de maladies chroniques, dont la projection dans l'avenir peut être ébranlée, la grossesse vient tester la fertilité, braver la maladie, dans un élan vital qui pousse l'adolescente, consciemment ou non, à s'accomplir rapidement.

« Après j'en ai vu une une fois qui avait 13 ou 14 ans et, qui avait une mucoviscidose, et qui m'a dit « non mais j'ai voulu être enceinte juste pour vérifier que je pouvais bien avoir des enfants parce que mon pneumologue m'a dit que ça allait être compliqué le jour où je voudrais avoir des enfants » » A. gynécologue-obstétricien

« j'ai vu quelques jeunes filles diabétiques enceintes et peut-être une autre pathologie, en tout cas des adolescentes qui manifestement testaient leur fertilité bien avant l'âge parce qu'on leur avait dit que ça serait compliqué quand elles seraient adultes et donc pas vraiment des passages à l'acte mais... Notamment une dont je me souviens [...] elle voulait pas entendre parler de contraception, elle

voulait me dire qu'elle avait peur de ne pas pouvoir être enceinte et elle est venue le mois d'après en étant enceinte. » P. pédiatre

3. Impact de l'immigration sur la posture soignante

Dans la totalité des discours l'aspect transculturel ressort. Le distinguo est fait entre les cultures. On sait que la notion d'adolescence et ce qui est admis, attendu à cet âge diffère selon les lieux, les époques, les cultures. Les grossesses qui surviennent pendant l'adolescence sont moins anecdotiques dans certaines cultures. Cela doit-il rassurer ? Au contraire alarmer plus ?

a) La culture comme explication suffisante

La notion transculturelle rendrait la survenue d'une grossesse à l'adolescence normale, acceptable. L'étonnement du professionnel n'en disparaît pas totalement mais la différence culturelle serait suffisante pour expliquer la survenue de cette grossesse voire la justifier. La différence culturelle devient alors normative.

« et puis il y a des grossesses précoces, dans des... on va dire dans des milieux sociaux où c'est attendu [...] donc on imagine pas dire dans, dans une famille de gens du voyage à une fille qui est enceinte à 15 ou 16 ans « t'as besoin un suivi psychologique », c'est culturellement admis » R. pédiatre

Ces grossesses sont tolérées voire attendues par la société, par l'entourage.

« Mais bon il y a plein de pays où ça arrive. Là juste avant vous je viens de voir une jeune fille qui a 20 ans et, bon c'est plus une ado, mais elle est mariée, elle vient d'Algérie et elle trouve ça tout à fait normal, elle est ravie, elle attend des jumeaux, elle a l'air d'avoir 15 ans et tout le monde accepte très bien » A. gynécologue-obstétricien

Le sens que prennent ces grossesses est alors différent.

« les ados qui venaient des pays de l'Est, en France depuis pas longtemps, et qui accouchaient à 14 ans et qui me disaient « non mais euh bon nous, chez nous c'est normal on peut accoucher tôt » il y avait le côté aussi un peu culturel. Alors là c'est anecdotique mais, où ça prenait pas le même sens que une ado éduquée ici qui accouche à 14 ans quoi. » R. pédopsychiatre

Une normalité culturelle est-elle pour autant suffisante pour lever le doute sur le bien-fondé de cette grossesse ?

b) *Le transculturel comme signal d'alarme*

La conduite à tenir n'est pas toujours si claire et ce que cela suscite chez les soignants peut cependant relever du malaise.

« Il y en a une qui m'a vraiment vraiment échappé, qui a échappé à la maternité d'ailleurs, c'est une patiente roumaine qui ne comprenait pas justement qu'on enclenche tout ce suivi pluridisciplinaire parce que elle me disait mais que dans son pays c'était comme ça qu'il fallait qu'on arrête et que pour elle c'était normal. [...] et on avait fait appel à une interprète roumaine qui nous disait « non mais il faut que vous compreniez que juste pour elle c'est normal » mais pour nous c'était tellement, elle avait 12 ans et demi, un truc comme ça, complètement délirant et en fait, voilà, elle nous a, elle a disparu. » S. gynécologue-obstétricien

Certains soignants sont choqués par ces grossesses précoces, se sentent démunis. D'autres soulignent que les contextes dans lesquels elles peuvent survenir ne sont pas toujours pour nous rassurer.

« ou en grande précarité, on a des migrantes par exemple qui arrivent souvent de pays subsahariens et qui arrivent enceintes elles ont 16 ans, 15 ans, soit des violences conjugales, soit des mariages forcés » A. pédiatre

Un cas de conscience peut se poser : que fait-on, ne fait-on pas devant ces situations, sous couvert de respecter la différence culturelle.

« Je mettrai de côté les adolescentes Rom' qui... pour elles c'est pas du tout un, une atypie. Elles ont en général leurs enfants avant 20 ans et à 30 ans elles sont grand-mères, donc euh... c'est culturellement quelque chose qui est très très éloigné de nous. Elles ne vont pas à l'école, elles n'ont pas de, en tout cas quand elles vivent comme ça dans les camps, certaines sortent du schéma, s'insèrent, apprennent le français, trouvent un boulot, mais on a énormément de jeunes Rom' enceintes. Après la question qui se pose c'est : est-ce qu'il faut se dire que c'est comme ça, c'est culturel, c'est pas notre problème où est-ce qu'il faut militer pour que ces gamines aillent plutôt à l'école ? » G. gynécologue-obstétricien

« Des gens, j'allais dire des jeunes Rom, où on a pas vraiment le vrai âge de la patiente. Euh on nous annonce une date de naissance qui serait, elle aurait 12 ans, avec un, un mariage on sait pas trop si c'est un vrai mariage ou un mariage comme chez les Rom, les choses sont pas très claires, on sait pas dans quelles circonstances est arrivée cette grossesse. C'est vrai que là on a envie de chercher, on a envie d'aider. Mais qu'on sent que voilà, la jeune fille parle pas français mais finalement elle comprend bien, il y a des choses euh voilà qu'on arrivera pas à, à... à savoir plus de choses par rapport à ça. Mais c'est vrai que c'est des situations où la précarité est forte, c'est vrai qu'on a, moi je suis plus mal à l'aise vis-à-vis de ces situations-là. » H. sage-femme

Les participants ont pu rapporter des désaccords en staff autour de ces situations.

« c'était une grossesse d'une jeune fille, je crois qu'elle avait 15 ou 16 ans, qui était Rom'... d'un papa qui avait je crois 16 ans et elle elle avait 15 ans quelque chose comme ça, lui aussi Rom' et moi j'étais pour qu'on fasse un signalement et R. n'était pas d'accord. Mais c'est pas sur le fait qu'elle soit adolescente hein c'était le fait que... je trouve que il y a un travail de prévention dans une certaine partie de la population qui doit se faire. Sachant que mon idée des Rom' c'est, mais c'est vraiment spécifique à cette situation, mon idée des Rom' c'est que souvent ils sont illettrés, que pour moi l'ascension c'est l'ascension par l'éducation et que... de fait de pas le signaler c'était pour moi, ben leur ôter une chance d'intégration, voilà. » S. psychiatre

C. Pratiques soignantes : l'approche sécuritaire.

Le professionnel est à l'écoute, en alerte, il guette le radar, ... Le vocabulaire de la sécurité est prégnant dans les discours. Il s'agit potentiellement d'une grossesse à risque. Il faut donc de repérer les situations, identifier les risques, puis déployer un arsenal de prise en charge.

Quelles sont les spécificités de ces prises en charge par rapport au suivi « classique » ?

« que c'était jamais banal quelle qu'en soit l'issue, que parfois ça peut être quelque chose de très bien vécu que ça par la jeune femme mais aussi par son entourage mais que ça doit toujours être une alerte pour nous en fait, ces grossesses à l'adolescence et puis faut que ça soit une alerte après on va pas forcément découvrir un truc sordide derrière quoi, ça peut aussi être quelque chose de, de, de pas alarmant quoi mais ça doit, la grossesse à l'adolescence ça doit nous alerter. C'était vraiment ça qu'on s'était dit » S. gynécologue-obstétricien

1. *Prévenir la situation*

Il semble tout de même que ces grossesses ne sont souhaitables pour personne. Alors comment les prévenir ?

a) *Eviter la grossesse*

Comment prévenir ces grossesses ? Il semble qu'il y ait un enjeu pour les soignants en consultation mais également un enjeu sociétal. Les professionnels soulignent le rôle de prévention et d'accompagnement qu'ils peuvent jouer auprès des adolescents.

« Bah déjà, enfin moi je considère que c'est un plus que la sage-femme puisse faire le suivi gynécologique préventif, du coup et les connaître dès l'adolescence, et du coup établir un lien, de, comment dire, de confiance, les voir facilement, dès qu'elles ont besoin, souvent quand le lien est installé après elles nous appellent rapidement et il suffirait de les voir, leur dire, les remettre sur les rails pour telle contraception, telle autre. Prendre le temps de leur expliquer ce qu'est la

contraception, le temps de choisir leur contraception pour qu'elles soient pas de difficultés bah finalement d'être enceinte parce que c'était pas la bonne contraception quoi. » F. sage-femme

Le manque d'information et de connaissance sur le fonctionnement, la fertilité, la contraception, la sexualité semble frapper les professionnels. Manque de connaissance mais aussi manque d'appropriation des connaissances pour les appliquer à soi, comme évoqué dans la partie précédente.

« Et donc ça je trouve ça un peu dommage parce que souvent elles sont quand même un peu perdues, elles connaissent très peu leur corps, elles savent pas du tout... comment elles fonctionnent, les dates d'ovulation, la fertilité, je me souviens d'une jeune elle m'avait dit « non mais mon copain m'a dit que c'était pas la peine de mettre de préservatif donc j'ai pas mis », j'ai dit « mais ton copain, il connaît ton cycle ? il sait où t'en es ? » « ah non non non rien du tout mais il m'a dit que c'était bon donc on y est allé » » S. conseillère conjugale

Pour ce domaine-là, les soignants mais également la société en général, les familles, les éducateurs, les directeurs d'établissement ont leur responsabilité à prendre pour éduquer les jeunes.

« il y a pas un établissement sur dix qui assure ses missions. Parce que je sais plus quoi il y a une loi qui dit faut avoir 3 sessions, à partir du CP, tous les ans, sur le corps, le fonctionnement, la prévention, l'amour. On est à mille lieux de tout ça. » G. gynécologue-obstétricien

La crainte que le fait d'aborder ces sujets soit incitatif ne devrait plus être, il a été largement démontré que le fait d'aborder un sujet n'a pas pour conséquence d'inciter à un comportement. Mais, à l'instar de la prévention du suicide, la crainte que lever le tabou se solde par un passage à l'acte reste ancrée dans l'imaginaire collectif.

« Non il y avait une étude du Canada qui disait que plus les jeunes filles étaient informées tôt de leur fertilité, du fonctionnement, du corps, de l'éducation à la sexualité en général et moins le premier rapport était tôt en fait, parce que parfois certains disent « ouai mais faire de l'éducation à la sexualité c'est inciter, ils vont avoir envie, ils vont y aller » et en fait non, 'fin de cette étude canadienne, et ils sont très en avance sur nous les canadiens, ils disaient « non au contraire, plus on informe et plus il y a des groupes de réflexion et moins ils vont tôt dans la relation sexuelle en fait ». » S. conseillère conjugale

Quels messages les adolescents reçoivent-ils de leur famille ? De leur établissement scolaire ? De la société ?

« et puis après il y a, il y a quand même des inégalités énormes sur le territoire sur l'éducation sexuelle, l'accès à la contraception, la capacité à mettre des mots sur les liens entre sexualité, acte sexuel et procréation, ça c'est différent quand même et ça ça reste encore... moyennement... enfin fait de manière très inégale dans les établissements de l'éducation nationale et quand à dans les familles et bah ça c'est autre chose » G. pédopsychiatre

Cette autre soignante souligne également la difficulté pour certaines adolescentes de devoir « braver les interdits » familiaux, prendre une contraception en cachette, avec de fait un surrisque d'oubli, de prise aléatoire.

« Il y a quand même des filles très surveillées, notamment dans le milieu musulman, des filles qui racontent qu'elles peuvent pas prendre la pilule parce que sinon la mère va le découvrir et ça va être la cata ou elles prennent la pilule mais il faut qu'elles la cachent très bien donc elle est tellement bien cachée que bah elle l'oublie une fois sur deux. C'est difficile quand... quand il faut tout cacher. » S. conseillère conjugale

Elle note aussi une certaine pression du groupe, de la société que pourrait se mettre les adolescents pour répondre à des critères de normalité.

« Plus aussi, peut-être pour les adolescentes particulièrement, cette idée que... bah la relation sexuelle c'est normal quoi et qu'à 14-15 ans elles voient pas le problème, elles se posent pas du tout la question de savoir si c'est le moment, si elles sont prêtes, il y a un côté un peu « allez faut y aller j'y vais et puis bon on verra après ». Il y a pas beaucoup de réflexion de « est-ce que c'est le bon ? Est-ce que j'ai vraiment envie avec lui ? Est-ce qu'on est prêts ? Est-ce qu'on a réfléchi ? Est-ce qu'il y a une contraception si on veut pas de grossesse ? ». C'est vraiment, c'est assez impulsif en fait, pas très réfléchi. C'est un peu normal à leur âge mais euh j'ai l'impression qu'il y a une pression du groupe, 'fin de la société qui dit « allez-y protégez-vous mais allez-y » qui est peut-être pas forcément idéale. » S. conseillère conjugale

Il semble également qu'il faille identifier les leviers sur lesquels s'appuyer pour aborder ces sujets auprès des adolescents : mieux choisir un moyen de contraception adapté, identifier les freins à l'observance, aider les jeunes à s'approprier leur contraception, impliquer également les adolescents. Il s'agirait aussi de lever le tabou, de parler de la sexualité, de fertilité, mais aussi du désir d'enfant, de la question de la maternité et de la grossesse qui semble se poser naturellement à cet âge. De ne pas présenter le sujet de façon négative, comme un interdit.

« c'était une présentation extrêmement négative de l'enfant et à mon avis là on est dans le faux, c'est-à-dire que je pense que c'est en présentant positivement l'enfant et en se disant que ce désir est normal et voilà que... on peut améliorer la prévention des grossesses précoces. Y'aura toujours, dans toutes les sociétés il y a des grossesses précoces, il y en aura toujours, il y aura toujours des désirs d'enfants, voilà. Et justement je pense que la part qu'on ne touche pas en faisant de l'information à la contraception [...] il y a quand même à se poser un tout petit peu la question autour de, des messages qu'on donne et peut être le tout contraception ne suffit pas et qu'il y a aussi à imaginer une discussion avec les adolescents sur le bébé, sur, voilà, sur la grossesse autre, vu autrement que quelque chose qu'il faut éviter comme une maladie sexuellement transmissible » R. pédiatre

b) *Interrompre la grossesse*

Quand la grossesse survient il semble plus raisonnable de l'interrompre. La première raison avancée est que l'adolescente est trop jeune. Une raison médicale peut également être avancée.

« on a des grossesses ultra ultra précoces, là on en a eu à 13 ans, 13 et 14 ans cette année mais bon ça en général on interrompt la grossesse. Moi j'ai jamais vu de grossesse à 13-14 ans se poursuivre. » A. gynécologue-obstétricien

Le souci pour l'avenir de la dyade mère-bébé est également au cœur des préoccupations. La grossesse viendrait shunter le processus maturatif qu'est l'adolescence. Parfois comme abordé précédemment cela serait « salvateur » et l'avenir optimisé par la maternité, chez une adolescente mature, ayant déjà achevé son adolescence ou l'achevant par la grossesse et la maternité, parfois cela serait beaucoup plus compliqué et le pronostic plus incertain voir assez négatif, l'adolescence arrêtée devant reprendre, chez une adolescente qui ne pourra s'occuper de son bébé et lui permettre de se développer lui aussi convenablement.

« Donc...grossesse à l'adolescence... c'est une expérience, c'est une expérience maturative, je pense, je pense assez raisonnable que ça se termine par une IVG, quand même, je dirais comme tout le monde, enfin je veux dire, le, il y a une espèce de, de réflexe un peu de bon sens comme ça sur le fait que, oui, certes c'est une expérience, c'est maturatif, est-ce qu'il faut absolument avoir un bébé ? Moi je suis pédiatre, j'ai quand même, ensuite le souci du bébé, on sait que beaucoup de ces bébés ne seront pas élevés par leur mère, ou seront élevés par leur mère un moment puis après par leur grand-mère puis après je ne sais par qui, voire placés...voilà quoi...s'il n'y avait pas d'inquiétude sur le devenir de ces enfants je serai beaucoup plus, beaucoup plus, enfin beaucoup moins méfiant, quoique même, même pour ces jeunes filles, je trouve que c'est une interruption de l'adolescence souvent, enfin c'est une accélération du passage à l'âge adulte mais

c'est souvent une interruption de l'adolescence, qui reprend, là pour le coup j'ai ce souvenir qui me reviens maintenant de pas mal de jeunes filles de 22-23-24 ans ayant eu un enfant avant 18 ans et qui s'éclatent à 22-23, retrouvent leur jeunesse et leur adolescence à 22-24 ans et laissent tomber le petit à cet âge-là.» P. pédiatre

Le chamboulement psychique qu'une grossesse peut occasionner chez une adolescente qui ne serait pas prête, dans un contexte social difficile, peut également justifier une interruption médicale de grossesse.

« De même que j'ai des grossesses adolescentes qu'on a accompagné vers des accouchements sous X parce qu'en fait elles en voulaient pas du tout. Voire quand la jeune fille était vraiment vraiment très très ébranlée vers des avortements médicaux, même tardifs, même à 6 mois ou 7 mois, avec des avis psychiatriques très, très carrés. » G. gynécologue-obstétricien

Il s'agit d'accompagner l'adolescente, voire le couple dans la démarche d'interruption de grossesse, afin que l'adolescente soit actrice de ce que lui arrive et ne subisse pas intégralement la situation. Le choix doit rester le sien, les soignants, l'entourage doivent étayer.

« quand on prend la position la plus neutre possible, par rapport à, à essayer de faire émerger ce qu'elles, ce qu'elles, ce qu'elles souhaitent faire de leur grossesse, en général on se rend compte que... le choix est fait avant, c'est-à-dire que... en particulier la plupart des cas c'est des adolescentes avaient envie de pouvoir entendre qu'elles pouvaient garder leur enfant mais faisaient le choix ensuite de ne pas le garder, voilà, mais c'était important de pouvoir entendre d'adultes que c'était leur choix et que ils pouvaient faire des choix, le choix qu'ils voulaient... voilà et je pense que quand on est passé par cette élaboration là on le vit peut-être plus facilement que quand on a l'impression que c'est un choix qui a été complètement imposé. » R. pédiatre

« je suis amenée moi à accompagner éventuellement la démarche de réflexion aussi, par rapport au bien fondé d'avoir un enfant, ça c'est pas facile, en essayant de rester très neutre, bien entendu, pour que l'adolescente et sa famille réfléchissent ensemble » H. pédopsychiatre

c) Préparer la parentalité

Si la naissance est envisagée alors il s'agit de préparer le terrain, déjà balisé. Selon l'âge gestationnel auquel la grossesse est découverte et prise en charge, l'investissement de la grossesse et de l'enfant à naître va devoir se faire en accéléré. Il s'agit d'accompagner au mieux la future maman, le couple de jeunes parents, la famille élargie. Souvent ces

adolescentes vont être gardées plus longtemps en suites de couches, adressées dans des foyers, suivies en PMI de façon plus attentives, voire en hospitalisation mère-enfant pour étayer le lien mère-enfant si cela semble nécessaire.

« L'accompagnement quand même à la maternité parce que, parce qu'à 15 ans c'est pas facile de, j'imagine, de se, voilà, de s'imaginer ce bébé, la vie que ça va être avec ce bébé-là, la responsabilité que l'on a, les devoirs, les droits, les devoirs et les droits de l'enfant aussi enfin il y a quand même tous ces paramètres là qu'elle pourra pas ingurgité en l'espace des suites de couches qui dureront forcément plus longtemps » K. sage-femme

En parallèle de la décision de garder ou non la grossesse, il convient également de proposer, présenter les différentes options qui s'offrent à l'adolescente, au couple pour la naissance à venir.

« Lui proposer aussi les différents modes d'accouchement si elle souhaite ne pas avorter, si elle émet le choix de pas avorter mais qu'elle souhaite pas garder le bébé, lui expliquer différents modes, possibilités d'adoption, d'accouchement sous X, ça c'est aussi des choses qu'on discute avec une ado, dans les premiers rendez-vous et ça c'est des choses pas simples à aborder. » F. sage-femme

2. « Baliser le contexte »

Qui entoure ces adolescentes ? Il semble que cela soit la préoccupation principale des soignants et le garant d'une issue favorable de cette grossesse pour la jeune et pour son enfant à naître. Il s'agit en premier lieu de faire un état des lieux, du contexte dans lequel est survenue et va évoluer cette grossesse puis cette jeune et son enfant. Les répercussions sur l'entourage et le rôle qu'il va jouer semble au premier plan, et différent nettement selon le profil de la grossesse : le jeune couple, la jeune fille en manque de repère.

a) *« Je pense qu'il faut vraiment, la grossesse chez la mineure, baliser un peu le contexte dans lequel ça se passe »*

« j'explore un peu la situation familiale, c'est-à-dire j'explore qu'est-ce qui se passerait si les parents étaient au courant ? Est-ce qu'on est dans une famille maltraitante ? Est-ce qu'il y a de la violence ? » R. pédiatre

Nous avons vu qu'il s'agit de ne pas passer à côté de violence subite, d'un viol, ni d'une psychopathologie sous-jacente. Que va devenir cette jeune fille, son enfant ? Qui va s'en charger ? La responsabilité de l'enfant est-elle partagée ? Avec qui ? Les professionnels rappellent bien le risque que représente l'isolement pour toute jeune mère, et soulignent que ce risque est amplifié s'il s'agit d'une mère mineure isolée.

« je pense qu'il faut vraiment, la grossesse chez la mineure, baliser un peu le contexte dans lequel ça se passe. Est-ce que cette fille est en train de se faire virer de chez ses parents et va se retrouver à la rue, est-ce que, au contraire, elle est soutenue par sa famille, est-ce que il y a des moyens financiers, où est ce qu'elle en est de sa scolarité, comment on peut anticiper la coupure et la reprise de sa scolarité. » P. pédiatre

Il faut donc faire le point et envisager la continuité la plus stable possible sur le plan familial, social, scolaire et professionnel. Il apparaît très important à l'adolescence de prendre en compte la dynamique familiale, en s'intéressant à la famille de la jeune fille, et à celle du père s'il est présent. L'absence de soutien familial paraît aggraver largement le pronostic, qu'il soit social, avec un risque de précarité et d'isolement mais aussi psychologique.

« on a vraiment plein d'exemples où, où ça se passe bien, voire très très bien, voire bien mieux qu'avec d'autres mamans. C'est d'autant plus vrai que la jeune femme à réussi à renouer avec sa famille ça c'est vraiment très important, c'est vraiment très important, c'est vraiment l'intergénérationnel, quand il est pas possible dans une grossesse à l'adolescente, là on, on rajoute un facteur de risque vraiment majeur. » A. pédiatre

« Donc ça serait bien qu'elles soient un peu plus entourées, souvent elles sont très seules quand même. Le copain il est là, il est pas là... C'est variable, je dirais c'est moitié moitié. [...] la moitié bah ils sont pas là du tout. Elles se débrouillent toutes seules. Ça pose aussi le problème du référent majeur, parce que la jeune fille qui avorte elle est obligée d'avoir un référent majeur et donc... bah si les parents sont pas au courant... c'est compliqué de choisir quelqu'un et souvent c'est la grand-mère, la tante, la cousine, ça encore ça va, parfois c'est le grand frère du copain, ça ça m'est arrivé plusieurs fois. Le grand frère du copain qui a 18 ans depuis 15 jours, qui s'en fiche complètement et qui est juste là parce qu'il faut quelqu'un mais qui est pas un responsable susceptible de l'aider dans sa démarche quoi. » S. conseillère conjugale

L'annonce aux parents, ou au moins à un référent majeur fiable est importante, le risque d'une grossesse cachée, chez une jeune fille en portant seule la responsabilité est également un risque sanitaire.

« il y a aussi le risque d'accoucher dans les toilettes du collège, du lycée, dans des conditions sanitaires catastrophiques » R. pédiatre

Anticiper la réaction de l'entourage semble important. Cela semble également compliqué pour les jeunes filles qui appréhendent la réaction parentale.

« Cette histoire elle m'a marquée parce que je me dis ben il y a toujours la peur pour l'adolescent, un peu comme par rapport à une tentative de suicide ou à d'autre chose, il y a la peur de la réaction des parents qui est une peur souvent plus grande que la réalité » R. pédiatre

« J'ai eu par exemple une situation où c'était tellement dur de dire à ses parents, qu'elle avait menti sur sa grossesse et, je pense que je l'avais dit en cours mais, elle avait dit que c'était une grossesse issue d'un viol et au final elle était revenue sur le viol en disant que c'était faux mais qu'elle avait tellement peur d'annoncer sa grossesse que finalement elle pensait que de dire quelque chose de « pire » ferait mieux avaler la pilule et donc elle était juste enceinte, elle avait dépassé le délai d'avortement parce qu'elle craignait, c'est ce qu'elle disait, elle craignait la réaction de ses parents » R. pédopsychiatre

b) Qui entoure ces jeunes filles : des écosystèmes existants paradoxaux ?

Deux types d'écosystèmes se profilent à l'image des situations décrites en première partie. Dans la situation de la jeune fille non considérée comme autonome, chez qui la grossesse n'est pas attendue, si elle n'est pas isolée ou en rupture de lien avec sa famille, auquel cas les travailleurs sociaux sont au premier plan, la mère de la jeune occupe largement le devant de la scène, éventuellement les deux parents de la jeune, enfin le père du futur bébé semble souvent hors du radar. Se dégagent alors 2 situations à l'intérieur de ce profil : les parents sont là et cela pourrait aller bien, ils ne sont pas là, cela s'annonce très compliqué. En parallèle, dans la situation relativement stable du jeune couple, ou la grossesse est considérée précoce mais finalement acceptable, le reste de la famille et les acteurs médico-psycho-sociaux semblent importer moins.

« J'ai aussi bien la gamine de seconde enceinte de jumeaux avec un mec qui ne reconnaîtra pas l'enfant et que la maman décide d'accompagner pendant sa grossesse. Le même cas avec une maman qui était je sais pas quoi qui vient de reprendre des études d'infirmière et qui est prête à se suicider parce qu'elle voit bien que ses propres projets vont être complètement mis de côté parce qu'elle ne va pas pouvoir abandonner sa fille enceinte qu'elle va devoir s'occuper de cet enfant parce qu'elle veut que sa fille aille à l'école. » G. gynécologue-obstétricien

« Après les contextes sont différents, c'est soit les parents sont au courant et accompagnent la jeune fille, les parcours sont plus simples, soit c'est des grossesses avec des conflits autour des, avec les parents et les parcours c'est un petit peu plus compliqué avec parfois des demandes d'hospitalisation éloignée de la famille, il y a plusieurs contextes en fait. » H. sage-femme

Les réactions de l'entourage peuvent être multiples, du rejet réel ou craint par l'adolescent, à l'acceptation. Avec la grossesse, la sexualité adolescente fait irruption dans la famille, et aussi pour les soignants.

« ça c'est vrai que ça va pas être la même chose que la jeune fille qui arrive avec une grossesse, enfin dans une famille où personne savait qu'elle avait des rapports sexuels » S. gynécologue-obstétricien

« Je lui dis que sa fille est enceinte, j'entends des hurlements de la mère, des pleurs, des hurlements mais des hurlements euh un peu des you-you quoi, voilà. Et... quelque chose d'assez démonstratif, assez impressionnant, des pleurs, puis tout d'un coup elle s'arrête, elle me dit « mais, ma fille a couché avec un garçon alors ? » et voilà et c'était assez surprenant parce que finalement c'était pas tellement qu'elle soit enceinte c'était, on se rendait compte que c'était simplement qu'elle apprenne que sa fille commençait à avoir une vie sexuelle » R. pédiatre

Les parents de la jeune, qu'ils soient absents, rejetants, défailants, sacrificiels, tolérants,... et notamment les mères, sont très présentes dans les discours. Il est intéressant de noter que bien souvent les termes « les mères », « les mamans », renvoient aux mères des adolescentes enceintes, elles sont alors désignées par les termes « filles », « jeunes filles », « gamines ». Sauf dans la situation du jeune couple ou les termes de « jeunes femmes », « maman », renvoient bien à l'adolescente enceinte. Le niveau auquel se place le professionnel diffère selon la reconnaissance en tant que future mère légitime que suscite l'adolescente dont il parle mais est également probablement influencé par sa propre position parentale, personnelle.

3. Travailler à plusieurs

Si les professionnels doivent être constants et bien identifiés, il ne s'agit pas de travailler seul. Ces situations alertent, un réseau est mis en place de façon systématique. Le « plan

Orsec » est déclenché, on retrouve dans les discours le vocabulaire de la sécurité, comme une bombe à désamorcer grâce à une équipe pluridisciplinaire.

« Ici on a choisi de... cibler toutes les adolescentes, de les repérer, [...] et ensuite de mettre en place d'autres choses si le terrain nous paraît préoccupant. » G. gynécologue-obstétricien

a) *Un réseau d'aide*

Le professionnel ne travaille pas seul. Selon les endroits il existe un staff pluridisciplinaire dédié ou non, si cela n'est pas le cas les professionnels décrivent faire très souvent appel à un réseau bien identifié.

« c'est systématiquement enclenché, on suit pas une adolescente toute seule dans son coin juste avec ses consult' une fois par mois. Enfin je sais pas si, G. vous en a parlé mais, instantanément il y a une mise en lien avec l'assistante sociale, la psychologue plus ou moins une consultation de pédopsychiatrie mais de toute façon toutes ces patientes-là elles passent au staff médico-psycho-social, il y en a un par mois, elles sont toutes staffées. Ça c'est systématique, c'est automatique. » S. gynécologue-obstétricien

« C'est vrai que on est quand même très en lien avec notre réseau autour de l'hôpital pour pas que ces mamans soient lâchées comme ça. » K. sage-femme

b) *La prise en charge psychologique : souvent nécessaire, devrait toujours être proposée*

Dans la prise en charge pluridisciplinaire le premier aspect analysé est celui de la prise en charge psychologique. Il ressort qu'une analyse de la situation par un professionnel du psychisme apparaît primordiale. Premièrement afin de dépister un risque éventuel pour la jeune mère, elle-même en plein bouleversement psychique potentiellement triple : celui de l'adolescence, celui de la grossesse et celui potentiellement psychopathologique sur lequel vient se greffer cette grossesse ; pour l'enfant à naître, et pour la famille élargie.

« Sur le suivi psychologique, suivi j'en sait rien ! Oui, bien sur, une évaluation, une rencontre avec un psychologue ou un psychiatre, oui, je dirais systématiquement. Ensuite ça veut pas dire qu'elle ait besoin d'un suivi psychologique, ça veut qu'il y a quand même à voir comment ça s'inscrit » P. pédiatre

Il ressort également que les jeunes filles ont du mal à mettre en mots leur vécu, à inscrire cet événement comme important dans leur biographie.

« Ah oui, moi je suis sûre que ça nécessite un suivi particulier, parce que souvent les adolescentes que je reçois en entretien, elles ont du mal à élaborer, elles ont du mal à dire ce qu'il se passe pour elles. Elles sont dans le « oui » « non » « bah je sais pas », elles ont du mal à comprendre euh... ce qu'il s'est passé, comment elles le vivent, elles ont pas de mots pour dire leurs émotions... Donc ça serait bien que... elles soient plus suivies en fait. Euh... l'entretien pré-IVG est obligatoire pour les mineures donc ça elles sont obligées de voir au moins une fois une conseillère ou psychologue... Mais souvent ça s'arrête là en fait, elles ont vu une fois quelqu'un, il y a un entretien, on est obligé de leur proposer un entretien post-IVG mais elles viennent jamais. » S. conseillère conjugale

Egalement, pour au moins permettre à la jeune d'identifier la profession. Ce qui n'est pas toujours possible en raison de la vision de la société sur la psychiatrie, la maternité. De la vision des soignants sur la psychiatrie en maternité.

« Un premier rendez-vous à titre préventif pour montrer qui on est, pour qu'elles puissent se saisir, parce que souvent de voir un psychologue ou un psychiatre ça fait peur. [...] elles auront identifié la profession pédopsychiatre ou psychologue et vu que c'est pas, c'est pas menaçant de voir quelqu'un, et identifier notre fonction.» R. pédopsychiatre

« D'abord à mon avis le premier pas c'est d'accepter qu'il faut faire une évaluation et une analyse de chaque situation. Ce qui n'est actuellement pas le cas [...] parce que c'est vu comme un jugement, voire comme une mise en doute de la possibilité que ça aille bien. [...] C'est quand même vraiment un truc qui va pas du tout quoi, mais c'est évidemment en lien avec cette idée que spontanément ça devrait aller bien pour toute mère et pour tout enfant qui est sous-jacent de notre culture. Sauf que là on est dans une situation où a priori on devrait penser l'inverse et que si ça se passe bien, bah super, voilà. » G. pédopsychiatre

Il s'agit enfin de prendre en charge celles qui doivent l'être.

« Bon après il y en a, pour certaines où c'est une évidence où il faut, qu'il faut un suivi quoi, où il y a plein de choses qui vont être réactivées, [...] je pense que là il faut peut-être pas les lâcher quand même quoi, enfin faire plusieurs rendez-vous parce qu'on sait que la grossesse si les choses ont pas été réglées dans le passé ça peut se réactiver ou s'il y eu des pathologies du lien voilà par rapport au problème lié à l'attachement vis-à-vis de leur bébé voilà ça va être à risque voilà donc certaines situations je vais être plus catégorique par rapport à un suivi ça c'est sûr. » R. pédopsychiatre

c) Un risque social

A côté du risque psychique, il y a le risque social et socio-éducatif. L'étayage socio-éducatif paraît primordial. Il s'agit de lutter contre l'isolement social, le décrochage scolaire, pour

permettre la poursuite des études, et pour la jeune d'obtenir, de maintenir une situation socio-professionnelle.

« Sur le plan social, on sait l'impact que ça va être, qu'elles vont décrocher plus ou moins définitivement de leurs études et que si on pouvait anticiper ça, organiser entre assistante sociale scolaire, assistante sociale de la maternité un maillage, comme on dit, un peu serré, je pense qu'on éviterait, on éviterait de la casse sociale. » P. pédiatre

D. Vécu des soignants : le travail émotionnel.

Que renvoient ces grossesses aux soignants qui les prennent en charge ? Quelle place prennent ces adolescentes dans leur histoire ? Les discours sont emprunts d'émotions et des histoires personnelles des soignants et de leurs patientes. Si des profils généraux d'adolescentes enceintes ont pu être établis, il est primordial de noter que les participants ont tous en tête les histoires individuelles des adolescentes qu'ils ont rencontrées et que devant ces grands profils se trouvent des patients singuliers.

1. *Un discours teinté d'émotion*

Ce qui est sûr c'est que cela ne laisse pas indifférent, les discours sont teintés de diverses émotions et les histoires des adolescentes imprégnées dans les souvenirs des soignants.

*« voilà est-ce qu'on est complètement neutre, je pense pas que ça soit possible »
R. pédiatre*

a) *Légitimité, inquiétude et culpabilité*

Les professionnels ont souvent mis en avant un leur sentiment d'incompétence, de manque d'expérience pour prendre en charge ces situations.

« On est pas spécialisés » A. gynécologue-obstétricien

Il est également ressorti des discours une frustration voire une inquiétude quant au manque de continuité dans le suivi, au manque de moyen mis en œuvre, à l'aspect non systématisé du suivi.

« mais comme toujours dans ces cas-là ce qui est important c'est le suivi à long terme, et on l'a pas, soyons clairs, nos maternités sont structurées de telle façon qu'une fois que la patiente est sortie, bah on a malheureusement aucun suivi et

c'est dramatique. Et on se repose énormément sur les circuits sociaux et donc il y a toujours des déclarations, des suivis, la PMI qui suit derrière mais nous on a aucun retour. Et je le dis lamentablement quoi, c'est pas, c'est pas bien. » A. gynécologue-obstétricien

La question de la communication entre les différents temps et lieu d'intervention peut être questionnée, même si le réseau semble la plupart du temps bien établi entre les professionnels.

« je pense gynéco-obstétriciens, sages-femmes... Voilà si il pouvait y avoir une continuité entre l'avant et l'après ça serait super mais c'est rarement le cas ! » R. pédopsychiatre

La frustration du soignant est sur le devant de la scène, largement sous-tendue par sa culpabilité de ne pas en avoir fait assez pour cette jeune, de potentiellement la laisser tomber, parfois fort de l'expérience de patientes plus âgées, confrontées par le passé à une grossesse à l'adolescence avec un vécu difficile et un sentiment de solitude important.

« Non, ça c'est la grosse frustration du métier, c'est que... il m'arrive de revoir des jeunes filles mais une fois... et encore mais vraiment la majorité, c'est vraiment, elles viennent pas du tout. [...] le pire c'est que quand je revois les femmes... qui ont fait plusieurs IVG dont certains à l'adolescence, elles me disent que bah ça a été très dur, je leur demande souvent comment ça s'est passé, ça a été très dur et pourtant elles ont, elles ont vu personne, elles ont gardé ça pour elles en espérant que ça passe, ça passe pas forcément. » S. conseillère conjugale

La culpabilité des soignants est palpable, en lien avec plusieurs aspects de la prise en charge : le suivi mais également la prévention et enfin le jugement négatif qu'ils pourraient renvoyer à ces jeunes femmes.

« qu'il y a aussi le regard des, des soignants, des adultes, des médecins, réprobateur par rapport à des grossesses à cet âge-là et on va être moins attentif » R. pédiatre

« Et donc nos gamins sont dans une ignorance totale, leur éducation sexuelle c'est le porno, tout ça sur fond de violence parce que c'est pas du tout ni sensuel ni amoureux. Et ça je pense qu'on est totalement coupable de ça » G. gynécologue-obstétricien

b) *Des histoires qui marquent*

« Enfin les situations adolescentes elles nous marquent quasiment toutes. » G. pédopsychiatre

Les soignants ont tous évoqué, pour la plupart avant même la question dédiée, l'histoire d'une patiente qu'ils ont rencontrée. Les souvenirs semblent assez précis, les discours détaillés, imprégnés du contexte, des émotions ressenties par la patiente, son entourage ou le soignant lui-même.

« Non des histoires il y a des tonnes, et elles sont toutes en train de me revenir en tête. » S. gynécologue-obstétricien

Le vocabulaire de l'émotion est présent tout au long de tous les entretiens. Nous détaillerons par la suite que ce vécu émotionnel intense trouve sa source à la fois dans les contextes parfois chargés de ces patientes mais aussi et surtout, et c'est ce qui est spécifique à la prise en charge d'une adolescente enceinte par rapport à une femme « adulte », dans la projection d'une relation parent-enfant dans le transfert et le contre-transfert entre l'adolescente et le soignant.

2. *Un lien privilégié entre le soignant et l'adolescent*

La pratique du soignant est mue par ce vécu. Le suivi d'une adolescente enceinte ne peut se faire dans les mêmes conditions que celui d'une adulte. Il semble que la prise en charge doit être singulière, personnalisée. La temporalité apparaît comme une notion fondamentale. Il faudrait apprivoiser cette adolescente, lui permettre de se familiariser avec la situation, les intervenants. Le soignant adopte une posture maternelle, maternante. Il s'agit de ne pas lâcher ces adolescentes.

a) *« Un accompagnement un petit peu plus particulier, personnalisé pour ces mamans »*

Ces adolescentes ont besoin d'attention individuelle et particulière, de considération personnelle, il doit s'agir d'une rencontre personnalisée, de rejoindre l'adolescente là où elle est, de faire alliance. Il paraît important que la patiente ne se sente pas perdue, qu'elle ait des points d'ancrage. Il ressort des discours que peut-être ces jeunes femmes auraient plus

besoin d'une figure d'attachement que de figures d'identification. Cette sage-femme précise dans son discours que les groupes de préparation à la naissance avec des femmes « adultes » ne lui semblent pas adaptés pour une adolescente enceinte.

*« faire un accompagnement un petit peu plus particulier, personnalisé pour ces mamans, et en particulier pour essayer de trouver un, un, une manière de les préparer à la naissance, sans qu'elles soient forcément dans un groupe avec des femmes qui soient âgées, auxquelles elles pourraient pas s'identifier donc on fait souvent du coup une préparation un petit peu personnalisée pour ces jeunes filles »
C. sage-femme*

Cette pédiatre précise comment les situations adolescentes prennent une place particulière dans le service.

« elles vont choisir des figures d'attachement ou des figures tutélaires dans le service qui sont souvent des représentations maternelles. Et donc de temps en temps notre chef de service dit « bon on a une ado là qui est-ce qui l'adopte ? » et en fait c'est une façon de dire « qui va l'avoir en tête un peu plus » pour que on ait un lien, on est un voilà un lien avec elle particulier qui permette de pouvoir s'en servir comme, comme, comme tremplin comme... » A. pédiatre

Les soignants s'attachent à être à l'écoute dans un espace de parole dédié.

« Le fait de, je pense, qu'un adulte aussi les, prenne le temps de les écouter c'est important aussi pour elles. » C. sage-femme

Cela prend du temps, d'autant plus à l'adolescence. Cela implique des consultations plus longues et plus rapprochées, pour un étayage renforcé. Le début du suivi paraît une étape primordiale : c'est le temps de la rencontre, de l'instauration de la confiance, d'accompagner l'annonce aux parents ou de faire l'état des lieux du contexte dans lequel cette grossesse est survenue et va évoluer.

« ça c'est sur qu'au tout départ on les voit énormément, une fois que c'est enclenché, moi il fallait que je sache elle devait l'annoncer à ses parents le samedi, elle l'avait annoncé, son ami, son partenaire l'avait annoncé à ses parents le mercredi soir, il a fallu qu'on échelonne pour voir, enfin qu'on se revoit donc oui le tout début. Une fois que c'est enclenché, qu'il y a les parents etc. non moi je repasse à un suivi classique une fois par mois si jamais il y a quelque chose qui va pas on peut augmenter la fréquence mais c'est le début, au début oui on fait hyper attention jusqu'à ce que, que la famille soit au courant pour être qu'il y ait pas de souci et, le temps de mettre en route vraiment le suivi, alors ça bascule normalement » S. gynécologue-obstétricien

Si dans certaines maternités le circuit des grossesses adolescentes semble bien défini, ça n'est pas le cas partout. D'une manière générale, les soignants interrogés souhaiteraient que ce circuit soit bien identifié, reconnu et que des moyens soient mis en œuvre pour accompagner ces adolescentes au plus juste.

« Non, mais moi je trouve que, j'espère que votre sujet va pouvoir permettre de développer un service particulier dans le suivi de cette grossesse, des grossesses, parce que il y a plein d'intervenants, enfin plein, ça commence à s'installer, c'est vrai qu'on est à côté de la maison des adolescents donc ça c'est possible [...] et du coup voilà on a déjà beaucoup beaucoup avancé mais on a encore beaucoup à faire, si on pouvait créer un espace, alors peut-être dans le, parallèlement au centre d'orthogénie quelque part, une filière bah voilà où on peut avoir un petit peu plus de temps pour parler avec ces jeunes femmes. » F. sage-femme

b) *Se familiariser avec la situation*

Que cela soit systématisé ou fait au cas par cas, dans le suivi de grossesse, des adaptations sont mises en place pour que les adolescentes puissent se familiariser : des professionnels identifiés constants repérés, un repérage des lieux, une continuité dans le suivi. Il s'agit pour l'adolescente de se familiariser avec les soignants. Le soignant adoptant de son côté une posture maternelle, maternante vis-à-vis de cette jeune fille enceinte.

« On leur fait visiter la maternité aussi pour qu'elles s'habituent à la structure qu'elles voient où elles vont accoucher, comment elles vont être prises en charge. Un petit peu ce monde hospitalier que bah à 15-16 ans on connaît pas vraiment. Donc voilà se familiariser un petit peu avec les lieux. [...] les sages-femmes coordinatrices des 2 mater, on essaie de la rencontrer aussi quand elle vient faire sa visite pour qu'elle nous voit et comme ça on peut être un lien à un moment donné avec elle, la revoir en chambre si il y a besoin, déjà elle nous a vu, elle remet un visage. » K. sage-femme

Rassurer l'adolescente, lutter contre l'isolement semblent parmi les points clés de la prise en charge initiale.

« Je pense qu'elles ont besoin d'être entourées donc c'est vrai que si elles peuvent rencontrer une sage-femme, bien identifiée, qui accompagne la grossesse, c'est plus facile pour elles. Parce que je pense qu'elles ont aussi besoin d'être rassurées » H. sage-femme

Le soignant adopte donc une position parentale, soucieux d'étayer l'adolescente, de lui offrir une sécurité affective, dans une posture d'adulte référent bienveillant.

« et aussi pour que l'adolescente se sente à l'aise de dire les choses parce qu'on sait que c'est pas évident, d'ailleurs j'ai eu des situations où rien que de le dire... à un adulte, qui peut être aussi identifié à un parent c'est... rien que ça c'est quelque chose de compliqué quoi donc il faut vraiment un cadre où on se sent sécurisé sur le plan affectif » R. pédopsychiatre

« comme font les parents avec leurs adolescents et finalement on s'aperçoit que avec les patientes c'est souvent le cas c'est-à-dire que voilà c'est un petit peu le souk et cætera mais finalement on s'en débrouille bien » A. pédiatre

On perçoit bien dans les discours que l'adolescente se retrouve projetée dans le monde des adultes, des responsabilités, de l'hôpital, des papiers à remplir, etc. Comme un parent qui souhaite responsabiliser son enfant en douceur, le soignant est soucieux d'œuvrer à lisser les angles d'une transition trop rapide et trop violente.

« voilà donc vérifier, des choses toutes bêtes, les histoires de papier de sécu, de mutuelle, de choses qui sont pas tellement dans les habitudes d'un adolescent et qui sont faites par les parents, là on se retrouve projeté dans quelque chose qui, quelque chose qui concerne plus les adultes donc il y a besoin d'un accompagnement, voilà [...] donc il y a besoin d'un suivi attentif pendant toute la grossesse, en se disant que c'est, voilà peut-être des adolescents qui vont être moins accompagnés par leurs parents » R. pédiatre

Tout cela dans l'intérêt de l'adolescente et dans le souci de l'enfant à naître qui a besoin d'un parent adulte, mature.

« donc on sait que c'est, c'est à entourer énormément pour que elle réussisse à grandir, elle, d'abord, avant de pouvoir mettre au monde ce bébé. » F. sage-femme

« Bah là je pense qu'à Louise, parce qu'en ce moment c'est Louise mais enfin, j'en ai quand même, enfin elles sont toutes marquantes en fait, c'est vrai qu'après je les suis en général et on les voit grandir. » S. gynécologue-obstétricien

Cette posture maternelle que le soignant adopte est d'autant plus forte que l'entourage est souvent identifié comme défaillant.

« Bah de psychologue, de... conseiller conjugaux, de... tout ce qui pourrait faire du bien aussi à l'estime de soi moi je trouve que ces jeunes elles sont très démunies, très... elles ont aucune confiance en elles... je sais plus il y en a une y'a pas longtemps là qui me disait « mon père il me dit t'es inutile » c'est quand même violent de se dire il y a quand même des familles où des parents sont, j'irai pas jusqu'à dire maltraitants mais enfin défaillants en tout cas, défaillants dans leur devoir d'éduquer. Et ça je l'entends de plus en plus je trouve qu'il y a de plus en plus de [...] de parents qui sont pas soutenant qui sont pas là pour aider qui sont dépassés, débordés et bah le jeune il se débrouille quoi, il se débrouille tout seul, y compris dans sa grossesse » S. conseillère conjugale

Cette projection du lien parent-enfant dans la relation soignant-soigné peut-être en lien avec la propre maternité du soignant.

« Oh bah moi je pense d'abord il faut des gens qui sachent parler à ces patientes, c'est-à-dire que je pense que c'est pas un interne ou un chef de clinique très jeune qui doit suivre ces patientes, je pense qu'il faut quand même avoir un minimum de recul et connaître les problématiques de cet âge-là en tant que soignant, enfin plus que... Bon après je suis mère d'ados donc je surement un peu biaisée dans le, dans la réflexion, mais si les ados que je connais étaient enceintes j'aimerais mieux qu'ils soient suivis par des gens un peu plus, un peu plus séniorisés. » A. gynécologue-obstétricien

« Mais j'imagine, souvent j'me dis ça : « ma fille serait arrivée à 15 ans, enceinte... » oui, je pense que c'est quand même très compliqué, c'est tout à coup l'irruption de la sexualité euh... chez les mères par exemple, de la sexualité de leur fille, et alors l'irruption de plein fouet avec un bébé à la clef, je pense que c'est extrêmement difficile hein, on est rarement dans des projections avec nos enfants de... de nos enfants futurs parents avant qu'ils soient... bien sortis d'affaire.» A. pédiatre

Ou avec l'image que cela lui renvoi de son métier.

« Sachant que de mon point vue, c'est le pédopsychiatre qui est, qui doit travailler avec les autres certes, mais qui est l'interlocuteur privilégié, puisqu'il est le, un interlocuteur légitime pour l'enfant à naître, et que, en tout cas en ce qui concerne les grossesses adolescentes, qui concerne les grossesses en général mais les grossesses adolescentes en particulier, il est aussi légitime sur le psychisme de l'adolescente qui est en général, on va dire pour les adolescentes, mineures, puisque bon 18-19 on peut discuter mais en tout cas là, donc il a une espèce de double légitimité. » G. pédopsychiatre

« avec nous, avec les sages-femmes je pense qu'il y a une dimension à la fois où on fait un examen [...] c'est quand même aussi un rapport aussi avec le corps donc ça permet, et puis ça permet aussi d'aller vers autre chose qui soit d'ordre plus personnel, psychosomatique ou autre. Et puis répondre aussi à leurs questions sur leurs transformations, sur la... sur ce qu'elles vont ressentir, ce qui leur paraît normal ou pas normal enfin voilà, ça permet quand même de, de les suivre d'un peu près, je pense que c'est pas inutile. » C. sage-femme

IV. DISCUSSION

A. Limites et forces de l'étude

Les soignants ont tous été interviewé en entretien individuel, il n'y a pas eu, comme c'est souvent le cas pour des enquêtes épidémiologique, de focus group. Peut-être l'étude as t'elle perdu un peu de puissance du fait de n'avoir bénéficié que d'un seul type d'abord. Un

deuxième point faible est que l'analyse n'a pas été effectuée au fil des entretiens mais à l'issue de la série d'entretiens. Enfin il s'agissait de la première recherche de ce type réalisée par l'auteur, probablement que ce manque d'expérience a pu faire perdre un peu de qualité potentielle à cette recherche. Ces faiblesses sont compensées par des points forts. La totalité des entretiens, la transcription et l'analyse ont été effectués par le même chercheur, la saturation des données a été obtenue. La triangulation des analyses a été menée rigoureusement avec l'aide de deux autres chercheurs : l'une experte en recherche qualitative et qualifiée en sociologie, l'autre experte de la périnatalité, et de la question transculturelle. Les soignants interrogés représentent bien la pluralité des horizons des professionnels de santé qui prennent en charge des adolescentes enceintes. Une ouverture pourrait être de recueillir les propos de travailleurs sociaux, et également des professionnels d'une association ayant pour but d'accompagner les jeunes femmes enceintes dans leur décision d'accoucher sous X.

B. Faire tomber les *a priori* pour une rencontre individuelle mue par la relation transférentielle

Les participants ont bien verbalisé de ne pas, ou ne plus, avoir de représentations « toutes faites » des grossesses à l'adolescence, dont ils ont d'emblée souligné la pluralité. Si de grands profils ont se dégager des différents discours, à l'instar des profils décrits par cette étude Suisse [24], par la sociologue Charlotte Le Van [25] et par le pédopsychiatre Daniel Marcelli [26], ils laissent rapidement place à des histoires personnelles singulières. Les professionnels ont souligné leur réserves mais aussi leur étonnement quant à l'issue de ces différentes histoires, ils n'ont pas d'*a priori* sur le dénouement des situations.

Le professionnel après avoir dépassé ses représentations, après avoir « balisé le terrain » potentiellement miné de ces grossesses adolescente, laisse place à la prise en charge individuelle et à l'alliance thérapeutique avec une adolescente, son histoire et son entourage. Cette démarche que l'on peut qualifier de travail émotionnel est certainement mue par un aspect qui semble spécifique à la prise en charge d'une adolescente enceinte par rapport à une femme « adulte » : la projection d'une relation parent-enfant dans le transfert et le contre-transfert entre l'adolescente et le soignant.

Un aspect à discuter serait celui des grossesses adolescentes survenant en situation transculturelles, il ressort des discours que ces cas sont vraiment traité à part, la plupart du temps sans précautions supplémentaire, sans vigilance particulière, or il semble important de rappeler les données mondiales : c'est une cause importante de mortalité dans le monde, les politiques de prévention de l'OMS semblent très actives et préoccupé par ce sujet qui, à l'échelle mondiale ne paraît donc ni normal ni acceptable. S'il convient de ne pas méconnaître de la violence, des histoires traumatiques, des relations sexuelles subies voire des viols dans la population adolescente, il ne faudrait pas exclure de cette recherche minutieuse les adolescentes en situation transculturelle, chez qui les mariages forcés et histoires jalonnées de déracinement peuvent être d'autant plus fréquentes.

Un autre aspect à souligner concerne l'âge auquel surviennent ces grossesses : les participants et la littérature soulignent bien que l'adolescence n'a pas de bornes fixées, standardisées, cependant il est intéressant de noter à quel point la charnière des 17 ans est présente dans les discours.

C. Des pratiques ajustées

Les pratiques des soignants interrogés se conforment aux recommandations actuelles sur la prise en charge des grossesses à l'adolescence. Il ressort de la littérature et des discours que des moyens sont à mettre en œuvre ou à renforcer à différents niveaux : prévention, accompagnement et suivi. Il s'agirait de renforcer l'existence de filières bordées, d'en faciliter l'accès et la visibilité aux adolescentes. Un point à travailler est celui de la déstigmatisation de ces situations, il s'agit d'être vigilant quant au jugement réprobateur que peut véhiculer la société et le corps soignant. Il semble qu'il faille s'affranchir de tout jugement et « dédramatiser » ces situations, tout en étant tout à fait vigilant pour chacune de ces adolescentes.

Il s'agit de prévenir ces grossesses précoces, mais comment ? La réponse, si elle doit largement porter sur le renforcement de l'éducation sexuelle et affective, contraception et fertilité dans les familles, les établissements, et en consultation notamment maladie chronique, psychique et somatique, ne doit pas s'y restreindre. Il s'agirait d'aborder la grossesse et l'enfant, le désir de grossesse et le désir d'enfant avec les adolescentes, et les adolescents.

Comment accompagner au mieux ces adolescentes enceintes ? Un point primordial serait d'œuvrer à limiter le retard à la consultation. Il semble important voire crucial de s'intéresser au sens que prend cette grossesse. Il s'agit ensuite de mettre en place un suivi plus attentif chez ce groupe considéré à risque, et d'essayer d'étendre ce suivi à plus long terme.

Une question persiste sur le devenir des mères adolescentes, et de leur enfant dans les cas où la grossesse a été menée à terme. Des études seraient nécessaires pour étayer la question.

D'une manière générale, les soignants interrogés souhaiteraient que le circuit spécifique aux adolescentes enceintes, qu'ils mettent en place ou tentent de mettre en place dans la réalité, soit bien identifié, reconnu et que des moyens soit mis en œuvre pour accompagner ces adolescentes au plus juste.

V. CONCLUSION

Cette étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés analysés selon la théorie d'ancrage, portant sur les représentations, le vécu et les pratiques soignantes en rapport avec la prise en charge de grossesses à l'adolescence a mis en évidence comment les professionnels confrontés à ces situations déploient une grande vigilance et toute leur attention à « baliser un terrain potentiellement miné », et ce en rapport avec leurs représentations, leurs expériences et les données de la littérature scientifiques sur le sujet. Parallèlement à cette approche que l'on peut qualifier de sécuritaire, le travail émotionnel se met en place, et la prise en charge de la grossesse à l'adolescence, devient la prise en charge d'une grossesse à l'adolescence dans la rencontre singulière avec une histoire individuelle. L'alliance thérapeutique semble reposer en partie sur la relation transférentielle proche d'une relation parent-enfant. Au travers de cette étude et des données épidémiologiques il semble que le suivi d'une adolescente enceinte nécessite des ajustements spécifiques à cette classe d'âge. Un travail sur la prévention qui ne se baserait pas uniquement sur l'éducation à la sexualité et l'accès à la contraception mais qui s'attacherait au désir d'enfant

et au sens que prendrait une grossesse à l'adolescence semble un axe à travailler, au sein du monde soignant et socio-éducatif.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- [1] OMS | La grossesse chez les adolescentes. WHO 2014.
- [2] WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries. n.d.
- [3] OMS | Adolescentes enceintes. WHO 2011.
- [4] Beck F, Richard J-B. Sous la direction de Les comportements de santé des jeunes Analyses du Baromètre santé 2010 2013.
- [5] OMS | Adapter les services de santé aux adolescents. WHO 2016.
- [6] Statisticalbooks Being young in Europe today n.d.
- [7] Davie E. Un premier enfant à 28 ans. INSEE Première 2012;1419:1-4.
- [8] UNFPA. The State of the World Population 2007 - Unleashing The Potential of Urban Growth. Link Popul Poverty Dev 2007:1-34. doi:ISBN 978-0-89714-807-8.
- [9] Paranjothy S, Broughton H, Adappa R, Fone D. Teenage pregnancy: Who suffers? Arch Dis Child 2009;94:239-45. doi:10.1136/adc.2007.115915.
- [10] WHO. Adolescent Pregnancy: Issues in Adolescent Health and Development. Who 2004.
- [11] United Nations Population Fund. State of World Population 2011: people and possibilities in a world of 7 billion. United Nations Publication Fund; 2011.
- [12] Chibber R, Fouda M, Al-Hijji J, Al-Dossary M, Sadeq EH, Amen A, et al. Adverse pregnancy outcome among teenagers: A reality? J Obstet Gynaecol (Lahore) 2014;34:297-300. doi:10.3109/01443615.2013.868422.
- [13] Quinlivan JA, Evans SF. Teenage antenatal clinics may reduce the rate of preterm birth: A prospective study. BJOG An Int J Obstet Gynaecol 2004;111:571-8. doi:10.1111/j.1471-0528.2004.00146.x.
- [14] Malabarey OT, Balayla J, Klam SL, Shrim A, Abenhaim HA. Pregnancies in young adolescent mothers: a population-based study on 37 million births. J Pediatr Adolesc Gynecol 2012;25:98-102. doi:10.1016/j.jpag.2011.09.004.
- [15] Fleming NA, Tu X, Black AY. Improved obstetrical outcomes for adolescents in a community-based outreach program: a matched cohort study. J Obstet Gynaecol Can 2012;34:1134-40. doi:10.1016/S1701-2163(16)35460-3.
- [16] Fleming N, O'Driscoll T, Becker G, Spitzer RF, Allen L, Millar D, et al. Adolescent

Pregnancy Guidelines. *J Obstet Gynaecol Canada* 2015;37:740–56. doi:10.1016/S1701-2163(15)30180-8.

- [17] Fleming N, Ng N, Osborne C, Biederman S, Yasseen AS, Dy J, et al. Adolescent Pregnancy Outcomes in the Province of Ontario: A Cohort Study. *J Obstet Gynaecol Canada* 2013;35:234–45. doi:10.1016/S1701-2163(15)30995-6.
- [18] Lena SM, Marko E, Nimrod C, Merritt L, Poirier G, Shein E. Birthing experience of adolescents at the Ottawa General Hospital Perinatal Centre. *CMAJ* 1993;148:2149–54.
- [19] Loto OM, Ezechi OC, Kalu BKE, Loto AB, Ezechi LO, Ogunniyi SO. Poor obstetric performance of teenagers: Is it age- or quality of care-related? *J Obstet Gynaecol (Lahore)* 2004;24:395–8. doi:10.1080/01443610410001685529.
- [20] Barnet B, Liu J, DeVoe M. Double Jeopardy. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162:246. doi:10.1001/archpediatrics.2007.60.
- [21] Sandal G, Erdeve O, Oguz SS, Uras N, Akar M, Dilmen U. The admission rate in neonatal intensive care units of newborns born to adolescent mothers. *J Matern Neonatal Med* 2011;24:1019–21. doi:10.3109/14767058.2010.545905.
- [22] Seince N, Pharisien I, Uzan M. Grossesse et accouchement des adolescentes. *EMC - Obs* 2008:1–6.
- [23] Courtecuisse V. *L'adolescence : les années métamorphose*. Stock; 1992.
- [24] Bettoli L. Parents mineurs : la grossesse, facteur de maturation pour les jeunes parents ? Quels risques comporte-t-elle ? Quel accompagnement à Genève ? *Thérapie Fam* 2003;24:179. doi:10.3917/tf.032.0179.
- [25] L. H, Van C Le. Les grossesses à l'adolescence. Normes sociales, réalités vécues. *Popul (French Ed)* 1999;54:153. doi:10.2307/1535029.
- [26] Marcelli D. *Adolescence grossesse et sexualité*. Revadosanté 2000.
- [27] BYDLOWSKI M. L'entrée dans l'âge adulte à l'épreuve de la première maternité. *Adolescence* 2000;n°36.
- [28] Dadoorian D. Grossesses adolescentes. *Le J Des Psychol* 2007;9:72–5. doi:10.3917/jdp.252.0072.
- [29] Dadoorian D. La grossesse désirée à l'adolescence. *Sci Soc Sante* 2012;30:103. doi:10.3917/sss.301.0103.
- [30] Rochet C. Les enjeux psychologiques des grossesses à l'adolescence. *Le J Des Psychol* 2012;303:72. doi:10.3917/jdp.303.0072.
- [31] Missonnier S, Vlachopoulou X. La grossesse adolescente, au carrefour de virtualités plurielles. *Dialogue Can Philos Assoc* 2017;217:97. doi:10.3917/dia.217.0097.
- [32] Missonnier S. "Touchez pas au grisbi: grossesses adolescentes et résistances", *Le*

Carnet PSY 2004;94:46. doi:10.3917/lcp.094.0046.

- [33] Le Den M. Les indicateurs des grossesses à l'adolescence en France. Enjeux et modalités de leur mobilisation dans la mise en place d'une politique de prévention. *Sci Soc Sante* 2012;30:85–102. doi:10.1684/sss.2012.0105.
- [34] Bajos N, Bozon M, Beltzer N, Equipe de l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF). [Sexuality, prevention and gender relations during life]. *Med Sci (Paris)* 2008;24 Spec No 2:24–32. doi:10.1051/medsci/2008242s24.
- [35] Amsellem-Mainguy Y. Contraception et grossesses à l'adolescence : vers une reconnaissance du droit à l'intimité des jeunes. *Informations Soc* 2011;3:156–63.

VII. RESUME

Titre : Grossesses à l'adolescence : représentations, vécus et pratiques des soignants.

Introduction : La grossesse à l'adolescence dérange, sort des normes sociales actuelles. Perçu comme un échec de l'éducation, elle questionne, inquiète sur le devenir de ces jeunes mères et du potentiel enfant à naître. Quel regard portent les soignants qui accompagnent ces jeunes ? Comment les accompagnent-ils ?

Objectifs et méthodes : Cette étude qualitative consistait à explorer les représentations, le vécu et les pratiques de soignants concernés par les grossesses à l'adolescence. Un entretien semi-structuré a été mené avec chaque participant, retranscrit puis analysé selon la théorie d'ancrage.

Résultats et discussion : 16 soignants de différents corps de métier (gynécologue-obstétricien, pédiatre, sage-femme, conseiller conjugal, psychiatre) ont été inclus. Les représentations soignantes couvrent un panel de situations, allant de la normalité à la pathologie ; les pratiques sont activées par un état d'alerte généré par ces situations, qui, une fois levé, laisse place au travail émotionnel dans la rencontre singulière entre le soignant et l'adolescente et son histoire.

Conclusion : Les professionnels confrontés à ces situations déploient une grande vigilance en rapport avec leurs représentations et les données de la littérature. Parallèlement à cette approche que l'on peut qualifier de sécuritaire, l'alliance thérapeutique semble reposer en partie sur la relation transférentielle proche d'une relation parent-enfant. Il semble que le suivi d'une adolescente enceinte nécessite des ajustements spécifiques. Le travail sur la prévention serait à améliorer et repenser.

Mots clés : grossesse, adolescence, grossesse à l'adolescence.

