HAL
open science

La relation soigné-soignant dans le cadre du suivi de grossesse précoce par les sages-femmes

Marie-Charlotte Lorson

To cite this version:

Marie-Charlotte Lorson. La relation soigné-soignant dans le cadre du suivi de grossesse précoce par les sages-femmes. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-02104543

HAL Id: dumas-02104543

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02104543

Submitted on 19 Apr 2019

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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Ecole de sages-femmes Hôpital Foch

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

Marie-Charlotte LORSON

Née le 29 Août 1993

RELATION SOIGNE-SOIGNANT DANS LE CADRE DU SUIVI DE GROSSESSE PRECOCE PAR LES SAGES-FEMMES

Soutenu le : 23 Juin 2017

DIRECTRICE DE MEMOIRE :

Madame DESPOISSE Agnès Sage-femme, Responsable de circonscription PMI

Numéro national d'étudiant : 21303320

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Ecole de sages-femmes Hôpital Foch

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

Marie-Charlotte LORSON

Née le 29 Août 1993

RELATION SOIGNE-SOIGNANT DANS LE CADRE DU SUIVI DE GROSSESSE PRECOCE PAR LES SAGES-FEMMES

Soutenu le : 23 Juin 2017

DIRECTRICE DE MEMOIRE :

Madame DESPOISSE Agnès Sage-femme, Responsable de circonscription PMI

Numéro national d'étudiant : 21303320

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Aux membres du jury pour avoir jugé ce travail,

A Agnès Despoisse, ma directrice de mémoire, pour ses idées, ses précieux conseils, et son temps accordé à ce travail,

A Mme Buzenet, sage-femme enseignante, pour ses conseils lors de la réalisation de cette étude, et son accompagnement durant ces quatre années,

Aux sages-femmes coordinatrices des services de consultations, de la maternité Angélique Du Coudray et Robert Ballanger, qui m'ont autorisé à mener mes entretiens,

Aux sages-femmes interrogées, qui ont accepté de répondre à mes questions en dehors de leur temps de travail,

A mes parents, pour leur précieux soutien durant ces années d'études, tout particulièrement lors de la réalisation de ce mémoire, ainsi que pour leurs nombreuses corrections et relectures,

A mes camarades de promotion, merci pour ces quatre années inoubliables. Un immense merci à mes sept fidèles acolytes, qui se reconnaîtront, merci pour tous ces souvenirs, vos rires, vos encouragements et votre soutien sans faille….

A Thibault, pour son aide en anglais,

A Nicolas, merci pour ton soutien au quotidien depuis maintenant cinq ans, pour ton amour et ta patience, merci pour tout…

A tout ceux qui ont participé de près ou loin à ce mémoire.

« Il est toujours gênant d'avoir à reconnaître que certaines adolescentes puissent " choisir " d'avoir un enfant d'abord, aux dépens de leurs projets vocationnels remis à plus tard, plutôt que le schéma inverse plus rassurant, auquel nous sommes tous conditionnés ».

ALVIN P. (1988) « La grossesse chez l'adolescente ». La gazette médicale, vol. 95, no 26/1, p. 23-28.

Table des matières

AVERTISSEMENT **IV**

REMERCIEMENTS **V**

TABLE DES MATIERES **VII**

LISTE DES FIGURES **IX**

LISTE DES ANNEXES **X**

LEXIQUE **XI**

AVANT-PROPOS **XIV**

1 INTRODUCTION **1**

2 MATERIEL ET METHODE **9**

2.1 Type d'étude **9**

2.2 Recrutement **11**

2.3 La démarche **12**

2.3.1 Les entretiens 12

2.3.2 La grille d'entretien 13

2.4 Choix du sujet et de la problématique **14**

2.5 La méthode d'analyse **15**

2.6 Discussion autour de la méthodologie **16**

2.6.1 Les forces de l'étude 16
2.6.2 Les biais et limites de l'étude 16

3 PRESENTATION DES RESULTATS ET ANALYSE 19

3.1 Résultats généraux 19
3.1.1 Les entretiens 20
3.1.2 Fréquence du suivi de grossesses adolescentes 20

3.2 Présentation et analyse des résultats autour de l'hypothèse 1 - La relation soigné-soignant avec une adolescente 21

3.3 Présentation et analyse des résultats autour de l'hypothèse 2 - Le lien mère-enfant 33

3.4 Présentation et analyse des résultats autour de l'hypothèse 3 - Formation des sages-femmes 42

3.5 Présentation et analyse des résultats complémentaires 44

3.6 Perspectives d'approfondissement 49

CONCLUSION 51

BIBLIOGRAPHIE 53

ANNEXES 59

Liste des figures

Figure 1 : Evolution du taux de fécondité pour 100 femmes par tranches d'âge entre 2001 et 2011……47

Liste des annexes

Annexe I : Grille d’entretien 59

Lexique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

INSEE: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

INED: Institut National d'Etudes Démographiques.

INPES: Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.

PMI: Protection Maternelle Infantile.

PNP: Préparation à la Naissance et à la Parentalité.

HAS: Haute Autorité de Santé.

EPP: Entretien Prénatal Précoce.

La relation soigné-soignant dans le cadre du suivi de grossesse précoce par les sages-femmes – Résumé

Objectifs : Malgré un phénomène en régression, les grossesses adolescentes font souvent l'objet de d'études concernant le vécu de la grossesse, les différents désirs de grossesse, leur devenir etc. Cependant, les soignants semblent être oubliés dans ces études, et très peu de recherches concernant leurs formation ou les difficultés qu'ils peuvent rencontrer ont été menées. La relation soigné-soignant occupe une place charnière dans la médecine aujourd'hui. Aussi, l'enjeu de cette étude est double ; analyser les diverses spécificités relationnelles et les difficultés d'une relation avec une adolescente lors du suivi de grossesse. Le deuxième enjeu de cette étude est d'étudier la nécessité de formation supplémentaire concernant le suivi de grossesse adolescente pour les sages-femmes. Ainsi, des exemples de formations seront proposés.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude qualitative par des entretiens semi-directifs auprès de neuf sages-femmes de consultation, à la maternité Angélique du Coudray à Saint-Denis, ainsi qu'à la maternité Robert Ballanger à Aulnay Sous Bois, entre décembre 2016 et février 2017.

Résultats : Les sages-femmes ont soulevé de nombreuses spécificités relationnelles lors d'un suivi de grossesse adolescentes telles que l'empathie, le maternage ou le contre-transfert. L'idée d'une juste distance à établir a été abordée et s'est retrouvée difficile à mettre en place pour les sages-femmes. La confiance entre le soignant et l'adolescente s'est révélée être un élément clé de cette relation. La communication est pour certaines sages-femmes synonyme de difficulté ainsi que l'accompagnement de l'élaboration du lien mère-enfant de ces adolescentes. Les sages-femmes nous ont exprimé leur volonté de formations supplémentaires afin d'optimiser la prise en charge de ces adolescentes.

Mots-clés : "grossesses adolescentes", "contre-transfert", "maternage", "difficultés de communication", "formations".

Midwife-patient relationship on teenage pregnancy – Abstract

Objective: Although in a declining trend adolescent pregnancies have often been analysed from the perspective of the experience of pregnancy, the different motives for pregnancy or their postpartum situation. The role of the carers seems, however, to be underestimated in these studies, and more particularly their trainings or the difficulties that they may have. The patient-carer relationship has a central place in medicine today. In addition, the aim of this study is twofold. First, analysing the diverse relational specificities and the difficulties of the patient-carer relationship with a teenager in pregnancy care. Second, investigating how necessary it is to provide an additional training for midwives on the adolescent pregnancy care.

Methods: A qualitative study based on a semi-structured interviews was realised with nine midwives specialized in consultation. Interviews were conducted at the maternity ward of Angélique du Coudray in Saint-Denis and at the maternity ward of Robert Ballanger in Aulnay Sous Bois from December 2016 to February 2017.

Results and conclusion: Midwives emphasised many relational specificities in pregnancy care such as empathy, mothering or countertransference. Midwives also mentioned the difficulty to put a right distance in practice. Trust between the carer and the teenager appears as a key determinant of this relationship. For some midwifes communication and the support they can provide to build a parent-child relationship appear as particularly difficult. All midwives who were interviewed told us their willing for additional training with the aim of optimising the patient care.

Keywords : “adolescent pregnancy”, “countertransference”; “mothering”, “communication difficulties”, “training”.

Avant-propos

Les grossesses adolescentes sont souvent oubliées pendant les études de sage-femme. Elles restent encore taboues pour bon nombre de professionnels, qui ne les envisagent uniquement que comme des situations à risque médicaux ou psychosociaux.

Dès ma première année d'étude de sage-femme, au détour de mes stages, j'ai eu à plusieurs reprises l'occasion d'accompagner en «consultations de grossesses» ainsi qu'en «salle de naissance», des adolescentes pour qui la vie prenait cette tournure si particulière.

Dans chaque situation, j'ai pu constater qu'il n'était pas simple pour les professionnels de santé d'accompagner ces jeunes filles. Avec notamment, le problème majeur du positionnement face à l'adolescente, qui, avec des questions simples créent le doute chez les soignants dans ces situations (« *Est ce que je vouvoie la patiente ? Comment tenir un discours responsabilisant mais non culpabilisant? Quel regard poser sur ces patientes? Quelle attitude à avoir ?*). J'ai pu avoir l'opportunité d'en discuter avec les sages-femmes qui suivaient ces adolescentes et le constat était souvent identique: *«le plus dur, c'est de garder de la distance».*

A partir de ces constats, je me suis interrogée sur ce couple soigné-soignant avec ces jeunes filles. Comment nous, professionnels de santé, pouvons-nous au mieux les accompagner, elles, dont l'adolescence devient alors synonyme de passage de l'enfance à celui de future mère?

1 Introduction

Selon l'OMS, en 2012, nous comptons 16 millions de naissances par an chez les 15-19 ans et 2 millions chez les moins de 15 ans. [1]

En France en 2013, d'après l'INSEE, il y a eu 131 naissances chez les 12-14 ans et 16 477 chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans. [2]

Il est difficile de trouver une définition exhaustive et universelle du terme «*Adolescence*». Du latin *adolescere,* il signifie «l'être qui grandit» ou qui «est en train de grandir». L'OMS définit l'adolescence comme la période d'âge allant de 10 à 19 ans. [1]. Cependant, en droit il n'existe pas de définition de l'adolescence. La personne acquiert la majorité à l'âge de 18 ans. Ainsi, nous définirons les "grossesses adolescentes" comme des "grossesses mineures". [3]

L'adolescence constitue une période majeure de transition dans le développement humain. Cette période est marquée par de multiples changements qui touchent tous les aspects de cette évolution. Victor Hugo définit l'adolescence chez la jeune fille comme «la plus délicate des transitions, le commencement d'une femme dans la fin d'un enfant». [4]

Quant à la grossesse, le psychiatre Racamier, la définit comme étant une crise identitaire existentielle dans la vie d'une femme, pouvant être comparée à l'étape que traverse les adolescents. Selon lui, la grossesse est marquée par des modifications psycho-affectives propres à la femme lors de la maternité (l'ambivalence du désir d'enfant qui ne disparaît pas toujours à la naissance, la perte de l'idéalité de l'enfant réel face à celui imaginé, réactivation des souvenirs d'enfance de la mère, identification avec sa propre mère…). Devenir mère engendrerait donc une réorganisation psychique de la femme après la naissance ainsi qu'une réorganisation identitaire. [5] On peut donc en déduire qu'une «grossesse adolescente» est un état de transition complexifié par le caractère particulier inhérent à l'âge de la patiente auquel s'ajoute la crise identitaire constitutive du devenir mère.

Cependant, même si la maternité est perçue comme un heureux événement et un acte socialement valorisé, il est encore de ces grossesses qui dérangent, qui interpellent la société, déstabilisent l'entourage de ces jeunes femmes mais aussi le corps médical.

- Les grossesses précoces

Selon Magali Mazuy, chercheuse à l'INED, l'âge socialement accepté pour devenir mère a fortement reculé. En effet, il est soumis à certaines conditions socialement définies: le «bon» âge pour avoir un enfant, la stabilité de l'union ainsi que le consensus entre les conjoints. Selon la norme sociale, l'âge moyen du premier enfant serait corrélé à la classe sociale ainsi qu'au niveau d'études. Les naissances seraient concentrées entre 25 et 35 ans. [8]

D'après Charlotte Le Van, il existerait 5 types de profils «types» de grossesse chez les adolescentes : la grossesse «initiatique» (marquer le passage à l'âge adulte, attirer l'attention de l'entourage), la grossesse «SOS» (symptôme d'un mal de vivre avec un comportement contraceptif à risque) la grossesse «insertion» (la maternité est désirée, planifiée, afin d'acquérir un statut social reconnu cherchant à combler un vide existentiel), la grossesse «identité» (résulte d'un comportement contraceptif à risque mais d'un désir de maternité non explicite) et la grossesse accidentelle (imprévue et non voulue). [6]

Lors du colloque «grossesse et adolescence» G. Marcault et F. Pierre abordent tous les risques de la grossesse précoce; le suivi tardif et irrégulier, les complications médicales en cours de grossesse; l'hyper tension artérielle, le risque de prématurité, le retard de croissance intra-utérin. De plus les auteurs concluent en expliquant que le pronostic foetal et néonatal est très défavorable avec un taux de mortalité périnatale de 3,25 %, un excès de mortalité infantile, ainsi que les anomalies malformatives fœtales qui seraient également plus élevées. Pour bon nombre de gynécologues-obstétriciens, les grossesses précoces seraient considérées comme non recommandables. [9]

Peu à peu, ces grossesses sont devenues des « grossesses à risque psychosocial » comme nous l'explique Charlotte Le Van [10]. La grossesse précoce devient

synonyme d'isolement social, de défaillance de l'hygiène de vie, d'incapacité professionnelle, de maltraitance ou de difficultés psychoaffectives dans la relation à l'enfant.

La grossesse précoce comme certains l'appellent nous pousse à nous interroger en tant que soignants, sur nos préjugés, et nos représentations. Et pourtant, n'est-il pas de notre responsabilité, nous sages-femmes, professionnels de santé, de prendre en charge de la même manière toutes les patientes quelles qu'elles soient, et d'accompagner toutes les maternités de façon identique ? Le code de déontologie rappelle dans l'article R 4127-305 que «la sage- femme doit traiter avec la même conscience toutes patientes et tous nouveaux-nés quels que soient son origine, ses mœurs et sa situation familiale […]». [7]

- La relation "soigné-soignant"

La relation soigné-soignant constitue le maillon essentiel de la pratique médicale. Une relation est avant tout une alliance entre deux personnes ayant des émotions, des objectifs et des désirs différents. Lorsque cette relation est mise en place de façon optimale, elle garantit l'éthique médicale (qui est le fondement de notre métier), l'écoute du patient, la prise en compte de sa situation personnelle, de ses choix thérapeutiques et permet la compliance du patient à son traitement.

Avec les progrès médicaux et l'émancipation de la société, on a pu assister au fil des années à une transformation de la relation soigné-soignant.

Historiquement, cette relation était avant tout inégalitaire et asymétrique, basée sur la domination médicale. En effet, pendant de nombreuses années, les patients étaient soumis au paternalisme médical qui le plaçait comme un être passif, en attente de soins. Le soignant quant à lui était considéré comme l'être de savoir, à qui revenait le choix du traitement. Le consentement n'avait pas sa place dans cette relation car synonyme de fuite de la responsabilité médicale. C'est en 1992, après de multiples recherches, que l'on obtient le modèle idéal d'une relation soigné-soignant avec le «modèle délibératif». L'information est délivrée au patient, le soignant lui fait part de

son avis, et le patient possède le libre choix de son traitement, guidé par le soignant. [11]

On comprend alors que la communication est au cœur de cette relation soigné-soignant. En effet, si celle ci n'est pas garantie, le patient ne se sentira pas en confiance et son observance au traitement peut en être affectée.

Cependant, dans la relation soigné-soignant, si la communication et l'accompagnement du patient restent essentiels, le travers majeur auquel doit faire face le soignant demeure la neutralité affective.

- La psychologie médicale

Dans la pratique médicale l'une des tâches les plus complexes est la capacité à travailler sur ses émotions. Les professionnels craignent d'être submergés par les émotions de leurs patients et de ne pas tenir cette neutralité affective qui les caractérise. Ainsi, il est intéressant de se demander comment un soignant fait-il pour faire co-exister empathie et neutralité affective? Sans empathie, le soignant peut-il réellement aborder son patient de la meilleure façon afin d'établir une prise en charge globale efficace?

L'empathie est une aptitude cognitive du soignant qui consiste à percevoir les affects du patient, et mieux comprendre son vécu. L'empathie permet au soignant d'apprécier tout l'environnement du patient, cernant ainsi plus précisément, les facteurs pouvant influencer la démarche de soin. C'est donc la capacité à se mettre à la place d'autrui, tout en gardant conscience de sa propre identité. Freud va même plus loin dans la définition de l'empathie en la caractérisant de "pensée étrangère qui conduit à un état où l'on se sent dans la peau de l'autre, identique à lui". [12]

Lorsqu'une relation soigné-soignant est teintée d'empathie, elle devient un moment d'écoute et de disponibilité du soignant envers son patient.

Cependant, comment le soignant qui cultive l'empathie ne risque-t-il pas d'être trop impliqué lors des prises de décisions? Comment le soignant fait-il pour tenir cette distance émotionnelle afin de proposer une démarche thérapeutique objective? Cette "juste" distance est non aisée à trouver ni à tenir.

En effet, "prendre soin" implique que le soignant se doit de soigner son patient mais également construire une relation avec son patient. Ce concept, renvoie le professionnel à son éthique du soin ainsi qu'à ses propres valeurs. Dans la relation soigné-soignant, les soignants sont pris dans une relation où se côtoient affectivité et rationalisation. Cette relation exige donc la mise en place d'une distance objective qui permet à la relation asymétrique soigné-soignant, de devenir une relation juste et responsable. Cette relation apparaît comme la condition ultime de la relation responsable établit par le soignant et permet alors une relation conforme à la déontologie médicale. Cependant, certains patients sont en demande d'une affection excessive envers le soignant. Comment le professionnel fait-il pour ne pas se soumettre à ce désir, ne pas établir une relation maternée avec ce patient? La question se pose-t-elle d'autant plus lorsqu'il s'agit d'une adolescente enceinte?

Au sein de cette relation, se pose également le concept du contre-transfert pour le soignant, qui se définit comme l'ensemble des réactions affectives conscientes et inconscientes qu'éprouve le médecin vis à vis de son patient. Ce concept définit par la théorie psychanalytique est directement lié à la personnalité et à l'histoire personnelle du professionnel. Freud le décrit pour la première fois en 1910. Le contre transfert risque de mener le soignant à une identification massive du patient et peut mener à une perte d'objectivité dans les soins. En effet, les facteurs personnels, les propres représentations du soignant ou ses réactions affectives peuvent mener à une action thérapeutique défavorable.

Ces différentes études nous confirment qu’il est intéressant d’étudier cette relation singulière, d’autant plus quand le couple soigné-soignant se forme avec un adolescent. On peut alors se demander si la relation possède certaines spécificités et si la neutralité est un principe plus difficile à maintenir pour le soignant lorsqu’il se retrouve face à une adolescente enceinte.

- Un enjeu de santé publique

Très peu d'études concernant la relation soigné-soignant avec une adolescente enceinte ont été menées ou alors de manière parcellaire. Dès 1998, le Ministère de La Santé pose ces grossesses précoces comme un problème de santé publique. Aussi, une étude sera t-elle alors réalisée par le Professeur Michèle Uzan de l'hôpital Jean Verdier. Ce rapport - «Prévention et prise en charge des grossesses chez les adolescentes» - a permis de faire un état des lieux sur la prise en charge des jeunes filles et à proposer des moyens d'amélioration. [13] L'INPES édite également une «brochure pratique» afin d'aider les soignants dans leur relation avec les adolescents. Elle explique aux soignants, en quoi la relation thérapeutique avec un adolescent est différente de celle avec un adulte : «le vécu des patients fait souvent écho au vôtre et vous oblige à vous confronter à vos propres critères moraux, à votre relation à la jeunesse», «la relation avec l'adolescent est, encore plus que d'autres relations soigné-soignant, empreinte d'une tonalité affective». A la fin de cette brochure, l'INPES propose des phrases « types » à utiliser avec les adolescents. [14]

Cependant, ces grossesses présentent un enjeu de santé publique. En effet, les grossesses adolescentes sont la manifestation de la sexualité des jeunes filles mineures. Or, cette pratique dans nos sociétés occidentales contemporaines pose de nombreux problèmes sociétaux. Le premier problème fait directement référence à la notion d'adolescence. L'Organisation Mondiale de la Santé détermine l'adolescence comme la période de vie entre 10 et 19 ans. Or, physiologiquement et psychologiquement, il existe une grande différence entre ces deux âges. Dans les sociétés occidentales, l'adolescence se prolonge et provoque un décalage extrême entre maturité physiologique et maturité sociale entendue comme la capacité à subvenir à ses besoins. Le deuxième problème que pose ces grossesses est celui de l'activité sexuelle. En effet, aujourd'hui, la tendance sociale est à limiter les informations à contenu sexuel chez les adolescents afin de préserver cette «innocence» liée à l'enfance et à la virginité. Cet abaissement de l'âge des premiers rapports renforce « l'idée que les jeunes deviennent plus vite adultes que leurs parents ». [15]

On observe donc que cette évolution entraîne une préoccupation publique importante au vue de la mobilisation des pouvoirs publics concernant la problématique des grossesses chez les adolescentes. [16]

Le métier de sage-femme est d'accompagner les femmes dans leur maternité. 98% sont des couples ou des femmes majeurs juridiquement. Alors naturellement, c'est tout leur positionnement qui est remis en question lorsqu'une adolescente décide de mener sa grossesse en dépit de cette "règle sociale". Doit-on faire preuve de distance supplémentaire? Si oui comment mettons en place cette distance? Comment responsabiliser une future mère adolescente sans avoir un discours paternaliste, culpabilisant? Quelle empathie avoir envers ces jeunes filles? Quel type d'accompagnement faut-il mettre en place et comment la sage-femme va-t-elle s'inscrire dans cet accompagnement ?

Doit-on laisser nos croyances et nos perceptions interférer dans cette relation soigné-soignant si particulière?

Ainsi, l'ensemble de ces réflexions nous a permis de soulever la problématique suivante: La relation soigné-soignant, dans le cadre du suivi des grossesses adolescentes, implique-t-elle des spécificités relationnelles?

Pour répondre à notre problématique, nous proposons trois hypothèses:

- **Hypothèse 1:**

La relation soigné-soignant lors d'un suivi de grossesse précoce présente plusieurs particularités: spécificités relationnelles, approche collaborative, longue mise en place de la relation.

- **Hypothèse 2:**

Dans le cadre des grossesses précoces, les sages-femmes rencontrent des difficultés dans l'accompagnement des mineures à s'investir dans leurs grossesses ainsi que dans la communication avec ces jeunes femmes.

- **Hypothèse 3:**

Les professionnels souhaitent bénéficier d'une formation adaptée pour l'accompagnement des grossesses mineures.

Dans cette étude, les objectifs sont doubles. Nous avons voulu analyser la relation "soigné-soignant" lors d'un suivi de grossesse précoce par les sages-femmes à l'aide d'entretiens semi-directifs, puis, déterminer la nécessité de formations supplémentaires pour ces professionnels de santé.

Dans la première partie, nous présenterons la méthodologie de l'étude. Sur la base de nos entretiens, dans une deuxième partie nous analyserons et présenterons les résultats de notre étude. Ainsi, cela nous permettra d'infirmer ou de confirmer nos hypothèses de travail et de définir la nécessité ou non d'apporter des moyens d'améliorations pour cette prise en charge. A partir de cette analyse, nous élaborerons des perspectives d'approfondissement de notre étude.

2 Matériel et méthode

2.1 Type d'étude

Cette étude est basée sur la recherche qualitative, qui permet de répondre à des problématiques différentes de la recherche quantitative. En effet, la recherche qualitative est appropriée lorsque les critères étudiés sont subjectifs et donc difficilement quantifiables.

Nous avons choisi cette méthode de recherche car elle nous permet « d'explorer les émotions, les sentiments […], ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles ». [17]

Ce type de recherche consiste à recueillir des informations ou des données verbales permettant une démarche interprétative.

De façon générale, plusieurs outils peuvent être utilisés afin de réaliser une étude qualitative : [18]

- La revue de littérature et l'analyse des documents retrouvés
- Les observations (participantes ou non participantes)
- Les entretiens individuels (directifs, semi-directifs ou libres)
- Les entretiens de groupe

Pour accomplir notre étude, nous avons choisis de réaliser une revue de littérature, afin d'analyser les documents retrouvés puis des entretiens semi-directifs. Ces outils s'avéraient les mieux adaptés à notre recherche.

L'objectif premier de notre étude étant d'analyser la relation soigné-soignant lors d'un suivi de grossesse précoce, et d'en faire ressortir les spécificités ainsi que les possibles difficultés rencontrées par les sages-femmes, c'est naturellement que cette démarche de recherche qualitative s'est imposée.

En effet, une étude quantitative n'aurait pas permis de répondre à nos objectifs ainsi qu'à notre problématique d'étude.

Comme dans toute démarche de recherche, une revue de la littérature a été réalisée en préalable. Ce temps bibliographique nous a permis de faire le point sur la littérature existante concernant notre sujet. Il a été réalisé sur les bases de données du CAIRN, du SUDOC, sur EM CONSULT ainsi que sur PUBMED. Les articles choisis sont en français et en anglais. Afin de sélectionner nos articles, nous utilisons les mots clés suivants « suivi grossesses adolescentes », « relation soigné-soignant », « psychologie médicale », « sage-femme et grossesses précoces », « relation soigné-soignant avec adolescents ». Pour chaque mot clé, une première sélection se fait sur le titre ainsi que sur la pertinence du document. Nous éliminons les articles abordant uniquement du vécu des adolescentes lors du suivi de grossesse, ainsi que du suivi obstétrical des grossesses précoces. En effet, il est très important de noter que notre étude concerne la relation soigné-soignant uniquement du coté des soignants. La sélection des articles se fait donc uniquement sur ceux abordant le vécu des soignants au sein de cette relation.

Un grand travail de sélection des articles a été mené concernant tous les termes psychologiques (« transfert », « contre-transfert », « neutralité affective », « empathie »). En effet, il était important de définir tous les termes que nous aborderons dans notre étude de la relation soigné-soignant.

Pour certains articles, une lecture du résumé ou un survol nous a permis de sélectionner cet article ou non.

Enfin, une dernière sélection s'est opérée dépendamment de la date de parution des articles. Nous avons sélectionnés des articles de 2002 à 2016. Au total, quarante-trois articles de référence en français et en anglais ont été sélectionnés en lien avec notre sujet.

Après cette revue de littérature, nous avons ensuite pris la décision de réaliser des entretiens semi-directifs. Pour cela, nous avons du rédiger une grille d'entretien. Cette grille d'entretien repose sur nos hypothèses ainsi que sur notre question de recherche. Un entretien test, avec une sage-femme de consultation ayant déjà suivi

des grossesses adolescentes, nous a permis d'ajuster et donc de modifier notre grille d'entretien. Nous avons réalisé neuf entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes de consultation. Les entretiens ont eu une durée de 30 minutes en moyenne. Ils ont été réalisés entre décembre 2016 et février 2017.

2.2 Recrutement

De part les nombreuses infrastructures limitrophes accueillant et prenant en charge de façon pluridisciplinaire les adolescentes enceintes, la maternité choisie lors du début de l'étude est celle de l'hôpital Delafontaine, la maternité Angélique Du Coudray (niveau III). Au début de l'étude, nous prévoyons de réaliser dix entretiens au sein de cette maternité. Six entretiens de sage-femme de consultation ont pu être été réalisés.

En effet, après six entretiens de sage-femme, nous nous sommes aperçues que nous arrivions à une saturation des données. Nous avons donc pris la décision de poursuivre nos entretiens dans une autre maternité avec un réseau périnatal pluridisciplinaire moins spécifique aux grossesses précoces. Par souci de proximité géographique, la maternité de Robert Ballanger à Aulnay Sous Bois a été sélectionnée. Nous avons par la suite mené un total de trois entretiens au sein de cette maternité.

❖ Critères d'inclusion

- les sages-femmes ayant déjà suivi des grossesses mineures.
- les sages-femmes volontaires afin de réaliser nos entretiens.

❖ Critères d'exclusion

- les sages-femmes n'exerçant pas en consultation.
- les sages-femmes refusant nos entretiens.
- Les sages-femmes n'ayant jamais accompagné d'adolescentes lors de leur suivi de grossesse.
- Les étudiantes sages-femmes.

2.3 La démarche

Avant d'entreprendre nos entretiens dans ces maternités, nous avons fait une demande écrite par mail auprès des sages-femmes coordinatrices des services, expliquant le sujet de notre étude ainsi que son but, afin de pouvoir interroger les sages-femmes de consultations dans les locaux de la maternité.

Nous avons obtenu l'autorisation dans ces deux maternités. Nous avons donc approché les sages-femmes de consultation, afin de prendre des rendez-vous pour les entretiens. Lors de cette prise de contact, nous avons demandé à la sage-femme si elle acceptait de nous rencontrer pour être interviewée, après lui avoir communiqué uniquement le thème de notre étude et non l'intitulé en entier, si elle avait déjà suivi des grossesses précoces et enfin le temps que prendrait cet entretien approximativement. Cependant, compte tenu de l'importance de l'activité à la maternité Angélique Du Coudray et de nos incompatibilités de planning, cette étape de l'étude fut rallongée et notre échéancier modifié. Il était prévu de terminer nos entretiens fin décembre 2016. Le dernier entretien eut lieu fin février 2017.

Parmi les sages-femmes contactées, toutes répondaient à nos critères d'inclusion excepté trois sages-femmes qui n'ont pas souhaité répondre à nos questions.

2.3.1 Les entretiens

Les entretiens se sont tous déroulés dans les locaux de la maternité, dans le bureau de consultation de la sage-femme, pour la plus part, après leur temps de travail en fin de journée. Trois entretiens se sont déroulés sur le temps de repas des sages-femmes.

Cette étude n'a pas été soumise à un comité d'éthique et nous n'a pas fait l'objet de consentement écrit de la sage-femme, seul un consentement oral a été obtenu lors de la prise de rendez-vous.

Afin de pouvoir retranscrire aisément nos entretiens, toutes les interviews ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone, installé entre l'intervieweur et la sage-femme, après accord de cette dernière. Lors du début de l'entretien, il a été annoncé le sujet

de l'étude à la sage-femme et nous avons rappelé que l'anonymat serait respecté lors de la retranscription de nos entretiens.

Les entretiens ont été réalisés selon la grille établie au préalable. Ils ont été fidèlement retranscrits au fur et à mesure de l'avancée de l'étude et l'analyse des résultats a commencé dès le deuxième entretien. Les attitudes non verbales (hésitation, rires, soupirs…) ont également été retranscrites. Nous avons choisi de ne pas prendre de notes lors de l'entretien, afin de ne pas perturber l'interviewé ni le bon déroulement de l'entretien. En effet, l'enregistrement nous a permis d'être attentif à tous les éléments avancés par la sage-femme et de rebondir sur chaque élément paraissant important à explorer. Pour mener les entretiens, seule la grille d'entretien a été utilisée.

2.3.2 La grille d'entretien

La grille d'entretien a été rédigée en août 2016, après élaboration de nos hypothèses ainsi que des variables désirant être étudiées (spécificités relationnelles et techniques de la relation soigné-soignant avec une adolescente, les difficultés rencontrées et les moyens utilisés afin de les palier). Cette grille été testée lors d'un entretien avec une sage-femme. Ce test nous a permis d'ajuster notre grille afin de reformuler certaines questions et d'obtenir des réponses répondant plus précisément à notre problématique ainsi qu'à nos hypothèses de travail. Cet entretien test a été exclu des neuf entretiens analysés dans notre étude.

Une question a été modifiée suite aux deux premiers entretiens afin d'obtenir des réponses plus précises pour notre étude. Il s'agit de la question *B-Q.2.*

Afin d'organiser notre entretien, nous avons décidé d'organiser notre grille en plusieurs parties.

Certaines questions peuvent nous permettent de répondre à plusieurs hypothèses.

La première partie de la grille *(A- Expérience personnelle)* se découpe en deux sous parties *(A.1- Situation personnelle et A.2 – Confrontation aux grossesses précoces)* consiste à faire parler l'interviewée de son expérience avec les adolescentes

enceintes. Elle est composée de 4 questions, dont une, qui répond à l'hypothèse 1 *(A.2- Q.2).*

La seconde partie *(B- Relation soigné-soignant)* comporte des questions plus ouvertes, plus subjectives afin de connaître la position de la sage-femme concernant la relation soigné-soignant avec une adolescente. Elle nous permet également de comprendre comment la sage-femme vit la relation avec cette patiente et si elle comporte des spécificités psychologiques et techniques. Cette partie nous permet de répondre à l'hypothèse 1. Elle se compose de cinq questions *(B- Q.1, B-Q.2, B-Q.3, B-Q.4, B-Q.5)*.

La troisième partie *(C- Prise en charge)* nous permet d'aborder les difficultés que la sage-femme peut rencontrer dans sa relation avec une adolescente, sur le plan de la communication mais également dans l'accompagnement du lien mère-enfant. Cette partie nous permet de répondre à plusieurs hypothèses. Elle se compose de quatre questions permettent de répondre à l'hypothèse 2 *(C- Q.1, C-Q.3, C-Q.4, C-Q.6)* de deux questions permettant d'explorer l'hypothèse 1 *(C- Q.5, C-Q.7)* et d'une question permettant d'infirmer ou de confirmer l'hypothèse 3. *(C-Q.2).*

Une dernière et quatrième partie *(D- La formation)* aborde également la nécessité d'une formation continue ou initiale, le type de formation et son impact possible sur la pratique. Elle nous permet de répondre à l'hypothèse 3 *(D- Q.1, D-Q.2).*

Ainsi, la grille d'entretien se compose de dix-huit questions, dont huit nous permettront d'explorer l'hypothèse 1. Quatre questions permettront d'infirmer ou de confirmer notre hypothèse 2 et trois questions nous permettent de répondre à l'hypothèse 3[1].

2.4 Choix du sujet et de la problématique

Nous avons décidé d'étudier un sujet très peu abordé lors de nos études de sages-femmes et pourtant rencontré à de multiples reprises lors de nos stages dans les maternités de Seine-Saint-Denis: les grossesses adolescentes. En effet, après une

[1] Annexe I

expérience personnelle d'un suivi de grossesse adolescente, nous avons fait le constat qu'il n'est pas aisé d'accompagner cette future mère au sein d'une maternité.

Au fil de nos recherches sur le sujet, nous nous sommes aperçues que de nombreuses études concernant les grossesses précoces ont été réalisées notamment sur le vécu des adolescentes, de leur suivi, de leur accouchement ou du lien mère-enfant établi. Cependant, aucune étude n'a été trouvée concernant la place de la sage-femme dans ce suivi et surtout concernant sa prise en charge relationnelle. Nous avons donc choisi d'interroger ces sages-femmes afin de connaître leur ressenti lors de la mise en place de la relation soigné-soignant avec ces adolescentes.

2.5 La méthode d'analyse

Chaque entretien a été retranscrit afin d'obtenir des citations fidèles de l'interviewé. Chaque élément non relevé lors de l'entretien peut ainsi être mis en lumière. De plus les expressions non verbales (rires, soupirs, hésitation) ont également été notées lors de la retranscription.

Après cette étape, chaque entretien a été relu une seconde fois et les réponses ont été classées en fonction des différentes hypothèses.

Chaque élément correspondant à nos hypothèses ou à notre problématique de recherche, a été relevé et classé dans un tableau. Le tableau a été complété à la fin de chaque analyse d'entretien afin d'avoir une vision globale des résultats des neuf entretiens. Le tableau nous a permis de mettre en évidence de nombreux points de convergence entre les différents entretiens. Soixante et onze items ont ainsi été relevés dans les entretiens et codés dans ce tableau.

Trente-neuf items concernant notre hypothèse 1 ont été relevés. Dix-sept items concernant notre hypothèse 2 ont été relevés. Onze items concernant notre hypothèse 3 ont été relevés. Quatre items, non envisagés lors de l'élaboration de nos hypothèses viendront compléter notre discussion et sont analysés dans la partie « autres résultats ».

Le tableau et les données retranscrites nous ont amené à une discussion. La discussion s'organise autour des différentes hypothèses en reprenant les résultats obtenus lors de l'analyse de nos entretiens. Ainsi, nous pourrons proposer une réponse à notre problématique d'étude.

2.6 Discussion autour de la méthodologie

2.6.1 Les forces de l'étude

Le but de cette étude est d'étudier les diverses spécificités relationnelles pouvant s'instaurer lors du suivi de grossesse d'une adolescente par une sage-femme. Quelles sont ces spécificités relationnelle? Engendrent-elles des difficultés pour les sages-femmes? Il existe peu d'études concernant les sages-femmes qui prennent en charge ces adolescentes. Aussi, à la suite de cette étude, nous pourrons mettre en lumière la nécessité ou non pour ces sages-femmes, d'une formation supplémentaire. Les entretiens semi-directifs nous ont permis de répondre à nos objectifs.

2.6.2 Les biais et limites de l'étude

2.6.2.1 Le biais de sélection

Dans cette étude qualitative, la représentativité de l'échantillon n'était pas recherchée. Pour des raisons pratiques, les professionnels sélectionnés travaillaient au sein de maternité du département de Seine-Saint-Denis. La première maternité, Angélique du Coudray, est très impliquée dans le suivi de grossesse des mineures et possède de nombreux acteurs pluridisciplinaires de proximité afin d'obtenir un suivi optimal. Les sages-femmes sont assez régulièrement confrontées à des grossesses précoces ce qui a pu avec le temps influencer leur prise en charge ainsi que la mise en place de la relation soigné-soignant. A contrario, au sein de la seconde maternité, Robert Ballanger, les sages-femmes interrogées étaient moins souvent confrontées à des patientes adolescentes, ce qui a également pu influencer leurs réponses. Il serait

judicieux que cette étude soit réalisée à grande échelle dans différentes maternités, avec divers taux de grossesses précoces, pour élargir le champ de l'investigation.

De plus, après six entretiens au sein de la maternité Angélique du Coudray, nous sommes arrivées à l'obtention d'une saturation des données. Nous pensons que cette saturation pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agisse d'une population de soignant régulièrement confrontée à ces adolescentes, avec tout un suivi pluridisciplinaire déjà organisé afin de les épauler dans leur démarche avec ces adolescentes. Il a donc été décidé de nous tourner vers une autre maternité, prenant en charge moins d'adolescentes, avec des professionnels moins habitués à ces situations.

2.6.2.2 Le biais lié au volontariat

Les entretiens réalisés sont basés sur le volontariat. Sur les douze propositions d'entretiens, trois professionnels n'ont pas souhaité répondre à nos questions. Il serait intéressant de connaître les raisons pour les lesquelles ces personnes n'ont pas souhaité participer à cette étude sur les grossesses adolescentes. On peut se demander s'il s'agit d'un manque de temps (les entretiens étant réalisés sur les temps de repos des professionnels), ou par un manque d'intérêt à aborder leur relation soigné-soignant avec ces adolescentes.

2.6.2.3 Le biais temporel

Il a été difficile d'organiser des rendez-vous d'entretien en accord avec l'emploi du temps de l'interviewer et de l'interviewé notamment au sein de la première maternité, où les professionnels reçoivent entre dix-huit et vingt patientes au sein d'une même journée en consultation, ce qui limitait le temps accordé à notre étude.

2.6.2.4 Le biais d'interaction

Nous savons que le comportement de l'interviewer peut induire les réponses des professionnels, il était donc établi dès le premier entretien, que l'interviewer soit le plus neutre possible. Nous avons utilisé uniquement des questions ouvertes, et

l'interviewer s'est employé à comprendre ce que les professionnels voulaient exprimer, grâce à des relances, des reformulations et une attitude d'écoute.

Une question du guide d'entretien, a été reformulée après deux entretiens afin d'obtenir des réponses plus précises concernant certains points clés de l'étude. Lors de la présentation des résultats, nous indiquerons la question initiale posée lors des deux premiers entretiens et la question reformulée à la suite de ces entretiens.

2.6.2.5 Le biais liés au chercheur

L'interviewer était novice en matière de recherche qualitative. Or réaliser un guide d'entretien, conduire des entretiens semi-directifs et les interpréter nécessitent des compétences spécifiques. Le manque d'expérience de l'interviewer peut avoir un impact sur la qualité des entretiens.

2.6.2.6 Les limites de l'étude

Cette étude n'est pas représentative car elle se base uniquement sur neuf entretiens réalisés. En effet, ces neufs entretiens, ont été réalisés dans un département spécifique de la région parisienne, en Seine-Saint-Denis, où règne une certaine mixité sociale. De plus, un réseau périnatal important, autour de ces jeunes filles, est mis en place dans ce département. Il serait intéressant d'élargir cette étude à d'autres départements, afin d'analyser les réponses au regard du tissu social.

2.6.2.7 Les limites de l'entretien semi-directif

Les entretiens semi-directifs permettent d'avoir accès à des informations à un moment précis. Les entretiens ont été fidèlement retranscrits après réécoute. Cependant, il est possible que nous ayons pu interpréter certains propos de professionnels.

3 Présentation des résultats et analyse

Dans cette partie, nous allons réaliser une analyse autour de nos résultats correspondant à chacune de nos hypothèses. Nous discuterons ensuite des résultats complémentaires inattendus lors de la création de nos hypothèses afin de réaliser une ouverture.

3.1 Résultats généraux

Neuf entretiens ont été réalisés. Six entretiens se sont déroulés au sein de la maternité Angélique du Coudray et trois à la maternité Robert Ballanger.
Il y a eu trois refus d'entretiens.
Les sages-femmes interrogées ont répondu à toutes les questions posées lors de l'entretien.
Les caractéristiques de chaque interviewé sont décrites dans le tableau ci-dessous : année d'expérience, sexe, âge, durée de l'entretien.
La moyenne d'âge des interviewés est de 33 ans avec comme âges limites 25 ans et 54 ans.
Le nombre d'années d'expériences varie de 1 à 33. La moyenne d'années d'expérience est de 11 ans.
Trois d'entre elles ont plus de 10 années d'expérience. Six sages-femmes ont moins de 10 années d'expérience.

	SEXE	AGE	ANNEE DE DIPLÔME	ANNEE D'EXPERIENCE	DUREE DE L'ENTRETIEN
A	Femme	54 ans	1984	33 ans	52 min 53s
B	Homme	27 ans	2014	3 ans	20 min 13s
C	Femme	30 ans	2011	6 ans	25 min 25s
D	Femme	46 ans	1992	25 ans	47 min 52 s
E	Femme	27 ans	2014	3 ans	45 min 13 s
F	Femme	29 ans	2008	9 ans	35 min
H	Femme	31 ans	2006	11 ans	40 min 22s
I	Femme	25 ans	2016	1 an	35 min 16s
J	Femme	27 ans	2014	3 ans	24 min 36s

3.1.1 Les entretiens

Les entretiens réalisés ont tous une durée différente. La durée maximale des entretiens est de 52 minutes et 53 secondes. La durée minimale est de 20 minutes et 13 secondes. La moyenne des entretiens est de 36 minutes. On peut noter que les entretiens ayant une durée inférieure à 30 minutes sont en moyenne réalisés avec des sages-femmes ayant moins de 6 années d'expériences. Les entretiens les plus longs ont été réalisés avec des sages-femmes ayant plus de 10 années d'expériences.

Il serait intéressant d'analyser la raison d'une telle disparité dans la durée des entretiens. On peut se demander si l'expérience des sages-femmes ou leur intérêt porté à notre sujet d'étude a eu un impact sur la durée de nos entretiens.

3.1.2 Fréquence du suivi de grossesses adolescentes

En terme de fréquence :

- Huit sages-femmes ont réalisés une dizaine de suivi d'adolescentes enceintes.
- Une sage-femme en a suivi une vingtaine

3.2 Présentation et analyse des résultats autour de l'hypothèse 1 - La relation soigné-soignant avec une adolescente

Sélection de mots clés pour l'hypothèse 1: *"confiance", "maternage", "étonnement", "protéger", "distance", "écoute", "temps".*

Une relation est une interaction entre deux ou plusieurs personnes possédant des émotions, des désirs ou des objectifs différents. La relation soigné-soignant est une relation fondamentale qui est aujourd'hui à la base de la pratique médicale. Lors de nos entretiens, nous avons constaté que la quasi-totalité des sages-femmes envisageaient cette relation avec la patiente comme un « lien particulier », une relation privilégiée où domine l'écoute de la patiente. Pour chacun de ces professionnels, il est indispensable que la patiente leur accorde une totale confiance afin de pouvoir instaurer une relation soigné-soignant optimale. Ce terme de confiance revient dans trois entretiens différents « *Un lien, une écoute et surtout qu'elle se sente en confiance et qu'elle puisse raconter tout et n'importe quoi même si cela ne concerne pas la grossesse, si elle a envie de parler à ce moment là il faut qu'elle puisse parler. Il faut surtout que la patiente ose poser toutes les questions qu'elle a sur sa grossesse.* » Cette relation si particulière fait l'objet, encore aujourd'hui, de nombreuses études en sciences humaines ayant pour but de la décrire et de l'améliorer. C'est Parsons qui décrit dès les années 50, une relation soigné-soignant comme un modèle établi dans lequel chacun joue un rôle social attendu. [11] Ce modèle plaçait le patient en attente de soins, dépendant du soignant, dénué de toutes connaissances médicales. Le soignant possédant le savoir et le pouvoir de guérir, le soigné se retrouvait alors comme un « enfant » face au professionnel. A cette époque, le consentement, dans cette relation, n'était pas prioritaire comme aujourd'hui. Il était synonyme d'une fuite des responsabilités du médecin. Parfois même, la rétention d'informations était permise afin de protéger le patient.

Cette relation marquée par un paternalisme médical plaçait le patient en tant qu'être « passif » et le soignant en tant qu'être « actif ». C'est en 1956, avec Szazs et Hollander [11] que ces termes sont apparus dans la relation soigné-soignant.

En 1992, Emmanuel et Emanuel établissent le modèle délibératif qui se décline en plusieurs étapes : délivrer l'information au patient, donner son avis en tant que soignant et soumettre cet avis au patient afin de lui laisser le choix. Ce modèle apparaît aujourd'hui comme la clé d'une relation soigné-soignant optimale. [11]

Ce modèle de relation revient dans la quasi-totalité de nos entretiens. Huit sages-femmes interrogées mettent en place cette relation avec les adolescentes afin qu'elles adhèrent à la démarche et à la complexité du suivi de leur grossesse. Seule une sage-femme nous explique accorder beaucoup d'importance à sa place de soignant et à la représentation que l'adolescente doit en faire. On se rapproche ici d'un modèle où la sage-femme est active dans la relation et l'adolescente est, passive. *« il y a un moment c'est quand même moi la sage-femme et j'ai des obligations vous êtes là parce que vous êtes enceinte et il vérifier que tout aille bien (ton ferme)… certaines ont besoin d'avoir un adulte en face d'elles qui les cadre parce qu'elles ont besoin de ça »*

Nous pouvons donc supposer de par notre étude, que les sages-femmes interrogées essayent en majorité de réfuter ces relations asymétriques et inégalitaires où la femme enceinte mineure ne serait considérée encore que comme une enfant, dénuée de maturité et de responsabilités. L'adolescente est une femme enceinte à part entière à qui l'on se doit de laisser toute la place dans la relation et qu'il est nécessaire de responsabiliser sans cesse. La patiente est alors considérée comme une « adulte en transition » et non comme une enfant. Le terme de « maturité » revient également souvent dans nos entretiens. En effet, les sages-femmes font le constat que malgré leur jeune âge, les adolescentes font généralement preuve d'une grande maturité, et parfois plus que des patientes dont l'âge correspond aux normes sociales de l'âge idéal de procréation.

Dans notre hypothèse 1, nous abordions les particularités présentes lors de l'établissement d'une relation soigné-soignant avec une adolescente. Lorsque nous avons abordé les spécificités relationnelles de cette relation duale avec une

adolescente, plusieurs notions sont ressorties des entretiens. Le concept « d'empathie » a été mis en avant. L'empathie dans la relation de soin se manifeste par une plus grande attention au patient, une bienveillance plus importante, une attitude d'écoute et de disponibilité. On est alors dans une démarche de recherche, et de compréhension des vécus de la personne. [19] Dans la pratique, l'empathie impose au soignant de travailler sur ses propres émotions pour ne pas être submergé par le trop plein d'émotions du patient. L'empathie nous permettrait également d'apprécier l'environnement du soigné et ainsi définir les facteurs pouvant freiner son adhésion au traitement.

Nous pouvons alors nous demander si le rôle du soignant ne serait pas simplement d'être empathique avec son patient. A cette question, deux écoles de pensée s'opposent. La première présente le soignant comme un être sûr de lui qui doit prendre des décisions de qualité, et doit donc posséder une vision objective du patient et de sa maladie. La deuxième définit le soignant comme un être s'intéressant à la vie sociale de son patient, à sa maladie, à son vécu et devenant un soignant empathique. [20] L'empathie permet également au soignant de se mettre à la place du patient, tout en gardant une distance émotionnelle. Elle permet alors au professionnel de percevoir les affects du soigné.

Dans notre étude, les sages-femmes avouent faire davantage preuve d'empathie pour une patiente mineure que pour une patiente majeure. On peut alors se demander pourquoi cette telle distinction en fonction de l'âge de la patiente ? Cette empathie fait alors écho à la notion de « maternage » qui transparaît spontanément dans quatre de nos entretiens. La quasi-totalité des sages-femmes nous révèle la difficulté de ne pas opter pour une relation maternelle, aussi bien dans la prise en charge, que dans les attitudes verbales et non verbales, notamment lors de l'examen gynécologique (tonalité de la voix etc.) *« Inconsciemment on prend plus de précautions, même dans le soin de notre voix, dans l'examen gynéco… (hésitation) Après je pense que quand t'es jeune sage-femme tu ne t'en occupe pas de la même façon, elles-mêmes te vois plus comme une maman donc elles n'ont pas le même rapport. C'est un peu dangereux.», « (Hésitation) Je dirais que je m'efforce de ne pas avoir le rôle de maman qu'on pourrait tendance à avoir […] mais la relation après est particulière… c'est sur (silence)*

Lors de nos entretiens, nous prenons conscience que le rapport au corps chez les adolescentes est une chose très importante pour les sages-femmes. Elles nous expliquent pratiquer beaucoup moins d'examens gynécologiques que chez des patientes majeures. Les sages-femmes prennent toutes, davantage leur temps avant d'examiner l'adolescente, par exemple, elles commencent par expliquer le déroulé de l'examen à la jeune fille avant qu'elle se déshabille etc. Le professionnel homme interrogé fait réaliser les examens gynécologiques des mineures par une collègue femme, ou il ne reste jamais seul dans la pièce avec une adolescente lorsqu'il l'examine. On note alors un grand respect de l'intimité des adolescentes. En effet, le rapport au corps au moment de l'adolescence est assez complexe. Les adolescentes ont souvent une idée déformée de leur corps et de fausses croyances autour de l'examen gynécologique. Parfois, les adolescentes enceintes n'ont jamais été examinées avant leur suivi de grossesse. Il est donc important pour les professionnels de faire de ce moment, un moment privilégié en rassurant les jeunes filles sur les actes qu'ils seront amenés à faire, sur leur utilité et sur leurs craintes anticipées. Il semble bienvenu par les professionnels de prévenir à l'avance les adolescentes de l'examen pratiqué. [21]

Cependant, nous pouvons nous demander, la raison de ce maternage de l'adolescente. Cette spécificité relationnelle pourrait modifier la position de professionnel objectif, les sages-femmes développeraient alors un rôle inadapté de mère. Quatre sages-femmes nous révèlent que cette position impacterait leur prise en charge de la patiente. *« Avec les ados quand tu deviens trop proche d'elles c'est plus tout à fait pareil, tu vas te positionner un peu plus comme vraiment leur maman, ou tu vas t'attacher, les protéger et moins les accompagner. A un niveau oui ça impacte sur la prise en charge je pense. »*

Nous pensons qu'il est important que la patiente ne soit pas envisagée comme un être appartenant au monde de l'enfance que l'on a besoin de couver et de protéger, mais considérée comme une femme enceinte adulte en « transition » selon une évaluation de sa maturité. Il est donc essentiel pour les soignants de se questionner sur l'évolution de la construction de l'identité de l'adolescente. On peut également se demander si les adolescentes sont en demande de cette relation singulière. En effet, il serait utile d'analyser la vision de la sage-femme par l'adolescente et notamment

du rôle qu'elle doit tenir. Cependant cette vision est contrebalancée par l'importance pour les sages-femmes de responsabiliser l'adolescente sur sa grossesse et son futur enfant.
Ces résultats marquent la complexité pour les soignants à mettre en place une relation neutre avec une adolescente lors du suivi de grossesse.

Lors de l'établissement de la relation soigné-soignant avec une adolescente, le problème du contre-transfert peut également se poser. Ce terme de « contre-transfert » a été défini par Freud en 1910 comme « l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste » [22] Il s'agit de l'ensemble des émotions affectives conscientes ou inconscientes que peut ressentir le soignant envers son patient. Cette réaction est liée à la vie personnelle du professionnel ainsi qu'à sa personnalité. Le contre-transfert s'avère positif lorsque celui-ci permet l'empathie du soignant tout en lui permettant de garder une certaine distance vis-à-vis de son patient. Cependant, lorsque ces éléments ne sont pas mis en place, le soignant pourrait perdre l'objectivité indispensable aux prises de décisions thérapeutiques. L'INPES rappelle dans son guide « Mettre en œuvre une démarche éducative avec un adolescent » [14], qu'une relation thérapeutique avec un adolescent fait souvent écho à un contre transfert « […] l'inverse est parfois vrai également, le professionnel de santé éprouve pour l'adolescent des sentiments qui l'empêchent de rester totalement objectif. » Dans quatre de nos entretiens également, la difficulté de ne pas réaliser un contre transfert a été mise en évidence notamment lorsque les sages-femmes avaient des enfants adolescents. *« Ma fille a été briffée (rires) justement par rapport à tout ce que l'on voit ici […] ça te remets aussi sur toi-même (hésitation) ça me reporte aussi à ma propre sexualité et à mon éducation. Bien sur en tant que mère ça te renvoie à plein de choses donc ça aussi c'est dur il faut faire tout le travail de passer outre, c'est très dur… ».* Il en ressort donc qu'il est essentiel de passer le relais à un autre professionnel lorsque ce contre-transfert s'opère et empiète sur la prise en charge de l'adolescente enceinte. Freud écrivait « en certaines circonstances, on peut accorder beaucoup mais jamais en puisant dans son propre inconscient. Il faut donc à chaque fois reconnaître son contre transfert et le surmonter ». [22]

Il est donc important pour les professionnels de santé d'intégrer ce principe de contre-transfert, qui peut potentiellement davantage s'opérer lors de la prise en charge d'une adolescente. C'est pour tenter de le surmonter, et ne pas le laisser s'installer au sein de la relation qu'il est important de mettre en place une certaine distance avec les adolescents.

D'après le dictionnaire Larousse, la distance est « un intervalle, espace qui sépare deux ou plusieurs personnes dans l'espace ou dans le temps ». [23]
C'est une notion qui est difficile à instaurer en tant que soignant. En effet, une part de nous est constamment tentée par une affection qui peut–être excessive ou non, ou une attitude rigide, froide nous rappelant cette relation soigné-soignant inégalitaire et paternaliste. Cette interrogation entre « éloignement » et « rapprochement » peut représenter une difficulté pour le soignant. En effet, la bonne distance n'est pas clairement définie et ses contours sont flous. Elle est uniquement dépendante du soignant et du soigné. Cette distance nous permettrait de mettre en place un relationnel adapté afin de pouvoir parler au soigné et de le comprendre. Ainsi, cette juste distance nommée par Levinas comme étant la « séparation liante » engendrant une relation responsable mise en place par le professionnel. [24]
De part notre métier de sage-femme, notre proximité avec les femmes, avec leur parcours de vie, nous sommes constamment en conflit pour être « ni trop près, ni trop loin ». Alors qu'en est-il lorsque nous démarrons un relationnel avec une patiente adolescente ?
La relation soigné-soignant avec un adolescent est encore plus que les autres, marquée par la difficulté d'obtenir une neutralité affective. La « juste distance » comme la nomme l'INPES dans son guide pratique à la relation thérapeutique avec un adolescent, [14] paraît plus difficile à mettre en place lors des premières expériences avec les adolescents. Nous avons également retrouvé cette constatation dans nos entretiens. Une jeune sage-femme nous explique que dans certaines situations, son âge engendre des rapprochements avec l'adolescente pouvant même parfois tendre « *au copinage* ». Les autres sages-femmes ayant plus d'expérience

professionnelle nous répondent « *s'attacher* » plus au contexte de la situation qu'à l'adolescente en raison de son âge.

En effet, sans cette distance mise en place, le soignant pourrait attribuer au soigné, un état d'esprit, une émotion ou un ressenti lui appartenant. Ceci pourrait alors opérer une rupture de la relation thérapeutique et favoriser un autre type de relation où chacun perdrait sa position. [25] Nous avons également pu constater cette difficulté à mettre en place cette « distance juste » dans un entretien où la sage-femme avait pleinement conscience que parfois les adolescentes pouvaient tendre à une relation d'égale à égale voir d'amitié impactant la prise en charge.

Ainsi, la complexité de la relation soigné-soignant avec une adolescente enceinte, s'adapte tout particulièrement à la distinction faite par des auteurs comme Walter Hesbeen entre « faire du soin » et « prendre soin ». [26] « Faire du soin » renvoi à l'acte technique, objectif et dépourvu de tout lien entre le soignant et le soigné. Contrairement au concept de « prendre soin » qui permet au professionnel de soigner son patient mais également de créer une relation particulière avec ce dernier. Ce concept renvoie alors le soignant à ses valeurs personnelles ainsi qu'à son éthique du soin. Ainsi, chaque relation qu'un professionnel entreprend avec un patient s'avérera différente en fonction de celui-ci, de sa situation et de son histoire. « Prendre soin » permettra au professionnel de contribuer au bien- être physique et mental de son patient.

Alors, nous pouvons nous demander quelles stratégies, en tant que sage-femme, pouvons nous instaurer afin de respecter cette distance relationnelle.

A cette question, toutes les sages-femmes nous ont rappelé qu'il était essentiel d'instaurer un rapport soigné-soignant dès le premier entretien. Ainsi, six sages-femmes utilisent le vouvoiement et l'appellation par le nom de famille afin de respecter cette distance que l'INPES nomme « proximité distanciée ». [14] *«je leur demande qu'elles me tutoient parce que pour elles c'est plus simple par contre moi je les vouvoies et je les appelle par leur nom de famille parce que je suis pas leur copain. »* Cette question du « tu/vous » se pose régulièrement dans le cas d'une relation avec un adolescent. Ici, l'utilisation du pronom personnel n'est pas dénuée de sens. Le « tu » engendre une certaine proximité avec l'adolescente, il faut

néanmoins qu'il soit bienveillant de la part du professionnel car il peut être vu comme familier ou infantilisant pour l'adolescente. En effet, pour une sage-femme interrogée, l'utilisation du « tu » et l'appellation par le prénom peuvent être envisagés comme l'appropriation d'une autorité supérieure du professionnel. Une autre sage-femme nous explique que le vouvoiement permet de différencier la relation thérapeutique d'une relation amicale qui pourrait se mettre en place. La représentation de l'utilisation du « vous » est double. Elle peut-être perçue par l'adolescente comme une sorte de barrière à la communication, une froideur du professionnel. Mais elle peut-être également envisagée comme une marque de respect du soignant et de considération de l'adolescente comme une femme à part entière indépendamment de son âge. Cependant, n'oublions pas que la relation entre deux personnes se créer également par les gestes, les mots utilisés, le regard etc. Le soignant doit avant tout être à l'aise avec l'utilisation du pronom personnel ou du type d'appellation. Afin d'optimiser la communication avec l'adolescente, nous pouvons nous demander s'il ne serait-il pas bienvenu lors du premier entretien, de connaître le désir de la jeune fille concernant le type d'appellation ou le pronom personnel utilisé. Ainsi, la communication ne serait plus teintée d'une possible barrière entre l'adolescente et le soignant. La jeune fille deviendrait alors active au sein de cette communication soigné-soignant.

Il est donc important de rappeler que l'utilisation d'un pronom personnel ou le type d'appellation n'est pas synonyme de proximité ou distance mais c'est uniquement l'utilisation que l'on en fait, et de notre attitude en tant que soignant, qui l'est.

La confiance est une des spécificités de la relation avec une adolescente. En effet, il est nécessaire de créer du lien pour mettre l'adolescente en confiance et permettre qu'elle exprime ses préoccupations, ses attentes. Le moment de la grossesse est, pour nous sages-femmes, la période clé pour dépister toutes sortes de violences, de précarité mais également pour créer un lien avec les femmes et leur offrir une écoute attentive. Cette période est d'autant plus décisive lors d'un suivi de grossesse adolescente. En effet, pour certaines il s'agit de la première consultation avec un professionnel de santé, le dépistage est donc essentiel pour ces jeunes filles.

La relation de confiance nous permet également montrer à l'adolescente que les préjugés et les idées reçues n'ont pas leur place dans la relation soigné-soignant. Ainsi, les mettre en confiance leur permet d'aborder tous les sujets délicats qu'elles désirent, notamment les violences, la sexualité etc. L'importance de la confiance entre l'adolescente et la sage-femme a été retrouvée dans la quasi-totalité de nos entretiens. Une seule sage-femme nous indique que selon elle, l'hôpital n'est pas un lieu approprié pour que l'adolescente se sente en confiance.

Afin de nouer cette relation de confiance, il est important d'avoir une personne ressource et référente pour l'adolescente durant toute sa grossesse. Ainsi, il est essentiel que la patiente soit vue par le même professionnel chaque mois ou du moins dans la limite du possible, afin répondre de manière la plus appropriée à ses demandes explicites et implicites. *« Quand tu la reverras elle s'apercevra qu'il n'y a pas de jugement de ta part. ».*

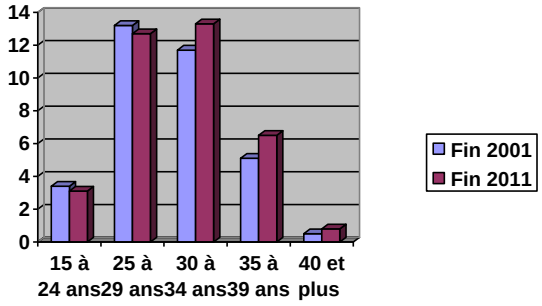
La qualité d'écoute est d'autant plus importante lorsque la patiente est une adolescente. Cependant, d'après nos entretiens, il semblerait que la difficulté à nouer une relation de confiance dépendrait du contexte de la grossesse. Les sages-femmes nous rapportent que de part leur expérience, certaines adolescentes qui n'auraient pas souhaité leur grossesse « fuient » le professionnel de santé. Certaines se placeraient sur la défensive face à la sage-femme, ce qui aboutirait à des difficultés concernant le suivi ou la communication. *« Ca dépend du contexte, certaines sont plus sur la réserve ou la défensive, elles ont l'impression qu'on est contre elles, elles font les choses dans ce sens là. »* Face à ces situations, les soignants peuvent se sentir démunis lors des consultations.

Une autre spécificité du suivi relationnel avec une adolescente, nous a paru importante lors de nos recherches. C'est celle de la place des idées reçues et des préjugés sur les grossesses mineures de la part des soignants. Sept sages-femmes interrogées ont répondu ne pas avoir eu de préjugés la première fois qu'elles ont été confrontées à une grossesse mineure. *« Dans le cadre du travail on doit laisser nos pensée à la porte mais c'est difficile… On pense des choses on ne peut pas s'en empêcher mais il faut les accompagner le mieux possible ».* Une sage-femme reconnaît avoir eu des idées reçues. « *Je pense qu'on a une idée reçue sur la*

grossesse ado à quoi ça ressemble et en faîte ça colle jamais vraiment à ce qu'on s'imagine ». L'INPES dans son guide nous rappelle que « le vécu des patients fait souvent écho au vôtre (d'adolescent ou de relation avec vos propres enfants adolescents) et vous oblige à vous confronter à vos propres critères moraux, à votre relation à la jeunesse, au plaisir, au risque à la sexualité etc. » [14] Ainsi, l'adolescence nous confronterait, en tant que soignant, de façon plus importante à nos propres représentations de la famille ou de la sexualité.

Nous avons constaté que la grossesse était empreinte de multiples représentations sociales. En effet, en sociologie, la norme de l'âge moyen maternel idéal du premier enfant, serait entre 25 et 35 ans. L'INSEE nous indique que l'âge moyen des mères est de 30 ans en 2010. L'âge idéal du premier enfant sera corrélé à une stabilité du couple et de l'emploi. [27]

Figure 1: Evolution du taux de fécondité pour 100 femmes par tranches d'âges entre 2001 et 2011



Insee, Première - Bilan démographique 2011 - .N°1385 – janvier 2012

On constate qu'en 2011, le taux de fécondité des femmes ne cesse d'augmenter avec l'âge contrairement en 2001. Ainsi, la période d'âge entre 30 et 34 ans, reste celle où le taux de fécondité pour 100 est le plus élevé. [27]

Les grossesses adolescentes sont donc en contradiction avec cette notion temporelle. Au vue de ces normes sociales, les grossesses adolescentes posent un problème de santé publique. Elles nous renvoient implicitement à la sexualité active des adolescents, ce qui est aujourd'hui en décalage avec « la représentation de la

sexualité chez les adolescents qu'en font les sociétés occidentales » [15]. Aujourd'hui, la période de l'adolescence ne cesse de s'allonger dans nos sociétés. Et pourtant, les enjeux de la sexualité et leurs significations ne sont pas les mêmes à l'âge 12 ans qu'à l'âge de 19 ans. [15] Comme l'explique Charlotte Le Van, [9] aujourd'hui, l'adolescence est dénuée de fonction sociale et représente un ensemble de rites de passage symbolisant le passage à l'âge adulte. Les grossesses adolescentes représentent donc un interdit social, qui préoccupe les pouvoirs publics.

Par ailleurs, dans nos sociétés, la sexualité représente une prise de risques d'un point de vue physique et émotionnel. C'est pourquoi, les pouvoirs publics tentent de limiter l'accès à la sexualité notamment par les médias ou Internet afin de préserver « l'innocence de l'enfance ». Pourtant, l'âge du premier rapport en 2010 est de 17 ans au lieu de 20 ans pour les hommes et 21 ans pour les femmes en 1960. [28]

Avec l'amélioration des conditions d'accès à la contraception, on note une forte baisse des naissances de 52 101 naissances en 1980 chez les 15- 19 ans à 16 477 en 2013. [28] Cependant, les grossesses adolescentes restent perçues socialement comme des grossesses non souhaitées.

Dans ce contexte de généralisation de la contraception et d'amélioration de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse, les grossesses précoces restent un acte social dérangeant.

En effet, jusqu'au milieu des années 80, les gynécologues-osbtétriciens insistaient sur le versant pathologique de ces grossesses (mortalité, prématurité…). Mais des études médicales et socio-économiques ont été réalisées et ont révélé l'absence d'augmentation des pathologies lors de ces grossesses. [9] Cependant, ces grossesses ne font toujours pas partie de la norme sociétale. Elles sont alors envisagées comme des grossesses non souhaitées ou comme des échecs d'accès à la contraception ou à l'interruption volontaire de grossesse. La grossesse mineure devient alors une « grossesse à risque psychosocial » avec notamment un risque d'isolement social, de relations psychoaffectives inadaptées, de mauvaises conditions de vie, de problème d'argent… En 1981, des auteurs accusent les adolescentes enceintes d'une « immaturité et d'un vagabondage sexuel reconnu ». [9] Nous sommes donc en présence d'une norme sociétale qui donne un caractère

pathologique à tout ce qui peut s'en écarter. Cependant, une enquête de 2004 révèle que moins de 5% des mères de moins de 20 ans déclarent la naissance de leur enfant comme non désirées. [9].

Plusieurs études sociologiques [9] démontrent que lorsque ces grossesses sont désirées, elles sont à l'origine d'une volonté d'affirmer leur statut de couple avec leur partenaire, d'acquérir un statut social manquant, d'une décision d'enfanter, ou d'une recherche d'identité de femme. Parfois elle s'inscrit dans un contexte de problèmes familiaux où la grossesse permet à l'adolescente de retrouver une attention ou une affection perdue de la part des proches. Pour certaines adolescentes, la grossesse précoce leur permet également de reproduire un schéma familial où la mère de l'adolescente a connu elle-même une grossesse précoce. [9]

Chez les adolescentes, le désir de grossesse est ambiguë et difficile à cerner. Elles perturbent l'ordre socialement construit de la procréation dans les sociétés occidentales. Il est donc essentiel pour nous sages-femmes de garantir le respect des règles déontologiques, de ne pas se laisser aller à ces représentations sociales et familiales. Considérer ces adolescentes comme des femmes et écouter leur histoire de vie préalablement à tout suivi de grossesse, engendrerait un travail de qualité et même si cette prise en charge doit s'appliquer à chacune des patientes (majeure ou mineure), il est certainement plus opportun chez les adolescentes pour lesquelles ces maternités ont possiblement un sens caché. Il est donc de notre responsabilité de mettre de côté toutes ces représentations, d'écarter nos idées reçues et de proposer la meilleure prise en charge possible pour notre patiente, quelques soient notre vécu et notre histoire personnelle.

Ces arguments nous permettent de confirmer notre hypothèse 1. La relation soigné-soignant avec une adolescente lors de son suivi de grossesse possède de nombreuses spécificités. Malgré une relation historiquement déséquilibrée entre soignant et soigné, les soignants essayent constamment de combattre un paternalisme médical, afin de rendre la relation juste et d'accorder à l'adolescente toute la place qu'elle mérite.

Les soignants doivent mettre en confiance l'adolescente, afin que celle-ci de ne sente pas jugée et puisse s'exprimer pleinement dans la relation. Notre rôle de sage-femme dans le dépistage n'est plus à démontrer a fortiori avec les adolescentes.
La relation avec une adolescente est empreinte d'une tonalité affective, d'empathie et de maternage. Certains soignants se trouvent en difficulté pour trouver la bonne distance qui permettra une prise en charge optimale de la future mère et de son enfant.
De plus, les soignants sont constamment confrontés à leur histoire personnelle ainsi qu'à leurs représentations normatives sociétales et familiales. Il est souvent difficile avec les adolescents de trouver une juste distance entre l'affection et l'objectivité.
En tant que sage-femme, il est de notre devoir de traiter chaque patiente de façon égale. Il est donc essentiel pour les soignants qu'ils puissent mener une relation juste et responsable avec ces adolescentes, pour qui la maternité est un vrai bouleversement.

3.3 Présentation et analyse des résultats autour de l'hypothèse 2 - Le lien mère-enfant

Sélection de mots clés pour l'hypothèse 2 : *"défensive", "prendre le temps", "douceur", "gêne", "relation affective".*

Aborder le lien mère-enfant chez une adolescente n'est pas chose facile pour les soignants. En effet, de part les représentations sociales exposées précédemment, il est parfois difficile de se détacher de l'image quelque peu irresponsable ou immature que l'on peut avoir d'une mère adolescente. Le lien mère-enfant est un élément constitutionnel de notre prise en charge de la femme enceinte. Il nous paraît impossible de le mettre de côté et de ne prendre en compte que l'aspect obstétrical. Il nous est donc indispensable de travailler sur l'élaboration des représentations maternelles à l'adolescence afin de renforcer l'établissement du lien mère-enfant chez ces jeunes femmes.

Le lien mère-enfant constitue la dimension affective de la relation entre la mère et son enfant. Il s'agit de l'ensemble des émotions et des sentiments ressentis par la

mère pour son enfant constituant ainsi le domaine des représentations. Nous ne pourrions pas parler de lien mère-enfant sans évoquer les diverses théories nous permettant de l'expliquer. Cependant, dans un souci de concision nous évoquerons uniquement celles nous paraissant essentielles afin de répondre à notre problématique. La première théorie est celle de l'attachement développée par Bowlby au milieu du 20ème siècle. [29] Ce lien établit par la mère va ainsi permettre à l'enfant de développer deux besoins fondamentaux de l'individu : la sécurité et l'attachement. L'attachement se créé durant la première année de vie, par la mise en place de comportements d'attachements (pleurs, approchements…). Ainsi, l'enfant va mettre en place un lien émotionnel avec l'adulte représentant la figure d'attachement primaire. Ce dernier aura alors pour rôle de prodiguer les soins requis et de répondre à ces comportements d'attachements. [29] En fonction de l'attitude de cette personne notamment au niveau des soins et des représentations qu'elle a de son enfant, ce dernier développera un comportement insécure ou sécure. [29]

Winnicott décrit lui, la préoccupation maternelle primaire, représentant un état de repli sur soi de la femme enceinte avec une hypersensibilité perceptive pour les signaux de son enfant. Winnicott le décrit comme « Cet état organisé pourrait être comparé à un état de repli, ou à un état de dissociation, ou à une fugue, ou même à un trouble plus profond, tel qu'un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus. » [30] La mère possède alors une capacité à s'identifier à l'enfant pour le comprendre. On rentre dans une sorte de dyade. Winnicott développe également le concept de la « mère suffisamment bonne » qu'il décline en trois concepts. Le premier concept est « le holding » qui désigne la façon de porter l'enfant, physiquement comme psychologiquement. [31]

Le deuxième concept est celui du « handling » qui signifie le maniement par la mère, la façon dont l'enfant est traité et soigné. Le handling participe au développe du fonctionnement mental et à l'interaction. Le handling permettrait à l'enfant de se reconnaître comme une entité distincte de sa mère. Le troisième concept est celui de « l'object-presenting ». Ici, toute l'importance est mise sur la présentation de l'objet et de la réalité à l'enfant.

Pour Winnicott, si la mère n'est pas suffisamment bonne, elle substitue au besoin de son enfant, ses propres besoins. L'enfant est par conséquent obligé de se soumettre à cette situation. La mère serait alors incapable de répondre et de reconnaître les besoins de son enfant. [30] Ainsi, si la mère fournit à son enfant dès le début de la vie, un environnement suffisamment sécure, avec une mère suffisamment bonne, cela lui permettrait d'éviter une rupture dans son développement ou dans sa « continuité d'être » [31]

Selon Françoise Dolto, la qualité de la relation entre la mère et son enfant permettrait la construction psychique de l'enfant ainsi que son futur équilibre psychologique. Elle affirme également que le fœtus et le nouveau-né sont capables de ressentir et de comprendre les intonations de voix ainsi que les gestes de sa mère. [31]

Ces différentes théories, posent la question du lien lors d'une grossesse précoce. Il semblerait que ce lien soit influencé par le désir inconscient ou non de cette grossesse, mais également par les représentations maternelles établit par l'adolescente. Charlotte Le Van nous l'explique, dans son livre *Grossesses à l'adolescence, normes sociales, réalités vécues* [6] « […] comme si elles grandissaient à travers l'enfant et qu'elles effaçaient leur propre enfance […]. Les jeunes mères délèguent souvent à leurs enfants le soin de réussir où elles ont échoué ». Ainsi, le désir de l'enfant pourrait se placer dans un contexte de réponses narcissiques et de réparation de soi. Pour certains, le désir de l'enfant se placerait dans un contexte de carences affectives, comblées par l'enfant. Dans d'autres cas, la grossesse est désirée afin d'acquérir un statut social, non reconnu avec celui de l'adolescence. L'enfant devient alors « investi pour ce qu'il promet ». [32] Parfois, l'enfant vient combler une relation conflictuelle avec la mère de l'adolescente et l'enfant est offert en « cadeau » à cette dernière. La grand-mère vit alors une nouvelle maternité par procuration.

Les adolescentes présentent leur propres représentations maternelles impactant ainsi le lien mère-enfant. Celles-ci peuvent être définies comme la « perception interne que la mère possède de son enfant et de son interaction avec lui » [33]. Ainsi, elles renvoient les mères « aux croyances, idées ou connaissances qu'elles

possèdent de l'éducation et du développement de leur enfant ». [33] Ces représentations se construisent pendant la grossesse et restent stables pendant les premières années de vie de l'enfant. Ainsi, comme le décrit Foucault en 2008 les représentations permettent à la mère de « donner un sens aux sentiments, aux émotions et aux volontés de son enfant et de comprendre les évènements selon la perspective de l'enfant ». [34] De nombreuses études, comme celle de Slade en 2005 [34], démontrent qu'il existe un lien entre les représentations maternelles élaborées pendant la grossesse, la qualité des comportements maternels et le développement de l'attachement chez l'enfant. Plusieurs facteurs peuvent être contributifs des représentations maternelles tel que l'état d'esprit de la mère, lié à l'attachement à ses propres figures parentales. Ainsi, selon la catégorie d'état d'esprit de la mère type «sécure» (répondant de façon adéquate aux besoins d'attachements de son enfant, capable de traiter toutes les émotions transmises par l'enfant y compris celles négatives) ou « insécure » (n'ayant pas intégré ses propres affects négatifs, déformant ou niant les sentiments de son enfant), le développement de ce dernier en sera impacté. Le deuxième facteur contributif est l'état affectif de la mère. Il a été rapporté dans la littérature [34] qu'une mère déprimée stimulerait moins son enfant et serait moins attentive aux signaux non verbaux de son enfant. Les comportements maternels se révèleraient alors inadaptés. Le troisième facteur jouant un rôle dans la qualité de l'attachement de l'enfant est le milieu psychosocial. Il aurait été retrouvé plus d'enfants « désorganisés » et insécures dans des contextes à risques. Ainsi, les perceptions qu'ont les jeunes mères de leur enfant vont être un facteur important sur l'interaction qu'elles auront avec leur enfant et sur son développement. L'étude de Foucault de 2008 [34] révèle que les mères adolescentes auraient des représentations moins positives envers leur enfant. En effet, le contexte de vie des adolescentes et les facteurs psychologiques (faible niveau socio-économique, opportunités professionnelles moindres…) peuvent créer un terrain propice à des difficultés interactionnelles mère-enfant, ainsi que sur leur représentations. Il a été également relevé dans l'étude de Bernier et Tarabulsy (2010) [35] que les adolescentes adopteraient davantage une attitude de contrôle ou se montreraient en retrait face aux signaux de leur enfant, et adopteraient un discours moins attentif et moins positif lors des interactions.

C'est au moment de l'adolescence, que se créée l'identité. Les adolescents doivent alors prendre possession d'un corps sans cesse contraint aux changements. Lors des grossesses adolescentes, les futures mères se voient imposer une demande singulière ; celle de devenir mère avant même d'être devenues adulte. L'adolescente est constamment, durant sa grossesse, soumise à une double identification entre l'être qui a besoin d'être materné et protégé et celui qui doit prendre soin de son futur enfant. Ainsi, l'adolescente plus qu'une femme adulte se retrouve dans la position de fille de sa mère et de mère de son enfant. Il est donc important lors d'un accompagnement de grossesses précoces, d'évaluer le lien de l'adolescente avec sa propre mère, puisque ce dernier aura un effet sur ses propres représentations et interactions avec son enfant. L'adolescente doit être capable de prendre en compte la relation infantile qu'elle entretien avec sa mère, de s'en référer dans son expérience personnelle de future mère, mais de laisser de côté les éléments conflictuels de cette relation afin de débuter une relation idéale avec son futur enfant. [36]

Par ailleurs, les adolescentes sont très sensibles à ce que la pression sociale appelle « image de bonne mère ». En effet, plus qu'une mère adulte, elles sont l'objet de jugements constants et leur capacité à être une « bonne mère » est sans cesse remise en cause. Aussi bien sur le plan financier que psycho-social, les adolescentes doivent faire preuve d'une grande maturité sous peine d'être considérées comme des mères peu responsables ou immatures. Or on le sait les qualités maternelles ne dépendent pas de l'âge de la mère. On peut donc se demander si cette pression sociale peut avoir sur ces adolescentes un impact sur leur relation avec leur futur enfant ?

La mise en place de ce lien mère-enfant passe donc par l'organisation de représentations maternelles du futur enfant, ainsi que par l'ajustement des modifications psychiques. Ces éléments doivent être appréhendés par les professionnels qui entourent ces adolescentes, et constamment questionnés afin de favoriser l'instauration d'une interaction accomplie à la naissance de l'enfant.

Dans nos entretiens, toutes les sages-femmes soulignent la complexité de ce lien. Trois sages-femmes se retrouvent en difficulté par manque de temps à accorder à cette interaction, et aucune n'a mentionné l'évaluation de ces représentations maternelles lors des consultations. Les sages-femmes évoquent alors certains éléments lors de l'entretien prénatal précoce, ou passent le relais à d'autres professionnels comme les psychologues ou professionnels de PMI. *« J'oriente énormément vers les psychologues car je n'ai pas le temps, j'ai du mal à aller au-delà, je dois mener la consultation en 20 min ». « On s'occupe déjà du médical et après le lien mère-enfant sera plus revu par des psychologues c'est beaucoup mieux, c'est trop long avec les adolescentes. ».* Les professionnels interrogés nous révèlent aborder le lien mère-enfant lors des consultations uniquement par des questions concernant le prénom, la vie future avec l'enfant, le logement, l'achat du matériel de puériculture etc. *« Le lien mère-enfant c'est plus en entretien, en consultation je l'aborde vite faite, sur le prénom, comment elles voient la vie après, le logement, les études….mais ça ne va pas plus loin. »* Nous pensons qu'il serait bienvenu de la part des professionnels réalisant le suivi de ces grossesses mineures d'explorer de manière plus importante, les représentations maternelles de la jeune fille, les bouleversements que représente la grossesse pour elle et d'évaluer la relation qu'elle entretient avec sa mère. Il serait également judicieux de travailler en binôme avec les psychologues afin d'obtenir une formation approfondie concernant toutes ces modifications psychiques chez ces adolescentes afin d'améliorer la prise en charge de ces jeunes femmes.

La communication détient une place importante dans la relation soigné-soignant d'aujourd'hui. Elle permet de faire de cette relation, une relation juste et équitable où le professionnel tente de comprendre le patient dans son intégralité. Ici, la grossesse n'étant pas une pathologie, la communication permet aux sages-femmes de réaliser autre chose que du « soin technique » durant le suivi de grossesse et les oriente dans une relation où elles accompagnent et prennent soin de ces adolescentes. Ainsi grâce à la communication, la sage-femme se placera dans une relation d'aide et d'écoute de la patiente. Concernant la communication lors des suivis des adolescentes, les sages-femmes interrogées nous relatent plusieurs

particularités. Cinq sages-femmes décrivent changer de langage spontanément lors d'une consultation avec une adolescente. Les mots employés vont être plus simples, les termes médicaux sont systématiquement ré expliqués, ainsi que chaque examen et son utilité. *« Inconsciemment on parle différemment et on se comporte différemment, on est beaucoup plus doux dans les gestes, même l'intonation de voix change ».* D'autres, adaptent leur pratique en proposant aux adolescentes des sites Internet sur lesquels elles peuvent trouver des informations sur la grossesse ou le matériel de puériculture. *« Oui bien sur elles arrivent en me posant des questions sur baby-boom etc et parfois je leur dis ah bah tiens tu pourrais regarder sur tel site Internet c'est bien fait, ils donnent des conseils etc. ».* Six professionnels interrogés expriment être parfois en difficulté sur la communication de part la différence de connaissances intellectuelles, ou part des problèmes générationnels. Les sages-femmes soulignent l'interférence de l'âge dans la relation avec l'adolescente. Certaines pensent que c'est un avantage d'avoir un âge relativement proche de la patiente alors que d'autres nous expliquent qu'avec l'expérience, elles arrivent à être plus « directives », à replacer leur position de sage-femme parfois mise à mal par les adolescentes , ou à moins s'orienter vers une relation affective.

Quelques fois, le suivi se complique lorsque les adolescentes ne se présentent pas aux rendez-vous, ou ne veulent pas entrer dans une relation d'aide avec la sage-femme. En effet, il arrive que la souffrance de l'adolescente vienne mettre à l'épreuve la relation soigné-soignant, plaçant la sage-femme dans une situation difficile. Les soignants peuvent alors se retrouver en situation de rejet par ces adolescentes. Pour cela, les professionnels doivent être formés aux différentes « écoutes soignantes ». Le premier niveau d'écoute est un travail de recueil où la parole du patient est prise en compte et relevée. Ainsi, le soignant se met en position psychologique de recevoir cette parole. Le deuxième niveau d'écoute concerne toutes les expressions non verbales (attitudes, rires, intonation…). Le professionnel doit alors confronter le verbal et le non verbal perçu. Le dernier stade d'écoute est celui de la prise en compte des émotions et des sensations. Les affects doivent être considérés ainsi que leurs répercutions corporelles. Le soignant se place alors dans une attitude bienveillante, avec un abandon de pouvoir. [37]

Les sages-femmes soulèvent également la difficulté de la communication lorsque l'adolescente est accompagnée. Elles peuvent se retrouver face à des accompagnants envahissants, répondant aux questions à la place de l'adolescente. Certains semblent même s'approprier la grossesse en infantilisant l'adolescente (prise de rendez-vous à sa place, directives données à l'adolescente, refus de quitter la salle de consultation pendant l'examen clinique…). Une sage-femme exprime même la difficulté de mener la consultation, lorsque l'adolescente en situation conflictuelle avec sa mère, est accompagnée par cette dernière. « *Parfois les mères c'est impossible de les mettre dehors, c'est insupportable surtout lorsqu'elles sont dans une relation conflictuelle avec leur mère et souvent j'ai envie de la mettre dehors la mère mais c'est très difficile… j'ai déjà demandé à des dames de sortir mais elles ne veulent pas…».* Pour les sages-femmes, il est important de ne pas infantiliser l'adolescente en lui donnant toute la place dans ce suivi, d'avoir un temps d'écoute active, et de la considérer pleinement comme une femme enceinte. Concernant l'ordre d'entrée dans la salle de consultation, il diffère selon les sages-femmes. Une sage-femme demande à l'adolescente dès la salle d'attente, si elle désire que l'accompagnateur entre avec elle, une autre ne fait rentrer que l'adolescente au début de la consultation et certaines font rentrer l'adolescente ainsi que l'accompagnateur pour le faire sortir au moment de l'examen (sortie parfois refusée par l'accompagnateur). Les ouvertures de dossiers médicaux se font alors devant l'accompagnateur, si, d'après la sage-femme, celui-ci ne gêne pas le discours de l'adolescente.

L'INPES, dans son guide pratique, [14] nous rappelle que demander à l'adolescent devant son accompagnateur s'il souhaite être reçu seul ou accompagné ne s'avère pas refléter son désir profond. En effet, si l'adolescent répond qu'il souhaite entrer seul, cela sera perçu par l'accompagnant comme une volonté de cacher certaines choses à son accompagnateur et ainsi risquer de le soumettre à des questions à la sortie. Le niveau de confiance varie nettement selon si l'adolescent est seul ou accompagné lors de la consultation. En effet, lors de l'ouverture de dossier médical, il est possible que l'adolescente soit gênée ou freinée par la présence d'un accompagnateur. La situation s'avère complexe lorsqu'il s'agit d'un parent de la

jeune fille. En effet, comme nous l'avons souligné plus haut, l'interaction de la jeune fille avec sa famille et notamment avec sa mère est essentielle lors de la grossesse. Ainsi, il est de notre devoir d'évaluer le contexte familial de l'adolescente en recevant en consultation l'adolescente et son parent présent. Il est donc nécessaire de montrer à l'adolescente tout l'intérêt que l'on lui porte en s'adressant directement à elle et non à travers son accompagnant. Cette façon de communiquer nous permettra de renforcer la relation de confiance et d'éviter une infantilisation possible lors de ces suivis. De plus, cette façon de prendre en charge l'adolescente lui prouverait que les soignants ne se placent pas dans une posture de jugement et respectent sa position de future mère. La confidentialité est évidemment à préserver lorsque l'accompagnant est présent à la consultation suivante. D'après l'INPES, il n'existe pas de littérature sur le « moment propice pour faire sortir l'accompagnant, sur la nécessité de le faire revenir ou pas pendant la consultation ou de ne pas le faire entrer » [14].

La communication est le socle de la relation soigné-soignant. Il n'est pas sans rappeler l'importance de la relation de confiance qui favorise une bonne communication entre soigné et soignant.

Ces arguments nous permettent de confirmer notre hypothèse 2. Certaines sages-femmes interrogées se trouvent en difficulté face à l'accompagnement du lien mère-enfant par un manque de temps lors des consultations à l'hôpital. De plus, ce lien mère-enfant est marqué par des représentations maternelles spécifiques aux adolescentes, qu'il est parfois compliqué d'aborder. En effet, même si lors de la formation dispensée aux étudiantes sages-femmes, le lien mère-enfant est abordé, notamment par des cours théoriques, les concepts psychologiques et la psychologie de l'adolescente le sont peu. Les représentations maternelles de l'adolescente impliquent également d'étudier le contexte familial de la jeune fille, nécessitant du temps lors d'une consultation obstétricale. Concernant la communication, les sages-femmes se trouvent en difficulté lors des contextes particuliers de grossesse. Elles se retrouvent alors face à des adolescentes en fuite du soignant. Il n'existe pas de modèle type de consultation avec un adolescent, évaluant à quel moment faire entrer

l'accompagnant pour mettre l'adolescent en confiance, comment établir une communication optimale etc.

3.4 Présentation et analyse des résultats autour de l'hypothèse 3 - Formation des sages-femmes

Sélection de mots clés pour l'hypothèse 3 : *"dépistage", "prise en charge sociale", "ressenti".*

Concernant la formation d'étudiant sage-femme, cinq sages-femmes interrogées n'avaient pas eu de cours théoriques sur les grossesses adolescentes. *« Sur l'adolescence, oui on avait eu un cours sur les modifications psychiques de l'adolescence et de la grossesse mais sur les grossesses adolescentes à part le coté administratif des mineurs, rien* ». Certaines, dont l'année du diplôme est inférieure à dix ans, nous expliquent avoir eu quelques cours sur les modifications psychiques de la grossesse et de l'adolescence. Trois sages-femmes relatent n'avoir eu aucune information théorique sur les grossesses adolescentes, ni sur l'adolescence en elle-même. Elles ont découvert les grossesses adolescentes uniquement au détour de leur stage en PMI ou dans des centres d'accueil pour adolescentes.

La totalité des sages-femmes interrogées sont demandeuses d'une formation supplémentaire concernant l'accompagnement des adolescentes. Aujourd'hui, seule une formation continue concernant la gynécologie et la contraception chez l'adolescente est proposée pour les sages-femmes. Des formations avec des psychologues, sur l'adolescence, les remaniements psychiques de la grossesse adolescente, ou concernant les représentations maternelles de l'adolescente, seraient fructueuses pour les professionnels afin de mieux comprendre et mieux cerner cette problématique. *« Au niveau de la psychologie des mineures enceintes, ça serait intéressant de savoir si c'est plus pertinent de se positionner d'une façon ou d'une autre, ainsi qu'une formation concernant les aspects sociaux qu'engendrent cette grossesse ».* Ces concepts psychologiques ne sont que très peu abordés lors des études de sage-femme, et pourtant ils sont essentiels lors d'un suivi de grossesse adolescente.

Les professionnels sont également demandeurs de formation abordant la communication avec les adolescentes, ou sur la technique de l'entretien préliminaire à la prise en charge, destinée à mettre la jeune femme en confiance. *« Une formation pour les soignants afin de savoir poser des questions aux ados, écouter ce que les gens disent et le prendre en compte ».* Mais aussi, de formations leur permettant d'avoir des outils pour positionner l'adolescente dans une relation d'écoute et d'aide. Une sensibilisation aux éventuels contre-transferts, serait également utile, complétée par l'organisation de groupes de parole au sein desquels, les sages-femmes pourraient échanger sur des situations complexes mettant en jeu leur vécu personnel et professionnel.

D'autre part, le travail actuellement en cours, notamment au sein de la maternité Angélique Du Coudray, sur le dépistage des violences lors de la grossesse doit être davantage renforcé lors des grossesses adolescentes (programme de prévention des violences faites aux femmes au réseau périnatal Naître dans l'Est Francilien). Il est essentiel que tous les soignants prenant en charge ces adolescentes soient formés sur les violences faites aux femmes, sur la précarité et sur l'utilisation des outils mis à leur disposition lorsque la situation l'exige. De plus, il serait intéressant pour les sages-femmes de pouvoir bénéficier de formations concernant le réseau pluridisciplinaire existant, des aides dont disposent les adolescentes, les structures d'accueil mises en place… Ces formations participeraient à la prise en charge globale de l'adolescente par les sages-femmes les plaçant ainsi dans un rôle de référente lors du suivi de grossesse.

Ces formations souhaitées par les sages-femmes, le sont dans le cadre de la formation continue, sauf celles concernant la « communication ». En effet, celle-ci n'étant pas simple à mettre en œuvre pour tous les soignants, il pourrait être bienvenu lors de la formation initiale, de proposer des modules de formation, à base de jeux de rôle et de mise en interaction.

Au vue de ces éléments abordés, nous pouvons conclure que notre hypothèse 3 est validée. Les sages-femmes rencontrées souhaiteraient donc une formation supplémentaire concernant la prise en charge des grossesses précoces. La diversité

des formations proposées permettrait alors de mieux cerner les difficultés rencontrées lors des prises en charge et de définir les attitudes et les procédures les plus adaptées.

3.5 Présentation et analyse des résultats complémentaires

Sélection de mots clés pour les résultats complémentaires : *"culture", "obsolète", "non spécifique".*

Lors de nos entretiens, est apparue à huit reprises la notion de « milieu socio-culturel » de l'adolescente. En effet, les sages-femmes nous confiaient adapter leur prise en charge selon le milieu socio-culturel de l'adolescente, en particulier pour les adolescentes de la communauté « roms ». En poursuivant la discussion sur ce sujet, les sages-femmes nous rapportent que ces adolescentes n'entrent pas dans le cadre d'une grossesse classique. « *Mais nous on a une population de « roms » donc on sait que c'est des ados mais limite on ne les suit pas de la même façon, parce que souvent elles sont mariées, elles sont déjà dans la belle famille, pour elles c'est plus naturel. Ce n'est pas la même chose (hésitation) quand tu te retrouves avec une adolescente d'origine française c'est moins normal enfin (hésitation) je sais pas où on peut situer la normalité mais c'est moins normal ».* Le désir d'enfant serait aussi fort que dans le cas d'une grossesse adulte. D'après la littérature, les adolescentes issues de la communauté «roms » seraient dès leur jeune âge confrontées à une culture où la grossesse est synonyme de passage à la vie adulte. La grossesse arrive rapidement après le mariage, qui a généralement lieu aux alentours de 16 ans. [38] La jeune fille passe alors d'enfant à future mère en entrant dans la belle famille. L'enfant est élevé par tous les membres de la famille. Le rôle de la femme est essentiellement dédié aux soins de l'enfant.[39]

Mais alors qu'en est-il de la prise en charge de ces adolescentes ? Entre représentations culturelles et réalité, comment se positionner ?

Les représentations des patientes issues d'une communauté différente, vont donner au soignant la possibilité d'envisager la confrontation à la différence avant même

d'être en présence de la patiente. Les représentations sont « des connaissances socialement élaborées et partagées par les membres d'un même ensemble social et culturel. ». [40] Ainsi, les représentations vont influencer le mode de pensée et d'action du soignant. Le milieu culturel fait partie intégrante de l'histoire du patient. En effet, prendre en compte l'identité individuelle (ensemble des caractéristiques et valeurs du patient) lors de la prise en charge implique de reconnaître le milieu culturel du patient. [40] Afin de réaliser une prise en charge optimale, il est indispensable de considérer le milieu dans lequel vit le patient. Cependant, lorsque cette culture retire à l'adolescente, la possibilité d'être traitée comme telle, doit-on lui laisser autant de place dans notre prise en charge ? Alors, il est indispensable de garder à l'esprit que « l'utilisation de stéréotypes peut amener à des conclusions hâtives et à une incompréhension des attitudes et croyances de la personne soignée, le risque étant d'induire une incohérence entre les soins prodigués et les besoins réels de la patiente » [41]. La grossesse est un bouleversement pour ces adolescentes. La différenciation faite ici nous mène à attribuer à ces adolescentes des besoins différents. Doit-on alors prendre en charge les adolescentes enceintes, en les considérant comme des adultes comme dans leur milieu socio-culturel ? Il peut être utile ici, de faire le parallèle, avec un préjugé que nous connaissons bien; « le syndrome méditerranéen » qui peut se traduire par une expression bruyante de la douleur ou d'une angoisse ressentie par les patientes issues de cette région.

Ces patientes, peuvent être amenées à être qualifiées de « mauvaises patientes » avec une résistance à la douleur plus faible et jugées « trop bruyantes » [41]. Hors, ce préjugé est dangereux pour les soignants car il pourrait fausser un diagnostic. Et pourtant, ce terme de « syndrome méditerranéen » est régulièrement utilisé dans nos maternités françaises.

Notre regard de soignants peut donc être influencé par le seul critère de l'environnement socio-culturel.

Comment prendre en compte l'influence du milieu socio-culturel dans notre suivi de grossesse ? Doit-on différencier notre approche selon l'origine de nos patientes ? Il

serait intéressant dans une autre étude d'évaluer les différentes prises en charge de grossesse selon les origines socio-culturelles des patientes.

Lors de nos codages d'entretien, une autre thématique s'est spontanément imposée à nous, sans que nous en ayons fait référence dans notre grille d'entretien. En effet, toutes les sages-femmes se sont exprimées spontanément sur la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP).

Puisant ses origines dans les cours d'accouchement sans douleur du Dr LAMAZE dans les années 60, puis appelé préparation psychoprophylaxie obstétricale (PPO) dans les années 80, et centré sur les dimensions psychologiques de la grossesse, la PNP a subi de nombreux changements. En effet, dans le cadre du plan de périnatalité 2005-2007, l'HAS fournit en 2005 les recommandations professionnelles pour la préparation à la naissance et à la parentalité. [38] Ainsi, l'HAS écrit, la PNP, «contribue à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveaux-nés par une approche nouvelle éducative et préventive ». La dimension psychologique et sociale s'intègre alors au suivi obstétrical de la grossesse. On observe également la mise en place d'un entretien prénatal précoce (EPP) au 4ème mois de grossesse, se faisant en couple ou uniquement avec la femme enceinte.

Cette approche nous permet d'identifier les besoins, les désirs de chaque patiente, les facteurs de risques, les situations de vulnérabilité ainsi que leur contexte de vie. L'accompagnement de ces femmes devient alors un accompagnement personnalisé et apporterait « une réponse adaptée et coordonnée aux besoins de la femme et du couple ». [42]

Cette démarche permet aux professionnels de santé de mener non plus un suivi uniquement obstétrical mais un suivi médico-psycho-social avec avant tout un travail en réseau et ainsi, une meilleure coordination interprofessionnelle de l'anté au post-natal.

D'après la HAS, la préparation à la naissance et à la parentalité « s'adresse à chaque femme enceinte ou couple. » [42] Elle peut être réalisée par tous les professionnels impliqués dans la périnatalité de la période anténatale au postnatale.

Dans ses recommandations, l'HAS écrit que la PNP est particulièrement importante pour les grossesses adolescentes et en consacre un paragraphe sur ses intérêts lors des grossesses mineures. L'HAS explique alors « chez les parents adolescents, les séances collectives ou individuelles pré et postnatales […] améliorent les interactions mère-enfant, en particulier la communication au moment de l'alimentation du nourrisson, le développement du langage, le comportement et les connaissances des parents, la confiance de la mère en elle-même, la construction de l'identité maternelle (niveau de preuve 4). »

Dans nos entretiens, les sages-femmes ne sont pas unanimes quant au bénéfice de la PNP chez les adolescentes. Certaines pensent qu'elle n'est pas efficace par manque d'implication des adolescentes, celles-ci ne seraient pas intéressées par la PNP. *«Le problème c'est que comme elles ne se projettent pas ... et puis elles se posent beaucoup moins de questions que celles qui ont un certain niveau d'éducation, elles ont pas forcément envie, ça les soule quoi… ça fait pas partie de leur préoccupation ».* Des sages-femmes, pensent qu'il n'est pas bénéfique pour elles, qu'elles soient intégrées dans un groupe mixte avec des femmes majeures, en raison de leur « *différence d'âge* » et de la peur d'être jugées. Quatre sages-femmes, au contraire, pensent qu'il est très important d'avoir un groupe mixte en terme d'âge afin de favoriser les interactions entre patientes permettant ainsi à ces jeunes filles, de se définir comme des futures mères et non plus comme des enfants. *« Je ne pense pas que ça soit bien de les mettre dans des groupes avec que des ados genre on vous mets dans un coin parce que vous êtes un peu spéciales».* Une sage-femme est particulièrement revenue sur le caractère obsolète de certaines pratiques de PNP, notamment sur la mise en place de « cours théoriques », rendant scolaire cette préparation à la naissance et à la parentalité. «*il faut que ça soit bien fait et on répond pas toujours à leur demande. Je pense que les cours théoriques c'est pas forcément ce dont elles ont besoin, elles ont besoin de cours actifs, yoga, piscine*

parce que regarder comment préparer un biberon ça elles savent le faire et sinon elles vont sur Internet […] ce n'est plus adapté, rien que le terme « cours » elles pensent que c'est obligatoire. »

La pratique de la PNP n'est pas égale en France. En effet, aujourd'hui les offres de PNP sont multiples et diverses. Certains professionnels, élaborent leurs séances de PNP en utilisant le yoga prénatal, la sophrologie, l'haptonomie… afin de développer des techniques de détente ou d'apprentissage de postures, facilitant le travail et la naissance. Cependant, il existe encore des séances organisées comme des « cours théoriques », moins ciblées sur les interactions professionnel-patiente ou patiente-patiente, ne semblant pas appropriées aux désirs des couples selon les sages-femmes interrogées.

Qu'en est-il alors de la préparation à la naissance et à la parentalité chez des parents adolescents ? La parentalité, et avant cela la grossesse, est d'autant plus un bouleversement physique mais également psychique chez une adolescente. Il est impensable aujourd'hui, de laisser une adolescente mener sa grossesse, sans avoir réalisé un travail de dépistage des facteurs de vulnérabilités, de prévention des facteurs de risques, mais également d'information concernant la grossesse, la maternité et la parentalité. Doit-on mener une préparation à la naissance et à la parentalité chez des femmes mineures comme nous le ferions chez les femmes majeures ? Leur faire rencontrer des femmes enceintes majeures et les faire exister au sein d'un groupe renforce cette responsabilisation que s'efforce de favoriser les sages-femmes. L'HAS ne recommande pas de séances particulières pour les parents adolescents. Nous avons abordé ci-dessus toutes les caractéristiques de cette maternité à l'adolescence notamment sur le plan psychique mais également sur le lien mère-enfant qui se met en place. Ces modifications sont telles, qu'en janvier 2015, la maternité Angélique Du Coudray a ouvert « La Maison du Bébé », un lieu où les mineures enceintes sont reçues pendant et après la grossesse. Elles peuvent ainsi être prises en charge, avec leur enfant, par un pédopsychiatre, des psychologues, des éducatrices de jeunes enfants ou encore des puéricultrices. Des consultations de psychopathologies périnatales ou de psychiatries périnatales sont

également disponibles au sein des maternités Angelique du Coudray et de l'hôpital Jean Verdier.

Aussi, pouvons nous aborder la maternité de manière identique chez une adolescente et chez une femme majeure ? Comment adapter ces séances au fonctionnement psychique de ces adolescentes, encore scolarisées, dont certaines sont réticentes à l'idée d'assister à des séances de préparation à la naissance ? Les sages-femmes interrogées révèlent la persistance de cette idée reçue, selon laquelle, la préparation à la naissance et à la parentalité passerait par des « cours théoriques obligatoires » lors de la grossesse, ayant pour unique but « d'apprendre essentiellement à bien gérer les efforts expulsifs lors de l'accouchement ». C'est ici que réside, toute la complexité de ces grossesses adolescentes, difficile de les catégoriser d'un côté ou de l'autre, et qui à la faveur d'un questionnement régulier et approfondi nécessite une adaptation du professionnel de santé.

3.6 Perspectives d'approfondissement

Cette étude nous a permis de mettre en lumière l'existence de spécificités relationnelles lors de la mise en place d'un couple soigné-soignant avec une adolescente enceinte. Cependant, il serait fructueux de mener la même étude, sur d'autres départements, avec un échantillon de sages-femmes plus important, afin de recenser les caractéristiques relationnelles et de relever les difficultés ressenties par les sages-femmes, de façon plus représentative.

Nous avons vu que le lien mère-enfant est essentiel pour le bon développement de l'enfant ainsi que pour l'interaction avec sa mère. Aussi, il serait utile d'étudier les effets de la relation soigné-soignant dans l'élaboration du lien mère-enfant, dans le développement de l'enfant et dans l'interaction entre les deux. Nous pourrions ainsi, prendre pleinement conscience de notre rôle majeur dans l'accompagnement de ces adolescentes, et du potentiel impact, que nous pouvons avoir sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement de ces jeunes patientes.

Enfin, il nous semble nécessaire que les pouvoirs publics organisent des travaux sur ces grossesses adolescentes afin de former les professionnels et d'optimiser leur prise en charge. Malgré une nette régression ces dernières années, les grossesses adolescentes ne doivent pas rester un sujet tabou ou perçues comme des grossesses non désirées liées à un échec de contraception. Ainsi, il serait bienvenu d'apprécier le rôle de la préparation à la naissance et à la parentalité dans les grossesses mineures, et d'adapter son contenu, tout en les alliant aux femmes enceintes majeures. De plus, cette mixité permettrait d'abolir certaines idées reçues ou préjugés que la société ne cesse d'établir concernant ces jeunes filles.

Conclusion

Soumise à de multiples recherches et de multiples changements, la relation soigné-soignant occupe une place non négligeable au sein de la médecine. Autrefois paternaliste, aujourd'hui délibérative, cette relation duale, place le soigné et le soignant dans une situation d'interdépendance, comprenant de nombreux enjeux relationnels, démontrés lors de notre étude.

Cette relation est d'autant plus singulière lorsqu'elle se compose d'un soignant et d'une adolescente.

L'adolescence est une période complexe, soumise à des modifications corporelles, psychiques et relationnelles. Ainsi, lorsque les adolescentes sont confrontées à une grossesse, ces bouleversements s'avèrent décuplés. Celles-ci se retrouvent dans une position singulière où elles doivent devenir mère avant même d'être devenues adultes. Ces grossesses mineures bouleversent les normes sociales tant sur l'image de la cellule familiale idéale, que sur la sexualité des adolescents. Aussi, les grossesses adolescentes sont sans cesse renvoyées dans le domaine du pathologique, en évoquant des risques aussi bien médicaux que psychosociaux. Elles sont alors envisagées comme des grossesses non souhaitées et synonymes d'un échec de contraception ou d'un accès limité aux interruptions volontaires de grossesses.

Les sages-femmes sont devenues des acteurs majeures dans le parcours de santé des femmes. Ainsi, elles se retrouvent confrontées à ces adolescentes enceintes, avec qui, il est parfois difficile d'établir une relation soigné-soignant.

C'est dans ce contexte, que cette relation fondamentale prend toute son ampleur.

Notre étude nous a permis de présenter et d'étudier les diverses spécificités relationnelles mises en jeu lors de l'établissement de cette relation soigné-soignant, et les thématiques d'empathie et de maternage sont bien au cœur de notre problématique. Un maternage qui s'impose parfois aux soignants inconsciemment,

une empathie pouvant générer un contre-transfert, impliquent la mise en place avec l'adolescente d'une « distance » lors du suivi de grossesse.
Cette « distance » à établir, nécessite dans la relation soigné-soignant, un bon niveau de communication, basé sur une confiance réciproque, laissant alors au professionnel la possibilité de mener à bien une mission essentielle de dépistage des violences et de la précarité.

Cette communication n'est pas toujours aisée avec les adolescentes. Il a été relevé dans l'étude, que certaines sages-femmes se retrouvent en difficulté face à ces jeunes filles. Le rejet du personnel soignant peut cacher une inacceptation de la grossesse qui ne sera pas sans incidence sur l'établissement du lien mère-enfant. Ce lien mère-enfant dont nous connaissons maintenant l'importance, notamment, dans les représentations maternelles pouvant entourer la grossesse.

Aussi, l'urgence de création de modules de formations (continue ou initiale), se fait sentir au travers des déclarations des sages-femmes : communication, techniques d'entretien, connaissance des structures d'aide, du réseau périnatal, ou encore sur la psychologie des adolescentes… Les demandes sont variées mais reposent toutes sur la volonté d'échanger sur leurs pratiques professionnelles, d'apporter un éclairage expérimenté sur ces grossesses souvent mal perçues par la société, et surtout de pouvoir mener à bien leur mission de service public.

Il nous paraît essentiel, dans notre activité de future sage-femme diplômée, de maintenir une perpétuelle remise en question de nos prises en charges des femmes enceintes et particulièrement des adolescentes. Ces grossesses peuvent avoir un double enjeu pour les futures sages-femmes, car elles se doivent d'allier suivi obstétrical optimal, et suivi relationnel idéal pour ces patientes adolescentes. Aussi, cette étude nous a permis de nous positionner en tant que sage-femme, afin de constater l'étendue de cette relation soigné-soignant.

Bibliographie

[1] Organisation Mondiale de la Santé. Santé de l'adolescent. 2015. [En ligne]. Disponiblel'URL:http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/fr/ . [Consulté le 4/10/15.]

[2] A. Daguerre. Les grossesses adolescentes en France et en Grande-Bretagne. Un phénomène dérangeant pour les pouvoirs publics. Informations sociales. 2010/1 n°157, p096-102.

[3] Bongrain Marcelle, « Une notion émergente dans le paysage juridique français : l'adolescent ? », *Empan*, 2005 n° 58, p. 59-63. [En ligne]. Disponible à l'URL : http://www.cairn.info/revue-empan-2005-2-page-59.htm [Consulté le 17/03/17]

[4] V. Hugo Les travailleurs de la mer. Tome 1. Livre de Poche 2002. p. 96

[5] M-R. Bernard, C. Eymard. Réaménagements identitaires des mères en devenir. Le paradigme de la complexité. Numéro 2-3 : L'Identité. Sciences Croisées, 2002. [En ligne]. Disponible à l'URL : http://sciences-croisees.com/N2-3/bernard.pdf [Consulté le 19/11/15]

[6] E. Davi, M. Mazuy. Fécondité et niveau d'études des femmes en France à partir des enquêtes annuelles de recensement. Population-F. 2010 ; 65 : 475-512. [En ligne]. Disponible à l'URL : http://www.revue-population.fr/articles/2010-3-fecondite-et-niveau-d-etudes-des-femmes-en-france-a-partir-des-enquetes-annuelles-de-recensement/ [Consulté le 19/11/15]

[7] C. Van. Les grossesses à l'adolescence. Normes sociales, réalités vécues. Paris. L'Harmattan. 1998. p.206

[8] G. Marcault, F. Pierre. Grossesse chez l'adolescente. Grossesses et adolescences Actes du Colloque Médecine et Santé de l'Adolescent, décembre

2010. Poitiers. 57-64. [En ligne]. Disponible à l'URL :http://psyfontevraud.free.fr/pedopsychiatrie/journees-adolescent/actes2000.pdf [Consulté le 19/11/15]

[9] C. Le Van. La grossesse à l'adolescence : un acte socialement déviant ? , Adolescence 2006 n° 55, p. 225-234. [En ligne]. Disponible à l'URL : http://www.cairn.info/revue-adolescence1-2006-1-page-225.htm. [Consulté le 20/02/17].

[10] Code de Déontologie des Sages-Femmes. 2012. Article R 4127-305. [En ligne]. Disponible à l'URL :http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/2/1431_Codeded%C3%83%C2%A9ontologiedessages-femmes-versionau19juillet2012.pdf. [Consulté le 04/10/15]

[11] C.Fournier, S. Kerzanet, Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature, Santé Publique 2007 ; 19, p. 413-425. [En ligne] Disponible à l'URL : http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-5-page-413.htm [Consulté le 25/02/17]

[12] S.Freud, Esquisse d'une psychologie scientifique. La naissance de la psychanalyse, Paris PUF 1979 4ème edition, p306-396.

[13] M. Uzan. Rapport sur la prévention et prise en charge des grossesses des adolescentes. 1998. [En ligne]. Disponible à l'URL : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/984001918.pdf. [Consulté le 4/10/15]

[14] INPES. Comment initier et mettre en œuvre une démarche éducative avec un adolescent ? Entre Nous. 2014 19-43 [En ligne] Disponible à l'URL : http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure.pdf [Consulté le 19/11/15]

[15] A. Daguerre, Les grossesses adolescentes en France et en Grande-Bretagne. Un phénomène dérangeant pour les pouvoirs publics. Informations sociales 2010/1

(n° 157), p. 96-102. [En ligne]. Disponible à l'URL : http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2010-1-page-96.htm [Consulté le 17/02/17]

[16] A. Daguerre, C.Nativel. Voyage au pays des maternités précoces. Le Monde Diplomatique, décembre 2003, p 12

[17] I. Aubin-Auger, A. Mercier, L.Baumann, A.M. Lehr-Drylewicz, P. Imbert, et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone (GROUM-F), Introduction à la recherche qualitative, Revue Exercer, 2008, n°84, p 142-145. [En ligne] Disponible à l'URL : https://www.exercer.fr/numero/84/page/142/ [Consulté le 17/02/17]

[18] P. Hudelson La recherche qualitative en médecine de premier recours. Revue médicale suisse, n°503, septembre 2004, p 56.

[19] B. Sandrin-Berthon. L'éducation pour la santé des patients: une triple révolution. In : Dandé A, Sandrin-Berthon B, Chauvin F, Vincent I. L'éducation pour la santé des patients: un enjeu pour le système de santé. Hôpital européen Georges Pompidou, Paris, 10 et 11 juin 1999. Vanves: éditions CFES,2001 p.21-32.

[20] M. Vannotti. L 'empathie dans la relation médecin – patient. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 2002 ; 29, p. 213-237. [En ligne] Disponible à l'URL : http://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2002-2-page-213.htm [Consulté le 17/03/17].

[21] N.Athéa. Adolescente et gynécologue : quel dialogue ? Médecine Thérapeutique Pédiatrie. Mars-avril 2005, 8; 2 p 73-80.

[22] E. Birot, F. Kamel. Argument, Revue française de psychanalyse, 2006 ;70, p. 325-330. [En ligne]. Disponible à l'URL : http://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2006-2-page-325.htm. [Consulté le 17/02/17].

[23] Larousse. Dictionnaire de français. Distance. Hachette 2002.

[24] Levinas, E., Le temps et l'autre, PUF Quadrige, 1983.

[25] N. Salomon ; Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance, Actualités en analyse transactionnelle. 2012 ; 144, p. 12-40. [En ligne] Disponible à l'URL : http://www.cairn.info/revue-actualites-en-analyse-transactionnelle-2012-4-page-12.htm. [Consulté le 17/03/17]

[26] W. Hesbeen. Prendre soin à l hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, Paris, Masson, 1997, p 184.

[27] Insee, Première - Bilan démographique 2011. 2012, n°1385.

[28] Y. Amsellem-Mainguy. Les grossesses à l'adolescence en France : Modes de vie, sociabilité, valeurs. Les fiches repères. Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire. 2016. [En ligne]. Disponible à l'URL : http://www.injep.fr/boutique/fiches-reperes/les-grossesses-ladolescence-en-france/450.html. [Consulté le 17/03/17].

[29] S. Tereno, I. Soares, E. Martins, et al. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. Devenir, 2007 ;19, p. 151-188. [En ligne] Disponible à l'URL : http://www.cairn.info/revue-devenir-2007-2-page-151.htm. [Consulté le 17/03/17].

[30] D.W. Winnicott. La mère suffisamment bonne. Paris, Editions Payot et Rivages, 2006, p 80.

[31] E. Courtinat. La préoccupation maternelle selon Winnicott 1956. [En ligne]. Disponible à l'URL : http://docplayer.fr/226760-Courtinat-elisabeth-la-preoccupation-maternelle-primaire-1956-donald-wood-winnicott.html. [Consulté le 23/03/17].

[32] D. Goulois. Les enjeux de la transmission mère-enfant dans les maternités précoces à La Réunion, Dialogue, 2014, n° 205, p. 91-102. [En ligne] Disponible à l'URL : http://www.cairn.info/revue-dialogue-2014-3-page-91.htm [Consulté le 24/03/17].

[33] E. Devouche, G. Apter. Les représentations maternelles prénatales. Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence. 2012 481-486. [En ligne] Disponible à l'URL : http://www.em-consulte.com/en/article/765157. [Consulté le 24/03/17].

[34] M.H. Foucault. Le développement des représentations maternelles de l'enfant. Doctorat en psychologie. Québec. Université Laval. 2008. 98.

[35] Tarabulsy et al. L'attachement chez les enfants de mères adolescentes : un marqueur de l'écologie, un médiateur du développement. Revue québécoise de psychologie 2011 ; 32, n°2, p. 57-77. [En ligne] Disponible à l'URL : https://www.researchgate.net/publication/235438193_L%27attachement_chez_les_enfants_de_meres_adolescentes_un_marqueur_de_l%27ecologie_un_mediateur_du_developpement. [Consulté le 25/03/17].

[36] S. Viaux Savelon. Recherche clinique en périnatalité : Impact du prénatal sur la psychopathologie du bébé et de la dyade mère-enfant. Doctorat de pyschologie. Paris. Université Pierre et Marie Curie. 2011. 122.

[37] A. Bioy, F. Bourgeois, I. Nègre. La communication entre soignant et soigné: repères et pratiques. Edition Bréal. 2003. 143.

[38] M. Rousseau. L'aillaitement chez les femmes roms: Etude sociologique réalisée auprès de 15 femmes. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme. Université de Lille 2. 2014. 61.

[39] C. Imbert, E. Bidault, N. Goujon, B. Goudet. Éducation à la santé reproductive et sexuelle avec des femmes rom. Santé publique. 2013, 25 ; n°2, p 209-215.

[40] B. Tison, E. Hervé-Désirate. Soins et cultures formation des soignants à l'approche interculturelle. Paris, Masson, 2007. p.20. [En ligne] Disponible à l'URL : https://www.elsevier-masson.fr/soins-et-cultures-9782294082856.html. [Consulté le 25/03/17].

[41] Société Française de Médecine Générale. Sociologie et anthropologie. Quels apports pour la médecine générale ? n°64, 2007. [En ligne]. Disponible à l'URL :

http://docplayer.fr/12915920-Societe-francaise-sociologie-et-antropologie-quels-apports-pour-la-medecine-generale-documents-de-recherches-en-medecine-generale.html. [Consulté le 25/03/17].

[42] Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). 2005

[43] B. Blondel, M. Kermarrec. Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants. Enquête nationale périnatale. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Mai 2011.

Annexes

Annexe I : Grille d’entretien

GRILLE D'ENTRETIEN

A- Expérience personnelle

1. Situation personnelle

Q, 1 : Dans quels services travaillez-vous au sein de cet hôpital ?

Q, 2 : Depuis combien d'années exercez-vous ?

2. Confrontation aux grossesses précoces

Q, 1 : Au cours de l'année, combien de grossesses précoces avez-vous suivies ? (Moins de 10, entre 10 et 15, plus de 15 ?)

Q, 2 : La première fois que vous avez été confronté à une grossesse adolescente, quel a été votre ressenti ? Aviez-vous des préjugés, de l'incompréhension ? **(H1)**

B- Relation soigné-soignant

Q, 1 : Comment définissez-vous la relation soigné-soignant ? **(H1)**

Q, 2 : L'INPES a créé une « brochure pratique » pour aider les soignants dans leur relation avec les adolescents et explique « la relation avec un adolescent est encore plus que les autres relations soigné-soignant empreint d'une tonalité affective. » Est ce que cette phrase fait écho pour vous ? Quelles sont pour vous les spécificités d'un suivi de grossesse précoce sur le plan relationnel ? (empathie, maternage, distance, neutralité affective…) **(H1)**

Q, 3 : Pensez vous déjà avoir dépassé la « juste » distance lors d'une prise en charge d'une adolescente (trop d'empathie, trop de transfert...) ? Quelles seraient selon vous les conséquences du franchissement de cette limite ? **(H1)**

Q, 4 : Si non, quelles stratégies utilisez-vous pour ne pas franchir cette limite ? **(H1)**

Q, 5 : Selon vous, la relation de confiance se construit sur plusieurs consultations ? **(H1)**

C- Prise en charge

Q, 1 : Comment abordez-vous, l'établissement du lien mère-enfant et la maternité à l'adolescence ? Ressentez-vous des difficultés à aborder ces sujets ? **(H2)**

Q, 2 : Pensez-vous qu'une consultation spécifique aux adolescentes enceintes soit nécessaire? Pour quelles raisons ? (même consultant, temps de consultation plus long, rendez-vous plus fréquents... ?) **(H3)**

Q, 3 : Ressentez vous des difficultés à établir une communication optimale avec cette adolescente? **(H2)**

Q, 4 : Votre âge joue-t-il dans la relation ? **(H2)**

Q, 5 : Combien de temps consacrez-vous à une consultation avec une mineure enceinte ? **(H1)**

Q, 6 : Lorsqu'elles sont accompagnées que faites-vous ? **(H2)**

Q, 7 : Pour vous, existe-il des spécificités concernant l'examen clinique de l'adolescente ? **(H1)**

D- Concernant la formation

Q, 1 : Avez-vous eu des informations sur la prise en charge des grossesses mineures pendant vos études sur le plan obstétrical et psychologique? **(H3)**

Q, 2 : Une formation supplémentaire pour les soignants serait-elle nécessaire ? Quel type de formation ? **(H3)**