

ECOLE DE SAGES-FEMMES
UFR de Médecine et des Sciences de la Santé
BREST
MEMOIRE DE FIN D'ETUDE
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
ANNEE 2020

**Les grossesses à l'adolescence :
Enquête sur le suivi mis en place par des
sages-femmes du Finistère**

Enquête qualitative menée à Brest et à Quimper du 07/10/19 au 06/12/19

Présenté et soutenu par Mélanie KERVAREC
Née le 03/07/1995

Remerciements

Je remercie Françoise JUBIL, sage-femme enseignante à l'école de Brest, guidante de ce mémoire, pour ses conseils, sa disponibilité et son soutien.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe enseignante de l'école de sages-femmes de Brest pour leur présence et leurs encouragements tout au long de ces années d'études.

Merci aux sages-femmes interviewées d'avoir donné de leur temps, de s'être investi et d'avoir participé à mon étude.

Un grand merci à ma merveilleuse famille, soutenance durant toutes ces années d'études, compréhensive et toujours présente à mes côtés.

Merci à mes amis, à mes fabuleuses promotions pour leurs rires, leur gentillesse et leur générosité.

« Le bonheur est parfois caché dans l'inconnu » Victor Hugo

« Un jour, on l'appelle maman. Elle le reste toute la vie » Proverbe Chinois

« L'amour est profondément égoïste, tandis que la maternité tend à multiplier nos sentiments »
Honoré de Balzac

Abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SF : Sage-Femme

DU : Diplôme Universitaire

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

SDF : Sans Domicile Fixe

CDAS : Centre Départemental d'Action Sociale

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

DOM : Département d'Outre-Mer

Table des matières

I. Introduction.....	7
II. Matériels et méthode.....	9
II. 1 Objet d'étude.....	9
II. 2 Type d'étude.....	9
II. 3 Population d'étude.....	9
II. 4 Outils d'étude.....	10
III. Résultats et analyse.....	10
III. 1 Population étudiée.....	10
III. 2 Thèmes abordés.....	11
1) Adolescence et grossesse : représentations.....	11
2) Contexte de la grossesse.....	12
3) Risques de la grossesse à l'adolescence.....	13
4) Communication.....	14
5) Ressenti des professionnels interrogés.....	15
6) Suivi de grossesse.....	16
IV. Discussion.....	18
IV. 1 Principaux résultats.....	18
IV. 2 Points forts et limites de l'étude.....	19
1) Points forts de l'étude.....	19
2) Limites de l'étude.....	19
IV. 3 Discussion autour des résultats.....	20
1) Caractéristiques de la grossesse à l'adolescence.....	20
2) Importance du contexte.....	20
3) Particularités du suivi de grossesse	21
4) Surveillance des grossesses adolescentes.....	22
IV. 4 Perspectives d'avenir.....	23

V. Conclusion.....	24
VI. Références bibliographiques.....	26
VII. Annexe.....	29

I. Introduction

L'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La puberté marque le passage de l'enfance à l'adolescence. Ainsi, l'adolescence se définit par l'acquisition de l'indépendance sociale et économique, le développement de l'identité, l'acquisition des compétences nécessaires pour remplir son rôle d'adulte et établir des relations d'adulte, la capacité de raisonnement abstrait (1).

En 2018, 758 000 nouveau-nés sont nés en France (2). L'âge du premier rapport reste stable et est fixé à 17 ans (3). Les taux de grossesses adolescentes diminuent au fur et à mesure des années. Environ 12 000 enfants sont nés de mères de moins de 20 ans en 2018 (4). Il existe moins de 100 naissances vivantes par an chez les moins de 15 ans en France métropolitaine (4).

Il s'agit d'une population plus vulnérable d'un point de vue psychologique du fait d'un remaniement psychique et du bouleversement hormonal. De manière générale, les adolescents représentent une population à risque en raison de leurs conduites addictives et de leurs pratiques à risque. Cette période est généralement marquée par une consommation de tabac, d'alcool ou de drogues et peut également s'accompagner de problèmes de nutrition ou de rapports non protégés pouvant aboutir à des grossesses désirées ou non (5).

La grossesse à l'adolescence va potentiellement compléter ce tableau de vulnérabilité à différents niveaux. Il peut ainsi exister un contexte de précarité où l'équilibre économique peut difficilement être atteint. Une fragilité sociale et éducative sera possiblement présente également puisqu'il y a un risque d'isolement social et de déscolarisation.

Trois types de situations seraient à l'origine d'une grossesse chez une adolescente selon Mme Uzan, professeur et chef du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Jean Verdier à Bondy. Tout d'abord le cas de la grossesse accidentelle chez une jeune fille ayant une situation stable et vivant chez ses parents. Secondairement, la grossesse désirée chez une adolescente en couple. Enfin, la grossesse à l'adolescence qui s'inscrit dans un climat de rupture familiale et apparaît ainsi comme un moyen de conquête identitaire (6).

Les contextes familiaux et socio-économiques jouent un rôle sur le fait de poursuivre ou non la grossesse (7).

D'après l'étude d'une étudiante sage-femme, A.Filou, réalisée entre 2007 et 2010 sur 172 patientes adolescentes enceintes (8), 55% des cas n'avaient leur première consultation qu'au 2ème trimestre de grossesse, 52% consultaient en urgence et seulement 25% des cas bénéficiaient d'un suivi respectant les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées (9). De plus, de nombreux écrits décrivent un suivi de grossesse tardif et insuffisant parmi cette population de jeunes femmes (10). Cela peut s'expliquer par le fait de vouloir cacher la grossesse ou en raison d'une découverte tardive de la grossesse.

D'un point de vue obstétrical, les adolescentes sont plus à risque de menace d'accouchement prématuré, de prématurité et de petit poids pour l'âge gestationnel (11). Les risques d'infections urinaires et de déchirures vaginales sont également augmentés (12). Ces risques peuvent être dus au suivi tardif qui est étroitement lié au contexte socio-économique et à l'immaturation du corps des jeunes femmes (13). Les conduites addictives, dont la consommation est augmentée chez les adolescents, aggravent les risques de prématurité et de petit poids pour l'âge gestationnel selon le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) (14)

Selon l'OMS, la fécondité en dessous de l'âge de 18 ans devrait être l'objet d'une attention particulière puisque cette grossesse accroît les risques médicaux, psychologiques et sociaux, à la fois pour la mère et pour l'enfant (15).

En 2018, 93 adolescentes de moins de 19 ans ont accouché dans le Finistère (16).
Qu'en est-il de ce suivi dans le Finistère ?

Nous nous sommes intéressés aux sages-femmes pratiquant des consultations prénatales et leur accompagnement envers ces patientes.

Notre question de recherche porte sur le suivi que mettent en place les sages-femmes et les représentations qu'elles ont face à ces grossesses adolescentes.

En quoi le suivi de grossesse que mettent en place les sages-femmes permettrait de répondre aux différentes problématiques concernant les adolescentes ?

II. Matériels et méthode

II. 1 Objet d'étude

L'objectif principal de cette étude est de mieux appréhender le suivi mis en place par des sages-femmes du Finistère concernant les adolescentes enceintes.

Les objectifs secondaires sont multiples : connaître les représentations qu'ont les sages-femmes concernant ce sujet, savoir comment elles répondent aux besoins de cette population, constater les différences de communication qui existent entre des patientes adolescentes et des patientes plus âgées et découvrir les particularités d'un suivi de grossesse chez une adolescente.

II. 2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude de type qualitative basée sur des entretiens semi directifs. L'étude s'est déroulée du 7 octobre 2019 au 6 décembre 2019 à Brest et à Quimper.

II. 3 Population d'étude

Nous avons interrogé des sages-femmes du Finistère réalisant des consultations prénatales : des sages-femmes hospitalières, des sages-femmes en exercice libéral et des sages-femmes de la Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Les sages-femmes libérales et de PMI ont été contactées via leur numéro de portable professionnel. Après accord des coordinatrices en maïeutique, un courrier a été adressé aux sages-femmes hospitalières afin de réaliser des entretiens puis nous nous sommes directement déplacés en consultations pour venir à leur rencontre afin de convenir d'un rendez-vous.

19 demandes ont été envoyées entre septembre et novembre 2019, nous avons obtenu 12 réponses. La majorité des sages-femmes libérales ayant répondu à notre demande estimait qu'elles ne réalisaient pas assez de consultations de grossesse chez les adolescentes pour répondre aux questions de notre entretien. Nous avons ainsi recruté 9 sages-femmes favorables à un entretien. Les interviewés étaient des sages-femmes diplômées ayant ou ayant eu une activité de consultation prénatale et plus particulièrement avec des adolescentes enceintes.

II. 4 Outils d'étude

Des entretiens qualitatifs semi-dirigés enregistrés ont été effectués à l'aide d'un guide d'entretien. Ce guide (Annexe I) est constitué de 4 thèmes relatifs à la question de recherche : les représentations sociales, les besoins des adolescentes, la communication avec les adolescentes et enfin le suivi de grossesse à l'adolescence. Chaque thème est constitué de 2 à 5 questions. Nous avons construit des questions ouvertes et préparé des relances. Les entretiens se sont déroulés dans les salles de consultations des sages-femmes ou dans les salles de pause des services. Un entretien s'est effectué par téléphone. Les entretiens ont duré en moyenne 35 minutes.

Les entretiens ont été retranscrits entre octobre 2019 et janvier 2020. Ils ont ensuite été analysés selon une analyse de contenu par thématiques de manière longitudinale puis transversale. Le contenu des entretiens a été classé par thèmes puis par sous-thèmes.

III. Résultats et analyse

III. 1 Population étudiée

Les personnes interviewées seront anonymement citées par une lettre allant de A à I. Huit femmes et un homme ont été interrogés.

Les caractéristiques de notre population sont décrites dans le tableau ci joint.

Noms	Année du diplôme	Lieu du diplôme	Mode d'exercice actuel	DU et formations complémentaires
SF A	1997	Rennes	Hospitalier	DU de gynécologie Science de l'éducation
SF B	1995	Rennes	Hospitalier	DU de gynécologie
SF C	2008	Brest	Hospitalier	DU de gynécologie
SF D	1996	Paris Baudelocque	- Libéral	DU de gynécologie
SF E	2010	Brest	Hospitalier	DU de gynécologie
SF F	2010	Rennes	Hospitalier	DU de gynécologie
SF G	2010	Brest	Hospitalier	Coordinatrice
SF H	1997	Rennes	PMI	
SF I	1986	Rennes	PMI	Puéricultrice Conseillère conjugale et familiale

III. 2 Thèmes abordés

1) Adolescence et grossesse : représentations

Certains interviewés se sont trouvés en difficulté lorsque nous leur avons demandé de déterminer la tranche d'âge définissant l'adolescence de leur point de vue. Pour la plupart d'entre eux, l'adolescence se définit par la minorité c'est-à-dire jusqu'à 18 ans. Malgré tout, il nous a été rapporté plusieurs fois que tout dépendait de la maturité de la patiente et de sa culture. La sage-femme D nous dit ainsi « pour moi on n'est plus adolescent quand on est un peu responsable quoi », la sage-femme I ajoute « théoriquement je dirais que l'adolescence va jusqu'à 18 ans mais on va voir des jeunes de 25 ans qui ne sont pas matures du tout et d'autres qui à 16 17 ans sont adolescentes mais qui sont quand même très matures, voilà il y a la théorie et la pratique ». Toutes les sages-femmes interrogées sont unanimes pour dire qu'il y a plus de grossesses chez les jeunes de 18 à 20 ans que chez les moins de 18 ans.

Certaines situations peuvent surprendre comme en témoigne Mme C « J'avais une patiente de 17 ans tu vois qui voulait que je lui enlève son implant, j'étais surprise parce qu'elle était avec sa maman et donc toutes les deux trouvaient ça normal enfin envisageaient un projet de grossesse à 17 ans. Donc après moi j'ai pas de jugement à porter, j'ai pas à juger de la situation ».

Selon les cultures, les grossesses à l'adolescence sont fréquentes et sont très bien acceptées par la famille comme le raconte Mme F « en fait je pense que dans les patientes que j'ai eu en grossesses adolescentes, pour moitié il y avait des patientes aussi qui appartiennent à la communauté des gens du voyage et qui elles euh c'était plutôt des grossesses qui étaient acceptées socialement à cet âge là », elle rajoute « elles étaient coachées par leur mère (...), ça faisait partie des choses habituelles, c'était même limite une pression sociale ». La sage-femme I parle elle des jeunes filles de Roumanie « chez les Roumaines, une grossesse à 16 ans c'est quelque chose de courant ». Il existe différents cas de figure à prendre en compte, en effet Mme D nous dit « il y a des patientes qui sont déjà en rupture familiale en fait qui souvent sont enceintes dans un contexte de marginalisation familiale, de déstructuration familiale et d'autres patientes pour qui la grossesse est acceptée par la famille et où les parents sont plus ou moins investis ».

2) Contexte de la grossesse

Le contexte dans lequel s'inscrit la grossesse est primordial pour nos interviewés. La sage-femme C nous dit qu'il est important de savoir « comment a débuté la grossesse, si c'est une grossesse souhaitée ou pas souhaitée, sous contraception ou non, avec ou sans compagnon, si elle s'est posée la question de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ou non. Savoir aussi si la patiente s'est inscrite dans le fait qu'elle allait bientôt être maman ou bien si ça lui tombe dessus et qu'elle doit s'y adapter un peu de force ». « Il y a très peu de grossesses désirées chez les adolescentes » explique la sage-femme B. « Je le vois plus comme quelque chose de subi que comme quelque chose de choisi » complète la sage-femme D.

Les autres professionnels interrogés partagent la même opinion concernant l'importance du contexte de la grossesse. La sage-femme G nous dit « d'un point de vue scolaire, on peut se poser la question de la poursuite de la scolarité parce qu'en généra elles arrêtaient l'école pendant un laps de temps et après la reprise est un petit peu plus compliquée », elle ajoute « il faut savoir quelle relation elles ont avec leurs parents, si c'est une relation conflictuelle ou au contraire si ce sont des parents moteurs ». « Les pousser à reprendre des études » fait partie des priorités pour les sages-femmes H et I. Parfois certaines patientes « reproduisent un schéma familial (...) ou alors certaines veulent se créer leur propre famille puisqu'elles ne se sentent pas aimées alors elles se disent qu'au moins leur bébé les aimera » nous explique la sage-femme I.

L'histoire du couple est fondamentale à savoir « est ce que c'était un choix du couple,

est ce que c'était une relation qui était dans le temps, est ce que c'est un couple qui s'est formé il y a peu de temps » nous précise la sage-femme G. Mme B ajoute « il y a très peu de réussite affective chez les adolescentes quand il y a une grossesse ». Plusieurs interviewés nous racontent des suivis de grossesses adolescentes et notamment des jeunes femmes en couple avec des personnes en situation irrégulière « un compagnon sans papiers qui lui a un objectif c'est que à chaque fois qu'il vient en consultation, on lui délivre un papier comme quoi on atteste de sa présence ».

Il est également important de connaître les circonstances de la grossesse c'est-à-dire « y-a-t-il eu agression sexuelle ? » comme nous le rappelle la sage-femme A. Le mot « déni de grossesse » revient régulièrement dans les enregistrements. Mme C nous dit « qu'il y a aussi pas mal de déclarations un peu plus tardives ».

L'entourage de la patiente joue un rôle important durant cette grossesse selon Mme C « le socle familial va beaucoup jouer sur le parcours de la patiente, on est rassuré si la famille est derrière », « un soutien familial, social et le soutien du conjoint est nécessaire ». Mais pour la sage-femme H, « même si les parents sont présents, ça ne veut pas dire que tout va bien. Elle est adolescente, elle est enceinte, il y a quelque chose qui ne va pas bien. Il faut garder un œil médico-psycho-social. ».

Ces grossesses à l'adolescence sont souvent associées à un environnement social défavorisé comme nous l'indique la sage-femme B « le mot précarité est quasiment associé à chaque grossesse adolescente, précarité sociale, affective, familiale, financière ». Des problèmes de logement se posent fréquemment, « moins de droits, moins d'accès au logement, moins d'accès direct aux soins puisqu'il faut une autorisation parentale, moins d'accès à la mobilité puisqu'on n'a pas de permis euh donc en fait l'adolescence est un inconvénient dans la grossesse » d'après la sage-femme H.

Une grossesse adolescente est « complexe et singulière, il y a autant de grossesses adolescentes que de contextes » selon la sage-femme A.

3) Risques de la grossesse à l'adolescence

Les sages-femmes nous évoquent les risques médicaux liés à la grossesse chez une adolescente à savoir « qu'il y a plus de risque de menace d'accouchement prématuré (MAP), de retard de croissance intra-utérin (RCIU), de pré-éclampsie et de malformations » selon les

sages-femmes A, C, D, E et I.

« Les adolescentes font parties des vulnérables » d'après la sage-femme D, « et plus particulièrement côté social, psychologique, matériel et familial ».

La prise de toxiques est un problème majeur chez les adolescentes comme nous le raconte Mme B « ce sont des jeunes filles qui souvent fument beaucoup ou qui ont eu des consommations massives d'alcool avant la grossesse ». La sage-femme D nous précise qu'« elles peuvent avoir des conduites de mise en danger parce que c'est propre à l'adolescence aussi de s'exposer au danger », elle ajoute « elles n'ont pas mûri vers la maternité comme une femme de 28 ans qui essaie de faire un bébé quoi ».

« Une de nos grosses problématiques aussi c'est l'attachement, c'est vraiment essayer de dépister comment sera pris en charge l'enfant » nous raconte Mme F. La question de la protection de l'enfant se pose également selon les sages-femmes A et H « elles sont mineures donc on pense forcément protection de l'enfance », « parfois il arrive que la patiente soit elle-même placée alors là ça pose question aussi ».

A plusieurs reprises les interviewés insistent sur le fait que « le bébé ce n'est pas une poupée, il est bien réel et il va falloir prendre des décisions ». « Elles se disent je suis contente, je suis enceinte mais elles ne voient pas le reste à côté » nous indique la sage-femme G.

4) Communication

La plupart de nos interviewés appellent les patientes adolescentes par leur prénom. Certaines sages-femmes comme les sages-femmes D et H tutoient directement les patientes tandis que les autres personnes interrogées vouvoient dans un premier temps la jeune fille puis la tutoie selon les souhaits de la patiente. La sage-femme I nous dit « en général je vouvoie sauf si elle me dit qu'elle préférerait que je la tutoie mais c'est pas obligatoire, et je l'appelle par son prénom ».

Nos interviewés nous indiquent que ce qui diffère d'une consultation avec une patiente plus âgée c'est que « le degré de maturité n'est pas le même » et « que les adolescentes n'ont pas cette antériorité à la grossesse, cette expérience qu'ont les femmes plus âgées, ce contact avec l'examen gynéco par exemple ». Mme D nous dit « qu'elles ont une moins grande connaissance de leur corps ».

« Parfois on a du mal à se comprendre » comme nous dit la sage-femme H. Certaines peuvent être « sur la défensive ou plus susceptibles » nous explique Mme D ou peuvent « claquer la porte facilement ou se braquer, ça reste des adolescentes il ne faut pas l'oublier » ajoute la sage-femme E. Une certaine réticence envers le milieu médical peut se faire sentir, « certaines ont un parcours de vie qui fait qu'elles vont être plus facilement méfiantes » nous dit Mme F.

La sage-femme A explique « qu'il n'y a pas d'incompréhension mais que c'est plutôt de l'appréhension » venant des jeunes filles enceintes. Plusieurs interviewés disent « qu'elles (les adolescentes) ne comprennent pas pourquoi il faut faire autant d'exams et pourquoi il faut venir tous les mois » d'où « l'utilité et l'importance de bien expliquer l'intérêt du suivi de grossesse régulier dès le début » explique la sage-femme B.

Le vocabulaire est à adapter comme nous le démontre Mme F « parler avec des mots qu'elles comprennent facilement parce que certains termes médicaux sont encore moins connus de leur vocabulaire, elles n'y ont jamais été confronté », elle ajoute « on donne plus d'informations aussi comme c'est souvent un premier bébé ».

Pour les sages-femmes A, E et G, « il n'y a pas de problèmes de compréhension en particulier, c'est comme pour les autres patientes ».

Instaurer un lien de confiance est primordial comme nous l'indique la plupart des interviewés « créer un climat de confiance pour qu'elle soit plus à l'aise et pour qu'elle revienne ». La sage-femme B nous explique qu'elle est « bienveillante et tolérante », elle « valorise leurs capacités à mener leur grossesse et essaie de les responsabiliser ».

5) Ressenti des professionnels interrogés

Concernant le ressenti des sages-femmes, différentes réponses nous ont été données. La projection domine pour les sages-femmes A et B, « moi j'ai des ados à la maison alors je me sens touchée et on se projette forcément mais il faut qu'on fasse notre part de côté » nous dit Mme A. Un double sentiment est présent chez la sage-femme B « on se sent ému et déstabilisé à la fois, on a des situations qui nous mettent pas très à l'aise parfois ». Tandis que la sage-femme H nous dit « je ne ressens rien du tout, moi je ne suis pas très ressentie, je le suis de moins en moins c'est-à-dire je ne suis pas choquée, je ne suis pas surprise, je ne suis pas en colère, je suis rien de tout ça en fait, je ne suis plus ça ». Mme I se dit « que c'est dommage, que

ça aurait été mieux d'attendre pour avoir un bébé, que c'est trop jeune, trop tôt encore ». La sage-femme C nous dit « sans doute qu'on n'est pas tout à fait pareil, on est sûrement un peu plus entourante avec une attitude maternelle ». Selon la sage-femme A « ce sont des situations singulières qui de par leur rareté et leur complexité font qu'on s'en souvient ».

6) Suivi de grossesse

« D'un point de vue médical, le suivi de grossesse est identique à celui d'une autre patiente, il est juste un peu plus approfondi » selon la sage-femme H. Quelques personnes interrogées nous disent que « 20 minutes pour une consultation, c'est trop court ». La sage-femme G explique qu'elle « donne une information sur la santé environnementale sur euh bah faire attention à ce qu'on mange, ne pas fumer, c'est important de faire le point surtout à cet âge là », plusieurs sages-femmes partagent son avis. Il est très important également de proposer « les séances de préparation à l'accouchement ainsi qu'un entretien prénatal, comme pour les autres patientes » souligne la sage-femme E. « L'adolescente doit avoir les mêmes choix que les autres et doit pouvoir accéder aux droits communs » d'après la sage-femme H.

Plusieurs suivis de grossesse nous ont été décrits, chaque cas est différent et singulier à savoir qu'il existe des situations « d'émancipation où la jeune femme est autonome et indépendante et se débrouille très bien » comme nous l'indique les sages-femmes C et G, des situations où « l'adolescente reprend ses études après la grossesse » d'après les sages-femmes A et I, des situations où « on a un couple solide, un conjoint très présent et où tout est cadré pour la suite » selon la sage-femme G. La sage-femme F nous raconte l'histoire « d'une patiente mineure très mature, une grossesse désirée, qui gérait très bien et qui trouvait justement que la PMI qu'on mettait en place systématiquement et bah que c'était trop lourd, elle avait l'impression qu'elle devait faire ses preuves, plus que pour une autre patiente alors qu'elle gérait très bien, (...) j'avais été étonné de cette dame ».

D'autres grossesses surviennent dans un contexte beaucoup plus compliqué. Plusieurs cas de rupture familiale nous sont décrits, des cas de patientes elles-mêmes placées, des cas de déni de grossesse, des cas de grossesses survenant dans un contexte de violences, « des soirées qui tournent mal » . La sage-femme B nous relate une de ces histoires parmi tant d'autres « une jeune fille en rupture familiale accompagnée de son conjoint, (...) qui a été témoin de violences conjugales de son père envers sa mère, qui a subi des attouchements de son beau-père, (...) contact très difficile, refuse toute aide (...) et je me dis qu'à la prochaine consultation il va falloir que je puisse l'évaluer sur autre chose que le suivi médical ». La sage-

femme F nous raconte le cas d'un autre suivi de grossesse « d'une patiente sans domicile fixe (SDF) avec euh un contexte psychiatrique et une agressivité potentielle, qui ne venait pas à ses rendez-vous, (...) la question de la prise en charge de l'enfant était cruciale, est ce que laisser un bébé avec une patiente comme elle euh serait une mise en danger de l'enfant ? Clairement là c'était le cas ». Certaines des personnes interrogées nous décrivent également des cas de grossesse chez la population migrante comme la sage-femme A « ce sont des cas particuliers où effectivement là on est plus en difficulté de par la barrière de la langue, de par l'accès aux soins. C'est une population isolée ».

Toutes les personnes interviewées nous disent « qu'il faut être plus derrière elles pour le suivi de grossesse ». Concernant l'assiduité des adolescentes, les avis divergent. En effet la moitié des interrogés affirme qu'elles sont moins assidues que les autres patientes, « il y a plus de rendez-vous manqués, plus de déplacements de rendez-vous et elles viennent plus facilement en consultation d'urgence aussi » d'après la sage-femme C. Les autres sages-femmes nous disent « que dans l'ensemble elles sont assidues mais on est vigilant aussi, moi je les rappelle systématiquement si elles ne viennent pas aux rendez-vous » selon la sage-femme G. « Tout dépend du maillage, c'est au cas par cas » d'après Mme A. Selon la sage-femme D, « le suivi doit être plus personnalisé, il faut la voir plus souvent et savoir anticiper les choses ».

Des améliorations sont à mettre en place selon certains de nos interviewés « il faut que nous, professionnels de santé, soyons plus performants en début de grossesse notamment sur le fait d'insister sur la régularité du suivi. (...) et il faudrait aussi de meilleures relations avec nos interlocuteurs ». « Il faudrait davantage de passages à domicile et améliorer le volet prévention » selon les sages-femmes C et G. Mme D ajoute « que ça serait bien d'améliorer la coordination ville/hôpital ». La plupart des sages-femmes nous disent qu'il faudrait privilégier un seul interlocuteur, « des plaintes ont déjà été formulées par les patientes sur le fait d'avoir plusieurs intervenants » comme nous l'explique la sage-femme E. Mme F nous dit que « c'est une problématique assez importante », elle suggère que « les sages-femmes de PMI puissent réaliser des consultations de grossesse puisque les patientes les connaissent déjà bien ». Selon la sage-femme I, « instaurer un climat de confiance est primordial parce que si elles ne se sentent pas en confiance, elles ne vont pas revenir ça c'est sûr ». D'après Mme A, « le maillage mis en place est assez complet entre la PMI, les STAFF médico-psycho-sociaux etc... ». « On peut les accompagner aux rendez-vous » proposent les sages-femmes H et I. Malgré tout, « il y a une part irréductible d'assiduité, si elles ont décidé qu'elles ne viendront pas c'est sûr qu'elles ne viendront pas. Ça peut être conscient ou inconscient parfois. Elles ne voient pas vraiment les priorités » d'après la sage-femme H.

La sage-femme G nous parle de l'initiative « Petits pas, grands pas », un système mis en place par la PMI du Finistère qui « permet un accompagnement des mamans et des papas, les sages-femmes et les puéricultrices insistent sur les besoins qu'a un bébé, ses interactions etc... ».

« L'interdisciplinarité » est un mot qui est répété de manière unanime par tous les interviewés. D'après eux, ce suivi pluridisciplinaire mêle à la fois la PMI (sages-femmes, puéricultrices), les psychologues, les assistantes sociales, les éducateurs parfois, les infirmières scolaires, les pédopsychiatres selon la situation, l'aide sociale à l'enfance, le centre départemental d'action sociale (CDAS), les sages-femmes libérales ainsi que les travailleuses familiales selon les besoins. Pour la sage-femme H, « la PMI doit être mise en place systématiquement et ne doit pas être présentée comme une option que choisirait la patiente ».

L'utilité d'un tel suivi est de prendre en charge la patiente dans sa globalité comme en témoigne la plupart des sages-femmes notamment la sage-femme F « connaître le contexte de la patiente dans sa globalité, être complet ». Cela permet également « de s'assurer que l'enfant arrive dans de bonnes conditions et que la maman soit prête et sereine » selon la sage-femme E. Un suivi pluridisciplinaire permet également « de rassurer la patiente et les professionnels, d'instaurer un lien et d'avoir une certaine qualité d'accompagnement » selon la sage-femme C. L'interviewée D rajoute « cela permet de mettre en place un accompagnement qui puisse répondre à l'ensemble des problématiques que pose l'arrivée d'un enfant chez une fille qui n'a pas toutes les clés en mains ».

IV. Discussion

IV. 1 Principaux résultats

Notre étude qualitative indique que le suivi des grossesses à l'adolescence se veut soutenant, bienveillant et pluridisciplinaire. Selon les personnes interrogées, un climat de confiance est à instaurer dès le début de la grossesse. Il existe des différences concernant la communication envers les adolescentes notamment sur le vocabulaire qui doit être adapté à cette jeune population. Les professionnels de santé ont à charge d'insister sur le suivi régulier de grossesse. Le fait de privilégier un seul interlocuteur tout au long de la grossesse est une demande récurrente des patientes. Les adolescentes sont dans l'ensemble moins assidues que le reste de la population. Les professionnels interrogés se sentent pour la plupart touchés par

cette population de futures jeunes mamans et se projettent facilement.

Le contexte de cette grossesse, l'environnement social ainsi que l'entourage familial jouent un rôle important dans le bon déroulement de la grossesse et le bon devenir de l'enfant. Les interviewés nous ont confirmé que les adolescentes faisaient partie d'une population vulnérable et plus à risque à différents niveaux. D'après les professionnels de santé interrogés, une certaine part d'immatunité se ressent chez plusieurs de leurs jeunes patientes. La poursuite de la scolarité reste une problématique majeure. Plusieurs perspectives d'améliorations pourraient être mises en place selon les interviewés. L'objectif est donc de poursuivre ces efforts afin de garantir un suivi optimal.

IV. 2 Points forts et limites de l'étude

1) Points forts de l'étude

La méthodologie choisie, à savoir la méthode des entretiens, était la plus appropriée pour avoir un aperçu riche, individuel et non formaté concernant le sujet sensible des grossesses précoces. Les réponses étaient complètes et objectives. Les personnes interrogées étaient intéressées par le sujet et se sentaient concernées.

Il était intéressant d'interroger des sages-femmes de différents secteurs puisque leurs visions diffèrent selon que ce soit des professionnels hospitaliers ou de PMI par exemple. Les entretiens en face à face nous ont permis de voir les réactions et de capter le ressenti des interviewés.

2) Limites de l'étude

La limite principale de cette étude qualitative concerne le fait que notre échantillon n'est pas représentatif d'une population et ne peut donc pas être généralisable. Notre recrutement ne nous a pas permis d'arriver à la saturation des données. Il aurait été intéressant d'obtenir un plus large échantillon afin de recueillir un plus grand nombre de réponses.

Nous regrettons le fait qu'il n'y ait pas eu davantage de réponses de professionnels libéraux. Nous aurions pu obtenir des retours différents de ceux obtenus.

IV. 3 Discussion autour des résultats

1) Caractéristiques de la grossesse à l'adolescence

Nous avons pu remarquer qu'il était difficile de donner un âge pour définir l'adolescence. En effet, les définitions sont nombreuses dans la littérature, elles varient selon les auteurs. Le début de l'adolescence se définit généralement par les changements liés à la puberté à savoir aux alentours de 10-12 ans chez les filles (17). Mais la fin de l'adolescence dépend de facteurs psychologiques individuels, sociaux, culturels et environnementaux (18). Il n'existe donc pas de définition claire concernant la fin de cette période.

Beaucoup de nos interviewés évoquent le fait que la maturité joue un rôle important concernant cette grossesse à l'adolescence. La maturité correspond à l'étape ultime du processus de croissance ou plus précisément à l'épanouissement physiologique et psychologique d'un être humain correspondant généralement à l'âge adulte (19). La maturation cérébrale évolue jusqu'à l'âge de 25 ans (17). Cependant la définition de la maturité est propre à chacun.

Comme nous l'ont témoigné nos interviewés, la reprise de la scolarité est plus complexe après une grossesse précoce. La maternité pousse souvent les adolescentes à arrêter leurs études (20),(21). Pour certaines il s'agit d'un choix éclairé à savoir qu'il n'est pas concevable pour elles de combiner la maternité et les études, leur projet de vie se tourne donc uniquement vers la vie de famille. Pour d'autres, il s'agira d'une obligation économique. Certaines jeunes filles réussissent à poursuivre leurs études et coordonnent leur vie professionnelle et leur vie familiale malgré leur jeune âge comme nous l'ont révélés les sages-femmes interrogées. « Les pousser à reprendre des études fait partie de nos priorités » nous disent les interviewés. Dans quelle mesure pouvons-nous les aider à reprendre leur scolarité ? Où s'arrête notre métier de sage-femme ?

2) Importance du contexte

Selon certains de nos interviewés, le déni de grossesse est plus fréquent chez les adolescentes notamment dû au fait qu'elles connaissent moins leur corps. Pourtant la plupart des études démontrent que la majorité des dénis de grossesse concernent des femmes ayant déjà eu une grossesse dans le passé. Nous pouvons imaginer qu'une large partie des adolescentes enceintes sont des primipares et ainsi en déduire que les dénis de grossesse ne sont pas nécessairement plus fréquents à cette période de la vie. Néanmoins, les études de

Wessel et al. (22) et de Chaulet et al. (23) semblent témoigner d'une plus grande proportion de déni de grossesse aux âges extrêmes.

A plusieurs reprises, les personnes interrogées évoquent le cas de la population migrante et des «gens du voyage ». M.Uzan parle de « grossesses culturelles ». Ainsi, dans certaines sociétés coutumières comme les sociétés africaines ou tziganes, la grossesse précoce se présente comme un rituel de passage entre l'enfance et le monde adulte (24). Il s'agit ici d'une tradition sociale et culturelle. Il est donc important de comprendre les spécificités ethnoculturelles de chaque population. En France, selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), les grossesses adolescentes sont plus nombreuses dans les départements d'outre-mer (DOM) et plus particulièrement en Guyane et à Mayotte (4).

Le profil socio-économique des patientes joue un rôle sur le déroulement de leur vie après leur grossesse. Une étude qualitative sur « le devenir socio-économique des mères adolescentes, 10 ans plus tard » a été réalisée en 2019 à Caen par une étudiante sage-femme, A. Bouillaut. Cette étude démontre que le devenir professionnel et relationnel de ces femmes dépend de la typologie de la grossesse (25). Ces différentes typologies de grossesses adolescentes nous sont décrites par la sociologue C. Le Van : la grossesse « rite d'initiation », la grossesse « SOS », la grossesse « insertion », la grossesse « identité », la grossesse « culturelle » et la grossesse « accidentelle » (26). Ces diverses grossesses s'inscrivent dans différents cadres à savoir un désir d'enfant, un désir de grossesse, un appel à l'aide, une grossesse programmée ou non, l'obtention d'un statut social reconnu, une rupture familiale ou affective ou un contexte d'échec scolaire. Le devenir professionnel de ces jeunes femmes dépend principalement de leur volonté à poursuivre leur scolarité. Le fait qu'elles soient moins diplômées les expose davantage à un environnement précaire.

3) Particularités du suivi de grossesse

Nous avons pu remarquer que les sages-femmes interviewées étaient bien conscientes de la vulnérabilité de ces adolescentes ainsi que des risques engendrés par cette grossesse précoce. Le suivi sera donc d'autant plus renforcé.

Les circonstances de la grossesse sont à prendre en compte à savoir si cette grossesse est issue d'une agression sexuelle ou non. Nous pouvons donc faire le lien avec le dépistage systématique des violences en début de grossesse. En effet, la grossesse est un moment propice pour déceler d'éventuelles violences conjugales de par le suivi rapproché mis en place et

le lien de confiance créé avec les professionnels de santé. Les violences conjugales peuvent surgir ou s'intensifier durant cette période prénatale dû notamment au fait que des changements au niveau de la communication et de l'intimité peuvent apparaître et ainsi engendrer des tensions nuisant à l'harmonie du couple (27). L'HAS recommande de « proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple en début de grossesse afin de rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille) ». Cet entretien vise notamment à repérer les signes de violences domestiques (9). Ces violences sont également présentes chez les couples d'adolescents et ont des répercussions sur la santé mentale, physique et sexuelle des jeunes. La violence dans les relations amoureuses à l'adolescence se définit comme « tout comportement ayant pour effet de nuire au développement de l'autre en compromettant son intégrité physique, psychologique et sexuelle » (28).

Les sages-femmes interrogées nous ont rappelé qu'il fallait valoriser les patientes et les responsabiliser. Notre formation de sage-femme nous permet de développer nos compétences concernant la psychologie de la grossesse et la relation d'aide. Le professionnel de santé construit ainsi son approche selon la patiente et s'adapte à elle. Renforcer les compétences maternelles est nécessaire pour chaque femme peu importe leur âge. Pourquoi ce renforcement est-il davantage accentué chez cette jeune population ? Prenons bien en compte le fait que ces jeunes filles sortent à peine de l'enfance. Il faut, dans un premier temps, qu'elles apprennent à prendre soin d'elles avant de pouvoir s'occuper d'un enfant.

La communication entre les professionnels de santé de différents secteurs pourrait être améliorée selon les interviewés. Dans un contexte tel qu'une grossesse à l'adolescence, la pluridisciplinarité est essentielle. Nous pouvons penser que si plusieurs professionnels gravitent autour de cette adolescente enceinte, les transmissions se veulent interdisciplinaires également afin de garantir un suivi optimal. De plus la coordination entre les professionnels est régie par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Plus précisément, cette loi concerne le plan « ma santé 2022 : un engagement collectif », elle vise à « favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé qui devront travailler ensemble et mieux coopérer au service de la santé des patients » (29).

4) Surveillance des grossesses adolescentes

La PMI est quasiment systématiquement mise en place dans le cadre d'une grossesse

chez une mineure. Elle permet ainsi une surveillance rapprochée, un contact plus poussé avec la patiente et une mise en lumière de certaines situations fragiles, plus à risque. La protection de l'enfance se trouve au cœur de la PMI.

Régulièrement des Staff médico-psycho-sociaux se mettent en place. Leurs rôles sont multiples : favoriser la prise en charge des familles en situation de fragilité médico-psycho-sociale, améliorer la coordination entre les différents professionnels intervenant autour de la naissance, développer des actions en faveur de la protection de l'enfant, développer des actions d'accompagnement concerté et adapté pour des familles en détresse (30). Le but est d'anticiper les difficultés en réunissant plusieurs professionnels de différents secteurs.

L'adolescente enceinte étant plus vulnérable d'un point de vue social, affectif, économique et parfois plus immature, le maillage mis en place autour de cette grossesse doit être optimal.

IV. 4 Perspectives d'avenir

Le suivi mis en place par les sages-femmes semble complet. Malgré tout, des irrégularités subsistent notamment concernant l'assiduité des adolescentes à venir aux rendez-vous médicaux. Il s'agit d'une population plus à risque, l'accompagnement doit alors être plus approfondi et plus personnalisé.

Les adolescentes enceintes sont très souvent en contact avec les sages-femmes de PMI. Il pourrait être intéressant que le suivi de grossesse puisse se faire avec cette même sage-femme afin de préserver le lien de confiance. Les patientes apprécient le fait d'avoir le même interlocuteur tout au long de la grossesse. Elles se sentent probablement plus en confiance et plus à l'aise pour pouvoir se dévoiler et libérer leur parole. Mais cela présente également un inconvénient puisqu'en ne privilégiant qu'un seul intervenant, il est parfois plus difficile de déceler les problèmes. Avoir un regard extérieur et s'entourer d'autres professionnels permet de globaliser le suivi et de mettre en lumière les éventuelles difficultés.

Les sages-femmes de PMI interrogées proposent d'accompagner les patientes aux rendez-vous médicaux afin de les rassurer et de s'assurer de leur présence.

En privilégiant un suivi interdisciplinaire, les informations se transmettent entre les différents professionnels. Malheureusement, parfois, un manque de coordination peut apparaître. Des améliorations sont donc possibles quant aux relations inter-professionnelles notamment concernant la communication ville/hôpital.

Les professionnels de santé ont pour rôle d'insister sur l'importance d'un suivi régulier en début de grossesse afin que les patientes comprennent bien les enjeux et viennent plus régulièrement aux rendez-vous.

Le volet prévention est un point important à améliorer concernant notamment les conduites à risque et la contraception. En effet, la contraception chez les adolescents est un enjeu majeur de santé publique. L'information donnée aux adolescents en matière de contraception est insuffisante (31). Pas moins de 20 000 IVG par an chez les moins de 20 ans sont recensées et ce taux ne tend pas à diminuer (32). En France, les adolescents utilisent préférentiellement les préservatifs en début de sexualité puis privilégient par la suite la pilule (32). Une mauvaise observance de leur contraception est souvent à l'origine des grossesses dites « accidentelles ». « Une information complète, une tolérance satisfaisante et un choix personnalisé impactent sur l'observance et l'acceptabilité de la méthode » (33). Il est donc de notre devoir d'exposer toutes les informations nécessaires à la bonne compréhension de la contraception. Tout comme la sage-femme G, nous pouvons nous poser la question du changement de programme de santé sexuelle enseigné au collège et au lycée ou du moins mettre en place des modifications quant à la manière de l'enseigner.

V. Conclusion

Au travers de cette étude et des neuf entretiens réalisés, nous avons pu constater que, de manière générale, le suivi de grossesse chez l'adolescente est interdisciplinaire. Des différences existent entre le suivi de grossesse d'une adolescente et le suivi de grossesse d'une femme plus mûre, non pas concernant le suivi médical mais plutôt concernant l'accompagnement qui se veut plus soutenant et sur la communication qui est à adapter. Les adolescentes ont besoin d'être plus encadrées, valorisées et rassurées durant la grossesse. Leur volonté à venir aux rendez-vous médicaux dépendra notamment de l'accompagnement que l'on mettra en place et de la confiance qu'elles auront en nous. Il s'agit d'une population plus vulnérable et plus à risque, la présence d'un entourage aidant est primordial. Pour pallier ces risques et répondre à leurs besoins, les sages-femmes n'hésitent pas à mettre en place la PMI, l'assistante sociale, un psychologue et d'autres professionnels pouvant compléter ce suivi. Elles insistent sur le fait de participer aux séances de préparation à la naissance et sur la nécessité de proposer un entretien prénatal précoce.

Parmi ces grossesses à l'adolescence, nous retrouvons fréquemment des situations

plutôt précaires à différents niveaux. Ces grossesses sont toutes différentes et uniques en leur genre. Ce sont des grossesses qui nous marquent et dont on se souvient. Le contexte est important à prendre en compte à savoir s'il s'agit d'une grossesse désirée ou non, bien acceptées ou non. Chaque situation est différente et nous devons nous adapter au cas par cas.

Il serait intéressant, afin de compléter ce travail, d'interroger directement des jeunes filles enceintes ou des femmes ayant eu un enfant à l'adolescence sur le vécu de cette grossesse, leur ressenti et l'accompagnement dont elles ont bénéficié.

VI. Références bibliographiques

- (1) OMS | Développement des adolescents . WHO. [cité 15 nov 2018]. Disponible sur: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
- (2) Natalité - Fécondité – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 15 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676604?sommaire=3696937#tableau-figure2>
- (3) L'âge au premier rapport sexuel [En ligne]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 20 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>
- (4) 759 000 nouveau-nés en France en 2018 : seulement 12 000 ont une mère de moins de 20 ans – Les naissances en 2018 | Insee [Internet]. [cité 15 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4211194?sommaire=4190525>
- (5) Bantuelle M. Référentiel de bonnes pratiques: comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Saint-Denis: Ed. INPES Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2008.
- (6) Uzan M. Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. Université Paris XIII: p31. [En ligne]. [cité 20 nov 2018]. Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/984001918.pdf>
- (7) Sukhato K, Wongrathanandha C, Thakkestian A, Dellow A, Horsuwansak P, Anothaisintawee T. Efficacy of additional psychosocial intervention in reducing low birth weight and preterm birth in teenage pregnancy: A systematic review and meta-analysis. Journal of Adolescence. Oct 2015;44:106-16.
- (8) Filou A. La maternité à l'adolescence: une prise en charge spécifique? Analyse de l'impact des recommandations faites dans un rapport de 1998 sur une population d'adolescentes ayant mené leur grossesse à terme: étude comparative 1998-2010 dans cette même maternité. :102.
- (9) Haute Autorité de Santé - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [En ligne]. [cité 21 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
- (10) Pregnancy in Adolescence: Is it an obstetrical risk? [Internet]. [cité 20 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961715000781>
- (11) Interrompre ou poursuivre la grossesse à l'adolescence : facteurs de risque psychosociaux -ScienceDirect [En ligne]. [cité 20 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961715000781>
- (12) Alouini S, Randriambololona D, Randriamboavonjy R. Facteurs de risques de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum des adolescentes dans le département

- du Loiret. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1 mai 2015;44(5):443-50.
- (13) Brosens I, Muter J, Gargett CE, Puttemans P, Benagiano G, Brosens JJ. The impact of uterine immaturity on obstetrical syndromes during adolescence. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Nov 2017;217(5):546-55.
- (14) Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. sept 2005;34(5):513.
- (15) O.M.S. (1988), Learning to be parents an annotated bibliography of programmes for young people. TAP/672, dossier, Genève.
- (16) Bertschy F, Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale
- (17) Définitions de l'adolescence. La vie devant eux. 1 mars 2016;27-48.
- (18) Vincent Joly Psychologue et psychothérapeute en cabinet libéral et en, thérapeutique VJ est professeur à l'université PD auprès des étudiants de MI a publié avec PG: C la relation, et al. Qu'est-ce que l'adolescence? Comprendre cette période de changement [Internet]. Cabinet Psy-enfant. [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: <http://psy-enfant.fr/adolescence-puberte-psychologie-histoire/>
- (19) MATURITÉ : Définition de MATURITÉ [Internet]. [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/maturit%C3%A9>
- (20) Grossesse chez les adolescentes [Internet]. [cité 22 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- (21) Bouillaut A, Grandazzi G, Brielle N. Le devenir socioéconomique des mères adolescentes, 10 ans plus tard. La Revue Sage-Femme. 1 févr 2019;18(1):1-6.
- (22) Wessel J, Gauruder-Burmester A, Gerlinger C. Denial of pregnancy - characteristics of women at risk. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007 Jan;86(5):542-6.
- (23) Chaulet S, Juan-Chocard A-S, Vasseur S, Hamel J-F, Duverger P, Descamps P, et al. Le déni de grossesse : étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2013 Dec;171(10):705-9.
- (24) SEINCE N., PHARISEN I., UZAN M., Grossesse et accouchement des adolescentes, EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie/Obstétrique, 5-016- D-10, 2008. 6p.
- (25) Bouillaut A, Grandazzi G, Brielle N. Le devenir socioéconomique des mères adolescentes, 10 ans plus tard. La Revue Sage-Femme. 1 févr 2019;18(1):1-6.
- (26) Leridon H. Le Van Charlotte — Les grossesses à l'adolescence. Normes sociales, réalités vécues. Population. 1999;54(1):153-153.
- (27) Violence conjugale et grossesse | Information périnatale [Internet]. INSPQ. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.inspq.gc.ca/information-perinatale/fiches/violence->

conjugale

- (28) Lavoie, F., Vézina, L., Gosselin, A. et Robitaille, L. (1994). *VIRAJ: Programme de prévention de la violence dans les relations amoureuses des jeunes: Animation en classe*. Québec : Ministère de l'Éducation, Gouvernement du Québec
- (29) Santé M des S et de la. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 23 févr 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
- (30) Les fondamentaux du staff médico-psycho-social - PDF Téléchargement Gratuit [Internet]. [cité 2 mars 2020]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/52712777-Les-fondamentaux-du-staff-medico-psycho-social.html>
- (31) La contraception des adolescentes [Internet]. Pediatre Online. 2017 [cité 2 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.pediatre-online.fr/adolescents/contraception-des-adolescentes/>
- (32) Fécondité et interruptions volontaires de grossesse en 2016 - Tableaux de séries longues - La situation démographique en 2016 | Insee [Internet]. [cité 2 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3552388?sommaire=3552423>
- (33) Duranteau L. Contraception des adolescentes. //www.em-premium.com/data/traites/gy/00-72922/ [Internet]. 16 nov 2017 [cité 2 mars 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.scd-proxy.univ-brest.fr/article/1176467/resultatrecherche/1>

VII. Annexe

Guide d'entretien

Thème : Représentations et mise en place du suivi des grossesses adolescentes par des sages-femmes du Finistère

Question de recherche :

En quoi le suivi de grossesse que mettent en place les sages-femmes permettrait de répondre aux différentes problématiques concernant les adolescentes ?

Consigne :

Bonjour, je suis Mélanie, étudiante sage-femme en 5ème année. Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse au suivi des grossesses adolescentes. J'interroge plusieurs sages-femmes concernant ce sujet. Je souhaiterais effectuer un entretien enregistré avec vous. Toutes les informations seront anonymisées et bien traitées. Après l'analyse des entretiens, toutes les données seront supprimées.

Représentations sociales :

- Si je vous dis « adolescence et grossesse » ça vous évoque quoi ? (tant sur un plan médical, social, scolaire...)
- L'adolescence pour vous, ça va de quel âge à quel âge ?

Besoins des adolescentes :

- Comment évaluez-vous les besoins des adolescentes concernant leur suivi de grossesse ? / Si vous deviez décrire les besoins des adolescentes concernant leur suivi de grossesse, que diriez-vous ?
- Comment répondez-vous à ces besoins ? / En quoi votre intervention répond à ces besoins ?

Communication avec les adolescentes:

- Quelles sont vos préoccupations avant de recevoir en consultation une adolescente enceinte ?
- Comment abordez-vous la conversation avec une adolescente ?
- En quoi la communication avec les adolescentes enceintes peut vous paraître différente par rapport aux échanges que vous avez avec des femmes plus âgées ?
- Quelles-sont potentiellement les informations sources d'incompréhension ?
- Quel ressenti en avez-vous ? / Comment vous sentez vous face à une adolescente ?

Suivi de grossesse à l'adolescence :

- Pouvez-vous me décrire quelques cas de suivis de grossesses adolescentes que vous avez pu rencontrer.
- Que pensez-vous de l'assiduité des adolescentes vis à vis de leurs rendez-vous de grossesse ?
- Vers quels autres professionnels vous arrivent-il d'orienter ces futures jeunes mamans ?
- Quelle est l'utilité d'orienter la patiente vers d'autres professionnels ? / Quelle est l'utilité d'un suivi pluridisciplinaire ?
- Comment pourrait-on améliorer ce suivi ?

Résumé

Objectifs : Notre objectif est de connaître les représentations qu'ont les sages-femmes sur les grossesses adolescentes et l'impact qu'ont ces représentations sur le suivi mis en place. Le but est de savoir comment les sages-femmes répondent aux différentes problématiques que soulèvent cette grossesse si particulière. Nous nous sommes penchés sur les représentations sociales, les besoins des adolescentes et les modes de communication.

Matériel et méthodes : Des sages-femmes du Finistère hospitalières, libérales et de PMI ont été recruté directement par téléphone ou par courrier. Neuf entretiens semi-dirigés enregistrés ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien durant la période d'octobre à décembre 2019. Ils ont ensuite été retranscrits puis analysés selon une analyse de contenu par thématiques de manière longitudinale puis transversale.

Résultats : Il en ressort de cette étude que le suivi de grossesse chez les adolescentes se veut pluridisciplinaire (PMI, assistante sociale, psychologue ...) pour toutes les sages-femmes interrogées. Le suivi médical ne diffère pas d'un suivi classique mais il doit être plus soutenant et nécessite plus d'accompagnement. Les adolescentes sont dans l'ensemble moins assidues que le reste de la population. La communication avec les adolescentes diffèrent notamment par rapport au vocabulaire qui doit être adapté à leur âge. Le contexte de la grossesse, l'entourage familial et les ressources financières comptent pour beaucoup dans le bon devenir de la grossesse et de l'enfant à naître.

Conclusion : Les grossesses adolescentes sont singulières et leur suivi l'est tout autant. De par leur vulnérabilité, parfois leur immaturité et leur manque de ressources, le suivi de grossesse doit être personnalisé et renforcé. Les professionnels de santé ont à charge d'insister sur le suivi régulier de grossesse. Le volet prévention concernant la contraception et les conduites à risque ainsi que la coordination inter-professionnelle restent à améliorer.

Mots-clés : grossesses adolescentes – suivi de grossesse – sages-femmes

Titre : « Les grossesses à l'adolescence : enquête sur le suivi mis en place par des sages-femmes du Finistère » - Enquête qualitative menée à Brest et à Quimper du 07/10/19 au 06/12/19

Auteur : Mélanie KERVAREC