



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Faculté de Médecine et de Maïeutique Lyon sud- Charles Mérieux

Site de formation maïeutique de Bourg en Bresse

État des lieux des grossesses adolescentes dans l'Ain : Comment mieux les accompagner ?



Mémoire présenté et soutenu par

Amélie BERNARD

Née le 04 Juillet 1990

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Promotion 2010/2014

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Faculté de Médecine et de Maïeutique Lyon sud- Charles Mérieux

Site de formation maïeutique de Bourg en Bresse

État des lieux des grossesses adolescentes
dans l'Ain :
Comment mieux les accompagner ?

Mémoire présenté et soutenu par

Amélie BERNARD

Née le 04 Juillet 1990

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

Promotion 2010/2014

Remerciements

À toutes les jeunes filles qui ont accepté de se livrer à moi en toute confiance.

Au Dr JACQUET FRANCILLON, directrice de mon mémoire, pour s'être rendue disponible et pour m'avoir aidée et épaulée au cours de mon travail.

À l'ensemble de l'équipe enseignante de l'Ecole de Sages-femmes de Bourg-en-Bresse, et plus particulièrement à Paola BONHOURE qui m'a accompagnée et soutenue durant tout le parcours de mon mémoire.

Aux sages-femmes de PMI, sans qui mon mémoire n'aurait pas été possible. Je tenais à les remercier pour le temps qu'elles m'ont consacré et les conseils qu'elles m'ont prodigués.

A Mme AGNEL, pour avoir pris le temps de me recevoir.

À mes parents et mes beaux-parents pour être toujours là dans les moments importants de ma vie, pour leur aide précieuse dans les moments difficiles.

À Marine et Hanane pour ces quatre années passées ensemble, pour leur bonne humeur, pour leur présence et leur soutien dans les moments difficiles. A notre amitié...

A tous ceux qui ont été là pour moi et qui sauront se reconnaître...

...Merci à tous

« Elle avait cette grâce fugitive de l'allure qui marque la plus délicate des transitions, l'adolescence, les deux crépuscules mêlés, le commencement d'une femme dans la fin d'un enfant. »

Les travailleurs de la mer (1866)

Victor Hugo

Table des matières

| | |
|--|----|
| Remerciements | 3 |
| Liste des abréviations | 8 |
| Introduction | 9 |
| PREMIÈRE PARTIE | 12 |
| 1 L'adolescence : une période aux multiples enjeux..... | 12 |
| 1.1 Définition | 12 |
| 1.2 Les transformations physiques, sexuelles et psychosociales | 12 |
| 2 État des lieux en France..... | 15 |
| 2.1 La sexualité et la contraception des jeunes | 15 |
| 2.2 Le taux de grossesses et la proportion des naissances chez les adolescentes | 16 |
| 3 État des lieux dans l'Ain..... | 17 |
| 3.1 Évolution du nombre de grossesses chez les mineures entre 2007 et 2012 : vers l'IVG ou la poursuite de la grossesse ?..... | 17 |
| 3.2 Résumé de l'étude menée en 2011/2012 dans l'Ain..... | 18 |
| 4 Évolution du regard de la société sur la sexualité des mineures : banalisation ou tabou ?..... | 20 |
| 5 Les grossesses menées à terme chez les mineures | 21 |
| 5.1 Une nouvelle forme de crise d'adolescence ?..... | 21 |
| 5.2 Un facteur culturel important | 22 |
| 6 Les problèmes posés par la maternité à l'adolescence | 23 |
| 6.1 Le passage du statut d'adolescente à celui de mère | 24 |
| 6.2 Une scolarité malmenée ? | 25 |
| 6.3 Des difficultés pour trouver sa place dans la société | 28 |
| DEUXIÈME PARTIE | 30 |
| 1 Objectifs et hypothèses | 30 |

| | | |
|--|--|-----------|
| 2 | Matériel et méthode | 31 |
| 2.1 | L'entretien semi directif | 32 |
| 2.2 | Population et échantillon..... | 32 |
| 2.3 | Méthode d'analyse des données..... | 33 |
| 3 | Résultats | 33 |
| 3.1 | L'état des lieux avant la grossesse | 33 |
| 3.2 | L'état des lieux pendant la grossesse | 37 |
| 3.3 | L'état des lieux de l'accouchement à aujourd'hui | 43 |
| TROISIÈME PARTIE | | 53 |
| 1 | Limites et difficultés de l'étude | 53 |
| 2 | Les points forts de l'étude | 55 |
| 3 | Résultats | 56 |
| 4 | Discussion des résultats | 58 |
| 4.1 | Les déterminismes socio-culturels de ces grossesses..... | 58 |
| 4.2 | La contraception..... | 60 |
| 4.3 | Les cours d'éducation à la sexualité..... | 61 |
| 4.4 | L'accès à l'IVG | 63 |
| 4.5 | La scolarité | 64 |
| 4.6 | Les difficultés rencontrées | 65 |
| 5 | Propositions | 68 |
| 5.1 | Au niveau de la prévention..... | 68 |
| 5.2 | Au niveau de la prise en charge | 73 |
| Conclusion..... | | 76 |
| Références bibliographiques | | 79 |
| Bibliographie | | 83 |
| ANNEXES | | 89 |
| 1 | Annexe 1 : Grille d'entretien individuel | 89 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 2 | Annexe 2 : Les différentes étapes lors d'une consultation en contraception | 96 |
| 3 | Annexe 3 : L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées – CIRCULAIRE N°2003-027 DU 17-2-2003 | 97 |
| 4 | Annexe 4 : Contrat de partenariat | 102 |
| 5 | Annexe 5 : Schéma représentant le mode de fonctionnement de la contraception oestroprogestative sur l'appareil génital féminin | 106 |
| 6 | Annexe 6 : Protocole de prise en charge d'une adolescente enceinte au sein d'un établissement scolaire | 107 |

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CNED : Centre national d'Enseignement à Distance

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

ENSP : École Nationale de santé Publique

DIU : Dispositif Intra Utérin

EREA : Etablissements Régionaux d'Enseignement Adapté

FSH : Hormone Folliculo-stimulante

HAS : Haute Autorité de Santé

INED : Institut national des Études Démographiques

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LEAP : Lieux d'Accueil Parents-Enfants

LEGT : Lycée d'Enseignement Général et Technologique

LH : Hormone Lutéinisante

LP : Lycée Professionnel

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SEGPA : Sections d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

SVT : Sciences et Vie de la Terre

Introduction

La sexualité active concerne encore un faible nombre de jeunes avant quinze ans, comme le montre la plupart des enquêtes réalisées sur l'âge du premier rapport sexuel en France. Cependant, ces relations sexuelles précoces constituent un enjeu de santé publique important car elles sont généralement considérées comme des indicateurs de risque à l'égard des infections sexuellement transmissibles (IST) et des grossesses non désirées.

Dans le département de l'Ain, le taux de grossesse chez les mineures reste stable. Cependant, lorsqu'une grossesse survient au cours de cette période, les jeunes filles décident parfois de mener leur grossesse à terme. Cette décision peut paraître incompréhensible, voire même choquante, au sein de notre société soumise à de nombreuses normes.

L'adolescence est une période de construction identitaire, de bouleversement au sein de chaque individu : c'est un véritable moment de crise. Passer du statut d'adolescente à celui de mère sans être réellement passé par celui de femme peut alors poser des problèmes autant sur le plan social, familial et scolaire, que pour la prise en charge de l'enfant.

- Quelles sont alors les raisons qui incitent ces jeunes filles à mener leur grossesse à terme ?
- Comment cette dernière est-elle alors vécue par l'adolescente ?
- Jusqu'à quel point l'arrivée de l'enfant bouleverse-t-elle sa vie ?
- Comment, en tant que soignants, pouvons-nous améliorer la prise en charge de ces grossesses ?

Nous tenterons de répondre à ces questions à travers notre étude réalisant un état des lieux actuel des grossesses adolescentes dans l'Ain.

Nous verrons dans un premier temps les enjeux de l'adolescence, véritable période de construction identitaire. Nous ferons également un état des lieux de ces grossesses en France, et plus particulièrement dans le département de l'Ain. Nous passerons ensuite en revue les problèmes posés par ces grossesses adolescentes.

Dans une deuxième partie, nous exposerons et analyserons les données recueillies lors des échanges que nous avons eus avec les jeunes filles que nous avons rencontrées au cours de notre étude.

Dans un dernier point, nous tenterons d'apporter des éléments pour permettre un meilleur accompagnement médical et médico-social à ces jeunes mamans. Nous présenterons des pistes de réflexions en vue d'améliorer la prévention de ces grossesses non prévues.

PREMIÈRE PARTIE

PREMIÈRE PARTIE

1 L'adolescence : une période aux multiples enjeux

1.1 Définition

Du point de vue étymologique, le terme « adolescence » vient du verbe latin *adolescere* qui signifie « grandir vers » [1, 2]. Il s'agit donc d'un processus et non d'un état. Les mots « adolescent » et « adulte » proviennent de deux conjugaisons différentes du verbe *adolescere*. « Adolescent » vient du participe présent, soit *adulescens* (qui est en train de grandir), et « adulte » du participe passé, soit *adultus* (qui a grandi) [2].

Le dictionnaire *le Petit Larousse illustré* (édition 2011) définit l'adolescence comme la « période de l'évolution de l'individu, conduisant de l'enfance à l'âge adulte. Elle débute à la puberté, vers 11-13 ans chez la fille, vers 13-15 ans chez le garçon, et s'accompagne d'importantes transformations biologiques, psychologiques et sociales.».

L'adolescence telle que nous la connaissons aujourd'hui est une construction sociale, elle n'a pas toujours existé. Elle est née d'une évolution au travers des âges et des époques [1].

1.2 Les transformations physiques, sexuelles et psychosociales

La puberté est un phénomène biologique marquant le début des transformations physiques et sexuelles, le passage de l'enfance à l'adolescence. L'âge et la durée varient d'un individu à l'autre.

Sous l'influence de l'hypothalamus, les glandes telles que l'hypophyse, les testicules, ainsi que les ovaires, sont alors mûres pour sécréter des hormones.

L'hypophyse sécrète alors les hormones LH et FSH, tandis que les ovaires vont produire de l'œstradiol et de la progestérone. La maturation des testicules est à l'origine de la libération de testostérone.

La puberté débute par une forte croissance staturo-pondérale, à partir de onze ans chez les jeunes filles et deux ans plus tard chez les garçons. Les filles voient leur bassin s'élargir, et chez les garçons ce sont les épaules. Cette croissance en taille n'est pas identique d'un individu à l'autre.

L'apparition des règles et les premières éjaculations signent l'éclosion pubertaire. La sécrétion d'hormones sexuelles permet le développement des caractères sexuels primaires (les organes génitaux augmentent de volume) et secondaires (développement de la pilosité, des seins chez les filles, mue de la voix chez les garçons ...). Il est intéressant de noter que l'âge moyen du début de la puberté a diminué de quatre ans en un siècle, passant de dix-sept à treize ans depuis les années 1900.

L'évolution de ces caractères sexuels se termine vers seize ans chez la fille et dix-huit ans chez le garçon. Ce sont les facteurs neuro-hormonaux qui provoquent la fin de la croissance (par soudure des cartilages) et qui marquent alors la fin de la puberté [3]. La phase d'achèvement est appelée maturité pubertaire. Ces changements anatomiques et biologiques aboutissent à la capacité de reproduction.

Toutes ces transformations physiques induisent des remaniements psychologiques importants, liés à une modification de l'image corporelle : un corps, qui était jusqu'alors un corps d'enfant, devient en un temps relativement court celui d'une jeune femme, apte pour le début d'une sexualité, et potentiellement à donner la vie.

Sur le plan psychologique, le développement des caractères sexuels secondaires (seins...) est un phénomène ambivalent : il est tout d'abord vécu comme une fierté, une réussite du passage du statut d'enfant à celui de femme, mais il peut également gêner (trop de poitrine ou trop peu). Il faut un temps d'acceptation de ce nouveau corps, pas forcément en accord avec celui qui était attendu, ni avec l'idéal féminin de la jeune fille [4].

Pour s'approprier son corps, il faut faire appel à de nombreux affects. L'image de soi est en relation avec l'estime de soi, c'est-à-dire avec le caractère positif ou négatif que la personne perçoit d'elle-même. Elle se construit à travers son propre vécu, mais aussi au travers de l'image renvoyée par autrui et par les normes imposées par notre société.

S'approprier son corps a donc une dimension psycho-affective propre à l'individu, mais également une dimension sociale importante : il faut être dans la norme, une norme imposée par nos idéaux de beauté aujourd'hui fortement influencés par les médias, les magazines ...

C'est tout ce processus psychologique d'acceptation de soi-même qui permet la création de la personnalité d'un individu et de sa capacité à trouver sa place dans la société, dans sa relation avec autrui [4].

Pour conclure, devenir adolescent est une période de remaniements complexes, sur le plan physique autant que psychologique. C'est une véritable période de crise. Il s'agit d'une phase de transition indispensable entre l'enfance et le monde des adultes. Au cours de ces années, l'enfant, confronté à ces transformations, tente de s'accepter, de construire sa personnalité de futur adulte au sein de la société dans laquelle il vit.

Or, qui dit transformations physiques et début de la sexualité, dit aussi une possibilité d'être enceinte, ce dont les jeunes filles n'ont pas toujours conscience. Lorsqu'une grossesse survient dans une telle période de construction identitaire, il n'est pas toujours évident de tout concilier.

Nous verrons alors comment la jeune fille parviendra à accéder au statut de mère sans avoir intégré tous les remaniements physico-psychologiques de l'adolescence.

Nous allons à présent faire un état des lieux actuel de ces grossesses en France, puis nous nous concentrerons sur la situation dans le département de l'Ain.

2 État des lieux en France

2.1 La sexualité et la contraception des jeunes

Comme nous l'avons vu précédemment, c'est lors de cette période de remaniements physiques et psychologiques que des grossesses peuvent survenir, des grossesses plus ou moins désirées.

Faisons, dans un premier temps, le point sur les rapports sexuels et la contraception chez les mineures en France.

Nous comptons environ 2 600 000 adolescentes, âgées de quatorze à dix-neuf ans. Elles représentent 4,7 % de la population globale [5]. En France et dans l'ensemble des nations occidentales, les premiers rapports sexuels ont lieu à un âge moyen de dix-sept ans et six mois pour les adolescentes [6]. L'âge moyen des premiers rapports sexuels n'a pas évolué depuis 2005, alors que l'on voit des adolescentes enceintes de plus en plus jeunes.

En 2005, trois quarts des adolescentes ont recours à une méthode contraceptive lors de leur premier rapport, seules 38 % d'entre elles utilisent la pilule [7]. D'après le baromètre santé 2010 [7], l'utilisation de la pilule est de 75,8 % en 2005 et de 78,8 % en 2010, alors que l'utilisation du préservatif n'est plus que de 22,5% en 2005 et 20,1% en 2010. De plus, même si les moyens de contraception les plus utilisés en première intention sont la pilule et le préservatif, d'autres méthodes prennent leur essor, notamment l'implant.

Quant au recours aux méthodes locales (diaphragme, spermicides, éponge ...) ou naturelles, il ne concerne aucune femme de moins de dix-huit ans.

En 2010, 11 % des jeunes femmes de quatorze à dix-huit ans sexuellement actives au cours des douze mois précédant l'enquête déclarent avoir utilisé la contraception d'urgence.

2.2 Le taux de grossesses et la proportion des naissances chez les adolescentes

Le taux de grossesses chez les adolescentes correspond au nombre total de grossesses (les naissances, les interruptions volontaires et les fausses couches spontanées) pour les jeunes femmes de dix à dix-huit ans, sur le nombre de femmes appartenant à ce groupe d'âge. Ce taux est exprimé pour 1 000 personnes.

En 1998 [5], en France métropolitaine, le taux de grossesses est de 24 ‰ et environ un tiers d'entre elles sont menées à terme (8,6 ‰).

En 2010, en France métropolitaine, le taux de naissances chez les adolescentes est de 8,2 ‰ [8]. Ce taux est donc stable depuis 1998 et fait partie des taux de naissances les plus faibles dans cette population parmi les pays d'Europe.

La proportion des naissances chez les adolescentes se définit comme le nombre de naissances dans ce groupe, sur le nombre total de naissances pour un pays donné. En France, en 1997, nous admettons que les adolescentes représentent 4,9 % des femmes enceintes, 4 % avortant et 0,9 % menant leur grossesse à terme. Le chiffre de la proportion des naissances chez les adolescentes a beaucoup baissé de 1976 à 1992, passant de 3,6 % à 1 %. Il s'est ensuite maintenu aux alentours de 0,85 % entre 1992 et 1998 [8]. En 2001, la proportion des naissances chez les adolescentes en France est d'environ 0,6 %. Nous estimons, en 2008, le nombre de naissances chez les adolescentes à 4 500 [5], sachant qu'il y a alors 783 500 naissances en France métropolitaine, la proportion de grossesses menées à terme chez les adolescentes reste de 0,6 %.

Nous allons maintenant étudier ces chiffres plus précisément dans le département de l'Ain.

3 État des lieux dans l'Ain

3.1 Évolution du nombre de grossesses chez les mineures entre 2007 et 2012 : vers l'IVG ou la poursuite de la grossesse ?

Les grossesses chez les adolescentes représentent 0.14 % des grossesses dans l'Ain (deux-cent soixante-deux grossesses sur 2011/2012).

Parmi ces deux-cent soixante-deux adolescentes, cinquante décideront de la mener à terme et cent-quatre-vingt-douze choisiront d'avoir recours à l'IVG.

Les accouchements chez ces mineures représentent 0.33 % des accouchements totaux.

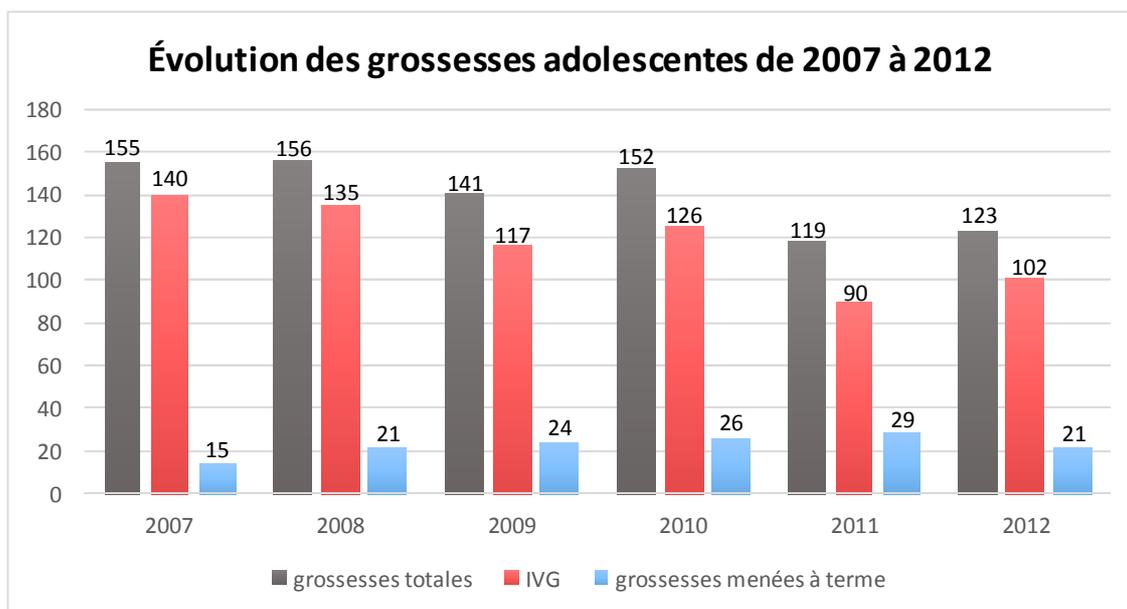


Figure 1

Il est important de souligner l'évolution du devenir de ces grossesses entre 2007 et 2012 : sur la *Figure 1*, nous constatons que les adolescentes ont tendance à plus poursuivre leur grossesse et auront moins recours à l'IVG.

3.2 Résumé de l'étude menée en 2011/2012 dans l'Ain

En 2011 et 2012, une enquête a été réalisée dans le département de l'Ain, diligentée par le domaine de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Les objectifs spécifiques de l'enquête sont d'une part de connaître l'évolution des grossesses menées à terme chez les adolescentes dans l'Ain, et d'autre part de mieux comprendre le parcours des futurs jeunes parents afin de les accompagner de façon optimale dans l'accès à la parentalité.

Il s'agissait d'un recueil de données rétrospectif, effectué par l'intermédiaire d'un questionnaire rempli par les neuf sages-femmes de PMI du département. Ces questionnaires concernaient des jeunes filles dont les critères d'inclusion sont les suivants :

- être mineure au moment de la conception et/ou de la grossesse et/ou de l'accouchement ;
- être suivie ou avoir eu un contact avec une sage-femme de PMI exerçant dans le département de l'Ain au cours des années 2011 ou 2012 ;
- ou avoir accouché en 2010 mais avoir eu un suivi post natal début 2011.

Les résultats correspondent à l'analyse de cinquante-trois questionnaires.

Les données recherchées portent sur l'histoire familiale, les antécédents, l'environnement psychosocial dans lequel évolue la jeune fille, le déroulement de sa grossesse, de son accouchement, et la santé de l'enfant à la naissance.

Dans la moitié des situations, l'adolescente suivie avait dix-sept ans, la plus jeune avait quatorze ans.

Dans deux tiers des situations, l'adolescente est en couple, mais ne vit pas forcément sous le même toit que son compagnon. Celui-ci est le plus souvent majeur, non scolarisé et, dans un cas sur deux, sans emploi.

Dans la plupart des cas (92 %), la jeune fille fait partie d'une famille nombreuse (quatre enfants ou plus). On observe que, dans la moitié des situations, les parents de cette dernière ne vivent plus ensemble. Le taux de familles monoparentales est plus élevé que la moyenne nationale.

Ces jeunes filles sont, pour la moitié d'entre elles, connues de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ; dans un tiers des cas, des mesures de protection de l'enfance ont été prises pour leur entourage. Dans quinze situations, une assistante sociale suit la jeune fille.

La moitié des jeunes filles est scolarisée au moment de la grossesse. L'arrêt de cette scolarité est presque automatique.

Il a été difficile d'analyser les chiffres des antécédents psychologiques. Quelques situations semblent complexes (souffrance psychique, liens familiaux incestueux, traumatisme psychologique...). Cela concerne entre six et dix situations.

Dans près de deux tiers des cas, la grossesse n'est pas désirée ; un tiers des jeunes filles a découvert et déclaré la grossesse au-delà des délais légaux. La moitié d'entre elles n'avait pas recours à une contraception avant la grossesse. Un tiers des cas était connu par un CPEF.

Dans 75 % des cas, la jeune fille a bénéficié d'un entretien de début de grossesse. Ceci est corrélé avec un suivi PMI. La grossesse est bien suivie médicalement. Par contre, seule la moitié d'entre elles assiste à une préparation à l'accouchement. Aucune particularité n'est à noter concernant l'accouchement. L'allaitement maternel est, en revanche, moins fréquent à la sortie de la maternité pour ces jeunes filles que chez les femmes adultes.

Après la naissance, dans 40 % des cas, l'enfant est suivi en PMI. Pour sept situations, l'enfant et sa mère sont suivis dans une structure mère/bébé (Centre Maternel de Bourg-en-Bresse). Quatre enfants font l'objet d'une mesure éducative.

À l'issue de cette enquête, trois faits importants ont pu être mis en évidence :

- La stabilisation du nombre de grossesses
- Un plus grand nombre de grossesses menées à terme
- Une baisse des demandes d'IVG

Ainsi, on ne constate pas plus de grossesses chez les adolescentes mais une augmentation des grossesses menées à terme, au détriment des demandes d'IVG.

4 Évolution du regard de la société sur la sexualité des mineures : banalisation ou tabou ?

Comme nous l'avons constaté auparavant, le nombre de grossesses menées à terme chez les adolescentes est en augmentation, que ce soit en France ou dans le département de l'Ain.

Ceci nous pose la question du regard de la société sur ces grossesses. Car, pour accepter le fait que de si jeunes filles puissent accéder à la maternité, il faut dans un premier temps accepter le fait qu'elles aient une vie sexuelle active.

Selon l'âge des adolescentes, la société ne porte pas exactement le même regard sur leur sexualité et leur accès à la maternité. Être mère à dix-huit ou dix-neuf ans était, tout récemment encore, la norme admise, alors qu'aujourd'hui, il est habituel de considérer vingt ans comme un âge minimal pour une maternité [5,6].

À notre époque, la scolarisation de masse est un des facteurs essentiels qui entraînent le recul de l'âge à la première grossesse. À cela se sont ajoutées des révolutions sexuelles et contraceptives [9]. Le recul de l'âge à la première maternité se remarque aussi dans la population générale puisque, d'après l'Institut National des Études Démographiques (INED), l'âge des femmes au premier enfant ne cesse de reculer [10] : il est en moyenne de vingt-huit ans, selon les derniers chiffres, contre vingt-quatre ans à la fin des années 1970 [10].

5 Les grossesses menées à terme chez les mineures

5.1 Une nouvelle forme de crise d'adolescence ?

L'adolescence est, comme nous l'avons vu précédemment, une période de crise et de construction identitaire. C'est une période où le jeune va être amené à prendre des risques sur plusieurs plans : l'alcool, la drogue, le tabac ... mais aussi la sexualité. Cette prise de risque a pour but de défier l'autorité parentale, de montrer l'envie de prendre ses propres décisions, d'entrer dans le monde des adultes. La survenue d'une grossesse prend là tout son sens : la jeune fille prend des risques en ayant des relations sexuelles sans contraception, puis la découverte de la grossesse lui permet de prendre une décision, d'affirmer ses choix face à l'autorité parentale [11].

La maternité peut également être vécue comme vengeance d'une mère possessive, étouffante, comme un besoin de s'émanciper, de prendre son envol.

Dans le cas de parents très exigeants, qui cherchent la perfection à travers leurs enfants (scolarité ...), qui ne seront que très peu satisfaits, voire même culpabilisants, dénigrant les compétences de leurs enfants et leurs chances de réussite, c'est l'occasion pour cette jeune fille de montrer sa capacité à réussir quelque chose, par exemple son aptitude à devenir mère. La grossesse devient alors pour elle un défi pour s'opposer aux parents, pour se détacher ou se rendre autonome, pour quitter le foyer parental, pour se prouver à elle-même, et à son entourage, qu'elle est capable d'assumer la situation.

La grossesse à l'adolescence peut être aussi l'expression d'une problématique œdipienne mal assumée : la puberté, comme on l'a vu précédemment, a réactivé les désirs œdipiens. La relation sexuelle est alors un acte de rivalité avec la mère, un acte de rivalité à son égard, à travers la rencontre d'un partenaire masculin sexué, substitut fantasmatique du père.

Comme nous l'avons vu précédemment, la situation familiale est parfois compliquée, avec l'intervention d'une éducatrice. La grossesse est alors un moyen de restaurer une relation mère-fille presque inexistante.

Elle constitue dans ce cas une possibilité de réparation car elle représente une perspective de s'offrir un objet d'amour auquel la jeune fille rêve et qui serait en mesure de lui donner tout ce qui lui a manqué [11]. Face à cette relation mère-fille compliquée, l'adolescente peut vouloir envoyer un « SOS », un appel à l'aide, utilisant cette grossesse comme une manière d'attirer l'attention pour que l'on s'occupe d'elle, à la recherche d'un rapprochement avec sa mère.

Il y a également la grossesse qui vient combler un vide existentiel ou une grossesse antidépressive qui donne un sens à la vie. On le voit par exemple dans les cas de rupture scolaire, où la jeune fille va chercher à se trouver un objectif, quelque chose qu'elle réussirait à faire [11].

La grossesse peut aussi être un facteur de répétition maternelle : la jeune fille fait comme sa mère, qui a été enceinte au même âge qu'elle [12].

Enfin, la grossesse peut apparaître comme besoin de vérifier sa fertilité [13].

5.2 Un facteur culturel important

La maternité est un phénomène culturel important. Force est de constater que, dans certaines cultures, l'âge de la première grossesse sera beaucoup moins élevé : ceci est le cas pour nombre de pays d'Afrique Noire et du Nord par exemple. Nous le remarquons aussi chez les gens du voyage, où l'âge de la première grossesse est souvent très précoce [14].

De plus, il apparaît que la maternité de l'adolescente est liée avec l'âge de la première grossesse de sa mère. Autrement dit, les adolescentes vont prendre exemple sur leur mère et reproduire un schéma familial au niveau de l'âge des grossesses. Il est important de prendre en compte ce type de facteur, puisqu'une grossesse apparue dans ces situations est souvent très bien acceptée par la famille de la jeune fille, bien qu'elle soit mineure. Elle n'est alors pas seule pour vivre sa maternité, elle est épaulée et encadrée. Ainsi, l'arrivée de l'enfant est moins vécue comme un grand bouleversement puisque toute la famille, voire une partie de la communauté, participe à la prise en charge du bébé.

6 Les problèmes posés par la maternité à l'adolescence

Jusqu'au milieu des années 80, et encore aujourd'hui dans une moindre mesure, les médecins ont beaucoup insisté sur les complications médicales de la grossesse chez l'adolescente, notamment les risques accrus de prématurité et les taux élevés de mortalité. Quelles que soient les complications avancées, l'accent est toujours mis sur le fait que les risques sont d'autant plus importants que la mère est jeune.

Mais, à la fin des années 80, de nombreuses enquêtes médicales révélaient que, à niveau socio-économique et état matrimonial identique, les grossesses d'adolescentes ne différaient pas, sur le plan médical, de celles de leurs aînées. Aujourd'hui, il est communément admis que ces grossesses ne présentent pas de risques biologiques plus élevés, et le discours médical stigmatisant à cet égard se focalise désormais davantage sur les maternités des femmes âgées de plus de quarante ans.

Si la grossesse à l'adolescence n'est plus déconseillée pour des raisons physiologiques, elle n'a pas pour autant été déclarée dans la norme. Après avoir avancé l'immaturité biologique comme facteur déterminant des difficultés observées chez les jeunes mères, une explication fondée sur les difficultés sociales que la maternité précoce peut induire à court et à long terme est désormais privilégiée.

Ainsi, la grossesse adolescente, d'abord envisagée comme « *grossesse à risque médical* » est devenue « *grossesse à risque psychosocial* » [9].

La grossesse adolescente est alors synonyme d'isolement social, de difficultés psychoaffectives ou socio-émotionnelles, de conditions de vie et d'hygiène défectueuses, d'inadaptation sociale, de dislocation des liens familiaux et scolaires, de monoparentalité, d'incapacité professionnelle, de problèmes de logement, d'absence de ressources financières, ou encore de maltraitance et d'infanticide. Pour conclure, elle est désignée comme un handicap social supplémentaire [9].

6.1 Le passage du statut d'adolescente à celui de mère

Comme nous avons pu le voir précédemment, l'adolescence n'est pas une période facile dans la vie des jeunes. Il s'y produit des bouleversements physiques mais aussi psychologiques. C'est à ce moment-là que les jeunes filles vont se créer une identité pour accéder au monde des adultes et être alors capables de faire face aux nombreuses responsabilités qu'elles devront y assumer.

Ici, nous voyons des jeunes filles qui ne peuvent pas profiter pleinement de leur adolescence : elles ne peuvent donc pas construire leur identité, prendre possession de ce nouveau corps qui se crée petit à petit sous l'effet des hormones. Il est alors souvent difficile de devenir mère sans même être devenue adulte.

- Mais est-ce pour autant que ces jeunes filles ne feront pas de bonnes mères ?
- Peuvent-elles assumer leurs responsabilités face à un nouveau-né vingt-quatre heures sur vingt-quatre ?

Elles sont des « *mères suffisamment bonnes* », expression chère à Winnicott. La plupart du temps, elles sont éblouies par leur bébé : elles ont de la peine à croire qu'elles l'ont fabriqué et mis au monde. Pour lui, elles sont prêtes à tout changer. Elles prennent conscience qu'elles sont responsables de lui en permanence, qu'il ne s'agit pas d'une poupée qu'on peut délaisser quand on est fatigué de jouer avec.

Leur « *préoccupation maternelle primaire* », pour reprendre les termes de Winnicott, se manifeste rapidement. Cet état d'hypersensibilité leur permet de s'adapter aux besoins de leur nourrisson avec une grande délicatesse, en s'identifiant à lui et en lui apportant le maternage nécessaire (allaitement, soins du nouveau-né). L'âge de la mère n'a rien à voir avec ses qualités maternelles : « *les mères adolescentes n'ont pas moins de don que d'autres pour devenir des mères suffisamment bonnes.* » [15].

6.2 Une scolarité malmenée ?

La survenue d'une grossesse à l'adolescence, alors que la jeune fille est scolarisée, pose souvent la question de la poursuite du cursus.

Actuellement, il est possible pour ces jeunes filles de bénéficier d'aménagements dans le but d'éviter que leur état de grossesse n'entraîne un arrêt de la scolarité.

Il existe plusieurs types d'aménagements possibles :

- Un **aménagement de l'emploi du temps** : il est possible pour l'adolescente de bénéficier de temps de repos au cours de la journée, de diminuer l'amplitude du temps de travail, voire même de supprimer des matières, tout cela dans le but de permettre aux jeunes filles d'allier la grossesse à la poursuite de leur scolarité.
- Une **assistance pédagogique à domicile** : au fur et à mesure de l'évolution de la grossesse, la jeune fille peut se sentir gênée par le regard des autres élèves de l'école ; elle a alors le sentiment d'être jugée, et subit parfois les moqueries de ses camarades. Elle va alors refuser de se rendre en cours, et c'est à ce moment-là qu'un simple aménagement d'emploi du temps n'est plus suffisant. Parfois, du fait de la grossesse elle-même, il peut y avoir une impossibilité à se rendre jusqu'à l'école : par exemple, dans le cas de Menace d'Accouchement Prématuro (MAP), où l'alitement est alors une obligation obstétricale. Dans ces cas-là, l'assistance pédagogique à domicile peut être mise en place. Elle consiste en la venue d'un enseignant déjà en charge de l'élève, à son domicile, quelques heures dans la semaine, pour lui transmettre ses cours et ainsi assurer la poursuite de la scolarité. Ce déplacement de l'enseignant au domicile s'effectue sur la base du volontariat.

- Le **recours au Centre National d'Enseignement à Distance (CNED)** : les cours sont informatisés, l'adolescente travaille ses cours sur son ordinateur puis elle envoie ses exercices, qui sont ensuite corrigés par un enseignant à distance. Ce type d'aménagement n'est utilisé que de façon exceptionnelle puisqu'il n'y a plus de contact entre la jeune fille et son établissement scolaire, ni d'ailleurs avec ses enseignants. Certes, cette dernière n'interrompt pas sa scolarité mais, néanmoins, on assiste à une rupture avec son environnement scolaire habituel, ce qui n'est pas favorable à une reprise de la scolarité après l'accouchement.

Nous pouvons ici constater qu'il existe de nombreux moyens pour permettre aux jeunes filles enceintes de poursuivre leur scolarité. La mise en place de l'aménagement doit être discutée avec le corps enseignant, il peut être contractualisé ou non.

Une étude a été réalisée par le Ministère de l'Éducation Nationale dans le département de l'Ain, dans le but de faire le point sur le nombre d'élèves mineures qui poursuivent leur scolarité pendant la grossesse, ainsi que le nombre d'aménagements scolaires mis en place.

Cette enquête concerne les collégiens, les élèves en classe SEGPA, en LEGT, en LP et en EREA.

Durant l'année scolaire 2012/2013, neuf grossesses chez les mineures scolarisées ont été recensées. Parmi elles, six ont poursuivi leur scolarité et trois y ont mis fin. Parmi les six élèves scolarisées pendant leur grossesse, seulement deux d'entre elles ont bénéficié d'un aménagement scolaire. L'instruction étant obligatoire en France jusqu'à seize ans, les trois jeunes filles qui ont décidé de ne pas poursuivre leur scolarité ont probablement entre seize et dix-huit ans.

On remarque ici que, malgré l'existence de solutions pour continuer la scolarité pendant la grossesse, toutes les jeunes filles ne la poursuivent pas pour autant.

La grossesse a donc un impact négatif sur le cursus scolaire de la jeune fille. Il est difficile, surtout lorsqu'après seize ans l'instruction n'est plus obligatoire, de poursuivre la scolarité.

Le regard des autres est difficile à supporter, et se projeter dans l'après grossesse et dans la construction d'un avenir professionnel n'est pas toujours évident puisque la jeune fille tente déjà de se projeter dans sa vie de future mère. L'intérêt de la poursuite d'études n'est pas forcément visible pour certaines adolescentes, notamment lorsque des difficultés scolaires préexistaient déjà.

Cette étude n'évalue pas la poursuite des études après l'accouchement. Parmi les jeunes filles qui ont poursuivi leur scolarité pendant la grossesse, il serait intéressant de savoir combien la poursuivent après l'accouchement : en effet, comme nous l'avons vu précédemment, passer du statut d'adolescente à celui de mère pose de nombreuses difficultés et nécessite beaucoup de travail et d'énergie. Durant cette période, l'enfant monopolise l'attention de sa mère et il est alors compliqué d'allier maternage et vie scolaire.

Une grossesse survenue au cours de la scolarité soulève des problèmes dans la poursuite des études, que ce soit pendant l'année en cours ou après l'accouchement. Maintenir la scolarisation de l'adolescente nécessite une coopération entre le corps enseignant, la jeune fille et, le cas échéant, ses parents. Il est à noter que le bon vouloir de la jeune fille et le soutien de ses parents sont également des facteurs importants, bien qu'ils ne soient pas forcément évidents à obtenir, surtout quand la situation familiale est compliquée, comme on peut le voir lorsque l'adolescente est en foyer ou fait l'objet d'une mesure éducative par exemple.

6.3 Des difficultés pour trouver sa place dans la société

La grossesse est un véritable bouleversement pour la jeune fille au sein de la société.

Comme nous l'avons montré précédemment, malgré l'évolution du regard de la société sur la sexualité des mineures, ce sujet reste encore tabou. Il en est de même pour ce qui concerne l'accès à la maternité à l'adolescence.

Ainsi, les adolescentes sont encore jugées, montrées du doigt. Leur comportement est alors considéré comme dangereux, immature. Leur capacité à être mère, à s'occuper d'un enfant est alors mise en cause. Face à ces nombreux jugements, il est difficile de trouver sa place dans la société.

Pendant la grossesse, il est souvent difficile pour la jeune fille de supporter le regard des autres. Ainsi, malgré toutes les possibilités pour aménager leur emploi du temps scolaire, il est difficile de se retrouver dans la cour de récréation face aux moqueries incessantes.

Après l'accouchement, les préoccupations deviennent bien différentes de celles de leurs camarades du même âge, bien éloignées des responsabilités qu'engendre le fait de devenir parent. La présence de l'enfant dans un groupe d'adolescents est souvent mal acceptée, et il est difficile pour ces jeunes femmes de faire garder leur enfant le temps d'une soirée. On assiste alors à un isolement social.

La maternité à l'adolescence engendre donc des difficultés d'insertion sociale et devient alors cause d'isolement.

DEUXIÈME PARTIE

DEUXIÈME PARTIE

1 Objectifs et hypothèses

Au cours de ce travail de recherche, nous nous sommes intéressés au vécu des mineures ayant mené une grossesse à terme. Pour cela, nous avons décidé de rencontrer des adolescentes deux ans après leur accouchement.

Les objectifs étaient d'une part de mettre en évidence les causes de la maternité chez les mineures, et d'autre part de comprendre ce qui avait incité ces jeunes filles à mener leur grossesse à terme. Enfin, le dernier objectif était de faire le point sur les difficultés rencontrées pendant la grossesse et après l'accouchement dans le but de mieux accompagner ces adolescentes.

En vue de répondre à ces objectifs, nous avons fait le point sur la situation de ces jeunes femmes, que ce soit avant et pendant la grossesse, mais aussi durant les deux années qui ont suivi l'accouchement.

Pour ce faire, nous avons formulé différentes hypothèses :

- **Mettre en évidence la cause de la maternité chez les mineures :**
 - il y a un problème au niveau de l'information sur la contraception ;
 - les jeunes filles ne connaissent pas vraiment le fonctionnement de leur corps, et donc l'intérêt d'une méthode contraceptive ;
 - il n'y a pas de discussion entre les partenaires en ce qui concerne les moyens de protection ;
 - les jeunes filles ne prennent pas vraiment au sérieux l'intérêt d'une bonne observance du mode de contraception.

- **Comprendre ce qui incite ces jeunes filles à mener leur grossesse à terme :**
 - la découverte de la grossesse arrive après le délai légal de recours à l'IVG ;

- la grossesse vécue comme faisant partie de soi, d'où une difficulté à réaliser une IVG ;
 - l'accès à l'IVG est difficile (se déplacer ou trouver un adulte accompagnant peut être compliqué) ;
 - dans certaines familles, culturellement, les femmes ont des enfants très jeunes ;
 - la grossesse « réparation », qui vient combler un manque affectif dans sa propre famille ;
 - la grossesse non prévue mais désirée au fond de soi pour se prouver qu'on est fertile et capable d'avoir un enfant, de s'en occuper, de l'élever ;
 - la grossesse « SOS », appel au secours ;
 - la grossesse vécue comme un moyen de défier l'autorité parentale, c'est une véritable forme de crise d'adolescence.
- **Faire le point sur les difficultés rencontrées pendant la grossesse et après l'accouchement :**
 - on assiste à des ruptures scolaires, que ce soit pendant et après la grossesse ;
 - ces jeunes femmes peuvent avoir des difficultés à remplir leur rôle de mère et la prise en charge du bébé peut poser problème ;
 - on assiste à un isolement social et familial ;
 - l'arrivée d'un enfant dans un couple très jeune et nouvellement formé peut constituer un frein à l'épanouissement et à la construction d'une vie à deux.

2 Matériel et méthode

Notre travail a donc pour but d'étudier le vécu des adolescentes ayant mené une grossesse à terme. Il se fonde ainsi sur une étude qualitative basée sur la réalisation et l'analyse d'entretiens semi-directifs. Il n'était pas souhaitable ici d'utiliser la méthode par questionnaire, qui aurait nécessité un grand nombre d'analyses pour être interprétable. De plus, l'écrit ne représente pas un moyen aisé d'expression pour les patientes, surtout sur un sujet aussi personnel qu'une grossesse à l'adolescence et sur une population qui n'est pas forcément très expansive. Cela justifie d'autant plus le choix d'une analyse qualitative : l'objectif n'est pas la quantité des entretiens mais la richesse des échanges.

2.1 L'entretien semi directif

Nous avons choisi ce type d'entretien pour permettre aux jeunes femmes de s'exprimer librement et pour nous permettre d'être à l'écoute de chacune d'entre elles tout en ayant une trame pour nous guider. Nous avons tout d'abord présenté le but de notre venue, puis avons suivi notre grille d'entretien [Annexe 1].

2.2 Population et échantillon

Nous avons fait le choix de rencontrer des jeunes femmes concernées par l'étude de 2011 réalisée par le Conseil Général de l'Ain. Pour cela, nous avons contacté les neuf sages-femmes de PMI y ayant participé. Lors de cette rencontre, nous avons exposé les objectifs de notre étude et exprimé la volonté d'effectuer des entretiens individuels auprès des jeunes filles ayant été enceintes en 2011/2012. Nous avons alors eu accès aux archives pour retrouver les coordonnées de ces patientes.

Nous avons ensuite procédé en trois étapes :

- premièrement, les sages-femmes de PMI ont contacté ces patientes pour présenter brièvement l'étude et obtenir leur accord pour nous transmettre leurs coordonnées et nous rencontrer ;
- dans un deuxième temps, nous les avons contactées à notre tour par téléphone dans le but de présenter notre étude et de convenir d'une date de rendez-vous ;
- enfin, nous nous sommes rendus au domicile de ces jeunes femmes pour réaliser notre entretien.

Sur les cinquante-trois adolescentes entrant dans l'étude 2011/2012, nous avons réussi à contacter vingt-huit patientes. Toutes ont été favorables pour nous rencontrer.

Au final nous avons réalisé une série de vingt-six entretiens sur tout le département de l'Ain : huit à Bourg-en-Bresse, huit dans la Plaine de l'Ain, quatre dans la Bresse, quatre dans la Dombes et deux dans le Val de Saône.

Nous nous sommes rendus au domicile de vingt-trois patientes, nous en avons rencontré deux au Centre Maternel de Bourg-en-Bresse et une au bureau de la PMI.

Au moment de la rencontre, douze à dix-huit mois s'étaient écoulés après l'accouchement, avec une moyenne de quatorze mois.

2.3 Méthode d'analyse des données

Avec l'accord de chaque jeune fille, les entretiens ont été enregistrés pour permettre plus d'échanges. Dans un second temps, nous les avons intégralement retranscrits par écrit sans correction des fautes de langage, puis nous les avons analysés séparément.

3 Résultats

3.1 L'état des lieux avant la grossesse

3.1.1 *L'âge*

Au moment de la grossesse, les jeunes femmes avaient entre quatorze et dix-sept ans, avec une moyenne à seize ans.

3.1.2 *La scolarité*

Avant la grossesse, toutes les jeunes filles étaient scolarisées, la moitié en structure professionnalisante, comme le lycée professionnel. Nous remarquons que vingt-cinq d'entre elles avouent ne pas avoir eu de bons résultats scolaires : « *L'école ce n'est pas mon truc, y a que des intellos, je ne suis pas à l'aise* », « *Les cours ça ne sert à rien* ».

3.1.3 *Le logement*

La majorité de ces adolescentes vivaient chez leurs parents.

3.1.4 La situation familiale

Sur le plan familial, nous constatons une variété de situations.

Certaines ont des parents très présents, voire « envahissants ». Une jeune fille de seize ans exprime son sentiment d'oppression : « *Ma mère veut tout contrôler, je ne sors pratiquement jamais, il faut toujours rester à la maison pour l'aider à s'occuper de mon petit frère* ». Certaines au contraire ont des parents peu présents « *Ma mère est jamais là de toute façon, je sors quand je veux comme je veux, elle s'en fout* ».

Dans la moitié des cas, un éducateur spécialisé intervenait dans la famille avant la grossesse.

Nous remarquons également que la majorité de ces familles étaient monoparentales ou recomposées, des situations peu aisées à vivre au quotidien : « *Ma mère je la vois pas souvent, elle s'occupe des enfants qu'elle a eus avec son nouveau mari* ». Une place au sein de ce type de famille est parfois difficile à trouver.

Nous observons aussi des grandes fratries : seule une jeune fille est fille unique. « *Je suis l'aînée de cinq frères et sœurs, je m'en suis toujours beaucoup occupée* ».

Nous notons que parler de famille pose problème. Quand nous abordons ce sujet, les adolescentes hésitent à nous parler ou disent « *c'est compliqué* », « *on est une famille un peu différente* ». On sent même apparaître de la colère dans le ton de la voix des jeunes filles lorsqu'elles parlent de leur mère.

3.1.5 Le suivi gynécologique et la vie sexuelle

Au niveau de la vie sexuelle, l'âge du premier rapport varie entre onze et quinze ans, avec une moyenne à treize ans.

Nous soulignons que vingt jeunes filles avouent ne pas avoir utilisé de méthode contraceptive lors du premier rapport sexuel. Lorsque nous abordons la raison de cette attitude, nous entendons : « *Je ne sais pas vraiment pourquoi, ça s'est fait comme ça.* »,

« *On en a pas vraiment parlé en fait* », « *Ben ... on n'y a pas vraiment pensé en fait* ». Nous soulevons ici un manque de communication avec le partenaire.

La contraception reste encore de nos jours un sujet difficile à aborder : « (...) *mais moi je me sentais pas d'en parler avec lui, il avait qu'à sortir un préservatif mais comme il l'a pas fait, ben je me suis dit qu'il ne voulait pas* ». Un tabou avec le partenaire, mais aussi au sein de la famille. Une jeune fille de seize ans nous dit : « *Ça va pas non ! Je ne parle pas de ça avec ma mère ! Si c'est pour me faire engueuler, non merci !* ». Nous constatons également que ces adolescentes n'ont que très peu de souvenirs de leurs cours d'éducation à la sexualité au collège et au lycée : « *C'est bien là où on met le préservatif sur la banane ?* ». Certaines ne se souviennent même pas d'en avoir eu : « *Ah non, moi je n'ai jamais entendu parler de ça* ». L'éducation sexuelle est en principe dispensée à partir de l'école primaire puis poursuivie au collège et au lycée [Annexe 2]. De nombreux thèmes doivent y être abordés, notamment les relations avec autrui, les différents moyens de contraception et les infections sexuellement transmissibles. Ces cours viennent illustrer ceux de Sciences et Vie de la Terre, où le fonctionnement du corps est expliqué.

- Pourquoi ne conservent-elles que si peu de souvenirs de ces cours ?
- N'ont-ils pas encore été abordés ?
- Ou tout simplement pas retenus par ces jeunes filles ?
- Comment arriver à capter leur attention et leur transmettre les bases nécessaires à leur vie sexuelle ?

Au niveau du suivi gynécologique, dix jeunes filles prenaient une contraception orale, quatre prescrites au CPEF du lieu de résidence et six par leur médecin traitant. Aucune n'avait vu de gynécologue.

Parmi celles qui prenaient la « *pilule* », la moitié déclare l'oublier de temps en temps : « *C'est vrai que la pilule je l'oublie souvent, mais de toute façon même si on oublie une fois ce n'est pas grave, c'est juste une fois.* » Aucune ne sait comment réagir face à un oubli.

Nous pouvons souligner ici un problème au niveau de la prise de la pilule : au moment de la première prescription de celle-ci, le professionnel de santé explique la prise du moyen de contraception et la conduite à tenir en cas d'oubli. Aucune ne semble avoir reçu ce type

d'explication, ou tout du moins aucune n'a souvenir de ces explications. Ici, la prise d'un contraceptif s'effectue à la légère, sans l'observance nécessaire à son bon fonctionnement. Nous pouvons alors nous questionner : ces informations ont-elles été données ? La jeune fille a-t-elle sous-estimé l'importance de l'observance ?

De nombreuses idées reçues subsistent sur le sujet : « *Mais de toute façon, la première fois on ne peut pas tomber enceinte non ?* » ; ou alors : « *Ce n'est pas avec un oubli de pilule que je vais tomber enceinte, la pilule ça rend stérile pendant plusieurs mois avant de pouvoir tomber enceinte, de toute façon.* ». Il est alors difficile, face à ces clichés, d'assurer une bonne observance.

Lorsque nous demandons à quoi sert la contraception, toutes nous répondent : « *À ne pas tomber enceinte.* ». On remarque ici qu'aucune ne nous a parlé de maladie sexuellement transmissible. Une adolescente de quinze ans nous a répondu : « *C'est le SIDA ça non ? Mais on n'en voit plus beaucoup de nos jours, et puis on sait tout soigner.* »

3.1.6 La situation de couple

La majorité des jeunes filles ayant participé à l'étude disent avoir été en couple avant même que la grossesse ne survienne : « *Franchement les filles qui vont voir à droite à gauche elles n'auront jamais de famille, moi mon copain je le garde maintenant.* ».

Contrairement à ce que nous pouvions penser au premier abord, les adolescentes de notre échantillon ne présentent pas de conduites à risque avec des partenaires multiples en ce qui concerne la sexualité. Il n'y a qu'un seul partenaire, majeur, donc au premier abord une situation qui n'est pas inquiétante.

Nous remarquons aussi que le facteur culturel intervient beaucoup dans l'établissement des premières relations homme-femme.

Une patiente de quinze ans, appartenant à la communauté des gens du voyage, nous raconte son histoire : « *Mon mec, c'est vrai, nos familles se connaissent bien, elles sont ravies qu'on soit ensemble, c'est comme ça dans notre culture, tout est déjà prévu pour nous les filles.* ».

Le garçon est majeur dans tous les cas, il n'est pas scolarisé et n'a de travail que dans trois cas.

3.2 L'état des lieux pendant la grossesse

3.2.1 *Les raisons et réactions*

Dans un premier temps, nous nous sommes demandé ce qui avait fait en sorte que ces jeunes filles soient enceintes. Comme nous avons pu le voir précédemment, seulement dix d'entre elles prenaient une contraception orale. Dans ces cas, il s'agit à chaque fois d'un oubli de contraception. Aucune n'a utilisé un préservatif. Aucune n'a eu recours à une contraception d'urgence.

Les jeunes femmes se sont rendu compte d'un retard de règles et ont fait un test de grossesse : « *J'ai quand même préféré faire le test, c'est ma meilleure amie qui m'y a fait penser, moi je ne pensais pas.* ».

Les réactions face à ce test de grossesse positif sont alors :

- la **surprise** : « *Je ne pensais vraiment pas être enceinte* » ;
- la **peur de la réaction des parents** : « *Oh mon dieu mes parents vont me tuer* » ;
- la **négation** : « *Je me suis dit que le test était forcément faux, donc je suis allée en faire un autre ; ce n'est pas possible on l'a fait qu'une seule fois.* » ;
- la **joie** : « *Là j'étais sonnée, mais en même temps contente, je souriais en me voyant déjà avec mon bébé dans les bras* » ;
- une **confirmation** : « *Je le savais au fond de moi, je le sentais, ça faisait un moment que je pensais à ça des fois le soir.* ».

À ce moment-là, aucune d'entre elles n'a pensé avoir recours à l'IVG : « *Ah non pas ça !! Je n'aurais jamais pu tuer mon bébé, ce n'est pas possible.* », « *C'est déjà un bébé, mon bébé, l'avortement je ne l'ai même pas envisagé une minute.* », « *Toutes mes amies m'ont dit de ne pas le garder mais moi je ne pouvais pas.* ».

La réaction des parents fut assez variée.

Certaines n'ont pas osé en parler à leurs parents de peur qu'ils les obligent à réaliser un IVG : « *Je n'ai pas pu le dire à mes parents, alors j'ai attendu qu'il soit trop tard pour avorter, comme ça j'étais sûre qu'ils n'allaient pas m'obliger.* ». C'est ainsi que nous voyons apparaître des déclarations tardives de grossesse chez les adolescentes, sans pour autant qu'il s'agisse d'une découverte tardive de la grossesse.

C'est à ce moment-là que le facteur culturel et familial intervient : « *Je pensais me faire engueuler mais finalement ma mère m'a dit : oh ben ma fille c'est de famille ! On a toutes eu des enfants jeunes, et on les a pas mal élevés.* ». Nous avons entendu une jeune fille Rome dire : « *Seize ans ... C'est l'âge pour avoir des enfants, de toute façon j'étais nulle à l'école, il faut bien que je fasse quelque chose de bien dans la vie.* ». Nous remarquons alors un changement dans le ton de sa voix, l'air résigné, comme si cette situation était une fatalité. Une adolescente de seize ans d'origine marocaine nous avoue : « *La question ne s'est pas posée, mes parents ont tout de suite dit que c'était un cadeau de Dieu et que toute la famille en prendrait soin.* » Il y a donc un facteur familial et culturel important. Mais aussi du fait de la sacralisation de la naissance. En effet, dans certaines cultures on ne conçoit pas le recours à l'IVG puisqu'elles considèrent que la vie est sacrée.

Enfin, la dernière réaction fut le refus : « *Ne t'en fais pas ma fille, on s'occupe de tout, dans un mois tout sera fini et tu continueras tes études.* ». Cette jeune fille nous explique alors qu'après de multiples conflits avec ses parents, elle a, du haut de ses dix-sept ans, quitté le domicile familial pour intégrer un centre d'accueil pour jeunes filles enceintes mineures. Nous sentons à ce moment-là toute la tristesse dans sa voix : « *Ça ne se passait déjà pas très bien avec mes parents, on avait l'éducatrice, heureusement qu'elle était là. Et puis là, trop de disputes, je suis partie et ça vaut mieux finalement, j'ai un beau bébé maintenant.* ».

Ce refus peut s'accompagner de colère envers la jeune fille mais également envers le père de l'enfant, considéré comme responsable de la situation. Nous entendons des : « *Qui t'a fait ça ?* », ou même « *C'est qui le père, dis-moi où il habite que je lui casse la figure !!* ».

En ce qui concerne le père de l'enfant, dans vingt cas sur vingt-six, il prend ses responsabilités et décide d'être présent pendant la grossesse et lors de l'arrivée de l'enfant. Dans les six autres cas, la situation est plus complexe : deux jeunes filles ne souhaitent pas le tenir au courant de la situation et pour les quatre restantes, le père ne souhaite pas reconnaître l'enfant. Dans ces cas, certaines adolescentes se retrouvent sans compagnon et sans famille pour les aider au cours de la grossesse. D'où l'importance du suivi médical, bien apprécié par les adolescentes : « *Le fait de pouvoir parler à ma sage-femme m'a bien aidée, elle venait à la maison, je pouvais lui poser toutes mes questions.* »

3.2.2 Le vécu

À la question : « *Comment s'est passée votre grossesse ?* », toutes les jeunes filles nous ont répondu « *très bien* ». Au niveau obstétrical, aucune pathologie gravidique n'a pu être constatée. La grossesse est bien suivie dans l'ensemble : par un gynécologue ou une sage-femme pour les consultations mensuelles, avec l'intervention ponctuelle d'une sage-femme de PMI.

Toutes ont eu trois échographies. Se pose le problème de la ponctualité lors des rendez-vous ; une jeune fille avoue en rougissant avec un petit air coupable : « *C'est vrai que souvent le médecin m'engueulait parce que j'arrivais en retard ou alors j'oubliais mes rendez-vous. C'est arrivé plusieurs fois en fait. Mais bon, je le faisais pas exprès, c'est juste que je n'avais pas l'habitude d'avoir autant de rendez-vous d'un coup.* ». Il est alors difficile d'assumer du jour au lendemain des consultations obstétricales, des échographies, des prises de sang mensuelles, des cours de préparation à la naissance et le rendez-vous anesthésie.

Beaucoup de responsabilités pour des jeunes filles qui n'avaient, jusque-là, pas besoin de se soucier d'autant de choses.

Toutes ont suivi des cours de préparation à la naissance : dix avec la sage-femme de PMI, dix à l'hôpital lors de séances de groupes et six avec une sage-femme libérale. Parmi celles qui ont choisi les cours collectifs, neuf d'entre elles ne l'ont pas très bien vécu : « *Le regard des autres me gênait, je me sentais observée de la tête aux pieds, comme si tout le monde me jugeait. Je n'osais même pas poser des questions. Du coup, les dernières séances, j'ai préféré rester chez moi en fait.* »

Sur le plan psychologique, de même, la grossesse n'est pas bien vécue dans toutes les situations. En effet, se pose le problème du regard des autres : « *Le plus dur, c'était d'être jugée en permanence par mes amis, ma famille et tous les gens dans la rue qui considéraient que j'étais trop jeune pour être maman* ». Une adolescente de quinze ans nous raconte ses difficultés à continuer de fréquenter l'école : « *Dans ma classe, tout le monde me dévisageait, surtout dès que ça a commencé à se voir un peu. Les garçons disaient que j'étais une Marie-couche-toi-là, et même qu'on allait avoir du mal à savoir qui est le père. Du coup, j'ai fini par ne plus y aller, rester à la maison avec des cours en ligne, mais bon ce n'était pas pareil.* ».

Face à ce jugement permanent, les jeunes filles remettent en question leur choix, leur capacité à être maman : « *Je me demandais si j'avais bien fait et si j'étais capable d'être maman.* », « *Après je devenais parano, même au moment d'accoucher j'ai cru que la sage-femme me jugeait, du coup j'étais sur la défensive.* ». Les adolescentes se sentent oppressées par ce suivi un peu plus intense que pour les autres grossesses. La venue de la PMI est alors mal interprétée : « *C'est comme la sage-femme qui est venue à la maison, je savais bien qu'elle venait me surveiller, c'est elle qui s'occupe des cas soc'* ».

Le père de l'enfant est présent dans vingt cas. La plupart du temps, il assiste aux consultations ainsi qu'aux échographies.

Dans la moitié des situations, les jeunes filles n'ont pas de soutien familial : « *Mes parents n'ont pas vraiment voulu m'aider. Ils étaient contre le fait que je garde le bébé, eux ils auraient préféré que je le tue* », nous explique une jeune fille, entre colère et tristesse.

3.2.3 *La contraception*

Nous avons montré précédemment que l'observance de la contraception orale posait problème dans plusieurs situations. Nous avons donc demandé aux jeunes filles si le sujet de la contraception avait été abordé pendant la grossesse : seulement cinq d'entre elles nous ont répondu oui. « *La sage-femme m'a expliqué comment mon corps fonctionnait avec cette histoire de cycles, et puis elle m'a dit comment marche la pilule. Du coup, c'est vrai que je comprends quand même mieux pourquoi c'est important de la prendre comme il faut.* ».

Dans ces cinq cas, les méthodes contraceptives ont été expliquées et les jeunes filles étaient au clair avec ce qu'elles souhaitaient après la naissance de leur enfant. Elles savaient aussi comment réagir en cas d'oubli de pilule.

Pour les vingt-et-unes restantes, la contraception n'a été abordée qu'en suites de couches. Nous avons souhaité entendre ce qu'elles feraient en cas d'oubli de pilule : toutes jetteraient le comprimé oublié et aucune ne nous a parlé de la contraception d'urgence.

Nous voyons ici que la connaissance de son propre corps, des cycles, de la manière dont agit une contraception sur le corps, sont des phénomènes très mal connus par les jeunes filles. Il paraît alors difficile pour elles de garantir une bonne observance de leur contraception.

3.2.4 *La scolarité*

La scolarité est mise à mal pendant la grossesse : vingt-quatre jeunes filles ne fréquentent plus leur établissement scolaire ; parmi elles, seulement huit bénéficient de cours à domicile, dont deux par le CNED [Figure 2].

Lorsque nous interrogeons ces jeunes filles sur ce choix, beaucoup nous répondent que le regard des autres était trop difficile à surmonter : « *J'avais le sentiment qu'on me dévisageait en permanence, que tout le monde chuchotait sur mon passage. Je ne pouvais pas continuer comme ça.* ».

En ce qui concerne la poursuite des cours à domicile, beaucoup ne connaissaient pas la possibilité de bénéficier d'une scolarité à domicile : « *Moi on ne m'avait pas dit qu'un prof pouvait venir chez moi. Je ne savais pas que c'était possible.* ».

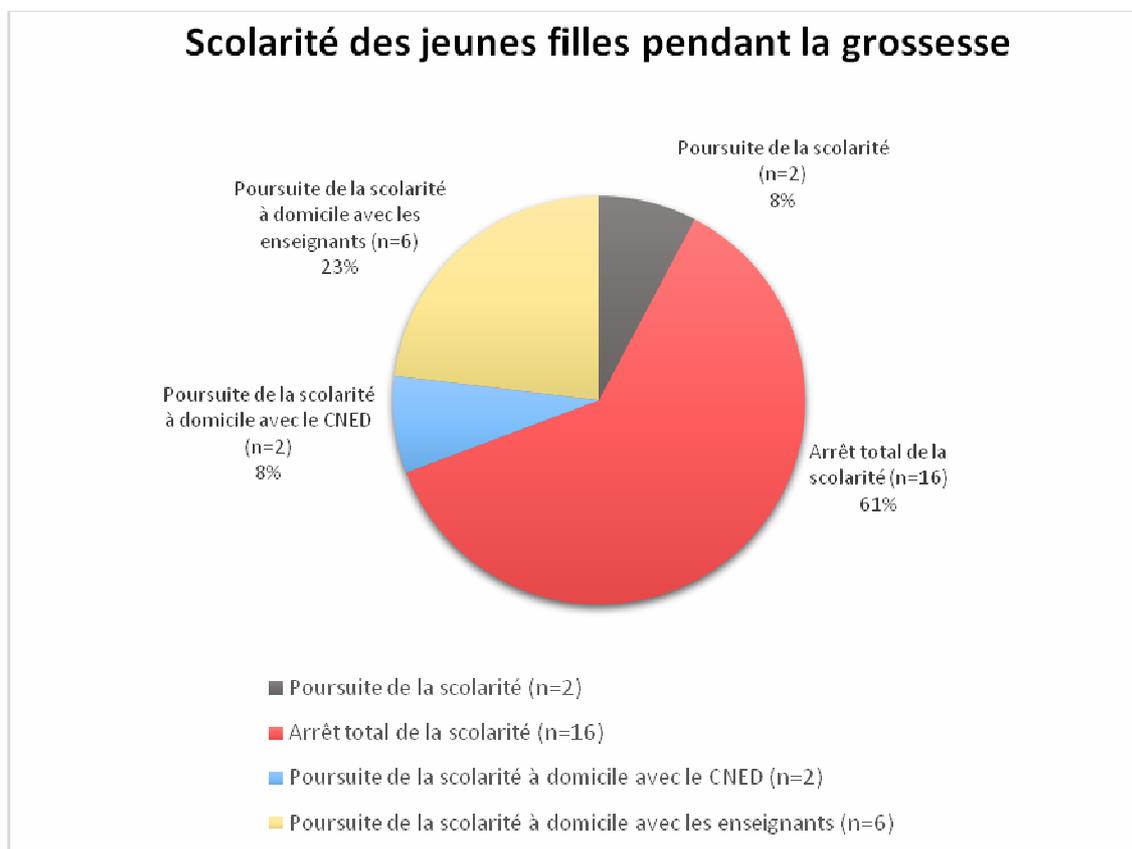


Figure 2

Deux adolescentes continuent leur scolarité : il s'agit de mineures de dix-sept ans au moment de la grossesse, en fin de CAP esthétique, qui accouchaient dans l'automne suivant leur diplôme. Elles ont décidé de poursuivre leurs études malgré leur état de grossesse : « *Ça ne se voyait pas trop en fait. Donc j'ai pu passer mon CAP et le réussir. C'était important pour moi d'avoir un diplôme même si je n'ai jamais travaillé depuis. Ça a prouvé à tout le monde que je savais réfléchir, que je n'étais pas qu'une folle inconsciente qui n'avait aucun sens des responsabilités.* ».

3.3 L'état des lieux de l'accouchement à aujourd'hui

3.3.1 *Le vécu de l'accouchement*

Il s'agit dans vingt-cinq cas de travail spontané et d'accouchement par voie basse non instrumentale. Une seule a été déclenchée par Syntocinon et a eu une aide aux efforts expulsifs. Quatre ont eu une épisiotomie. Aucune anomalie de la délivrance n'a été détectée. Pour ce qui concerne les nouveau-nés, aucune anomalie d'adaptation à la vie extra-utérine n'a été constatée. Au niveau obstétrical et pédiatrique pur, aucun risque supplémentaire n'a été mis en évidence. Le père de l'enfant est présent dans quinze situations. Cinq ont accouché seules et les six restantes ont choisi la présence de leur mère.

Lorsque nous abordons ce moment-là, les jeunes filles semblent satisfaites de leur accouchement, elles n'en gardent pas un mauvais souvenir : *« Mon accouchement s'est super bien passé, bon c'était dur et long mais bon comme un accouchement quoi, ce n'est pas ce qu'on a fait de plus agréable. Finalement, on m'avait dit que vu mon âge, il y avait des grandes chances que j'aie une césarienne, donc moi j'avais grave flippé et puis finalement, j'ai pu accoucher normalement. »*.

Même en salle de naissance, certaines adolescentes se sont senties jugées par le personnel médical présent à ce moment-là : *« Moi, j'avais vraiment le sentiment que tout le monde me parlait comme à une débile, comme si je ne comprenais rien. »*. Une autre nous avoue avec tristesse : *« La sage-femme, je ne l'ai vue que pour l'accouchement, sinon elle n'avait tellement pas envie de s'occuper de moi qu'elle m'envoyait son étudiante. »*.

D'autres ont un très bon souvenir du personnel médical : *« Tout le monde a été très sympa avec moi, on m'a bien expliqué ce qui allait se passer. »*.

Face à ces propos qui nous ont interpellés, nous nous sommes demandé pourquoi ce sentiment d'être jugée, même par le personnel médical censé ne pas émettre de jugement de valeur.

Nous ne saurons jamais vraiment si une personne a pu se trouver dans le jugement, mais nous pouvons tout de même nous dire que la situation n'est pas facile pour ces jeunes filles : entre leurs camarades de classe, leurs amis, et parfois même leurs parents, celles-ci peuvent se sentir jugées, agressées du fait de leur grossesse étant donné leur jeunesse. Comme nous disait une jeune femme : « *On en devient vraiment susceptible, au point de ne plus supporter aucune remarque.* ». Il serait intéressant, grâce à une autre étude, de connaître le point de vue des professionnels de santé devant ce genre de situation.

3.3.2 *Le séjour à la maternité*

Le séjour à la maternité a duré quatre jours pour vingt-quatre jeunes filles et cinq jours pour deux d'entre elles. Il s'est déroulé sans particularité.

Au niveau du mode d'alimentation de l'enfant, vingt ont choisi l'allaitement artificiel : « *Je ne me sentais pas de sortir mes seins devant tout le monde, quand j'allais retourner au lycée* », « *L'allaitement je trouve vraiment ça dégueulasse en fait !* », « *Que le bébé touche mon sein ? Ah mais non jamais ! C'est un coup à perdre son copain !* ». On voit ici de nombreux préjugés sur l'allaitement maternel : il est alors perçu comme un acte sale, qui prend la place de la sexualité au sein du couple. Le regard des autres prend de nouveau une grande importance aux yeux de ces jeunes filles.

Six d'entre elles ont néanmoins choisi l'allaitement maternel : il s'est de manière générale bien déroulé. La durée est comprise entre trois semaines et six mois, avec une moyenne de trois mois.

3.3.3 *Le soutien familial*

D'une manière générale, la famille participe très peu à l'éducation de l'enfant.

Seulement cinq jeunes filles avouent recevoir un soutien de la part de leurs parents : « *Heureusement que j'ai pu compter sur mes parents, ils étaient là, ma mère m'aidait, elle répondait à mes questions. Ils gardaient ma fille les soirs où je voulais sortir avec mes amis.* ».

Les autres jeunes filles ont appris à devenir mère sans l'aide de la leur. On voit réapparaître les complications des relations mères-fille. Une adolescente, majeure au moment de notre étude, reconnaît : « *Disons que j'essaye de faire mieux que mes parents, montrer que l'instinct maternel ce n'est pas génétique et heureusement.* », « *Je veux faire mieux que ma mère, rendre mon fils heureux.* ».

3.3.4 La vie sociale

La vie sociale est mise à mal après l'accouchement. Les préoccupations sont différentes de celles des autres adolescents du même âge. Une jeune femme de dix-sept ans nous raconte ses difficultés à garder une vie sociale active : « *Déjà pendant la grossesse c'était difficile. Mais alors après la naissance de ma fille c'était encore pire : quand je l'amenaient avec moi, je sentais que ça saoulait tout le monde, les cris, les biberons, les couches... À quinze ans ce n'est pas très glamour. Au début, les amis trouvent ça marrant, ils veulent la porter, comme une poupée. Et puis au fil du temps, plus personne ne nous invite parce qu'un gamin au milieu d'un kebab ça fait tache.* »

Même deux ans plus tard, il est difficile de faire garder son enfant pour pouvoir rejoindre des amis au cinéma, au restaurant. Nous assistons à un isolement social de jeunes filles qui ne s'occupent que de leur enfant : « *En fait je ne fais que rester ici, m'occuper de Gabin. Je ne vois plus mes amis, je ne sors plus, je ne vais pas manger en ville. Ce n'est pas facile de trouver quelqu'un pour le garder. Parfois, je le laisse à mes parents mais bon, ça arrive deux fois par an quoi.* »

Et encore quelques années après la naissance de l'enfant, le regard des autres est toujours difficile à supporter : « *Dans la rue j'ai toujours le sentiment qu'on me regarde de travers. Les gens doivent penser que je suis trop jeune et que je m'occupe mal de Célia.* ».

« *Il y a toujours des réflexions comme « Il est beau votre petit frère » ou « Ah mais c'est votre fils ? Non mais vous avez quel âge ? ». Les gens sont sans cesse dans le jugement, le fait que je sois jeune, que je n'aie plus à l'école, ça choque tout le monde, même les amis. Au bout d'un moment on en a marre et on préfère rester seule à la maison.* »

Une jeune fille de dix-sept ans résume bien la situation : « *Le plus dur ce n'est pas l'accouchement, les nuits blanches, les coliques, les dents ..., mais c'est le regard des autres, sentir que quoi qu'on fasse ça ne sera jamais assez bien, que pour tout le monde je ne pourrai jamais être une bonne mère.* »

Nous avons voulu savoir si les difficultés étaient les mêmes quel que soit l'âge de la jeune fille : nous remarquons qu'entre quatorze et seize ans il est beaucoup plus dur de conserver sa vie sociale qu'à dix-sept ans. En effet, les seules jeunes filles qui continuent à voir leurs amis sont celles qui sont proches de la majorité : « *Mes amis comprenaient plutôt bien la situation. Alors oui ils me trouvaient jeune mais en même temps ils ne passaient pas leur temps à me juger, à me dire que je faisais une bêtise. Certaines de mes copines ont été très présentes pour moi. Pour accoucher c'est ma meilleure amie qui m'a amenée à la maternité.* ». Près de la majorité, les adolescentes sont plus matures, beaucoup moins dans le jugement, car une jeune fille de dix-sept ans supportera plus facilement les critiques que celles de quinze ans, en pleine crise identitaire. De même, le regard de la société n'est pas le même selon l'âge de la jeune fille : en effet, une grossesse choque plus à quinze ans qu'à dix-sept. Les jugements sont donc moins péjoratifs lorsque l'on se rapproche de la majorité.

3.3.5 La prise en charge de l'enfant

Nous n'observons pas de difficultés majeures dans la prise en charge de l'enfant. Une seule hospitalisation a eu lieu au cours des deux années après la naissance : « *Il pleurait beaucoup, il avait chaud, j'ai préféré l'amener à l'hôpital en fait. Finalement, ils l'ont gardé deux jours le temps de baisser la fièvre, il avait une bronchite. Après, je n'ai plus jamais eu de problème.* »

Lors de chaque entretien, l'enfant était présent. Nous avons pu voir le comportement de chaque maman avec son enfant. Aucune difficulté d'attachement n'est visible. Les jeunes filles font preuve d'autorité, elles ont le sens du danger : il y a des barrières antichute sur chaque escalier, les objets contondants sont situés hors de la portée de l'enfant ... Le suivi pédiatrique de l'enfant est bien réalisé.

Globalement, chaque jeune fille est restée à la maison avec l'enfant durant ces deux années. Nous observons une relation mère-enfant très fusionnelle. Chaque maman avoue avoir du mal à se séparer de sa progéniture : « *Je ne peux pas le laisser ni à ma famille ni à ma belle-famille. J'ai du mal à imaginer le laisser pour aller à l'école l'année prochaine. Je vais pleurer plus que lui je pense.* ».

3.3.6 La situation de couple

Dans dix-neuf situations, le père a reconnu son enfant. Les jeunes parents vivent en couple, dans dix-huit cas avec le père de l'enfant et dans un avec un autre compagnon ; ils ont alors un appartement ou une maison. Le père a entre vingt et vingt-six ans, avec une moyenne à vingt-deux ans. Il a trouvé un travail dans treize cas. Les six autres sont à la recherche d'un emploi. Les jeunes couples nous disent ne pas avoir de difficultés financières : « *Ça n'a pas été facile tous les jours, mais depuis que notre fils est là, mon copain a trouvé un travail, il a arrêté de glander, il a enfin pris ses responsabilités. On est une vraie famille, que ça plaise ou non.* ».

Dans les sept autres cas, le père n'a pas souhaité reconnaître l'enfant, ou alors il n'a pas été mis au courant. Il s'agit des situations où les jeunes filles sont les plus jeunes : entre quatorze et quinze ans. Trois sont au Centre Maternel, elles poursuivent leur scolarité et sont soutenues par les éducatrices du Centre. Les quatre autres vivent au domicile parental et sont sous le contrôle d'un éducateur. Toutes nous avouent avoir du mal dans leur vie amoureuse : « *À seize ans, même si j'arrive à sortir avec un mec, il prend ses jambes à son cou dès qu'il sait que j'ai un enfant de deux ans. Ce n'est vraiment pas facile à vivre tous les jours. Du coup, je suis plus tentée de mentir, de cacher mon fils comme si j'en avais honte alors que ce n'est pas ça du tout. Et puis au final, il s'en rend compte et c'est fini. Je me demande si quelqu'un voudra encore de moi un jour.* »

3.3.7 La scolarité

Deux ans après la naissance de leur enfant, deux jeunes filles ont un diplôme en poche. Les vingt-quatre autres n'ont pas repris leur scolarité.

Cependant, à l'approche de l'entrée de l'enfant à l'école maternelle, l'idée de reprendre des études commence à revenir dans l'esprit des jeunes mamans : *« Il est vrai que maintenant qu'il va aller à l'école, je vais pouvoir reprendre moi aussi mes études. En plus, ça fait un moment que mon copain voudrait que je fasse quelque chose de mes journées, que moi aussi j'aie un travail, parce qu'avec deux salaires ça irait bien mieux ... »*.

Nous constatons qu'aucune jeune fille n'envisage de reprendre le même cursus que celui qu'elle a arrêté. Chacune préférerait une formation professionnalisante, avec des adultes et non des personnes du même âge : *« Moi je préfère faire une formation courte avec de la pratique et si possible avec des adultes qui ont arrêté des études comme moi. Je me sentirai plus à l'aise qu'avec des jeunes dans un lycée qui n'auront pas les mêmes préoccupations que moi. »*

Quinze jeunes filles souhaiteraient suivre une formation dans le domaine de la petite enfance.

3.3.8 La contraception

Au cours du séjour à la maternité, le sujet de la contraception a été abordé, comme pour n'importe quelle accouchée, lors des conseils de sortie.

Vingt jeunes filles ont choisi d'avoir recours à l'implant : quinze ont été posés au cours du séjour en maternité, cinq lors de la visite post-natale. Les six adolescentes restantes sont sorties avec une ordonnance de pilule micro-progestative.

Nous avons décidé de faire le point à ce jour :

- il ne reste que six jeunes filles qui ont gardé leur implant ;
- les vingt autres ne prennent aucune contraception ; elles n'utilisent pas non plus de préservatifs ;
- l'implant a été gardé entre six et neuf mois, avec une moyenne de sept mois. ;
- globalement, toutes les jeunes filles déclarent ne pas avoir supporté l'implant : « *L'implant ? Ah non moi je n'ai pas supporté. J'ai grossi et j'avais des boutons.* ».
- la prise de poids ainsi que l'acné sont des arguments qui reviennent assez fréquemment. L'irrégularité des règles sous implant est également un facteur amenant les jeunes filles à le retirer : « *J'avais mes règles trois fois par mois, et des petites gouttes tout le reste du mois, ce n'est juste pas vivable.* ».
- pourtant toutes nous avouent avoir été prévenues de la présence de spotting sous implant, ce qui ne les a pas empêchées de s'en séparer.

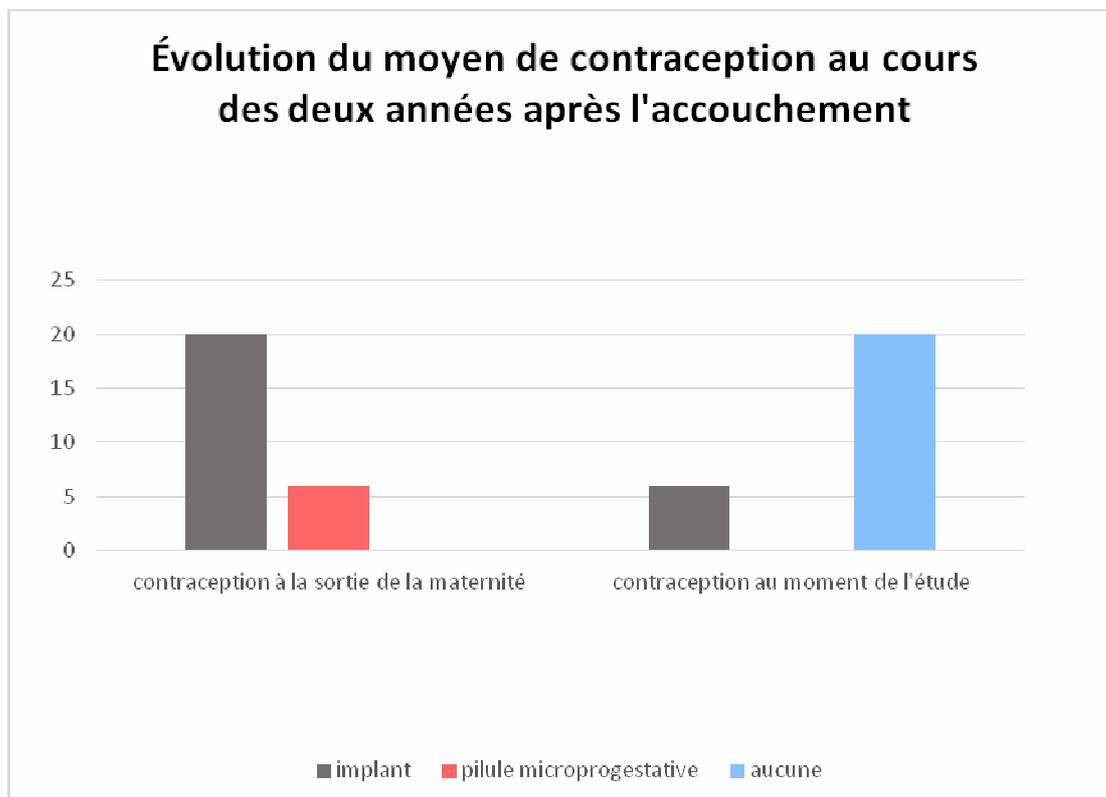


Figure 3

Nous avons voulu voir s'il existe un lien entre l'information fournie sur la contraception pendant la grossesse et une bonne observance de cette dernière en post-partum.

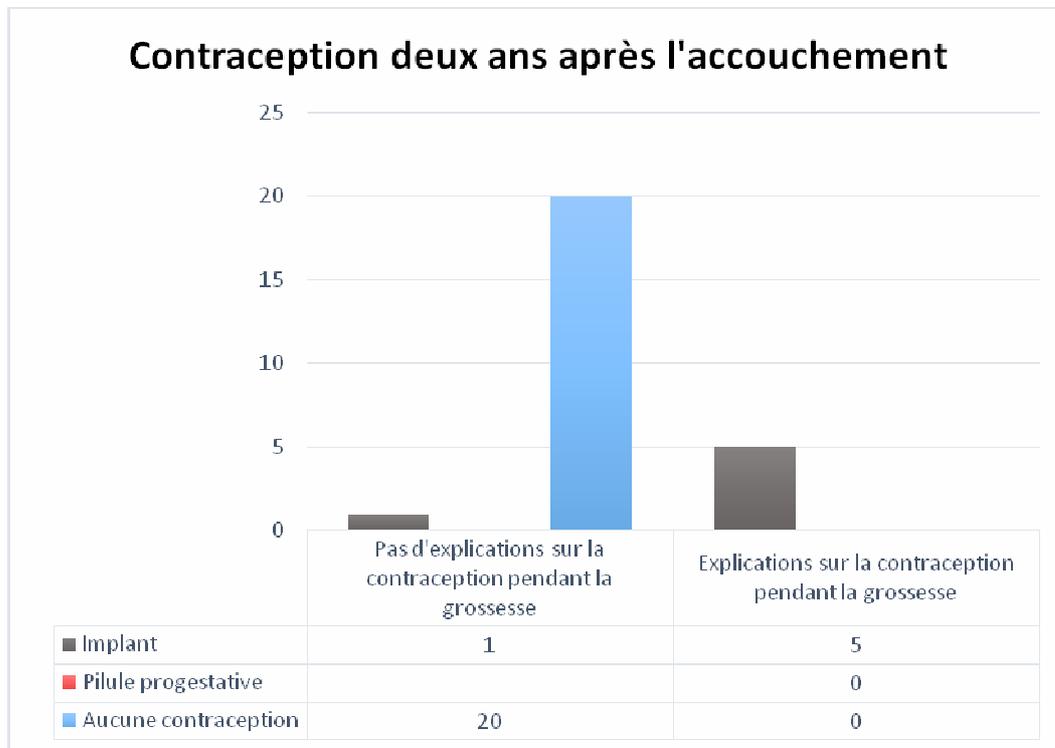


Figure 4

Nous remarquons que lorsque la contraception est abordée au cours de la grossesse, l'observance est bien meilleure après l'accouchement : les cinq jeunes filles concernées par ces explications étaient toujours porteuses de leur implant deux ans après la pose de ce dernier. En ce qui concerne les vingt et une autres adolescentes, quinze ont reçu un implant en post-partum. Parmi celles-ci, seule une a conservé ce moyen de contraception. Les quatorze autres n'ont aucun moyen de prévention contre le risque de grossesse non désirées et les IST.

Nous voyons donc l'intérêt d'aborder ce sujet au cours de la grossesse et non pas uniquement en post-partum immédiat. Ceci garantirait une meilleure observance. Il convient de présenter les différents types de contraception, leurs effets secondaires ainsi que leur mode de fonctionnement sur le corps de la femme.

Durant nos entretiens, deux jeunes filles sont enceintes : une de trois mois, l'autre de six mois. Cette deuxième grossesse était un choix réfléchi : *« J'ai toujours voulu une grande famille avec des enfants assez rapprochés pour qu'ils puissent jouer ensemble. En plus, là mon copain a un travail, Dylan va bientôt aller à l'école, c'était le bon moment. »*.

En ce qui concerne les autres jeunes filles, dix nous disent vouloir un autre enfant rapidement. Souvent c'est le père de l'enfant qui ne le souhaite pas : *« Mon copain dit qu'on est jeunes, qu'on a le temps. Il voudrait que j'aie un diplôme, un travail avant. Moi j'ai arrêté la pilule, comme ça, ça vient quand ça veut. »*.

3.3.9 Réflexion sur les choix effectués

À la question *« Si c'était à refaire feriez-vous les mêmes choix ? »*, la réponse fut *« oui »* dans vingt-quatre situations : *« Je n'ai aucun regret. Tout va bien pour moi, j'ai enfin le sentiment que ma vie sert à quelque chose, j'ai un but. »*, *« Même si ce n'est pas facile tous les jours, je ne regrette rien. J'ai une maison, un copain, on va se marier bientôt, mon fils va bien, il ne se porte pas plus mal que n'importe quel autre. »*.

Les deux jeunes filles qui nous disent avoir des regrets en ont au sujet du père de l'enfant : *« Si c'était à refaire, je lui dirais la vérité. Maintenant, mon fils va aller à l'école, il va se poser des questions sur son père et qu'est-ce que je vais lui répondre ? Que j'ai préféré ne pas le dire à son père ? L'élever toute seule ? Je me demande ce qu'il va penser de moi. »*.

TROISIÈME PARTIE

TROISIÈME PARTIE

1 Limites et difficultés de l'étude

La première difficulté de notre étude a été la constitution de notre échantillon. Notre but initial était de réaliser des entretiens téléphoniques auprès des jeunes filles dont le dossier avait été sélectionné pour l'étude 2011/2012 du Département de l'Ain, soit cinquante-trois dossiers.

Nous avons donc rencontré chaque sage-femme de PMI pour qu'elle nous transmette les coordonnées des jeunes filles afin de pouvoir les contacter.

Dans le respect du secret médical et pour maintenir une relation de confiance entre la sage-femme et chaque jeune fille, les professionnelles de santé ont préféré joindre les adolescentes elles-mêmes pour leur demander leur accord. Nous nous sommes alors vite rendus compte de la difficulté de constitution d'un échantillon : beaucoup de numéros de téléphone n'étaient plus attribués, la jeune fille avait parfois déménagé dans un autre département, parfois même aucun numéro de téléphone n'était indiqué dans le dossier médical. Parfois nous avons dû appeler d'autres professionnels ayant participé au suivi de la jeune fille pour trouver ses coordonnées actualisées : l'assistance sociale et la puéricultrice de PMI nous ont aussi bien aidés. Ainsi, nous avons pu récupérer les coordonnées de vingt-huit jeunes filles, toutes d'accord pour participer à notre étude. Nous avons eu notre échantillon au fur et à mesure, en deux mois environ.

Après réflexion, et au vu du nombre de jeunes filles dans notre échantillon, nous avons opté pour des entretiens individuels, devant avoir lieu au domicile de chacune d'entre elles. L'avantage était de voir le lieu de vie de la jeune fille, d'être identifié par celle-ci, et donc de permettre l'installation d'une relation de confiance, chose beaucoup plus difficile lors d'une communication téléphonique. Joindre chaque jeune fille ne fut pas chose facile : nous avons dû passer plusieurs appels pour leur parler, mais aussi pour convenir d'un jour de rendez-vous.

Nous nous sommes déplacés dans tout le département de l'Ain, ce qui a nécessité une certaine organisation, un regroupement autant que possible des entretiens dans une même ville pour limiter les trajets.

Dans l'ensemble, la participation n'a posé aucun problème. Dans deux cas, nous n'avons pas pu réaliser l'entretien : deux jeunes femmes ne nous ont jamais ouvert la porte de leur domicile, et ceci à deux reprises, elles ont été injoignables par la suite.

La réalisation des entretiens a été plus difficile dans certaines situations : il était peu aisé pour certaines jeunes filles de se confier à une inconnue débarquant dans leur domicile, au cœur de leur intimité, pour répondre à des questions personnelles sur des sujets parfois difficiles à aborder. Certaines étaient plus réservées que d'autres, se sentant jugées par nos questions trop indiscretes. Un temps d'adaptation plus ou moins long était nécessaire au début de chaque entretien pour créer une atmosphère propice à la confiance. Chaque entretien a duré en moyenne une heure.

Le principal biais de notre étude provient du fait que nous avons rencontré ces adolescentes quatorze mois environ après la naissance de l'enfant : elles nous ont livré leur vécu modifié par le temps, le recul et la situation actuelle, un souvenir qui est peut-être parfois embelli.

De plus, nous avons basé notre travail sur l'analyse de ces vingt-six entretiens, en les retranscrivant totalement. Nous n'avons cependant retranscrit que les paroles ; nous n'avons pas toujours analysé les blancs, les hésitations, les émotions visibles, la gestuelle, ce qui aurait pu constituer une autre perspective d'analyse.

Enfin, nous n'avons choisi que certaines citations, celles qui, pour nous, venaient illustrer au mieux notre propos. Nous avons probablement été touchés par certains témoignages, ce qui a pu nous faire insister sur certains points au détriment d'autres. Même si nous avons tenté de faire preuve d'objectivité, retranscrire des paroles de manière neutre est toujours difficile. Nous avons également été un peu orientés par la manière dont nous avons été reçus, par le comportement de la jeune fille avec son enfant et son conjoint, ce qui constitue probablement un biais supplémentaire dans notre analyse.

2 Les points forts de l'étude

Tout d'abord, les grossesses à l'adolescence constituent un sujet d'actualité, cette situation arrivant encore très fréquemment malgré les progrès en matière de contraception. Au-delà des interrogations médicales et médico-sociales, cette étude pose des questions sociétales.

Nous avons été sollicités par le Conseil Général de l'Ain, qui s'inscrit dans une politique de prévention en matière de grossesses adolescentes. Il souhaitait alors approfondir l'enquête menée en 2011, qui ne consistait qu'en une analyse quantitative, et qui ne demandait qu'à être complétée d'un point de vue qualitatif. Il était également intéressant d'avoir du recul sur la situation puisque les jeunes filles, en sortant de la maternité, étaient beaucoup moins suivies qu'au cours de la grossesse, et nous ne connaissions pas les difficultés rencontrées au-delà du séjour en maternité. Le but recherché est de pouvoir mettre en avant ces difficultés pour améliorer l'accompagnement de ces jeunes filles, également lors du retour au domicile.

Enfin, en tant que sages-femmes, nous sommes confrontés aux grossesses adolescentes, que ce soit en consultations prénatales, en salle de naissance ou en suites de naissance. Face à ce genre de situation, le corps médical n'est pas forcément très à l'aise : souvent choqué, il ne sait pas vraiment quelle attitude adopter. Ces situations peuvent faire peur, d'autant plus si le professionnel de santé est lui-même parent d'adolescents et qu'il se projette dans sa propre famille. De plus, il peut être amené à avoir une vision assez pessimiste de l'avenir de cette future maman et de son bébé. Notre enquête pourrait alors permettre d'apporter un autre regard du personnel soignant sur le devenir de ces grossesses dans l'avenir et de peut-être se sentir plus à l'aise pour prendre en charge ces adolescentes.

3 **Résultats**

Les objectifs étaient d'une part de mettre en évidence les causes des grossesses chez les mineures, et d'autre part de comprendre ce qui incite ces jeunes filles à mener leur grossesse à terme. Enfin, le dernier objectif était de faire le point sur les difficultés rencontrées pendant la grossesse et après l'accouchement dans le but de mieux accompagner ces adolescentes.

Le but de notre enquête était de trouver des pistes pour la prévention et de mettre en évidence les potentielles difficultés rencontrées pour améliorer la prise en charge par le personnel médical.

Nous pouvons retenir à l'issue de ces échanges :

En ce qui concerne les **causes de ces grossesses** :

- Dans la majorité des cas, la grossesse est un moyen de donner de la consistance, un but à une vie qui n'est pas parfaite, surtout sur les plans familial et scolaire.
- La grossesse apporte un nouvel objectif sur lequel se concentrer.
- La vie de famille étant compliquée, ces jeunes filles cherchent aussi à réparer une enfance chaotique, à se prouver qu'elles peuvent faire mieux que ce qu'elles ont pu avoir comme modèle.
- Un facteur culturel important doit être pris en compte.
- Ces adolescentes ont toutes été à un moment donné dans une situation de vulnérabilité (cellule familiale complexe, perte de repères...).

Au niveau de la **contraception** :

- La jeune fille n'en a pas.
- Ou bien l'observance est mise à mal.

La grossesse n'est pas découverte tardivement, la jeune fille pourrait avoir **recours à l'IVG** :

- Il n'y a donc pas de difficultés d'accès à l'IVG.
- L'IVG est toujours représenté comme un infanticide, c'est cette image qui empêche les jeunes filles d'y avoir recours.

En ce qui concerne les **difficultés rencontrées après l'accouchement** :

- La grossesse et l'accouchement restent dans la physiologie.
- Ces jeunes mamans se sentent à l'aise avec la prise en charge de l'enfant.
- Les problèmes rencontrés se situent essentiellement au niveau de la scolarité et de la vie sociale.

4 Discussion des résultats

Même si les résultats mis en évidence dans le paragraphe précédent ne concernent qu'un petit échantillon, nous avons réussi à mettre en évidence quelques pistes de réflexion que nous allons à présent développer.

4.1 Les déterminismes socio-culturels de ces grossesses

Le facteur culturel est à prendre en compte puisque dans la culture musulmane, ainsi que chez les gens du voyage, l'âge moyen pour une première grossesse est beaucoup moins élevé que dans la culture occidentale. L'étude de Faucher réalisée en Belgique en 2002 montre « *qu'une grande majorité de jeunes africaines de moins de dix-huit ans sont en fait psychologiquement déjà des femmes adultes, culturellement et socialement. La grossesse menée à terme est alors le résultat du projet d'une jeune fille ou d'un jeune couple. La grossesse est activement désirée sous l'influence de facteurs culturels.* » [25].

Ainsi, dans ces situations, ne serait-ce pas plutôt à nous d'adapter notre regard, nos normes, à ceux de la culture de la jeune fille ? Pourquoi considérer une grossesse à dix-huit ans normale dans la culture occidentale et une grossesse à seize ans anormale dans la population des gens du voyage ? Il nous semble important d'adapter nos normes à celles d'autrui.

De plus, ces grossesses « *culturellement banales* » sont très bien acceptées et entourées par la cellule familiale, voire même la communauté entière. Ces jeunes filles sont donc très bien entourées, aidées, pendant la grossesse mais également après l'accouchement, pour la prise en charge de l'enfant.

Lorsque le facteur culturel n'intervient pas, nous avons pu mettre en évidence plusieurs causes à ces grossesses :

- La grossesse « réparation », qui vient « raccommoder » une enfance difficile. Les parents sont ici très peu présents pour ces jeunes filles.

Elles n'ont pas de références familiales, sont dépourvues de limites posées et de soutien de la part de leurs parents. Ces adolescentes sont alors livrées à elles-mêmes et veulent réparer, combler ce manque en créant à leur tour leur propre famille. Il s'agit là de prouver qu'elles seront de bonnes mères, pas comme la leur. La grossesse est alors pour elles une échappatoire, le moyen de sortir de cette situation de famille dure à assumer pour créer leur propre cocon familial.

- La grossesse peut apporter de la consistance à la vie de ces jeunes filles. En effet, certaines ont un sentiment d'échec, que ce soit sur le plan scolaire ou familial. La grossesse est alors une opportunité de réussite, le moyen de se prouver qu'elles peuvent accomplir des choses positives. Devenir mère représente alors pour elles une réussite sociale.

Dans la plupart des cas, plusieurs causes se cumulent. Une situation familiale chaotique, un échec scolaire et une vie de couple stable malgré leur jeunesse les poussent à prendre la décision de poursuivre la grossesse. J.P Mouras résume très bien cette situation :

Dans une société où l'adolescence est privée de fonction sociale et où la valeur du travail prédomine, on peut se demander si la grossesse et la maternité ne constituent pas, aux yeux de certaines adolescentes, les seuls moyens d'entrer dans la vie adulte, notamment pour celles qui sont précocement sorties de l'école. Par ailleurs, un défaut des supports relationnels familiaux ou extrafamiliaux, du fait qu'il génère une carence affective et des difficultés d'identité, est susceptible de prédisposer certaines adolescentes à la maternité, dans le but de combler ce vide par la présence d'un enfant. Ainsi cherchent-elles à obtenir une certaine reconnaissance sociale en acquérant le statut de mère. [16]

C'est ainsi que nous pouvons différencier le fait que ces grossesses ne soient pas prévues mais tout de même désirées, inconsciemment, par les jeunes filles avant même l'état de grossesse ou lors de la découverte de cette dernière.

De plus, nous avons vu que même quelques mois après l'accouchement, avec le recul, aucune jeune fille ne manifeste de regrets.

Il est donc difficile, une fois l'état de grossesse déclaré, de prévenir la décision de la mener à terme. La prévention se situe plutôt en amont, en étant plus efficace au niveau de la contraception.

Nous allons à présent développer cet aspect.

4.2 La contraception

Nous avons vu dans la partie précédente que, chez les adolescentes de notre étude, les oublis de contraception orale sont fréquents.

Le défaut d'observance est essentiellement dû à une méconnaissance du corps et de son fonctionnement, qui, si elle n'est pas réglée au cours de cette période, persistera à l'âge adulte et conditionnera sa compréhension du moyen contraceptif, mais également de n'importe quelle autre thérapeutique.

C'est ce qu'a voulu montrer C Durif-Bruckert suite aux centaines d'entretiens réalisés lors de son enquête : le corps reste méconnu pour de nombreuses femmes, quels que soient leurs âges et leurs origines sociales [18]. Elle a pu constater ceci lorsque les règles étaient abordées : « *Le sang des règles c'est l'organisme qui libère son trop plein. C'est une veine qui marche par l'intermédiaire de vannes, si elles ne viennent pas on explose* ». Il en est de même au niveau de la contraception : « *La pilule ça tue ce qu'il y a dans les spermatozoïdes en fait* ».

L'existence de fausses croyances est également mise en évidence par l'étude de l'INRA *Les jeunes et la santé* (Mutualités Socialistes, 2003) portant sur huit-cent dix-neuf jeunes de quinze à vingt-quatre ans (quatre-cent-seize garçons et quatre-cent-trois filles) en Wallonie et Bruxelles : plus de 40 % des jeunes pensent que la fille ne peut pas tomber enceinte au cours de la première relation sexuelle, qu'il est impossible de tomber enceinte pendant les menstruations, qu'une femme ne peut tomber enceinte si elle prend une douche vaginale après la relation sexuelle [25].

Ceci nous montre la méconnaissance du corps et les idées reçues qui persistent, pas seulement pour notre population mais de manière plus générale. Ainsi, les jeunes filles ne comprennent pas le fonctionnement du contraceptif et donc l'intérêt de l'observance.

4.3 Les cours d'éducation à la sexualité

Les cours d'éducation à la sexualité sont présents dans le programme officiel de l'Éducation Nationale. Selon l'article L. 312-16 du code de l'éducation [19], « *chaque établissement scolaire est dans l'obligation de les intégrer dans le cursus scolaire, et cela à raison de deux heures par trimestre et par an depuis la maternelle.* » L'établissement reste néanmoins libre de choisir la manière d'aborder le sujet. En pratique, ce dernier n'est abordé qu'à partir du collège, dans les classes de 4^e et 3^e, donc environ aux âges de quatorze et quinze ans.

Nous avons vu que l'âge moyen du premier rapport sexuel en France se situe environ à quinze ans, ce qui justifie l'intervention dans des classes de cet âge-là. Nous ne constatons pas le même résultat au sein de la population faisant l'objet de notre étude. En effet, celle-ci était comprise entre quatorze et dix-sept ans. Or, le premier rapport a lieu entre onze et quinze ans, avec une moyenne à treize ans. La moitié de notre population n'avait donc pas reçu de cours d'éducation à la sexualité avant d'entrer dans une sexualité active.

Chaque établissement a alors deux solutions : soit il prodigue les cours d'éducation à la sexualité en interne, soit il fait appel aux CPEF ou à des associations agréées.

Les CPEF ont pour mission d'intervenir auprès de différents groupes dans le cadre de l'éducation à la sexualité. Ces interventions doivent s'inscrire dans le cadre d'un projet d'établissement validé en Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté (CESC).

La région Rhône Alpes est, depuis dix ans, une région innovante en ce qui concerne l'éducation à la sexualité.

- Une **charte** a été mise en place par les Rectorats de Lyon et Grenoble, dans un souci d'harmonisation et de cohérence entre les différents intervenants en matière de sexualité [20]. Elle définit les objectifs et les rôles de chacun lors des séances d'éducation sexuelle.

- L'ARS (Agence Régionale de la Santé) finance une **formation pluri-institutionnelle** dans le but de former tous les intervenants autour de la sexualité (aussi bien les associations, les membres de l'Éducation Nationale que le personnel des CPEF), le but étant d'uniformiser les discours et de garantir la neutralité de chacun.

De plus, le CPEF de Bourg-en-Bresse a créé un contrat de partenariat qui impose un travail préalable avec l'établissement scolaire avant chaque intervention [Annexe 4].

Celle-ci s'effectue sous forme de dialogue entre les jeunes et les intervenants, par l'intermédiaire de saynètes ou de questions. Ces outils permettent d'amorcer un véritable échange au sein des groupes de jeunes. Le but n'est pas de remplacer l'enseignement théorique des cours de SVT, mais de les rendre plus concrets. L'infirmière, la sage-femme ou la conseillère conjugale animent ces séances.

Ce type d'intervention présente aussi l'avantage de faire connaître les missions du CPEF et de faire savoir aux jeunes qu'ils peuvent s'y rendre en cas de besoin.

Nous avons également pu mettre en évidence un manque de communication entre les deux partenaires: les jeunes ont du mal à communiquer entre eux. Il serait donc possible de travailler sur la communication lors des séances d'éducation à la sexualité.

L'éducation des jeunes n'est pas uniquement un objectif pédagogique. Il s'agit d'un travail de coordination entre les cours dispensés lors de la scolarité et l'éducation reçue à la maison : les parents ont donc une part du travail à fournir.

Si dans certaines familles la sexualité est un sujet facile à aborder, dans d'autres il s'agit d'un véritable tabou. Certaines familles pensent que c'est à l'Éducation Nationale d'en parler, mais d'autres ne souhaitent même pas que ce sujet soit abordé à l'école. Alors comment régler ce problème de discussion au sein des familles ? Comment faire lorsque les jeunes filles sont placées en foyer ou sous la tutelle d'un éducateur ? À qui revient ce rôle d'éducation à la sexualité ? L'enseignement scolaire dispensé devrait-il s'adapter à la situation familiale de la jeune fille ? L'éducation à la sexualité est donc un réel travail d'équipe entre le corps enseignant, les CPEF et les parents.

4.4 L'accès à l'IVG

Avant la réalisation de notre étude, nous pensions que les adolescentes rencontraient des difficultés pour accéder à l'IVG :

- **Une découverte trop tardive de la grossesse** : les cycles des jeunes filles étant irréguliers, et ces dernières ne connaissant pas totalement leur corps, ceci aurait pu conduire à une découverte tardive de l'état de grossesse.
- **Les procédures d'accès à l'IVG sont très réglementées** : plusieurs consultations sont nécessaires. Il s'agit donc d'une démarche assez longue où la jeune fille doit venir consulter à plusieurs reprises accompagnée d'une personne majeure, parfois difficile à trouver.

Au final, notre constat est différent des hypothèses formulées au préalable. Aucune des jeunes filles de notre étude n'a envisagé l'IVG comme potentielle solution. Une seule déclaration tardive a eu lieu, mais il ne s'agissait pas d'une découverte tardive puisque la jeune fille a caché volontairement son état de grossesse par peur que ses parents ne lui imposent un recours à l'IVG.

Ce phénomène peut être expliqué par la représentation que les jeunes filles de notre étude se font de l'IVG : cette démarche est toujours associée à un infanticide. Il s'agit d'un acte choquant pour ces dernières, qui n'ont jamais envisagé cette solution.

Cette image négative a tendance à se généraliser auprès des adolescents, comme le montre l'article du journal Le Monde Société relatant les propos de collégiennes :

« *L'avortement, c'est moins bien vu.* », avec une valorisation des jeunes filles enceintes caractérisées de « courageuses » par les autres élèves [21].

4.5 La scolarité

Nous avons pu constater que la scolarité est malmenée, que ce soit pendant la grossesse ou après l'accouchement.

Pendant la grossesse, les jeunes filles ne souhaitent pas continuer à fréquenter leur établissement scolaire. La principale raison est la peur du regard des autres, le fait de se sentir jugée en permanence, que ce soit par les autres élèves, par le corps enseignant ou les parents d'élèves. Vient alors la décision de ne plus se rendre en cours.

Or, nous avons vu dans notre première partie, qu'il était possible de poursuivre sa scolarité à domicile, soit par l'intervention d'un enseignant qui se déplacerait, soit par l'intermédiaire du CNED. Nous constatons cependant que seules huit jeunes filles profitent de ce système, fort pratique pourtant. Les autres adolescentes nous disent ne pas être au courant de cette possibilité. Nous pouvons alors nous demander pour quelles raisons n'a-t-on pas proposé ce système d'enseignement à domicile à ces jeunes filles ? Nous nous sommes alors renseignés davantage. Ce système de cours à domicile n'est valable que dans les cursus de la filière générale et non pour toutes les formations professionnalisantes. Or la moitié des jeunes filles suivaient ce genre de formation. Rien ne leur a donc été proposé. De plus, l'instruction étant obligatoire jusqu'à seize ans, celles qui étaient plus âgées n'étaient donc pas obligées de poursuivre leur scolarité.

Une étude réalisée en 1998 par l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP) mettait déjà en évidence que la grossesse, « *surtout si elle a été menée à terme, représente souvent un handicap dans le parcours scolaire de la jeune fille et pour son devenir professionnel* », ce qui conduit dans la majorité des cas à un arrêt de la scolarité [22]. Dans le même sens, des études menées au Canada et aux États-Unis ont démontré que « *les jeunes mères courent plus de risques d'abandonner l'école ou d'atteindre un niveau de scolarisation moins élevé et, par conséquent, de plafonner professionnellement ou de rater des occasions d'emploi* » [23].

Ainsi, l'arrêt de la scolarité pendant la grossesse n'est ni une problématique récente ni spécifique à notre population [24].

De plus, nous avons pu constater que les jeunes filles de notre étude avaient de mauvais résultats scolaires avant la grossesse. Ce fait a également été mis en évidence dans l'étude de l'INRA « *Les jeunes et la santé* » [25]. L'échec scolaire constitue donc un facteur de risque de grossesse chez les adolescentes.

4.6 *Les difficultés rencontrées*

4.6.1 *Au cours de la grossesse*

Globalement, la grossesse se passe bien, ce qui correspond à plusieurs études Belges [25].

Les jeunes filles sont suivies sur le plan obstétrical, par un gynécologue ou une sage-femme. La visite de la PMI est systématique en début de grossesse et se poursuivra tout au long de cette dernière. La fréquence des visites est à évaluer selon les besoins des jeunes filles. Ce suivi médico-social est important pour permettre d'envisager les aspects sociaux, économiques et scolaires de ces grossesses.

Néanmoins, à l'issue de notre enquête, il apparaît qu'il convient de différencier les grossesses des moins de seize ans et celles des plus de seize ans : en effet, avant cet âge, la maturité est différente. La jeune fille accepte moins les remarques, est plus sur la défensive. Elle est beaucoup plus touchée par le regard des autres et se sent rejetée par la société. Sa grossesse sera moins sereine, elle se posera plus de questions sur sa capacité à être mère et aura besoin d'être épaulée pendant neuf mois. Il faudrait donc un suivi plus rapproché pour les jeunes filles de moins de seize ans.

De plus, la majorité des jeunes filles de plus de seize ans de notre échantillon se sentent sur-accompagnées.

4.6.2 *Durant le séjour en maternité*

Tout d'abord, sur le plan obstétrical, dans notre étude, aucune pathologie gravidique n'a été mise en évidence. L'accouchement et les suites de couches se déroulent de manière physiologique. L'étude d'INRA va également dans ce sens. [25]

Le séjour à la maternité est quant à lui d'une longueur égale au séjour de n'importe quelle primipare qui resterait quatre jours au lieu de trois : il est fréquent de prolonger le séjour d'une patiente le temps que l'allaitement maternel se mette en place, et ceci quel que soit l'âge de cette dernière.

En ce qui concerne la prise en charge de l'enfant, aucune difficulté sur ce point : pas de trouble de l'alimentation, du sommeil, de lien mère-enfant ; une seule hospitalisation a eu lieu. La cause de celle-ci était une bronchiolite, ce qui intervient aussi dans un certain nombre de familles supposées dans les normes. Les jeunes filles ne se sont pas senties perdues, en tout cas pas plus que n'importe quelle primipare.

Au niveau des suites de couches immédiates, les jeunes filles ne sont pas confrontées à plus de difficultés que n'importe quelle autre primipare. Elles ont besoin d'être rassurées, accompagnées dans leurs premiers pas en tant que mère. La période du séjour en maternité est un moment de joie mais aussi de doute, de perte de confiance, de questionnement pour chaque femme. C'est d'ailleurs pour cette raison que, classiquement, au troisième jour du séjour, de nombreuses femmes sont soudainement tristes, en pleine crise de confiance en soi : on appelle cela le blues du troisième jour. Les adolescentes ont ce même besoin d'être rassurées, d'autant plus du fait que leurs repères familiaux sont souvent perturbés, voire même inexistantes.

4.6.3 À la sortie de la maternité

- **Au niveau de la vie de couple :**

Dans notre série, le conjoint est présent dans la majorité des cas. La situation est donc assez stable. Le couple vit ensemble. Le conjoint est majeur et trouve un travail. Il est présent pendant la grossesse et participe à l'éducation de l'enfant.

Lorsque le conjoint n'est pas informé ou ne souhaite pas reconnaître l'enfant, se pose le problème de trouver un nouveau compagnon qui accepte la présence d'un enfant en bas âge alors qu'il n'est pas forcément prêt à assumer une telle situation du fait de son jeune âge. De plus, le fait d'avoir été enceinte à l'adolescence donne une image négative de la jeune fille : celle d'une adolescente immature qui n'a pas su prendre ses responsabilités en matière de contraception. Il est alors difficile de se débarrasser de cette image.

- **Au niveau de la vie sociale :**

Il est difficile de concilier une grossesse à l'adolescence et la poursuite d'une vie sociale.

En effet, les préoccupations sont bien différentes entre celles d'un adolescent et celles d'une jeune maman, qui gravite autour du bien-être de son bébé, des biberons et des couches. La moindre sortie devient alors compliquée.

Faire garder l'enfant peut aussi poser problème : les parents ne sont pas toujours présents ni disponibles, le père de l'enfant travaille, mais ne disposer que d'un seul salaire ne permet pas de financer une garderie.

Les jeunes filles finissent par s'isoler des personnes de leur âge. Ce constat est identique à celui d'une enquête réalisée en Angleterre (soixante-dix-neuf entretiens) : « *L'isolement est un facteur de regret d'avoir eu un enfant, car les jeunes mères ne peuvent plus sortir autant qu'elles le désirent. Leurs amis ne s'intéressent plus à elles. Un ressentiment envers le père de l'enfant peut s'installer puisque ce dernier peut continuer de mener sa vie comme il l'entend* » [26].

L'isolement social est alors un facteur de risque de dépression du post-partum : la sage-femme doit donc rester vigilante et attentive aux signes avant-coureurs.

Cet isolement est amplifié par la crainte du regard des autres, la peur du jugement. C'est ce jugement qui est le plus difficile à vivre par les adolescentes : le fait de se sentir incapables d'être mère dans le regard d'autrui peut leur faire perdre confiance.

Ces adolescentes ont alors besoin d'être rassurées, accompagnées, et c'est aussi le rôle des professionnels de santé, parfois mal à l'aise face à ces jeunes filles.

5 Propositions

Des propositions peuvent découler de notre discussion. Elles s'articuleront autour de deux axes : la prévention et l'amélioration de la prise en charge des grossesses adolescentes.

5.1 Au niveau de la prévention

5.1.1 *En ce qui concerne la contraception*

- **La prévention primaire**

La première consultation en contraception est une consultation médicale en plusieurs étapes, selon la méthode BERGER préconisée par l'HAS [17]. Elle comprend différentes étapes : l'anamnèse, la présentation et l'explication des différents moyens contraceptifs pour définir lequel serait le mieux adapté à la jeune fille. Le praticien doit ensuite s'assurer de la bonne compréhension des explications qu'il a fournies [Annexe2].

Toutes ces étapes semblent couler de source mais tout n'est pas forcément abordé, surtout par manque de temps lors de consultations souvent trop courtes. La jeune fille arrive souvent avec une demande de pilule, car généralement elle ne connaît que ce mode de contraception. Il est plus simple et plus rapide pour le professionnel de santé d'accéder à cette demande sans pour autant lui présenter d'autres contraceptifs, qui peut-être lui conviendraient davantage.

La première prise de contraception orale est souvent difficile à comprendre, d'autant plus lorsqu'on est jeune. Outre la présentation et les explications des différents moyens contraceptifs, il semble vraiment important que le professionnel de santé s'assure de la bonne compréhension de la jeune fille en lui posant des questions telles que : « *Imaginez que vous prenez la pilule à 20h le soir, vous l'oubliez. Vous vous en rendez compte le lendemain matin à 9h en vous réveillant. Que faites-vous ?* ». Faire réfléchir l'adolescente sur des cas concrets, où elle se sentira concernée, lui permettra de savoir comment réagir face à différentes situations.

Certes, de nombreux laboratoires intègrent un chapitre concernant la façon de réagir face à l'oubli, mais qui peut prétendre regarder la notice d'utilisation de chaque traitement pris ? Souvent même, la boîte est jetée pour ne conserver que la plaquette de comprimés. Il faudrait que la jeune fille possède sur elle un mémo de format carte bancaire à glisser dans son portefeuille pour savoir comment réagir face à un oubli, quel que soit l'endroit où elle se trouve et le moment de l'omission.

L'existence d'une contraception d'urgence est souvent ignorée par l'adolescente. Il conviendrait d'insister davantage sur sa gratuité pour les mineures et ses lieux de disponibilité (pharmacie, infirmerie scolaire...).

Nous avons vu également que l'observance est souvent prise à la légère car la jeune fille ne comprend pas le mode de fonctionnement de la contraception et ne se rend pas compte des dangers en cas de mauvaise observance. Un seul oubli suffit pour qu'une ovulation ait lieu et donc une potentielle fécondation, ce dont les adolescentes n'ont pas du tout conscience : dans notre étude nous avons trop souvent entendu « *Moi je pensais qu'avec un oubli on ne pouvait pas tomber enceinte* ».

Lutter contre les idées reçues est également important : beaucoup de jeunes filles pensent que la pilule rend stérile, d'où le fait de ne pas pouvoir être enceinte au premier oubli. C'est au professionnel de santé de savoir prendre le temps de répondre à ces questions et s'adapter à la personne qu'il a en face de lui : les explications ne seront pas les mêmes lors d'une première prise et d'une deuxième, et pas non plus chez une femme de trente-cinq ans qui a déjà des enfants et connaît donc mieux son corps que chez une adolescente de quinze ans en pleine construction identitaire.

Un dernier point est celui de la connaissance de leur corps par les jeunes filles : nous remarquons que ces dernières ne connaissent que très peu leur corps. Pour mieux s'imaginer comment agit son mode de contraception, que ce soit une pilule, un DIU ou un implant, il est important de faire un dessin, un schéma qui situerait les organes génitaux les uns par rapport aux autres. De plus, il faudrait à chaque fois préciser comment fonctionnent les hormones contenues dans la pilule sur le cycle féminin, et ce qu'il arrive lorsqu'on oublie un comprimé, pour souligner l'importance de l'observance [Annexe 5]. Cette connaissance du corps ne devrait pas être expliquée qu'aux jeunes filles, mais également aux garçons, qui ont un rôle à jouer en matière de contraception au sein du couple.

Les professionnels de santé, dont les sages-femmes, ont donc un rôle essentiel sur la régulation des naissances par l'intermédiaire de la première consultation de contraception.

Lors du suivi gynécologique de ces jeunes filles, repérer les jeunes filles en échec scolaire est un point important dans la prévention des grossesses adolescentes. Il conviendrait alors d'insister davantage sur l'observance du moyen de contraception au long terme auprès de ces jeunes filles.

- **La prévention secondaire**

Toutes ces étapes d'anamnèse, de conseils, d'explications sur la contraception, sur le fonctionnement du corps doivent aussi être réalisées pendant la grossesse dans un objectif de prévention secondaire, pour empêcher la survenue de grossesses rapprochées.

En effet, nous avons pu constater lors de notre étude, que les seules jeunes filles qui possédaient un moyen de contraception à distance de l'accouchement sont celles qui avaient reçu des informations à ce sujet plusieurs fois au cours de la grossesse. Ainsi, aborder la contraception à plusieurs reprises au cours de la grossesse serait bénéfique pour l'observance de cette dernière au long cours après l'accouchement. En revanche, n'en parler qu'en suite de couches, comme pour toutes les patientes, ne garantirait pas une bonne observance, ce qui pourrait entraîner un risque de grossesses rapprochées, avec toutes les complications obstétricales associées.

Le suivi d'une grossesse chez l'adolescente devrait alors comprendre, au cours des consultations, un temps pour aborder la contraception (les différents types, leurs effets secondaires, leur mode d'action) afin de permettre aux jeunes filles une meilleure compréhension de leur corps et du fonctionnement d'un contraceptif.

5.1.2 En ce qui concerne les cours d'éducation sexuelle

- **Des cours à enseigner plus tôt dans le cursus scolaire**

Nous avons mis en évidence que les cours d'éducation sexuelle sont dispensés un peu tard, surtout de nos jours où la puberté est de plus en plus précoce. De plus, l'âge du début de la sexualité active est variable d'un individu à l'autre.

C'est pourquoi il serait peut-être avisé d'étaler ce programme sur plusieurs années, comme le prévoient les textes de l'Éducation Nationale [19]. Différents points pourraient être abordés successivement : les relations hommes-femmes, la communication avec son partenaire, le fonctionnement du corps, les différents types de contraception et comment les utiliser.

De plus, il conviendrait d'adapter le contenu des interventions selon les sujets étudiés en SVT : dans les classes type SEGPA ou EREA, où ces enseignements sont peu, voire pas présents, il serait bon de reprendre les bases du fonctionnement du corps et donc d'intégrer des cours théoriques aux interventions. Les difficultés scolaires étant un facteur de risque de survenue de grossesses, l'éducation sexuelle est donc particulièrement importante dans ces sections. Ne faudrait-il pas alors commencer les interventions liées à la sexualité plus tôt dans ces filières ?

Les séances d'éducation à la sexualité pourraient aussi être l'occasion de montrer aux jeunes filles les contraintes de la prise en charge d'un bébé. Pourquoi ne pas leur laisser, pendant vingt-quatre heures, des poupons programmés pour pleurer, réclamer à manger, ne pas faire leurs nuits, comme de vrais bébés, pratique déjà réalisée en Grande Bretagne ?

Enfin, il serait important d'accentuer la prévention sur les IST puisque nous avons pu constater que les jeunes ne pensent plus du tout à se protéger contre elles. Ils ne pensent qu'au risque de grossesse.

- **Une uniformisation nationale du programme**

Nous avons vu précédemment que la région Rhône Alpes a beaucoup cheminé ces dernières années dans le but d'uniformiser les discours en matière d'éducation à la sexualité et dans la répartition des rôles de chacun dans la réalisation des interventions.

Néanmoins chaque établissement est libre de les réaliser en interne, ou de faire appel aux associations ou aux CPEF. Il nous semble pourtant que ce dernier serait le plus à même de réaliser ces interventions puisqu'il est confronté chaque jour à ce genre de situation. Pourquoi ne pourrait-on pas créer un système de collaboration entre tous les CPEF et les établissements scolaires, où chacun aurait un rôle clairement défini, et procéder à une uniformisation du programme au niveau national ?

5.1.3 Place de la régulation des naissances dans la formation des sages-femmes

Depuis 2009, les sages-femmes ont vu leur champ de compétences élargi au suivi gynécologique de prévention et à la pratique contraceptive. Or l'enseignement concernant la régulation des naissances est-il suffisant au cours des études de sages-femmes ? Ces dernières se sentent-elles à l'aise pour prodiguer des conseils en matière de contraception ? Sont-elles capables d'adapter leur discours et leur prise en charge en fonction de l'âge, de la culture ou du milieu socio-économique dans lequel se trouve la patiente ?

Nous avons constaté que les jeunes filles de notre étude se sentaient jugées par les professionnels de santé. Ce sentiment n'est-il pas dû au fait que certaines sages-femmes peuvent se sentir mal à l'aise ?

Une étude réalisée auprès de cent-trente étudiants sage-femme en Ile de France va dans ce sens. L'enseignement théorique dans le domaine de la contraception semble suffisant pour les étudiants. Néanmoins, pouvoir s'adapter aux particularités culturelles, socio-économiques, et animer des interventions d'éducation sexuelle auprès d'adolescents pose problème. Tous avouent ne pas se sentir à l'aise [27].

- Ainsi, ne devrait-on pas aborder les problématiques liées à l'adolescence **au cours des études** de sage-femme ?

- Ne pourrait-on pas également intégrer **dans la formation continue** des professionnels de santé, des journées de formation autour de l'adolescence ? Le but serait de mieux comprendre les enjeux de la prévention et de la prise en charge de ces grossesses, par l'intermédiaire de cours théoriques mais aussi de jeux de rôle et de mises en situations.

5.2 Au niveau de la prise en charge

5.2.1 *Le maintien de la scolarité*

Il s'agit d'un enjeu capital lors de la survenue d'une grossesse à l'adolescence. C'est un véritable enjeu de Santé Publique. La poursuite de l'instruction permettrait à la jeune fille d'obtenir un diplôme, et de lui éviter donc de se retrouver dans des situations de grande précarité.

Néanmoins plusieurs problèmes subsistent :

- Pour les formations professionnelles, il n'existe que le CNED pour étudier à domicile. Or, aucun établissement scolaire n'a orienté ces jeunes filles vers cette solution.
- Pour les jeunes filles de plus de seize ans l'instruction n'est plus obligatoire. Mais n'ont-elles pas tout de même besoin d'aide, de soutien, pour réussir à obtenir une qualification ? Pourquoi, sous prétexte que la loi leur donne le droit d'arrêter leur scolarité, ne devrait-on pas les motiver, leur donner des pistes de réflexion ?

Les établissements scolaires ont donc un rôle très important à jouer dans la poursuite des études de ces adolescentes. Un entretien individuel pourrait être mis en place pour leur permettre de connaître les alternatives à la scolarisation possibles pour la poursuite de leurs études.

La poursuite de la scolarité est aussi un enjeu médico-social :

- La sage-femme de PMI est en première ligne pour éviter les déscolarisations. Elle peut aborder ce sujet tout au long de la grossesse pour aider la jeune fille à trouver une solution pour continuer son cursus scolaire ou pour se réorienter.

- Les professionnels de santé qui assurent le suivi de grossesse peuvent, lors des consultations prénatales, aborder brièvement ce sujet, dans le but de montrer à la jeune fille l'importance de l'instruction.
- D'où l'importance du staff PMI : rencontre mensuelle instaurée dans certains établissements dans le but de faire le lien entre le corps médical et médico-social suivants la jeune fille.

La continuité des études est donc un véritable travail d'équipe entre le corps enseignant et le corps médico-social, dans le but d'aider la future mère à continuer ses études ou à trouver une réorientation qui lui permettrait d'obtenir un diplôme, puis un travail. L'Inspection Académique d'Amiens a créé un protocole de prise en charge des grossesses à l'adolescence favorisant la collaboration de l'Éducation Nationale et du corps médico-social [Annexe 6].

5.2.2 Une prise en charge à adapter selon des facteurs de risques sociaux

Nous avons constaté que les difficultés étaient différentes selon l'âge des jeunes filles et leur situation socio-familiale. Un suivi identique pour toutes les adolescentes n'est donc pas forcément adapté.

Sur le modèle du « triangle du suivi spécialisé des grossesses des adolescentes » effectué au Royaume-Unis par le réseau national de sages-femmes pour la grossesse des adolescentes (National Teenage Pregnancy Midwifery Network [28]), nous proposons une prise en charge du suivi de la grossesse selon les facteurs de risques sociaux.

Les critères de prises en charge spécifiques sont les suivants :

- **enfants** à charge et **suivi irrégulier**,
- rencontre de **difficultés** particulières,
- **déscolarisation** ou désintérêt des études,
- âge de la conception **inférieur à seize ans**,
- antécédents de **problèmes psychologiques** (atteinte du corps, anorexie, consommation abusive de drogue ou d'alcool),
- **absence de suivi** prénatal ou suivi tardif,

- **problèmes sociaux** (les jeunes femmes sans logement ou vivant dans des milieux défavorisés, les jeunes délinquantes),
- adolescente enceinte ou futur enfant **confié à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)**,
- **deuxième grossesse**,
- contexte de **violences familiales** ou extra-familiales.

A partir de deux critères, la jeune fille est considérée comme vulnérable et un suivi pluridisciplinaire plus intense doit être mis en place.

5.2.3 Un suivi plus dense lors du retour à la maison

Nous avons pu mettre en évidence que ces jeunes filles bénéficient d'un accompagnement très intense pendant la grossesse. Or dès le retour au domicile, hormis le passage de la puéricultrice de PMI, l'adolescente est livrée à elle-même.

Ne devrait-on pas étayer d'avantage le suivi médico-social de ces jeunes mamans lors du retour à domicile ? Ce suivi pourrait être réalisé par la sage-femme de PMI qui se rendrait au domicile de l'adolescente à hauteur d'une fois par semaine par exemple. Le but serait surtout de conseiller la jeune fille pour éviter l'isolement social et donc le risque de dépression associée.

Ainsi, il nous paraîtrait important de parler à ces jeunes filles des Lieux d'Accueil Parents Enfants (LEAP), des lieux où les jeunes mamans peuvent se rendre pour jouer avec leur enfant et trouver du soutien auprès de professionnels de santé formés sur la relation mère-enfant (psychologue, puéricultrice, sage-femme, éducatrice...).

L'existence de ces lieux pourrait être abordée par le corps médical, dès le service de suites de couches dans un souci de lutte contre l'isolement. D'où l'intérêt de la formation continue des professionnels de santé, dans le but d'adapter les conseils de sortie prodigués à la maternité en fonction du public face auquel ils se trouvent.

La collaboration entre le corps médical et médico-social est donc particulièrement importante, que ce soit au cours de la grossesse ou en dans le post partum.

Conclusion

Au travers de l'étude réalisée dans le département de l'Ain auprès de 26 jeunes filles, leurs témoignages nous ont permis de mettre en évidence différents points :

- En ce qui concerne les **causes** des grossesses adolescentes et les **possibilités de prévention** :

Nous avons pu constater qu'elles sont dues essentiellement à un échec de contraception.

Ces grossesses sont alors menées à terme dans le but de réparer une situation familiale chaotique et de donner un but à une vie semée d'échecs. Les difficultés scolaires peuvent donc être considérées comme un facteur de risque de grossesse précoce.

Ainsi, la prévention se situe au niveau des cours d'éducation à la sexualité, qui doivent être dispensés plus tôt dans le cursus scolaire et devraient aborder non seulement les modes de contraception mais aussi la communication au sein du couple, qui pose souvent problème. Une harmonisation du programme au niveau national nous paraîtrait importante.

De plus, il conviendrait d'éliminer les idées reçues et permettre aux jeunes filles de connaître leurs corps pour comprendre davantage l'intérêt de l'observance, d'où le rôle essentiel du professionnel de santé délivrant le contraceptif.

Un deuxième niveau de prévention serait à envisager dans le but d'éviter la survenue de grossesses rapprochées. Parler de contraception tout au long de la grossesse semble alors être un facteur protecteur de l'observance au long terme et permet donc d'éviter le risque de grossesses rapprochées.

- En ce qui concerne les **difficultés rencontrées** pendant la grossesse et durant les deux années après la naissance :

Nous avons montré que les adolescentes qui accèdent au statut de mère ne sont pas confrontées à plus de problèmes que d'autres primipares. Nous n'avons constaté aucun trouble du lien mère-enfant ni de la prise en charge du bébé.

Globalement, les grossesses chez les adolescentes ne posent de difficultés qu'au niveau de la rupture scolaire et sociale qu'elles entraînent.

Ainsi, le rôle des corps enseignant et médico-social est de s'assurer que la jeune fille possède toutes les informations nécessaires à la poursuite de ses études ou à sa réorientation.

De plus, l'exclusion sociale doit être surveillée par le personnel médical et médico-social pour prévenir la dépression du post-natal.

La prévention de l'isolement passe aussi par l'absence de la rupture de l'accompagnement de ces mamans dans le post partum

Au final, la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en charge, doit être un travail d'équipe entre le corps médical, médico-social et le système éducatif.

Il conviendrait par ailleurs d'améliorer la formation initiale ou continue des sages-femmes au niveau de la régulation des naissances pour leur permettre de se sentir plus à l'aise face à ces situations.

A l'issue de notre étude, nous avons pu apporter des éléments de réponses aux principales interrogations posées au préalable. Nous avons pu constater que suite à un oubli contraceptif, les jeunes filles de notre étude n'ont pensé qu'au risque de grossesse et non à la transmission possible d'IST. La question de la connaissance des IST par les jeunes filles nous a alors interpellée. Pour quelles raisons ne pensent-elles plus à se protéger ? Croient-elles que ces maladies n'existent plus ? Sommes-nous toujours aussi efficace en matière de campagne de prévention ? Une nouvelle étude pourrait faire l'objet de la connaissance des IST dans la population générale.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

Références bibliographiques

1. **Alvin P., Marcelli D.** : *L'adolescence, les adolescents*. In : Médecine de l'adolescent. 2ème éd. Éd. Masson Paris, 2000-2005, 447 p.
2. **Hautefeuille M.** : *Adolescence et identité*. Journée SERT. Paris : 2006. Disponible sur : < <http://www.hopital-marmottan.fr/spip/spip.php?article35> > (consulté le 4 janvier 2011)
3. **Bursztejn C.** : *Puberté normale et pathologique : développement psychologique à l'adolescence, module 3 b- maturation et vulnérabilité*. Strasbourg : faculté de médecine, 2006-2007, 87 p.
4. **Coslin P.** : *Les conduites à risque à l'adolescence*. Éd. Armand Collin, 2003, 224p.
5. **Letombe B., Massart P., Robin G.** : *La contraception des adolescentes en France en 2007*. Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 200 p. 952-967
6. **Bajos N., Durand S.** : *Comportements Sexuels et reproductifs des adolescents : comparaison entre pays développés : étude pour la France*. New York: The Alan Guttmacher Institute, Occasional Report N° 9, 2001, 52 p.
7. *Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010*, INPES, p. 150
8. **Barrot D.** : *Les grossesses chez les adolescents: données actuelles, approche comparative dans le Kent et dans la Somme*. Conseil Général de la Somme, 2010. 10 p.
9. **Le Van C.** : *La grossesse à l'adolescence : un acte socialement déviant ?* Adolescence 1, 2006 (n° 55), p. 225-234

10. **Pinson G., INED** : *France 2009 : l'âge moyen de la première maternité atteint 30 ans.* Bulletin mensuel de l'institut national d'études démographiques (INED), Population et société, 2010, 465p -4.
11. **Le Van C.** : *Les grossesses à l'adolescence, normes sociales, réalités vécues.* Éd. L'Harmattan, 1998, Paris
12. **Marcelli D.** : *Adolescence, grossesse et sexualité, une douloureuse conjonction.* Revadosanté, juin 2001, N° 2
13. **Bydlowski M.** : *Les parents face aux amours adolescents.* Gynécologie et Psychologie, 1992, N° 5
14. **Dappe S., Faucher P., Madelenat P.** : *Maternité à l'adolescence : analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers.* Gynécologie Obstétrique & Fertilité, volume 30, Issue 12, p. 944-952
15. **Sibertin-Blanc D.** : *Le bébé de mère adolescente, à qui appartient-il ?* Revadosanté, Revue de médecine et santé de l'adolescent, décembre 2001, N° 2
16. **Mouras JP** : *Être mère à l'adolescence,* Figures de la psychanalyse 1, 2004 (n°9), p. 97-101.
17. Collège Lyonnais des généralistes enseignants : *Les méthodes contraceptives : présentation, utilisation, indications, bénéfices et inconvénients. Synthèse à partir des recommandations de l' HAS et de la pratique du médecin généraliste.* Mars 2007
18. **Durif-Bruckert C** : *Une fabuleuse machine: anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologique.* Ed Métalié Paris 1994
19. *L'éducation à la santé et à la sexualité : Article L 312-16 du Code de l'Education.* <http://www.legifrance.gouv.fr/>, 9 Août 2004

20. Rectorat de Lyon et de Grenoble : *Charte académique des partenaires extérieurs intervenant en éducation à la sexualité et à la vie*. Juillet 2004
21. **Aubenas F** : *Dans la Thiérarche, la fierté des mères ados*. Le Monde Société. Février 2014.
22. *Prévention et suivi des grossesses chez les adolescentes scolarisées. Spécificité et limites de l'Education nationale*. Etude réalisée par l'ENSP. 1998
23. *Grossesse à l'adolescence : quelles difficultés ?* Etude réalisée aux Etats Unis et au Canada sur 150 adolescentes. Santé et Services Sociaux du Québec. 2008
24. *Jeunes filles enceintes et mères adolescentes : un portrait statistique*. Ministère de l'Education. Québec. 2002
25. *Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ?* Unité d'Education pour la Santé. Belgique. 2006
26. **Portier F** : *Mères adolescentes en Angleterre et en Ecosse : mythes et réalités, la parole des mères*. Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'université de Rennes. 2007
27. **Flandin-Créton S, Dreyfus JF** : *Place de la régulation des naissances dans la formation initiale des sages-femmes : enquête en île de France en 2012*. La revue sage-femme. Vol 12 numéro 4. Septembre 2013
28. <http://www.rcm.org.uk/>

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

Livres et ouvrages

- **Alvin P., Marcelli D.** : *L'adolescence, les adolescents*. In : Médecine de l'adolescent. 2ème éd. Éd. Masson Paris, 2000-2005, 447 p
- **Birraux A.** (1990) : *L'adolescent face à son corps*. Éd. Universitaires, Paris
- **Braconnier et Marcelli** : *L'adolescence aux mille visages*. Éd. O Jacob, 1997, 272p.
- **Braconnier et Marcelli** : *Adolescence et psychopathologie*. Éd. Masson, janvier 2004
- **Bydlowski, M.**: *Je rêve un enfant*. Éd. O Jacob, Paris, 2000
- **Clerget S.** : *Adolescents la crise nécessaire*. Éd. Marabout, 2005, 281 p.
- **Coslin P** : *Les conduites à risque à l'adolescence*. Éd. Armand Collin, 2003, 224p.
- **Dolto C., Dolto F., Percheminier C.** : *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*. Éd. Gallimard jeunesse, Paris, 1999, 157 p.
- **Dolto F.** (1988) : *La cause des adolescents*. Éd. Robert Laffont, Paris
- **Durif-Bruckert C** : *Une fabuleuse machine: anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologique*. Ed Métalié Paris 1994
- **Guilbert P, Gautier A** : *Baromètre Santé 2005. INPES*. 2006
- **Lachcar, Pons J-C., Venditelli F.** : *L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention*. Éd. Masson, 2004, 335 p.
- *Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010*, INPES, p.150
- **Le Van C.** : *Les grossesses à l'adolescence, normes sociales, réalités vécues*. Éd. L'Harmattan, 1998, Paris

Articles

- **Aubenas F** : *Dans la Thiérarche, la fierté des mères ados*. Le Monde Société. Février 2014
- **Bettoli L** : *Parents mineurs : la grossesse, facteur de maturation pour les jeunes parents ? Quels risques comporte-t-elle ? Quel accompagnement à Genève?* Thérapie Familiale, 2003/2 Vol. 24, p. 179-191
- **Bitzer J** : *Contraceptive compliance : why is contraceptive failure still so frequent ?* Ther Umsch, 2009
- **Boukobza C, Cohen A**: *Les écueils de la relation précoce mère bébé*. Figures de la psychanalyse, 2007/2 n° 16, p. 297-300
- **Bydlowski M.** : *Les parents face aux amours adolescents*. Gynécologie et Psychologie, 1992, N° 5
- *Comment aider une femme à choisir sa contraception ?* INPES, 2005
- **Dappe S., Faucher P., Madelenat P.** : *Maternité à l'adolescence : analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers*. Gynécologie Obstétrique & Fertilité, volume 30, Issue 12, p. 944-952
- **Esterle-Hedibel M** : *Absentéisme, déscolarisation, décrochage scolaire, les apports des recherches récentes*. Déviance et Société, 2006/1 Vol. 30, p. 41-65
- **Flandin-Créton S, Dreyfus JF** : *Place de la régulation des naissances dans la formation initiale des sages-femmes : enquête en île de France en 2012*. La revue sage-femme. Vol 12 numéro 4. Septembre 2013
- **Guettier B** : *Grossesse, maternité : circuit court ou court-circuit ?* La lettre de l'enfance et de l'adolescence, 2001/3 no 45, p. 67-71

- **Letombe B., Massart P., Robin G.** : *La contraception des adolescentes en France en 2007*. Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 200 p. 952-967
- **Lee JK** : *The impact of contraceptive counseling in primary care on contraceptive use*. J Gen Intern Med, 2011
- **Le Van C.** : *La grossesse à l'adolescence : un acte socialement déviant ?* Adolescence 1, 2006 (n° 55), p. 225-234
- **Mignot C** : *La grossesse chez l'adolescente*. Journal de pédiatrie et de puériculture, Volume 12, Issue 6, p. 353-358
- **Moreau C, Bouyer J** : *Frequency of discontinuation of contraceptive use : results from a french population-based cohort*. Human Reproduction, 2009
- **Naves MC, Sauneron S** : *Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale, la note d'analyse*. Questions Sociales, 2011
- **Sibertin-Blanc D.** : *Le bébé de mère adolescente, à qui appartient-il ?* Revadosanté, Revue de médecine et santé de l'adolescent, décembre 2001, N° 2
- **Van Lusen HW** : *Recent oral contraceptive use patterns in four European countries : evidence for selective prescribing of oral contraceptives containing third-generation progestogens*. Eur J Contracept Reprod Health Care. 1996
- **Wendland J., Levandowski DC** : *Parentalité à l'adolescence : déterminants et conséquences*. Evolution Psychiatrique, 2012

Mémoires

- **Filou A.** : *La maternité à l'adolescence : une prise en charge spécifique ?* Mémoire sage-femme, Baudelocque, 2011
- **Jérôme L.** : *Les grossesses à l'adolescence.* Mémoire sage-femme, Anger, 2010
- **Leroy K.** : *Adolescente à risque de grossesse précoce : collaboration, repérage, remède miracle ?* Mémoire infirmier, Les peupliers, 2006
- **Nankia Djoumetio S.** : *Pauvreté et grossesse des adolescentes au Cameroun.* Mémoire ISSEA, 2010
- **Portier F.** : *Mères adolescentes en Angleterre et en Ecosse : mythes et réalités, la parole des mères.* Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'université de Rennes. 2007
- **Rocher-Barrat C.** : *La maternité adolescente : « les aléas du lien ».* Mémoire de DESS de psychologie clinique et pathologique, Lille, 2003

Sites Internet

- Association fil-santé jeunes : www.filsantejeunes.com
- Association française pour la contraception : www.contractions.org
- Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception : www.ancic.asso.fr
- [Choisir sa contraception : www.choisirsacontraception.fr](http://www.choisirsacontraception.fr)
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français : www.cngof.asso.fr
- Haute Autorité de Santé : www.has-sante.fr
- Institution Nationale de prévention et d'Éducation pour la Santé : www.inpes.sante.fr
- Ministère de la Santé : www.sante.gouv.fr
- Mouvement français pour le planning familial : www.planning-familial.org

- Organisation Mondiale de la Santé : www.who.int.fr

Documents non publiés

- *Cours dispensés à l'école de sage-femme de Bourg en Bresse par Dr CHAIX, année 2013 : Les grossesses adolescentes.*
- *Stage en Protection Maternelle et Infantile réalisé en Octobre 2013 avec S.TOURNIER et N.MORRELLON à Bourg en Bresse.*
- *Entretien individuel réalisé avec Mme AGNEL, infirmière au ministère de l'Education Nationale à Bourg-en-Bresse.*
- *Entretien individuel avec une patiente de quatorze ans enceinte de huit mois.*

ANNEXES

ANNEXES

1 Annexe 1 : Grille d'entretien individuel

Etat des lieux avant la grossesse

1. Age

1.1. 14-16ans

1.2. 16-18ans

2. Scolarité

2.1. Niveau scolaire

2.1.1. Collège

2.1.2. Lycée

2.1.3. Autre

2.2. Résultats scolaires

2.2.1. Moyenne > 10

2.2.2. Moyenne < 10

3. Logement

3.1. Au domicile parental

3.2. En foyer

3.3. En famille d'accueil

3.4. Autre

4. Situation familiale

4.1 Situation du couple parental

4.1.1 Vivent en couple

4.1.2 Mariés

4.1.3 Divorcés

4.2 Nombre de frères et sœurs

4.2.1 1 à 3

4.2.2 4 à 6

4.2.3 plus de 6

4.3 Situation professionnelle

4.3.1 Les deux travaillent

4.3.2 Un seul travaille

4.3.3 Aucun n'a de travail

4.4 Age de la mère lors de son 1^{er} accouchement

4.4.1 Moins de 18 ans

4.4.2 De 18 à 25 ans

4.4.3 Plus de 25 ans

5. Suivi gynécologique et vie sexuelle

5.1. Suivi gynécologique

5.1.1. Oui

5.1.2. Non

5.2. Sujet abordé

5.2.1. Non

5.2.2. Oui

5.2.2.1.1. Avec les parents

5.2.2.1.2. En cours d'éducation sexuelle

5.2.2.1.3. Autre (amis...)

5.3. Contraception utilisée

5.3.1. Pilule

5.3.2. Préservatifs

5.3.3. Aucune

5.4. Age du 1^{er} rapport sexuel

6. Situation de couple

6.1. Célibataire

6.2. En couple

6.3. Situation du père de l'enfant

6.3.1. Age

6.3.1.1.1. 14/16 ans

6.3.1.1.2. 16/18 ans

6.3.1.1.3. Plus de 18 ans

6.3.2. Scolarité

6.3.2.1.1. Collégien

6.3.2.1.2. Lycéen

6.3.2.1.3. Etudes supérieures

6.3.2.1.4. Non scolarisé

6.3.3. Travail

6.3.4. Logement

6.3.4.1.1. Domicile parental

6.3.4.1.2. Foyer

6.3.4.1.3. Seul

Point sur la grossesse

7. Raisons de cette grossesse

7.1. Prévüe

7.1.1. Oui

7.1.2. Non

7.1.2.1.1. Rapports sexuels non protégés

7.1.2.1.2. Echec de contraception

7.1.2.1.3. Autre

7.2. Désirée

7.2.1. Oui

7.2.2. Non

8. Pourquoi avoir mené la grossesse à terme ?

8.1.1. Découverte de la grossesse tardive

8.1.2. Ne souhaite pas faire d'IVG : sensation de meurtre

8.1.3. Difficultés pour avoir recourt à l'IVG

8.1.3.1.1. Mauvaise information

8.1.3.1.2. Difficultés de locomotion

8.1.3.1.3. Difficultés pour trouver un adulte référent

8.1.4. Moyen de grandir et devenir indépendante

8.1.5. Moyen de défier l'autorité parentale

8.1.6. Donner de la consistance à sa vie

8.1.7. Pression familiale pour garder l'enfant

9. Avez-vous eu le sentiment d'être libre de vos choix ?

9.1. Oui

9.2. Non

10. Vécu de la grossesse

10.1. Situation de couple

10.1.1. Conjoint présent

10.1.2. Conjoint absent

10.2. Soutien reçu

10.2.1. De la famille

10.2.2. De ses amis

10.2.3. Professionnels

10.2.4. Autre

10.3. Logement

10.3.1. Domicile familial

10.3.2. Chez son compagnon

10.3.3. En foyer

- 10.4. Scolarité
 - 10.4.1. Poursuite de la scolarité
 - 10.4.2. Arrêt de la scolarité
- 10.5. Difficultés rencontrées
- 11. Contraception pendant la grossesse
 - 11.1. Evoquée
 - 11.1.1. Une fois
 - 11.1.2. Plusieurs fois
 - 11.1.3. A chaque consultation
 - 11.2. Non évoquée

Point de l'accouchement à aujourd'hui

- 12. Situation de couple
 - 12.1. Célibataire
 - 12.2. En couple
 - 12.2.1. Avec le père de l'enfant
 - 12.2.2. Avec un autre conjoint
- 13. Type d'allaitement
 - 13.1. Maternel
 - 13.2. Artificiel
 - 13.3. Difficultés rencontrées
 - 13.3.1. Oui
 - 13.3.2. Non
- 14. Contraception
 - 14.1. A la sortie de la maternité
 - 14.1.1. Pilule
 - 14.1.2. Préservatif
 - 14.1.3. Implants
 - 14.1.4. DIU
 - 14.1.5. Anneau

- 14.1.6. Patch
- 14.1.7. Aucune
- 14.1.8. Autre

14.2. Aujourd'hui

14.2.1. Moyen de contraception

- 14.2.1.1.1. Pilule
- 14.2.1.1.2. Préservatifs
- 14.2.1.1.3. Implants
- 14.2.1.1.4. DIU
- 14.2.1.1.5. Anneau
- 14.2.1.1.6. Patch
- 14.2.1.1.7. Aucune
- 14.2.1.1.8. Autre

14.2.2. Observance

- 14.2.2.1.1. Oui
- 14.2.2.1.2. Non

15. Soutien familial

- 15.1. Oui
- 15.2. Non

16. Scolarité

- 16.1. Arrêt
- 16.2. Poursuite
 - 16.2.1. Au même niveau
 - 16.2.2. Redoublement
 - 16.2.3. Réorientation

17. Prise en charge de l'enfant

- 17.1. Tout s'est bien passé
 - 17.1.1. Oui

17.1.2. Non

17.1.2.1.1. Difficultés niveau alimentation

17.1.2.1.2. Difficultés niveau santé

17.1.2.1.3. Difficultés niveau éducation

17.1.2.1.4. Difficultés au niveau du sommeil

17.1.2.1.5. Pleurs non gérables

18. Mode de garde de l'enfant

18.1. Crèche

18.2. Famille

18.3. Soit même

18.4. Autre

19. Sentiment d'être perdue à un moment donné

19.1. Non

19.2. Oui

19.2.1. A quel niveau

19.2.1.1.1. Enfant

19.2.1.1.2. Scolarité

19.2.1.1.3. Vie sociale

19.2.1.1.4. Vie de couple

19.2.2. Chez qui avez-vous trouvé des solutions ?

20. Avec du recul, feriez-vous les mêmes choix ?

20.1. Oui

20.2. Non

20.2.1.1. Au niveau contraception

20.2.1.2. Au niveau du choix de mener la grossesse à terme

20.2.1.3. Vis-à-vis du père de l'enfant

20.2.1.4. Au niveau de la scolarité

21. Nouvelle grossesse depuis

21.1. Oui

21.2. Non

2 Annexe 2 : Les différentes étapes lors d'une consultation en contraception

Conformément aux recommandations de l'HAS, une première consultation de contraception nécessite plusieurs étapes, comme le décrit la méthode BERGER :

Bienvenue, Entretien, Renseignements, Choix, Explications, Restitution.

Ces étapes sont donc :

- L'**anamnèse** : le professionnel de santé questionne la patiente sur ses antécédents médicaux, chirurgicaux, familiaux, gynécologiques, obstétricaux, son état de santé actuel, ses allergies et la prise d'un traitement médical. Le but de cette anamnèse est de mettre en évidence des facteurs de risque, notamment thrombo-embolique, puisque ce risque est majoré par la prise d'un contraceptif oestro-progestatif.
- La **présentation des différents moyens contraceptifs** pour que la patiente choisisse celui qui semble lui convenir au mieux selon ses désirs et son mode de vie.
- Les **explications sur le mode de contraception choisi** : comment il agit sur le corps, sa posologie, son mode d'utilisation, ses effets secondaires possibles. S'il s'agit d'une pilule, le professionnel de santé expliquera également comment réagir en cas d'oubli : que faire du comprimé oublié ? Quand utiliser la pilule du lendemain ? Quel est l'intérêt d'utiliser des préservatifs après un oubli ?
- Les **conduites à risque** doivent être abordées : parler des maladies sexuellement transmissibles, contre lesquelles seul le préservatif est efficace. Il convient à ce moment-là de parler du test de dépistage, qui doit être réalisé par les deux membres du couple avant l'arrêt du préservatif.
- L'**ordonnance** pour une analyse sanguine doit être donnée à la patiente. Elle est à réaliser après trois à six mois de prise de contraception orale.
- Le professionnel de santé doit s'assurer que la patiente a **bien compris** et il doit la revoir trois mois plus tard pour faire le point avec elle sur la bonne observance, la bonne tolérance de sa contraception.

3 Annexe 3 : L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées – CIRCULAIRE N°2003-027 DU 17-2-2003

Texte adressé aux rectrices et recteurs d'académie ; aux inspectrices et inspecteurs d'académie, directrices et directeurs des services départementaux de l'éducation nationale ; aux directrices et directeurs d'école ; aux chefs d'établissement ; aux directrices et directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales ; aux directrices et directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales

I – Les objectifs de l'éducation à la sexualité dans le cadre scolaire

L'école a un rôle spécifique dans la construction individuelle et sociale des enfants et des adolescents. Il s'agit de leur donner les moyens de s'approprier progressivement les données essentielles de leur développement sexuel et affectif et leur permettre notamment de mieux analyser et appréhender les multiples messages médiatiques et sociaux qui les assaillent quotidiennement.

Dans ce cadre, l'éducation à la sexualité vise principalement à apporter aux élèves, en partant de leurs représentations et de leurs acquis, les informations objectives et les connaissances scientifiques qui permettent de connaître et de comprendre les différentes dimensions de la sexualité ; elle doit également susciter leur réflexion à partir de ces informations et les aider à développer des attitudes de responsabilité individuelle, familiale et sociale.

Ainsi, afin de guider l'élaboration d'un projet par les équipes éducatives, on peut appliquer au champ spécifique de l'éducation à la sexualité, les objectifs éducatifs suivants :

- comprendre comment l'image de soi se construit à travers la relation aux autres ;
- analyser les enjeux, les contraintes, les limites, les interdits et comprendre l'importance du respect mutuel ; se situer dans la différence des sexes et des générations ;
- apprendre à identifier et à intégrer les différentes dimensions de la sexualité humaine, biologique affective, psychologique, juridique, sociale, culturelle et éthique ;
- développer l'exercice de l'esprit critique, notamment par l'analyse des modèles et des rôles sociaux véhiculés par les médias en matière de sexualité ;
- favoriser des attitudes de responsabilité individuelle et collective, notamment des comportements de prévention et de protection de soi et de l'autre ;
- apprendre à connaître et utiliser les ressources spécifiques d'information, d'aide et de soutien dans et à l'extérieur de l'établissement.

Des documents accompagnant la mise en œuvre des séances d'éducation à la sexualité en préciseront les contenus, la répartition et la progression pédagogiques adaptés à chaque cycle.

II - La mise en œuvre de l'éducation à la sexualité

Au sein des écoles et des établissements scolaires, tous les personnels, membres de la communauté éducative, participent explicitement ou non, à la construction individuelle, sociale et sexuée des enfants et adolescents.

En effet, en toutes circonstances, dans les différents espaces des écoles et des établissements (salles de classe, de cours ou d'activité, lieux d'accueil ou de récréation, espaces de circulation, vestiaires, restaurant scolaire...), tout adulte de la communauté éducative contribue à réguler les relations interindividuelles et à développer chez les élèves des savoir-être tels que le respect de soi et de l'autre ou l'acceptation des différences.

Ces pratiques éducatives impliquent une nécessaire cohérence entre les adultes participant au respect des lois et des règles de vie en commun qui s'exercent aussi bien dans le cadre de la mixité, de l'égalité, que de la lutte contre les violences sexistes et homophobes contraires aux droits de l'homme.

Au-delà de ces situations quotidiennes, il est nécessaire d'organiser un travail pluridisciplinaire s'appuyant sur les compétences complémentaires des divers personnels, inscrit dans le projet d'école et le projet d'établissement, voire inséré dans une politique d'établissement.

2.1 Une formation à destination de l'ensemble des élèves

Dans les enseignements, à tous les niveaux, les programmes des différents champs disciplinaires - tels que la littérature, l'éducation civique, les arts plastiques, la philosophie, l'histoire, l'éducation civique juridique et sociale... - offrent, dans leur mise en œuvre, l'opportunité d'exploiter des situations, des textes ou des supports en relation avec l'éducation à la sexualité selon les objectifs précédemment définis.

Les enseignements scientifiques liés aux sciences de la vie occupent une place spécifique mais non exclusive dans ce domaine. Ils procurent aux élèves les bases scientifiques - connaissances et raisonnements - qui permettent de comprendre les phénomènes biologiques et physiologiques mis en jeu.

Les enseignants de ces disciplines sont en outre guidés par le souci constant d'établir un lien entre les contenus scientifiques et leurs implications humaines, préparant ainsi les élèves à adopter des attitudes responsables et à prévenir les risques.

Dans la construction de leur progression sur l'année et sur le cycle, ils veillent à donner toute leur place aux parties des programmes relatives, selon les niveaux d'enseignement, à la reproduction et à la transmission de la vie, à la contraception, aux infections sexuellement transmissibles et particulièrement au sida.

En lien avec les connaissances acquises à travers les programmes scolaires aux différents niveaux, il est nécessaire de concevoir une continuité éducative tenant compte des questionnements et de la maturité des élèves.

À cette fin, trois séances d'information et d'éducation à la sexualité doivent, au minimum, être organisées dans le courant de chaque année scolaire.

Elles permettent de relier les différents apports concourant à l'éducation à la sexualité et de les compléter notamment dans les domaines affectif, psychologique et social, conformément aux objectifs définis ci-dessus (cf. §1).

2.1.1 À l'école primaire, l'éducation à la sexualité suit la progression des contenus fixée par les programmes pour l'école. Les temps qui lui sont consacrés seront identifiés comme tels dans l'organisation de la classe. Ils feront cependant l'objet, en particulier aux cycles 1 et 2, d'une intégration aussi adaptée que possible à l'ensemble des autres contenus et des opportunités apportées par la vie de classe ou d'autres événements. Aussi, à l'école, le nombre de trois séances annuelles fixé par l'article L. 312-16 du code de l'éducation doit-il être compris plutôt comme un ordre de grandeur à respecter globalement dans l'année que comme un nombre rigide de séances qui seraient exclusivement dévolues à l'éducation à la sexualité. L'ensemble des questions relatives à l'éducation à la sexualité est abordé collectivement par l'équipe des maîtres lors de conseils de cycle ou de conseils de maîtres. Les objectifs de cet enseignement intégré aux programmes ainsi que les modalités retenues pour sa mise en œuvre feront en outre l'objet d'une présentation lors du conseil d'école.

2.1.2 Au collège et au lycée, le chef d'établissement établit en début d'année scolaire les modalités d'organisation et la planification de ces séances, inscrites dans l'horaire global annuel des élèves, garantissant ainsi la mise en œuvre et la cohérence de ce dispositif, qui sera intégré au projet d'établissement et présenté au conseil d'administration. Pour les lycées, il fera également l'objet d'un débat au conseil de la vie lycéenne.

Les modalités d'organisation des séances - durée, taille des groupes - sont adaptées à chaque niveau de scolarité. Elles doivent privilégier un cadre favorisant l'écoute, le dialogue et la réflexion et peuvent s'appuyer sur les dispositifs existants. Le chef d'établissement veillera à la cohérence et à la complémentarité entre les apports des enseignements et les apports de ces séances.

La mise en œuvre de l'éducation à la sexualité, dans le premier comme dans le second degré, doit donc s'appuyer sur une véritable démarche de projet qui permet à la fois :

- d'informer et/ou d'associer les parents d'élèves ;
- de garantir la cohérence et la coordination des différents apports ;
- de susciter un travail intercatégoriel ;
- d'assurer, le cas échéant, le cadrage des interventions de partenaires extérieurs.

2.2 Des actions individuelles

Les séances d'éducation à la sexualité peuvent être l'occasion de susciter chez certains élèves des questionnements d'ordre privé ou encore de révéler des difficultés personnelles. Celles-ci ne doivent pas être traitées dans un cadre collectif mais relèvent d'une prise en compte individuelle de l'élève et d'une relation d'aide qui, dans les écoles et les établissements scolaires, peut s'appuyer sur tout adulte de la communauté scolaire susceptible d'apporter une écoute et d'être un relais, et plus particulièrement sur les compétences spécifiques des personnels de santé et sociaux.

En outre, la prise en charge et l'accompagnement qui s'exerce à l'occasion des bilans de santé, des dépistages, de l'accueil à l'infirmerie ou de l'entretien social, permettent d'établir avec les élèves une relation de confiance et un dialogue en toute confidentialité.

C'est dans ce contexte que prennent place les dispositions de la loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence et du décret d'application n° 2001-258 du 27 mars 2001,

selon lesquelles les infirmières des établissements scolaires peuvent administrer la contraception d'urgence dans les situations d'urgence et de détresse caractérisée.

Les personnels de santé et sociaux assurent également les relais nécessaires au sein de l'école ou de l'établissement, ainsi qu'avec les familles et les professionnels des réseaux de soins.

Ainsi certains élèves traversant des difficultés personnelles nécessitant un entretien individuel seront orientés s'ils le souhaitent, soit vers les personnes ressources de l'établissement - personnels de santé et sociaux - soit vers des structures extérieures spécialisées.

III La prise en charge

- À l'école primaire, c'est aux maîtres chargés de classe qu'incombe la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité dans le cadre des enseignements, avec le tact qui s'impose et en recherchant la plus grande cohésion avec l'ensemble des apprentissages. Le cas échéant, les maîtres pourront solliciter conseils et assistance auprès de l'infirmière ou du médecin scolaire formés à cet effet. Les maîtres porteront une attention toute particulière à la parole de l'enfant en vue de l'aider à discerner ce qui, dans les rapports qu'il entretient avec ses camarades et avec les adultes, est acceptable ou ne l'est pas.

- Au collège et au lycée, ces séances sont prises en charge par une équipe de personnes volontaires, constituée avec un souci de pluralité, associant autant que possible, dans la logique du projet d'établissement, enseignants et personnels d'éducation, sociaux et de santé, formés à cet effet.

- Il peut être fait appel à des interventions extérieures, dans le respect des procédures d'agrément en vigueur, conformément, d'une part, au décret n° 92-1200 du 6 novembre 1992, modifié le 20 mai 1999, relatif aux relations du ministère chargé de l'éducation nationale avec les associations qui prolongent l'action de l'enseignement public et, d'autre part, aux dispositions de la circulaire n° 93-136 du 25 février 1993 relative aux relations avec les associations qui prolongent l'action de l'enseignement public, qui rappellent cependant la possibilité pour des associations non agréées d'intervenir pendant le temps scolaire, dans des conditions précisées au chapitre II.

Il peut être toutefois recommandé de privilégier le recours à des intervenants issus d'associations ayant reçu l'agrément, national ou académique, prévu par le décret du 6 novembre 1992.

Les partenaires extérieurs ayant bénéficié d'une formation appropriée peuvent intervenir, dans les séances d'éducation à la sexualité dans le respect des principes, de l'éthique et des objectifs définis dans la présente circulaire.

Ces interventions, qui s'inscrivent dans le cadre du projet d'école ou d'établissement, devront s'insérer dans la programmation et la progression définies par l'équipe éducative en charge des séances.

Elles sont organisées avec l'autorisation du directeur d'école après avis du conseil des maîtres, dans le premier degré (3), ou à la demande du chef d'établissement, en accord avec l'équipe en charge de

l'éducation à la sexualité, dans le second degré. Elles se déroulent en présence et sous la responsabilité pédagogique du maître ou d'un membre de cette équipe afin d'assurer la continuité de la relation éducative, l'accompagnement, le suivi et l'évaluation des actions.

Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) est le dispositif de repérage et de mise en réseau indispensable des partenaires de proximité auxquels il peut être fait appel. Il permet en outre d'assurer l'information de l'ensemble des personnels de la communauté éducative.

Par ailleurs, si la mise en œuvre de partenariats est susceptible d'étendre les ressources de l'école en mobilisant des compétences spécifiques complémentaires, elle permet aussi de disposer de ressources et relais extérieurs à l'école.

Ainsi les lieux d'information, de consultation et de conseil conjugal et familial, les centres de documentation spécialisés, les espaces d'écoute jeunes, les services téléphoniques, dispensent un accueil personnalisé, une orientation, des informations sur la sexualité, la contraception, la prévention des IST et du sida, les violences sexuelles, accessibles aux élèves des collèges et des lycées.

Les personnels des établissements scolaires doivent assurer la diffusion de ces informations notamment en mettant à disposition des élèves des dépliants et un espace d'affichage sur les structures locales et les numéros verts. Cette démarche sera accompagnée dans le cadre des séances d'éducation à la sexualité.

(3) Circulaire n° 91-124 du 6 juin 1991, modifiée les 20 juillet 1992 et 29 juin 1994, portant directives générales pour l'établissement du règlement type départemental des écoles maternelles et élémentaires (1er paragraphe du chapitre 5.4.4).

Circulaire n° 92-196 du 3 juillet 1992 relative à la participation d'intervenants extérieurs aux activités d'enseignement dans les écoles maternelles et élémentaires (annexe 1, A, § b).

4 Annexe 4 : Contrat de partenariat

Cachet de
l'établissement

**CONTRAT EN MATIERE
DE PARTENARIAT SANTE / SOCIAL
ENTRE
L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE ET LE
CENTRE DE PLANIFICATION ET
D'EDUCATION FAMILIALE**

A remplir en équipe avant chaque action

Destinataires :

*L'établissement scolaire
Le CPEF de Bourg en Bresse*

1. Etablissement (s) concerné(s), collège, lycée

2. Organisme :

- **Nom :** Centre de planification et d'Education Familiale (CPEF) de Bourg en Bresse

- **Siège :**
Maison Départementale de la Solidarité Bourg-en-Bresse
Direction Générale Adjointe Solidarité - Conseil Général de l'Ain

- **Nom du responsable :** Dr Sylvie JACQUET FRANCILLON, médecin directeur
du CPEF de Bourg en Bresse

- **Nom et profession des intervenants :**

| NOM | PROFESSION |
|-----|------------|
|-----|------------|

| | |
|------------------------|------------------------------------|
| Mme Anne LEIBMAN | Sage-femme |
| Mme Nathalie MORRELLON | Sage-femme |
| Mme Geneviève PATAIN | Conseillère conjugale et familiale |
| Mme Véronique ROCHE | Infirmière puéricultrice |
| | |

- **Formation interinstitutionnelle reçue :**
« Education à la sexualité niveaux 1 et 2 »
- **Intervention financée par le Conseil Général de l'Ain dans le cadre des missions des CPEF**

3. L'action:

- **L'action menée est-elle inscrite au CESC ?** OUI NON

- **Cadre de l'action :**

- Mise en œuvre de la circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003 traitant de « L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées »
 - Autre (événement particulier à préciser)
-
-

- **Les acteurs de l'Education Nationale :**

* L'action menée mobilise :

- une ou plusieurs personnes du personnel médical de l'Education Nationale
 - une ou plusieurs personnes du personnel infirmier de l'Education Nationale
 - une ou plusieurs personnes du personnel social de l'Education Nationale
 - autres personnels de l'Education Nationale
- Lesquels ?

| NOM | PROFESSION | FORMATION RECUE |
|-----|------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

* Des élèves sont-ils acteurs ? OUI NON

Si OUI, préciser leur nombre, fonction, forme d'action (*ex : groupe de pilotage, animation, préparation...*)

* Des parents sont-ils impliqués ? OUI
NON

Si OUI, comment ?

Mode d'information aux parents :

➤ **But de l'action :**

- Donner aux jeunes la possibilité de connaître et de comprendre les dimensions de la sexualité, de les intégrer positivement à leur développement.
- Leur permettre de se réaliser de façon harmonieuse et responsable dans leur projet de vie personnel et social en tant que citoyen et être sexué.

➤ **Les objectifs opérationnels :**

(les objectifs sont les résultats que l'on souhaiterait obtenir)

- 1)

- 2)

- 3)

➤ **Les populations cibles :**

Nombre et qualité des personnes touchées par l'action :

- Elèves (ex : tous les élèves de 4^{ème} de l'établissement, 50 élèves volontaires du lycée, 15 élèves du club-santé...)

- Parents :

-
- **Déroulement de l'action : préparation en amont prévue, méthode, outil, moyens d'intervention prévus ?**
(*ex : atelier, débat, exposition, film, recherche-action, séances de travail en classe, dessin, vidéo, lecture...*)

.....
.....
.....
.....
.....

- **La planification de l'action : calendrier, nombre d'élèves/séance, évaluation...**

.....
.....
.....

- **Evaluation immédiate :**

- auprès des élèves par un questionnaire, préciser comment :
.....
.....
- évaluation individuelle des intervenants en préparation au bilan

- **Fiche évaluation à compléter lors de la réunion de bilan**

- **Date de la réunion bilan :**

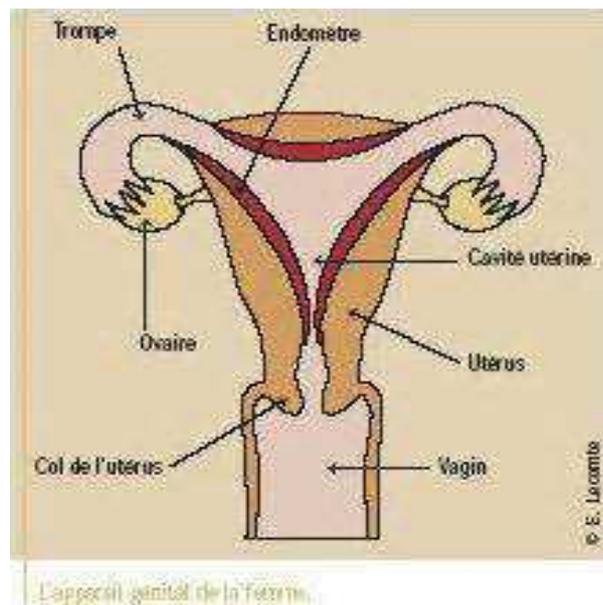
A, le

Le chef d'établissement

Le médecin directeur du CPEF

*Document réalisé par
L'action Sociale et la Promotion de la Santé en faveur des Elèves du
Département de l'Ain et le CPEF de Bourg en Bresse*

5 **Annexe 5 : Schéma représentant le mode de fonctionnement de la contraception oestroprogestative sur l'appareil génital féminin**



Elle agit par trois mécanismes :

- Elle bloque l'**ovulation** : c'est-à-dire qu'elle empêche la libération de l'ovule par les ovaires.
- Elle empêche la **muqueuse utérine** de se préparer à recevoir et nourrir l'ovule fécondé.
- Elle altère la **glai**re cervicale pour la rendre épaisse et adhésive afin d'empêcher les spermatozoïdes de migrer vers l'utérus.

6 Annexe 6 : Protocole de prise en charge d'une adolescente enceinte au sein d'un établissement scolaire

Par l'Inspection Académique d'Amiens, Mme Corinne Maincent, Infirmière conseillère technique, Responsable départementale

Prise en charge d'une adolescente enceinte au sein d'un établissement scolaire

En milieu scolaire :

L'infirmière, l'A.S. et le médecin de l'Education Nationale prennent en charge ces jeunes du début de la grossesse jusqu'au retour de celle-ci dans le collège ou le lycée.

Ces professionnels ont un rôle d'écoute, d'accompagnement, de conseils et d'informations auprès de la jeune.

Les objectifs sont de :

- Maintenir la jeune fille dans l'établissement scolaire le plus longtemps possible, en organisant certains aménagements simples tels que : repos à l'infirmerie facilité, absences pour aller aux consultations, double de jeux de livres si besoin...
- Organiser le suivi de la scolarité pendant son absence grâce au SAPAD (Service d'Aide Pédagogique à Domicile), CNED, photocopies de cours...
- Favoriser le retour à l'école en gardant un lien (téléphonique par exemple).

Pour mener à bien cette tâche, les professionnels de santé et sociaux vont devoir établir des contacts avec les familles, l'équipe éducative, la PMI, la maternité, le médecin traitant et le SAFED (service d'aide aux femmes enceintes en difficultés) si besoin.

Les difficultés rencontrées résultent parfois du désir de la jeune de cacher la grossesse dans l'établissement scolaire. De ce fait, elle va très vite se déscolariser volontairement pour ne pas affronter le regard des autres.

Le devenir de ces jeunes :

Il apparaît que lorsque l'adolescente était en capacité de continuer sa scolarité avant la grossesse, le dispositif mis en place au sein de l'établissement scolaire ainsi que le soutien de l'entourage familial lui permettra de mettre sa scolarité en parenthèse pendant quelques mois(en redoublant souvent l'année suivante) puis de reprendre ses études.

Par contre, lorsque la jeune était en échec scolaire avant cette grossesse, il lui est beaucoup plus difficile de reprendre sa scolarité, nous constatons alors que certaines de ces adolescentes quittent le système scolaire sans formations.

C'est pourquoi, un groupe de travail réfléchit actuellement à l'orientation de ces jeunes après l'accouchement afin qu'un bilan, effectué par une conseillère d'orientation psychologue permette une ré-orientation de ces adolescentes vers une formation adaptée lorsque cela s'avère nécessaire; l'objectif étant de favoriser l'insertion socio-professionnelle de ces jeunes.

RÉSUMÉ

Nous avons réalisé un état des lieux des grossesses adolescentes dans l'Ain dans le but de mieux comprendre la décision de les mener à terme et mettre en évidence les difficultés rencontrées au cours de la grossesse, mais également au cours des deux années après la naissance.

Nous avons choisi d'effectuer une analyse qualitative par le biais d'entretiens semi-directifs. Les vingt-six patientes rencontrées nous ont livré leurs histoires personnelles, avec le vécu de la grossesse, de l'accouchement et des deux premières années avec leur enfant.

Cette étude offre la possibilité de mieux comprendre la survenue de ces grossesses. Elle met en évidence l'importance de la prévention en matière de contraception par le biais des cours d'éducation à la sexualité. Elle offre également des pistes de réflexion pour améliorer la prise en charge de ces grossesses.

TITRE

État des lieux des grossesses adolescentes dans l'Ain : comment mieux les accompagner ?

MOTS-CLÉS

Grossesses adolescentes – Adolescence – Mineures – Contraception – Éducation à la sexualité – PMI

ADRESSE DE L'AUTEUR

Amélie BERNARD

7 Allée de Challes

Le clos du Moulin

01000 BOURG EN BRESSE