UNIVERSITE DE NANTES
FACULTE DE MEDECINE

Année 2008 N°160

THESE
pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Diplôme d'Etudes Spécialisées de Gynécologie-Obstétrique)

Par
Melissa SPILMANN

Née le 28 juin 1978 à Paris XX

Présentée et soutenue publiquement le 21 octobre 2008

MATERNITE DES MINEURES AU CHU DE NANTES ETUDE D'UNE SERIE DE 146 DOSSIERS DE 2003 A 2007

Président : Monsieur le Professeur Henri-Jean Philippe

Directeur de Thèse : Madame le Docteur Véronique Carton

« Une société qui est parvenue à penser, à construire et financer des dispositifs humanisants pour protéger les plus exposés de ses enfants témoigne d'un long travail de la culture »

Pierre Kammerer

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES 3

I. Introduction 6

II. Rappels et définitions 9

A. Minorité et adolescence 9

B. Aspects juridiques 10
1. Mineures relevant du droit commun 11
2. Mineures émancipées 11
3. Mineures en rupture de liens familiaux 12
4. Mineures souhaitant opposer le secret médical 12
5. Mineures en danger 13

C. Dispositions politiques 14
« *Il nous faut rencontrer les parents et non les dépister* » (Françoise Molénat) 14
1. Rapport F. MOLENAT 14
2. Recommandations de l'HAS 16
Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) Novembre 2005 16
a) Objectifs : 16
b) l'entretien précoce : 16

D. Périnatalité et prise en charge multidisciplinaire des mineures à Nantes 17
1. L'UGOMPS 17
a) Historique 17
b) Objectif 18
c) Ressources 19
2. Le Staff Parentalité 19
a) Historique 19
b) Objectifs 20
c) Modalités 20

III. Patientes et méthodes 21

IV. Résultats 25

A. Origine géographique et culturelle 25

B. Nombre de grossesses 27

C. Age des patientes 29

D. Gestité, parité. 31

E. Scolarisation 35

F. Mode de vie 37

G. Caractéristiques du père 39
1. Age du père 39
2. Origine du père 40
3. Activité du père 41

H. Co-morbidités maternelles 42
1. Antécédents médicaux et chirurgicaux 42
2. Antécédents gynécologiques 42
a) Frottis 42
b) Contraception 43
3. Antécédents nécessitant un suivi psychique 44
4. Conduites addictives 45
a) Tabac 45
b) Alcool 45
c) Drogues 45
d) Troubles du comportement alimentaire 46
5. Violences 46
a) Agressions sexuelles 46
b) Maltraitance dans l'enfance 46
c) Violences conjugales 46
d) Mutilations génitales féminines 47

I. Déroulement de la grossesse 48
1. Suivi de grossesse 48
2. Pathologies maternelles et fœtales 51

J. Accouchement 54
1. Terme 54
2. Voie d'accouchement 55

K. Etat néo-natal 57

L. Post-partum 58
1. Pathologies 58
2. Allaitement 58
3. Contraception post-natale 58
4. Suivi en maternité : évaluation du lien mère-enfant 59

M. Conditions de sortie 61
1. Sortie avec l'enfant 61
2. Lieu de sortie 61
3. Programmation de Visite post-natale 62
4. Organisation du suivi à la sortie de la maternité 63

V. Discussion 64

A. Analyse obstétricale 65

B. Les facteurs culturels 68

C. Les facteurs socio-économiques 70

D. Les facteurs psychologiques 72
1. Adolescence et grossesse, une double problématique 72
2. Lien mère – enfant 74

E. Analyse des suites de couches et conditions de sorties mère-enfant 75

F. Accompagnement du projet de maternité et de la parentalité 77

G. Propositions 81

VI. Conclusion 85

VII. Bibliographie 87

I. Introduction

La grossesse qui survient chez une mineure peut-être considérée comme un signe d'alerte …

La jeune fille décidera d'interrompre ou bien de poursuivre cette grossesse , en fonction de sa culture , mais aussi en fonction de son propre contexte de vie sociale et économique ;

Ces patientes sont vulnérables. Elles vivent une expérience qui les fragilise et qui n'est pas forcément, ou seulement, en rapport avec la précarité sociale et le manque de ressources financières.

Tous, nous avons le devoir de leur offrir toute notre bienveillance, toute notre empathie.

L'objectif de ce travail est d'étudier au mieux la population des mineures prises en charge au sein de la maternité du CHU de Nantes ;

L'objectif de ce travail est de réveiller nos consciences à tous…

Alice a 32 ans ; elle est institutrice.

Nous avons recueilli son témoignage après l'avoir contactée par l'intermédiaire de l'association d'Aide aux Victimes d'Incestes (AIVI). Voici quelques extraits de son témoignage :

« A l'âge de 16 ans je suis tombée enceinte. Alors, comme je suis issue d'une famille favorisée, j'ai fait partie de celles qui ont eu recours à une IVG »

« Jamais je n'oublierai la froideur et l'indifférence du personnel. J'avais choisi d'être anonyme. La dame qui m'a accueillie m'a dit : « c'est n'importe quoi de vouloir être

anonyme ; elle a insisté en déclarant que ça aiguisait sa curiosité et celle de ses collègues « mais qui pouvais-je bien être ? »

« Quand j'ai fondu en larmes on m'a demandé « t'as peur de l'anesthésie ? ». Bien sûr que non, ce n'était pas l'anesthésie…Je pleurais, car j'avais la confirmation que j'étais nulle, que j'étais en dessous de tout , que j'étais une dépravée »

« Après ça j'ai voulu être maman dès que ça a été possible…parce qu' avoir un enfant c'est une vraie raison de survivre…ça m'oblige à rester vivante »

«Je l'avais voulu ce bébé… !! Mais la grossesse a été un cauchemar…et je ne pouvais le dire à personne…je n'en voulais plus, j'étais dégoutée … écœurée…je vomissais tout le temps … On ne m'a jamais posé de question… »

« A sa naissance, j'étais incapable de m'occuper de mon bébé… je me sentais en dessous de tout… quand je le regardais, je ressentais un sentiment d'étrangeté…Cet enfant m'était étranger et pourtant c'était le mien… »

« Je me suis réfugiée chez mes parents, et mon conjoint n'a pas eu le choix…pour survivre, pour arriver à trouver la force de m'en occuper, je suis allée chercher du soutien et j'en ai trouvé… heureusement !».

« je crois aujourd'hui que si j'avais été aidée à l'âge de seize ans, à défaut de l'avoir été avant, cela aurait peut être été différent pour moi et mon enfant »

« J'ai été agressée par quelqu'un de ma famille quand j'étais petite… ça n'est pas réservé qu'aux pauvres gens… la précarité n'est pas affaire d'argent. Je n'ai jamais manqué d'argent ni de rien de matériel dans mon enfance, ni d'amour de la part de mes parents. »

« Il m'a fallu 15 ans pour comprendre que ma grossesse survenue à l'âge de 16 ans, les difficultés que j'ai rencontrées en ayant mes enfants, toute mon histoire de vie est liée à mon agression. »

Tous, nous sommes tous capables d'écouter, et ce quelque soit notre fonction auprès de nos jeunes patientes. Encore faut-il prendre conscience des difficultés que les mères adolescentes rencontreront dans l'instauration du lien mère-enfant , si elles ne trouvent ni écoute, ni soutien ; si elles ne retrouvent pas cette sécurité de base tant nécessaire à l'humanisation. Sans écoute bienveillante, beaucoup d'entre elles ne parviendront pas à la résilience. Elles ne parviendront pas non plus à briser le processus de répétition trans-générationnelle dont elles sont prisonnières.

II. Rappels et définitions

A. Minorité et adolescence

Les difficultés de l'adolescence ne s'arrêtent pas à 18 ans.

L'adolescence est une période dont il est difficile de déterminer les limites dans le temps, entre l'état d'enfant et l'état d'adulte. Plusieurs définitions ont été proposées au fil du temps.

- **En 1974**, l'adolescence était définie par l'OMS comme la période au cours de laquelle l'individu passe du stade de la première apparition des caractères sexuels secondaires à celui de la maturité sexuelle, mais aussi la période au cours de laquelle les processus psychologiques et les mécanismes d'identification cessent d'être ceux d'un enfant pour devenir ceux d'un adulte, et enfin comme le passage d'un état de dépendance socio-économique à un état d'indépendance relative. Cette définition de 1974 permet en fait de cerner le passage de l'enfant à l'adolescent, plutôt que celui de l'adolescent à l'adulte.

- **En 1998**, l'OMS détermine que l'adolescence ferait référence aux individus âgés de 10 à 19 ans.

Pourtant les études menées dans notre pays sur les adolescents se limitent à l'âge maximal de 18 ans, âge de la majorité juridique. L'adolescente est donc assimilée aux jeunes filles mineures, et **c'est donc le choix de notre étude de nous être nous aussi limités à l'âge de la majorité, car d'un point de vue juridique la prise en charge de leurs maternités est différente ;** bien qu'il soit évident que les problématiques psychologiques, culturelles et socio-économiques posées par la maternité d'une adolescente puissent se prolonger bien au-delà de 18 ans, malgré cette frontière juridique.

B. Aspects juridiques

La minorité de nos patientes impose aux praticiens et aux équipes soignantes le respect de la loi les concernant, et l'approche juridique de leur prise en charge a considérablement évolué ces dernières années.

Jusqu'en 2000, l'interlocuteur principal voire unique des professionnels de santé était le représentant légal de la mineure qui seul recevait l'information, consentait aux soins et avait accès au dossier médical de celle-ci, par l'intermédiaire du médecin de son choix.

Les lois des 13 Décembre 2000 et 04 Juillet 2001 ont institué une dérogation à l'obligation de recueil du consentement des représentants légaux en matière de contraception et de contraception d'urgence :

La loi du 04 Juillet 2001 a reconnu à la mineure non émancipée, la possibilité de subir une interruption volontaire de grossesse (IVG) en opposant le secret médical à ses représentants légaux, dégageant le médecin de l'obligation de recueillir au préalable le consentement desdits représentants légaux, sous réserve de certaines conditions : entre autres que l'intéressée se fasse accompagner d'une personne majeure.

Dans la loi du 04 Mars 2002, le législateur a étendu cette possible opposition du secret médical aux représentants légaux d'une mineure, à l'ensemble des décisions médicales à prendre lorsqu'un traitement ou une intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure (article 1111-5 du code de la Santé publique).

Cette disposition est parfois passée un peu inaperçu, mais elle constitue une dérogation majeure au principe de l'autorité parentale.

Prenant en charge une mineure, les professionnels de santé sont désormais tenus de distinguer plusieurs situations :

1. Mineures relevant du droit commun

C'est la **situation générale**. Il convient d'appliquer le principe d'autorité parentale et d'associer la mineure en matière d'information et de consentement aux soins. Il faut pour tout acte, informer et obtenir le consentement de la mineure et de l'autorité parentale.

En situation d'urgence, on peut délivrer les soins sans l'autorisation parentale sous réserve de régulariser la situation à posteriori. Aucun acte ne peut être réalisé chez une mineure sans son consentement, sous réserve qu'elle soit apte à l'exprimer. En cas de refus de consentement des parents aux soins, si ce refus risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé, le médecin doit informer le Procureur de la République et doit délivrer les soins.

2. Mineures émancipées

La mineure est assimilée à une personne majeure après une décision de justice. La mineure était émancipée par le mariage, mais désormais le mariage est interdit avant 18 ans. Ni la grossesse ni l'accouchement n'émancipent une mineure.

3. Mineures en rupture de liens familiaux

Une mineure de plus de 16 ans en rupture de liens familiaux bénéficiant à titre personnel de la CMU, est assimilée à une personne majeure.

4. Mineures souhaitant opposer le secret médical

Cela concerne toute mineure quelque soit son âge, mais apte d'après le médecin à exprimer son consentement. Applicable à tout soin dès lors que la mineure en fait le choix, le médecin a pour obligation de s'efforcer d'obtenir le consentement de la mineure à la consultation de ses parents, et il doit documenter si possible sous forme de compte rendu écrit l'entretien dans le dossier. Si la mineure maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention, à condition que la mineure se fasse accompagner d'une personne majeure, qui pour sa part n'a aucun attribut d'autorité parentale, n'intervient pas dans la décision de la mineure et a pour seule fonction d'être témoin. Tous les documents relatifs à l'acte médical que la mineure souhaite garder secret doivent être classés dans un onglet d'éléments non communicables. Il existe un dispositif dérogatoire de financement permettant de ne rien facturer aux représentants légaux, et en cas de complication il faut prévenir le Procureur et non l'autorité parentale.

Rappelons ici également qu'**une mineure a le droit d'accoucher sous X**, mais qu'en dehors de cette circonstance il n'existe pas de prise en charge anonyme en établissement public de santé, par contre une prise en charge confidentielle est possible**.** La prise en charge en centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) peut, elle, être anonyme.

Il n'existe pas de majorité sexuelle, la seule définition de la majorité est l'âge supérieur ou égal à 18 ans.

5. Mineures en danger

Selon le code de déontologie (art 44) le médecin à l'obligation de signaler des sévices ou privations s'il s'agit d'un mineur de 15 ans. Cette obligation ne vaut qu'au regard de la responsabilité disciplinaire du médecin, dans l'hypothèse où il ferait l'objet d'une plainte devant le Conseil de l'Ordre des Médecins.

Selon le code pénal (art 434-3) le médecin comme toute personne astreinte au secret professionnel, a la faculté mais non l'obligation de signaler des violences physiques, sexuelles ou psychiques dont il a eu connaissance dans son exercice professionnel, avec l'accord de la victime s'il s'agit d'une personne majeure et sans accord de la victime s'il s'agit d'un mineur.

Selon le code pénal (art 223-6) réprimant la non assistance à personne en péril : l'article s'applique aux personnes soumises au secret professionnel, mais « personne en péril » sous-entend péril imminent, nécessitant une intervention immédiate ne pouvant être différée, et non pas un danger futur ou hypothétique.

C. Dispositions politiques

Nous assistons depuis quelques années dans notre société à des conquêtes culturelles précieuses et encore fragiles. Apparaissent dans le même temps des volontés politiques nouvelles, prêtes à mettre en place des dispositions et des moyens nouveaux, encore faut-il que cette volonté rencontre la prise de conscience des soignants.

Le plan de périnatalité actuel et la mise en place de l'entretien prénatal individuel précoce du 4ème mois, découlent du rapport Molénat de 2004.

« *Il nous faut rencontrer les parents et non les dépister* » (Françoise Molénat**)**

1. Rapport F. MOLENAT

Le rapport de Françoise Molénat datant de **janvier 2004** a permis de souligner fortement, et pour la première fois officiellement, la nécessité d'une **collaboration médico-psychologique en périnatalité** ; la nécessité d'offrir aux plus vulnérables, un environnement professionnel sensibilisé aux enjeux affectifs de la naissance, capable de déjouer le processus de répétition trans-générationnelle, dans des conditions d'exercice individuel et collectif à promouvoir. L'intérêt d'accélérer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants était déjà admis de tous, mais notre système était fondé sur la réparation après-coup et sur le fonctionnement auto-centré des institutions.

La culture est en marche et un tournant s'amorce dans les modes de pensée : **la sécurité des parents aux plans médical, social et émotionnel doit pouvoir trouver ses bases en amont** et pas seulement en aval. Il faut déplacer une part de l'énergie investie vers une meilleure écoute dès le début de la grossesse, écoute nécessaire si l'on veut anticiper un accompagnement ajusté à chaque étape, du processus de naissance jusqu'au domicile. Une fois l'enfant né, les parents se replient sur eux même du fait de leur sentiment de culpabilité et de la peur d'être jugés. L'exemple le plus frappant soulevé dans ce rapport est la dépression du post-partum, qui échappe à la consultation post-natale classique, et pourtant des signes prédictifs de cette dépression sont repérables pendant la grossesse et au décours de l'accouchement.

Françoise Molénat souligne cette forte tendance des professionnels de santé à vouloir réduire la prise en charge des émotions vers un « spécialiste de l'écoute ». Certes elle peut être nécessaire, mais la mise en confiance de la femme enceinte, de son conjoint, dans le système de soin, passe d'abord par du non verbal : la bienveillance d'un premier accueil, la qualité de présence et de regard, le respect dans la manière de toucher le corps, la continuité et la cohérence des professionnels entre eux, la transparence des transmissions…

Autant de questions soulevées qui ont permis d'insuffler de nouveaux objectifs, aboutissant au plan de périnatalité de la Haute Autorité de Santé (HAS) publié en Novembre 2005.

2. Recommandations de l'HAS

Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) Novembre 2005

a) Objectifs :

Proposer aux professionnels de santé une démarche qui vise à :

- **préparer** les couples à la naissance et à l'accueil de leur enfant au moyen de séances éducatives adaptées aux besoins et aux attentes des futurs parents.
- **accompagner** les couples, en particulier ceux en situation de vulnérabilité, pour prévenir les troubles de la relation mère-enfant.
- **Soutenir** la parentalité par des informations et des repères sur la construction des liens familiaux et sur les moyens matériels, éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir.
- **Favoriser une meilleure coordination des professionnels** autour et avec la femme enceinte, de l'anténatal au post-natal.

b) L'entretien précoce :

L'entretien prénatal précoce, individuel ou en couple,

- Doit être proposé systématiquement au moment de la confirmation de la grossesse.

- Doit être réalisé durant le premier trimestre de la grossesse par une sage-femme ou un médecin.

- Ne doit pas se substituer à la première consultation médicale de suivi de grossesse.

- Doit être une aide pour le professionnel qui assure le suivi médical de la grossesse, et qui pourra ajuster sa vigilance grâce aux transmissions.

Cet entretien doit :

- Identifier les besoins d'information.

- Définir les compétences parentales à développer.
- Apprécier la santé globale de la femme enceinte.
- Faire le point sur le suivi médical et le projet de naissance.
- Repérer les situations de vulnérabilité chez la mère et le père

Afin :

- D'orienter vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement si nécessaire.
- De transmettre des informations aux professionnels susceptibles d'apporter une aide.
- **D'aboutir à une synthèse et coordonner le suivi.**

D. Périnatalité et prise en charge multidisciplinaire des mineures à Nantes

A la maternité de Nantes, la prise en charge des mineures se fait de plus en plus en réseau autour de l'unité de gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociale (UGOMPS). En 2007, 72,4% des mineures poursuivant leurs grossesses y ont été prises en charge :

1. L'UGOMPS

a) Historique

L'unité de gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociale est née à une triple occasion : le déménagement dans les nouveaux bâtiments de l'Hôpital Mère-Enfant du CHU de Nantes, une nouvelle répartition des financements, notamment en provenance du Conseil Général et un mélange peu judicieux des activités qu'il fallait nécessairement revoir…

En effet étaient concentrés dans un même espace temps :

- Un CPEF (centre de planification et d'éducation familiale; aujourd'hui unité indépendante qui pratique également les IVG)
- Un centre régional d'accueil des victimes d'agressions sexuelles. Actuellement les mineures sont reçues en pédiatrie à l'unité d'accueil des enfants en danger (UAED) et les majeures sont vues aux urgences gynécologiques.
- Un centre d'accueil des femmes enceintes en difficulté: c'est dorénavant le domaine d'activité principal de l'UGOMPS.

b) Objectif

L'objectif de l'UGOMPS est d'offrir aux familles les plus vulnérables un environnement professionnel pluridisciplinaire et d'améliorer ainsi la sécurité médicale, sociale et émotionnelle des femmes et des couples, lorsqu'une grossesse survient ou lorsqu'il existe un vécu de violence intrafamiliale.

Mais la vocation de l'UGOMPS n'est pas d'être une unité isolée, « bonne conscience » du reste de la maternité … c'est de travailler en interaction avec tout le reste de ses acteurs.

L'UGOMPS travaille en réseau :

- le suivi de grossesse chez les femmes vulnérables se fait en lien avec le Foyer Saint Luc et avec le HOME (unité d'hospitalisation mère-enfant).
- le suivi obstétrical des mineures se fait en lien avec le foyer Anjorrant et l'unité d'accueil des enfants en danger (UAED).
- la prise en charge de l'accouchement sous X se fait en lien avec le Conseil Général.

- le suivi gynécologique et obstétrical des femmes migrantes, qu'elles soient en situation régulière ou non, se fait en lien avec Médecins du Monde, la PASS, l'ASAMLA, diverses associations.

c) Ressources

L'équipe de l'UGOMPS est constituée de :

- 2 sages-femmes : une à 70% d'équivalent temps plein (ETP), une à 10 % d'ETP,
- Une cadre sage-femme,
- Une sage-femme sexothérapeute et conseillère conjugale à 20 % d'ETP,
- 2 assistantes sociales à 30% d'ETP,
- 2 psychologues cliniciennes, l'une à 50 % d'ETP, l'autre à 70% d'ETP,
- 4 médecins : Un praticien hospitalier gynécologue, coordinateur, à 60 % d'ETP, deux médecins à 10 % d'ETP et un dernier à 50 % d'ETP.

2. Le Staff Parentalité

La présence d'acteurs des champs médico-psycho-sociaux permet une coordination interprofessionnelle de l'ante au post-natal dans les grossesses à haut risque émotionnel.
L'anticipation des situations permet d'en diminuer le caractère délétère, en favorisant la sérénité de la prise en charge.

a) Historique

Le staff parentalité a été mis en place en 2006, suite aux recommandations de l'HAS parues en Novembre 2005, dans le cadre du plan de périnatalité 2005-2007.

b) Objectifs

Dégager des axes prioritaires de prise en charge et de prévention.

Une fiche parentalité est insérée dans chaque dossier afin que les professionnels qui auront à prendre en charge cette dyade mère-enfant soient au courant des suivis déjà initiés et des propositions de prise en charge retenues.

c) Modalités

Le staff se réunit deux fois par mois. Il accueille les professionnels de la maternité (suites de couches, UGOMPS, assistantes sociales, pédiatres, psychologues, pédopsychiatre, addictologue) et des professionnels extérieurs (PMI, secteurs de pédo-psychiatrie, unité d'hospitalisation mère-enfant HOME).

III.Patientes et méthodes

Cent quarante six dossiers de patientes âgées de moins de 18 ans le jour de leur accouchement ont été revus de façon rétrospective : il s'agit d'accouchements ayant eu lieu au CHU de Nantes entre le 1er janvier 2003 et le 31 décembre 2007.

Durant cette période on a enregistré deux **accouchements sous X :** ces dossiers inaccessibles puisque classés « anonyme mineure », ne furent pas exploitables.

Les dossiers exploités pour le recueil de données rétrospectives sont les **dossiers obstétricaux.**

Ces dossiers obstétricaux sont de deux **types, l'ancien et le nouveau** qui apparaît en 2005 : la différence tient surtout aux feuilles de l'interrogatoire de la patiente et ces feuilles sont en annexe 1 pour l'ancien dossier, en annexe 2 pour le nouveau. Les visualiser permet de mieux comprendre les différences.

Les données socio-économiques maternelles retenues sont celles qui sont recueillies habituellement de façon systématique dans les dossiers obstétricaux :

- Age,
- Nationalité,
- Scolarisation, niveau d'études,
- Profession exercée,
- Mariage, vie en couple, projet de vie en couple, vie seule,
- Hébergement ou domiciliation chez les parents.

Les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques ont également été relevés.

Les antécédents psychiatriques, **les conduites addictives et les violences subies** passées et actuelles sont également retenues lorsqu'elles sont notifiées dans les dossiers obstétricaux, ces items ayant étés intégrés systématiquement dans les nouveaux dossiers obstétricaux de la maternité du CHU de Nantes depuis 2005.

Les données concernant le père sont :

- L'âge,
- La nationalité,
- L'activité professionnelle,
- La reconnaissance de l'enfant,
- Le projet de vie commune.

Déroulement de la grossesse :

-le terme de la première consultation prénatale,

-ou bien le terme auquel a été effectuée la première échographie.

Organisation du suivi de grossesse,

Lieu :

- en ville ou à l'hôpital,
- par l'unité spécialisée (UGOMPS) ou non,

Compliance au suivi :

- suivi régulier ou non, clinique, échographique et biologique.

Pathologies survenues pendant la grossesse :

Diagnostiquées selon les critères habituels retenus pour toutes les grossesses quelque soit l'âge des mères :

La prématurité : terme d'accouchement inférieur à 37 SA.

L'hypotrophie : poids de naissance inférieur au 5è percentile (courbes du collège d'échographie).

L'**accouchement** :

- terme,
- voie d'accouchement,
- analgésie péridurale ou non,
- lésions périnéales,
- indications de césarienne,
- extractions instrumentales et dystocies.

Suites de couches :

- contraception de sortie,
- organisation de la visite post-natale
- survenue de complications du post-partum.

C**ritères néonataux** :

- poids de naissance,
- recours à des traitements ou hospitalisation de l'enfant.

Conditions de sorties de la maternité :

A partir des données relevées sur le **dossier paramédical** des sages-femmes, et celui des puéricultrices, sur lesquels sont rapportés :

- Le **lieu** de sortie de la mère, avec ou sans son enfant,
- L'**organisation** du suivi : par la PMI et la puéricultrice de secteur,
- La mise en place d'un suivi spécialisé parfois en foyer maternel sur décision du juge pour enfants.

Sont notés dans ces dossiers le recours ou non à **l'assistante sociale**, éventuellement l'aide du **psychologue** du service ou du **psychiatre**, rapportant ou non l'existence d**'inquiétudes quant au lien mère-enfant**.

Des tests statistiques du Chi2 ont été réalisés, pour rechercher des différences significatives sur les divers éléments relevés dans les dossiers reflétant le pronostic obstétrical et social.

IV. Résultats

A. Origine géographique et culturelle

- La grande majorité des jeunes filles sont de nationalité française 80,8 % (118/146).

Cette population contient des sous groupes d'identités culturelles différentes qui seront analysés ici, du fait d'une plus grande incidence de maternité chez les mineures dans ces cultures, rapportée dans de nombreuses études [1] :

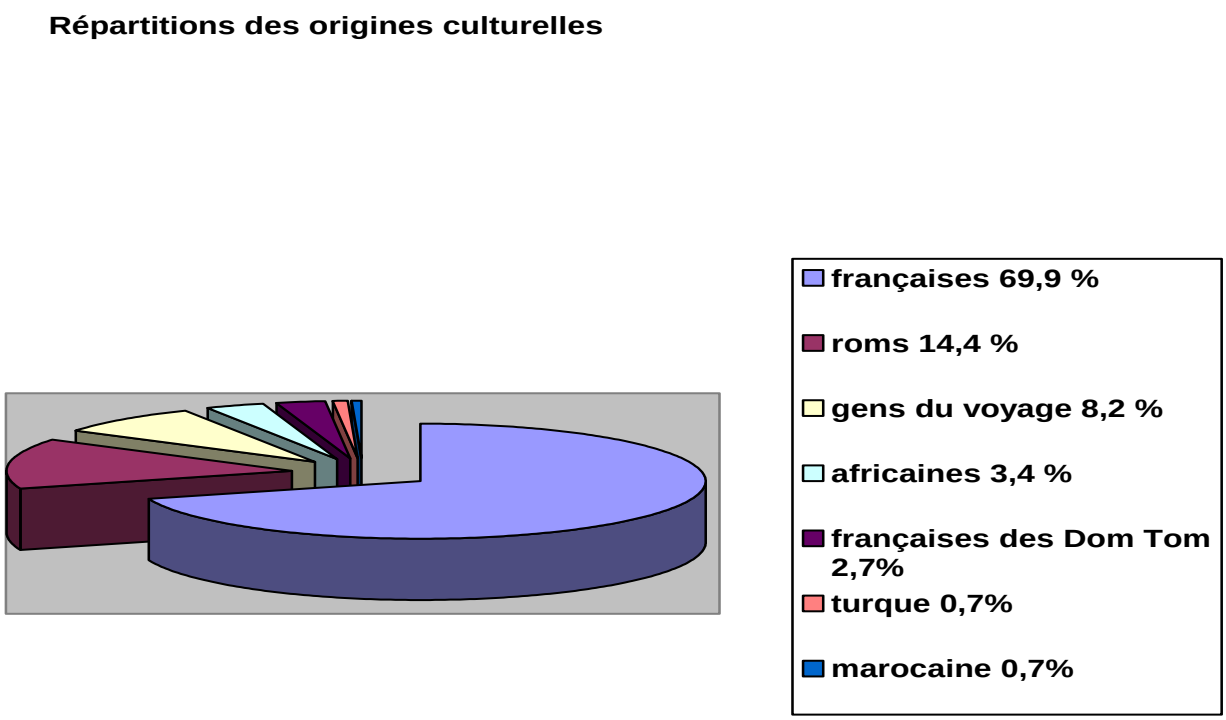
Les gens du voyage et les françaises des DOM-TOM seront donc différenciées de toutes les autres jeunes accouchées dénommées ultérieurement « françaises » pour la commodité de l'exposé.

- Les gens du voyage représentent 10 % des françaises (12/118) et 8,2 % de toutes les mineures (12/146).
- 3,4 % des françaises sont originaires des DOM-TOM [Guyane française (1/118), Tahiti (1/118), Martinique(1/118) et Guadeloupe(1/118)].

Parmi les populations de nationalités étrangères, on retrouve :

- **14,4%** de Roms (21/146),
- 3,4% de patientes d'Afrique sub-saharienne [Gabon (1/146), Nigeria (1/146), Guinée (1/146) ,Comores (1/146), Tchad (1/146)],
- Une patiente turque et une patiente marocaine.

Les Roms (ou Rroms) se nomment eux même ainsi : ce terme n'est en rien péjoratif, et même si les Roms de notre série sont toutes de nationalité Roumaine, le terme Rom n'a pas de lien étymologique avec la Roumanie, qui est l'un des nombreux pays européens dans lesquels les Roms mènent une existence sédentarisée de force depuis plusieurs siècles, et représentent aujourd'hui la minorité la plus stigmatisée et la plus pauvre. Il faut se garder de les confondre avec les Français du voyage, même s'ils ont en commun certains aspects culturels des peuples tsiganes, notamment la précocité du mariage et de la maternité.



B. Nombre de grossesses

Entre 2003 et 2007, Il y a eu 148 accouchements de mineures au CHU de Nantes.

-34 en 2003 dont un sous X,

- 22 en 2004,

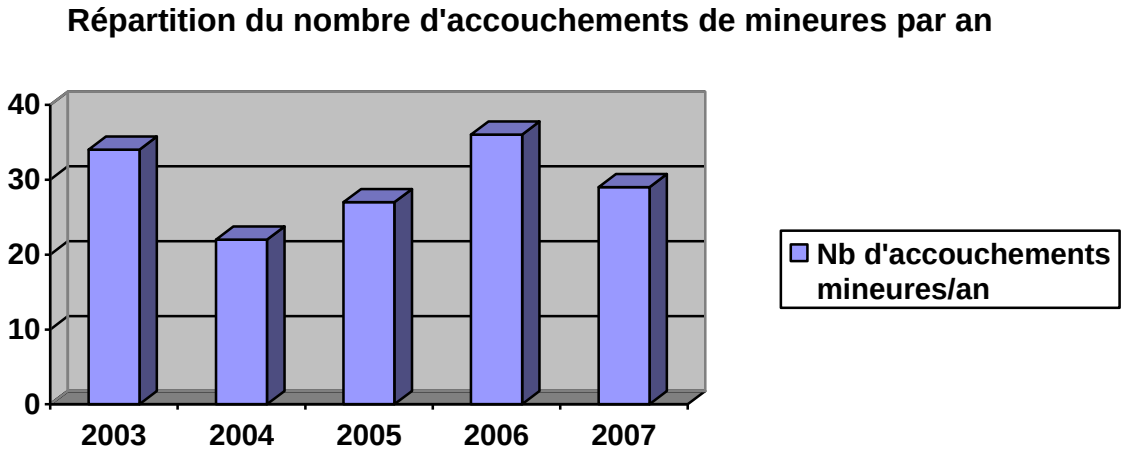
- 27 en 2005 dont un également sous X,

- 36 en 2006,

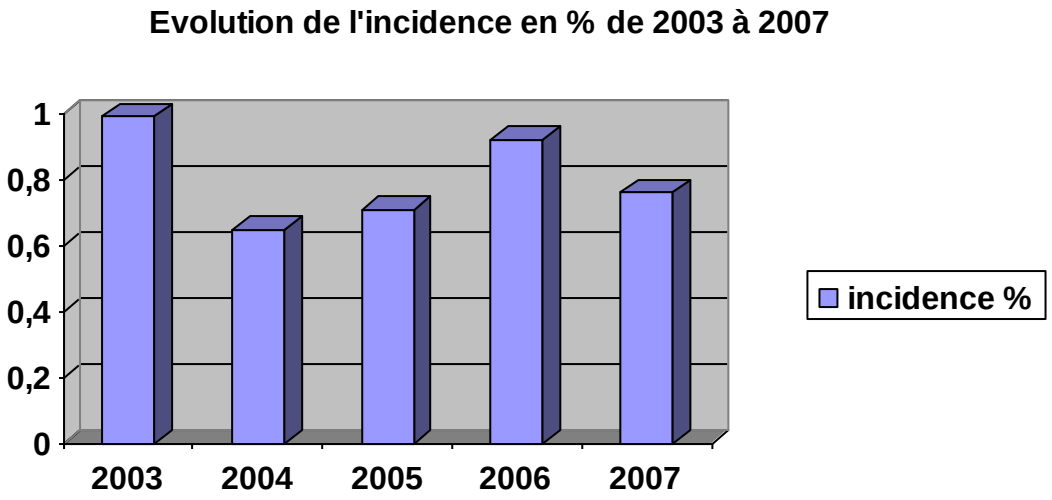
- 29 en 2007.

Il y a deux dossiers d'anonymes mineures qui ne sont pas accessibles aux archives et donc pas exploitables.

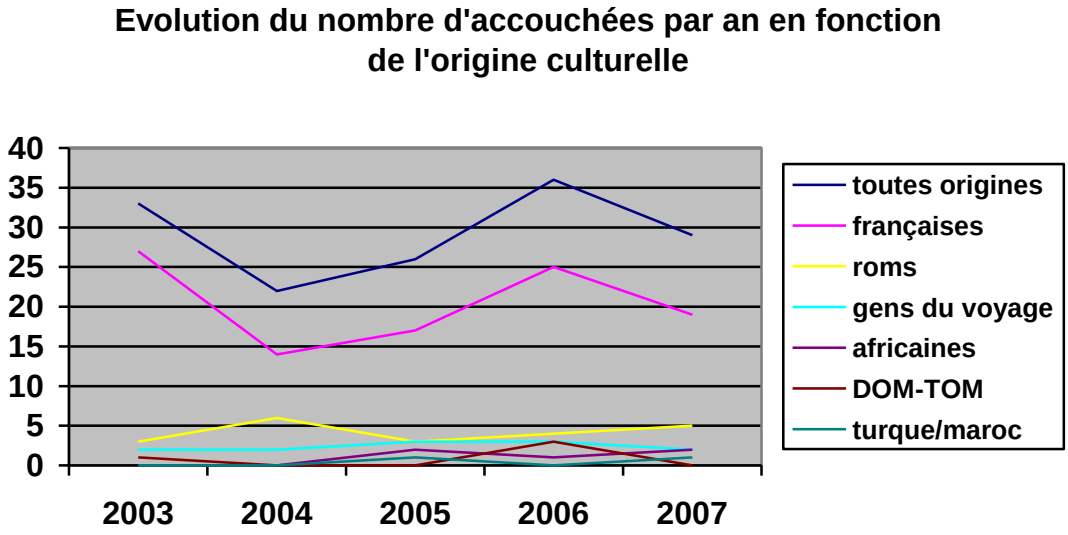
L'analyse porte donc finalement sur 146 dossiers à la fin du recueil de données.



L'incidence est stable depuis 2003, variant de 0,65 à 0,99 % de tous les accouchements de notre maternité, qui étaient au nombre de 3415 en 2003, 3376 en 2004, 3524 en 2005, 3911 en 2006 et 3822 en 2007.



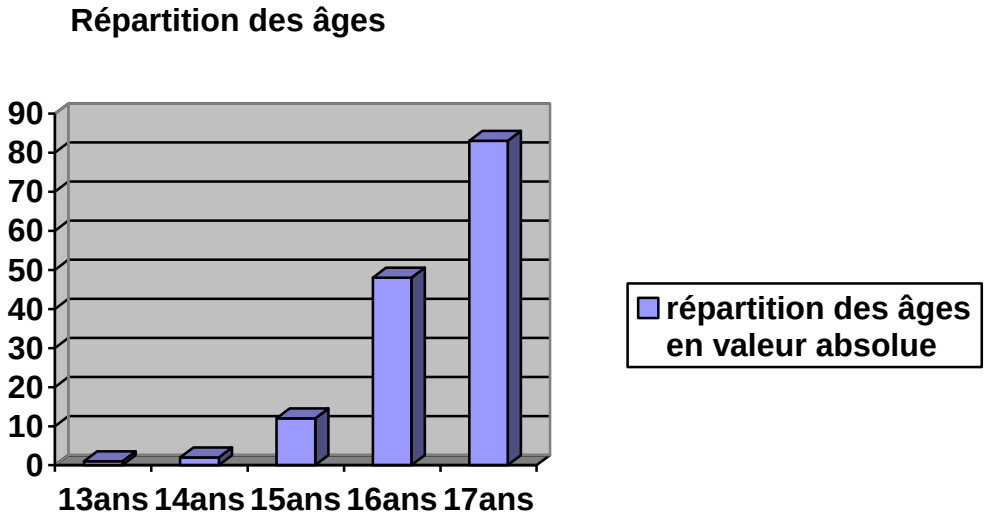
Si on reporte le nombre d'accouchements par an en fonction de l'origine culturelle, on constate que lors de l'année 2004 on observait une augmentation des Roms et une diminution des françaises mais cette tendance n'est pas confirmée les années suivantes. Le nombre total des accouchements suit la courbe de la population française qui est largement majoritaire toutes les années étudiées.



C. Age des patientes

89,7% des patientes ont 16 ans et plus : 48 sont âgées de 16 ans et 83 sont âgées de 17 ans à l'accouchement.

Seule une patiente a 13 ans et deux ont 14 ans sur les 146 dossiers.



On définit les **maternités précoces** comme celles survenant jusqu'à 15 ans, car le statut des mineurs de 15 ans est défini différemment par le législateur dans notre pays; ceci a pour conséquence une prise en charge particulière.

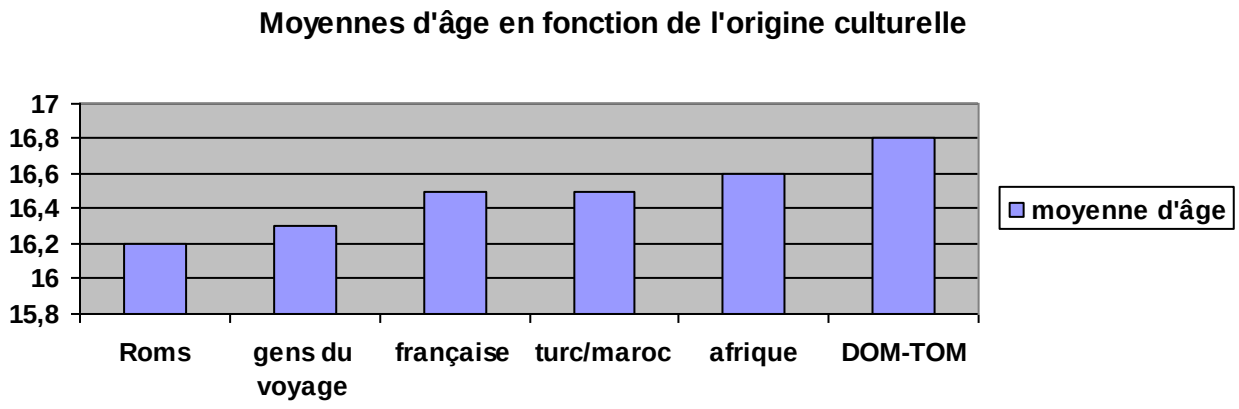
A l'aide d'un X2 on recherche une différence significative entre les deux populations de mineures, les maternités précoces avant 15 ans et après 16 ans en fonction de l'origine culturelle.

Maternités précoces et origines culturelles

Origine culturelle	15 ans et moins	16 ans et plus
Françaises	8,8 % (9/102)	91,2% (93/102)
Françaises du voyage	16,7% (2/12)	83,3% (10 /12)
Roms	19 % (4/21)	81% (17/21)
Autres	0 % (0/7)	100% (7/7)
N=146 facteur culturel NS		

On ne met pas en évidence de différence significative, même en regroupant les Roms et les gens du voyage qui ont en commun une tradition de vie maritale dès l'adolescence.

La moyenne d'âge des Roms et des gens du voyage est pourtant inférieure à celles des autres patientes, mais il n'y a pas plus de « grossesses précoces » c'est à dire avant 15 ans.



D. Gestité, parité.

Cette information manque dans 10 dossiers sur 146, neuf datant de 2003 et un de 2007.

Ces 10 dossiers sont des grossesses non suivies, de 8 françaises, une guyanaise et une rom.

Concernant les 136 dossiers pour lesquels on a l'information :

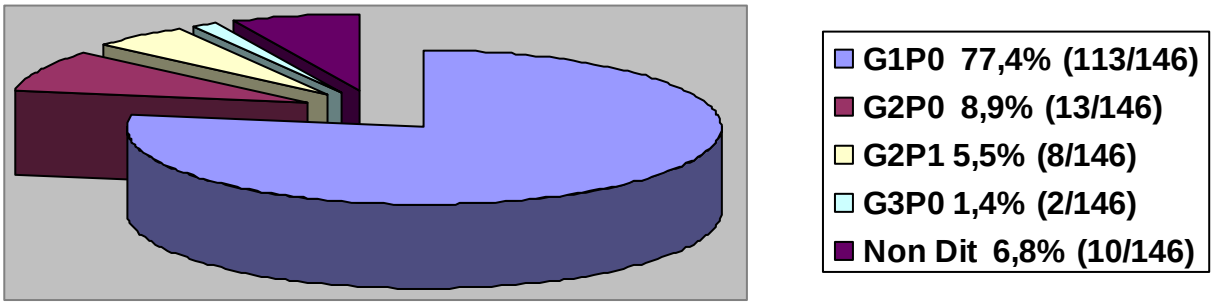
- 83% des patientes sont primigestes (113/136).
- 5,4% des patientes sont secondigestes (21/136),
- 1,5% (2/136) des patientes sont déjà à leur troisième grossesse, mais ces deux patientes troisième geste n'ont jamais accouché.

8 patientes ont déjà accouché, dont 1 a fait une interruption médicale de grossesse à 25 SA pour un syndrome poly-malformatif.

Sur les 26 grossesses relevées dans les antécédents de 23 patientes,

- 38,4% (10/26) étaient des avortements spontanés (FCS) du premier trimestre,
- 30,8% (8/26) étaient des interruptions volontaires de grossesse (IVG),
- 30,8 % (8/26) étaient des accouchements.

Répartition selon la gestité (G) et la parité (P)



Parmi toutes les patientes, 20,5% ont eu d'autres grossesses ultérieurement (30/146). Dans cette population on retrouvait 5 des 8 patientes qui avaient déjà accouché avant notre recueil de données.

13,3 % avaient 15 ans lors de leur premier accouchement (4/30).
Aucune des patientes âgées de 13 et 14 ans n'ont eu d'autres grossesses, ni n'avaient d'antécédents obstétricaux.

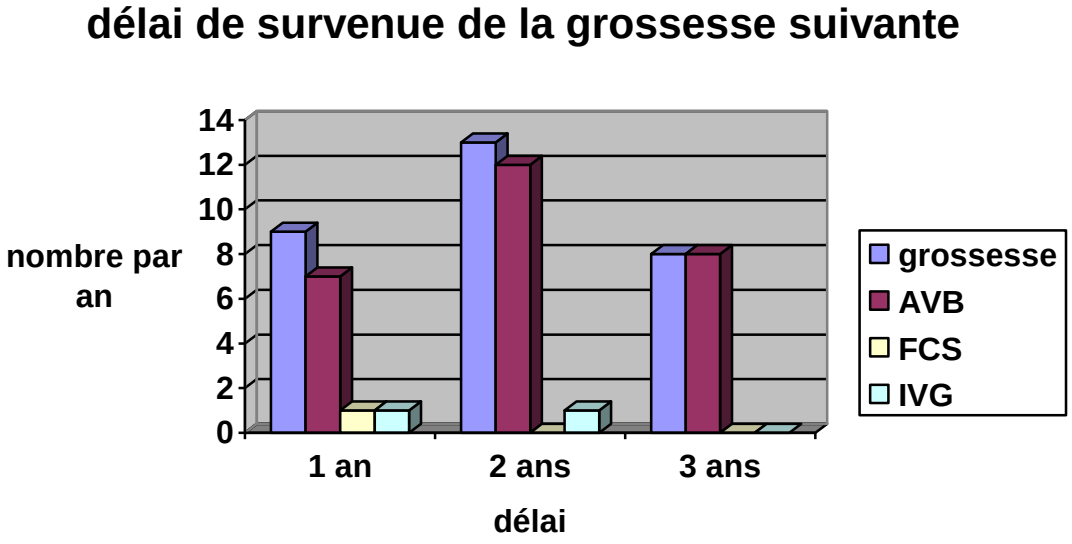
40 % vivaient maritalement lors de la première grossesse (12/30), et 90% des grossesses suivantes sont du même père (27/30).

Le délai de survenue de la grossesse suivante est de:

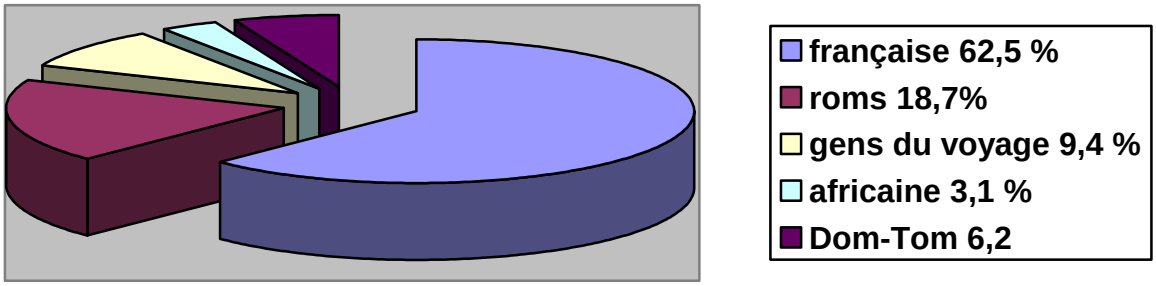
- 30 % à 1 an (9/30),
- **43,3 % à 2 ans** (13/30),
- 26,7 % (8/30) à 3 ans.

Dans ces grossesses on décompte :

- **90% d'accouchements** (27/30),
- 6,7 % d'IVG (2/30)
- 3,3% de FCS (1/30).



répartition de l'origine culturelle des patientes multipares



C'est dans la population Rom que les patientes sont le plus souvent multipares : 28,5 % d'entre elles (6/21).

Viennent ensuite les gens du voyage avec 25 % de multipares (3/12), puis les françaises avec 20,6% (21/102).

Il n'est pas possible de rechercher une différence statistiquement significative, le nombre de multipares de notre étude étant trop faible.

E. Scolarisation

74,6 % des patientes ne sont pas scolarisées (109/146),

On examinera les résultats en fonction de l'origine culturelle :

-**100 % des Roms ne sont pas du tout scolarisées (21/21),**

- 100% des gens du voyage (12/12) sont déscolarisées.

-Parmi les africaines, une sur les cinq est scolarisée, soit 80 % de déscolarisation.

-**Les françaises métropolitaines sont déscolarisées dans 67,7% des cas** (69/102).

- Seulement 25% des françaises de DOM-TOM sont déscolarisées.

La période de déscolarisation n'est pas notée dans les dossiers : savoir si celle-ci est antérieure à la grossesse ou déclenchée par sa survenue eût été intéressant.

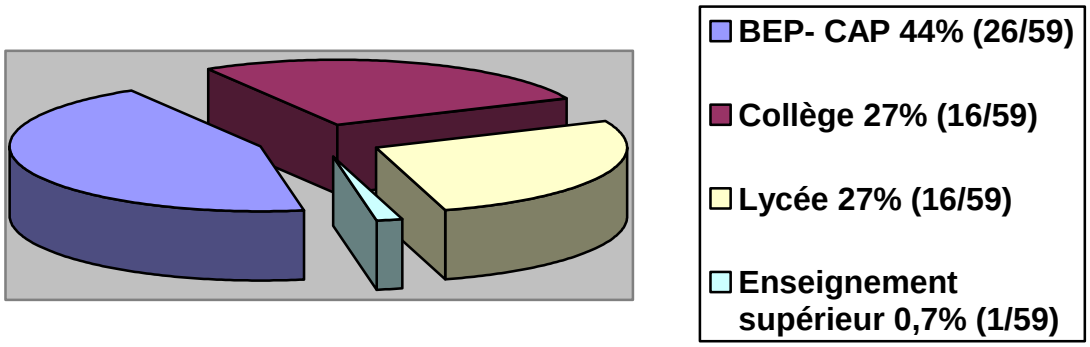
Le niveau scolaire est une information qui manque dans 43,8% des dossiers (64/146) :

- Une seule patiente sur les 146 fait des études supérieures.

- Une seule patiente a une activité professionnelle.

- 37 patientes sont scolarisées, mais le niveau scolaire est défini également dans 22 dossiers de patientes déscolarisées.

Répartition des niveaux scolaires



La répartition des niveaux scolaires est donc étudiée sur 59 dossiers.

F. Mode de vie

Les statistiques sont faites sur 132 dossiers car l'information manque dans 9,6 % (14/146) des cas (9 françaises, 2 gens du voyage et 3 roms) datant des années 2003 (5/14), 2004 (4/14) et 2005 (5/14). Cette information est par contre systématiquement retrouvée depuis 2006.

- 34,8 % des patientes vivent en couple (46/132),

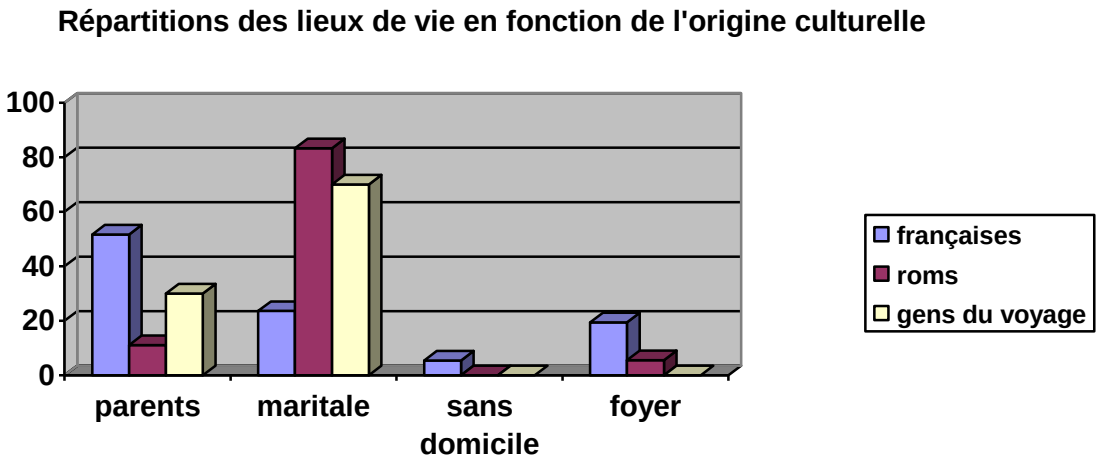
- 43,2 % vivent chez leurs parents (57/132),

- 6,8% sont sans domicile fixe, en grande instabilité, hébergées par de la famille ou des amis (9/132),

- 15,2 % sont placées au foyer maternel Anjorrant (20/132).

- Aucune patiente ne vit seule.

Le mode de vie varie de façon statistiquement significative en fonction de l'origine culturelle (p<0.05), comme le montre le graphique suivant:



Ci-dessous sont reportés les pourcentages de mode de vie sur les dossiers renseignés en fonction de l'origine culturelle : soit 93 françaises, 18 roms, 10 françaises du voyage, 5 africaines, 4 françaises des DOM-TOM, 2 turque et marocaine.

	parents	maritale	Sans domicile	Foyer Maternel
Françaises	**51,6%(**48/93)	23,6%(22/93)	5,4%(5/93)	19,4%(18/93)
Roms	11,1 %(2/18)	**83,3%(**15/18)	-	5,5%(1/18)
Gens du voyage	30%(3/10)	**70%(**7/10)	-	-
Africaine	60%(3/5)	20%(1/5)	-	20%(1/5)
Turque et Maroc	-	-	100%(2/2)	-
DOM-TOM	25%(1/4)	25%(1/4)	50%(2/4)	-
TOTAL	43,2% (57/132)	34,8% (46/132)	6,8%(9/132)	15,2% (20/132)

Il existe une différence significative en terme de vie maritale entre les Françaises qui vivent majoritairement chez les parents, et les Roms et les Gens du voyage qui vivent très majoritairement en couple ($p<0.05$).

Pour les autres groupes l'effectif est trop petit pour être représentatif.

G. Caractéristiques du père

Pour ce qui concerne le projet de vie commune avec le père, il est exprimé chez 72 ,5% des patientes (87/120), chez 27,5% il est clairement dit que le père est absent (33/120), et cette notion n'est pas abordée dans 26 dossiers d'avant 2006 soit 17,8%.

La reconnaissance ou non de l'enfant par le père n'est pas rapportée dans les dossiers obstétricaux.

1. Age du père

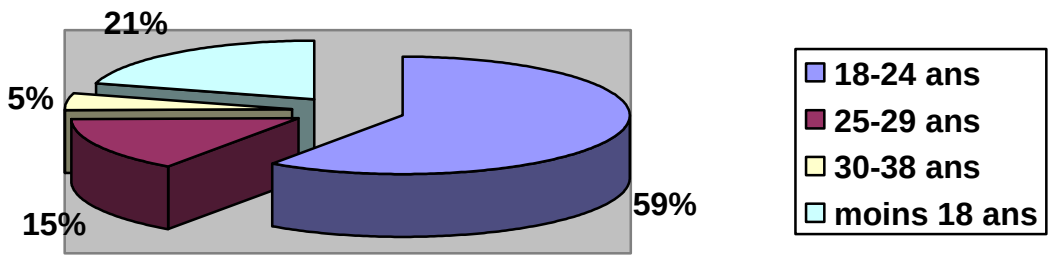
L'âge des pères s'étend de 14 à 38 ans.

Cette information manque dans 26 % des dossiers (38/146).

22 pères sont mineurs également, soit 20,3% des 108 dossiers renseignés.

Les 79,7 % de pères qui sont majeurs se répartissent comme suit dans les tranches d'âge :

répartition des âges des pères



2. Origine du père

Cette information manque dans 21,2 % des dossiers.

Pour les 115 dossiers renseignés :

- les français représentent 59 % des pères (68/115), ce qui est très inférieur aux 80% de mères françaises.

- Comme nous l'avions fait pour les mères, on identifie des sous groupes culturellement différents qui sont :

-5,2 % (6/115) de gens du voyage,

- 19 % de roms (22/115),

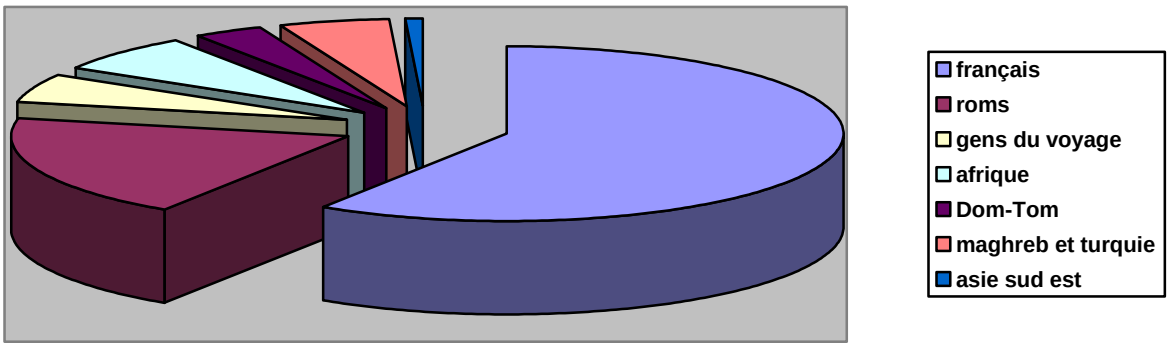
- 6,9 % d'africains (8/115),

- 5,2% de maghrébins et turcs (6/115),

- 3,4% des DOM-TOM (4/115),

- et 0,8% (1/115) d'Asie du Sud-Est.

répartition des origines culturelles



3. Activité du père

Cette donnée manque dans 32,2% des dossiers (47/146).

L'analyse statistique porte donc ici sur seulement 99 dossiers.

- 38,4% des pères ont une activité professionnelle (38/99).
- 39,4% sont au chômage (39/99).
- 17,2% sont encore scolarisés (17/99), dont 29,4% font des études supérieures (5/17).

Un père est incarcéré et 3 pères ont été expulsés vers leur pays et sont donc, -de ce fait-, séparés de la mère.

H. Co-morbidités maternelles

1. Antécédents médicaux et chirurgicaux

Ces notions manquent dans 10 dossiers de 2003 et 2004, soit 6,8% des patientes (10/146).

16,9 % (23/136) des patientes avaient soit des antécédents pouvant avoir des conséquences sur la prise en charge anesthésique ou obstétricale, soit un handicap :

- 2 patientes présentaient des anomalies congénitales représentant un handicap (une surdité congénitale et une agénésie de main gauche).

- 9 patientes avaient un terrain allergique et asthmatique.

- 2 patientes avaient une insuffisance mitrale pouvant nécessiter une prévention d'Osler.

- 4 patientes présentaient des pathologies rachidiennes contre-indiquant la pose d'une analgésie péridurale.

- 6 patientes présentaient des antécédents psychiatriques.

2. Antécédents gynécologiques

a) Frottis

72,1% (98/136) des patientes n'avaient jamais eu de frottis dans les 136 dossiers renseignés.

Pourtant 15,3 % (15/98) d'entre elles avaient des antécédents gynéco-obstétricaux (6 accouchements, 5 IVG et 4 FCS)

1 patiente avait un antécédent de lésions de **dysplasie de haut grade**, et 2 patientes présentaient des condylomes vulvaires.

b) Contraception

Les statistiques sont faites sur 138 dossiers car 5,5 % (8/146) ne contiennent pas de renseignements sur la contraception.

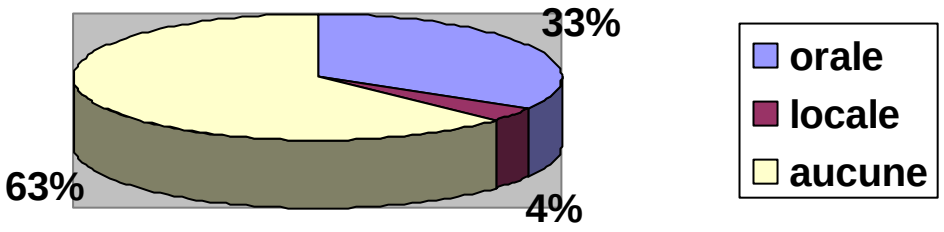
- 63 % des patientes n'avaient aucune contraception (87/138),

- 16% avaient arrêté intentionnellement leur contraception oestro-progestative (23/138),

- 16 % (23/138) ont vu cette grossesse survenir suite à un **échec de contraception orale** (dont une contraception micro-progestative),

- 5 % suite à un **échec de contraception locale** par préservatifs (5/138).

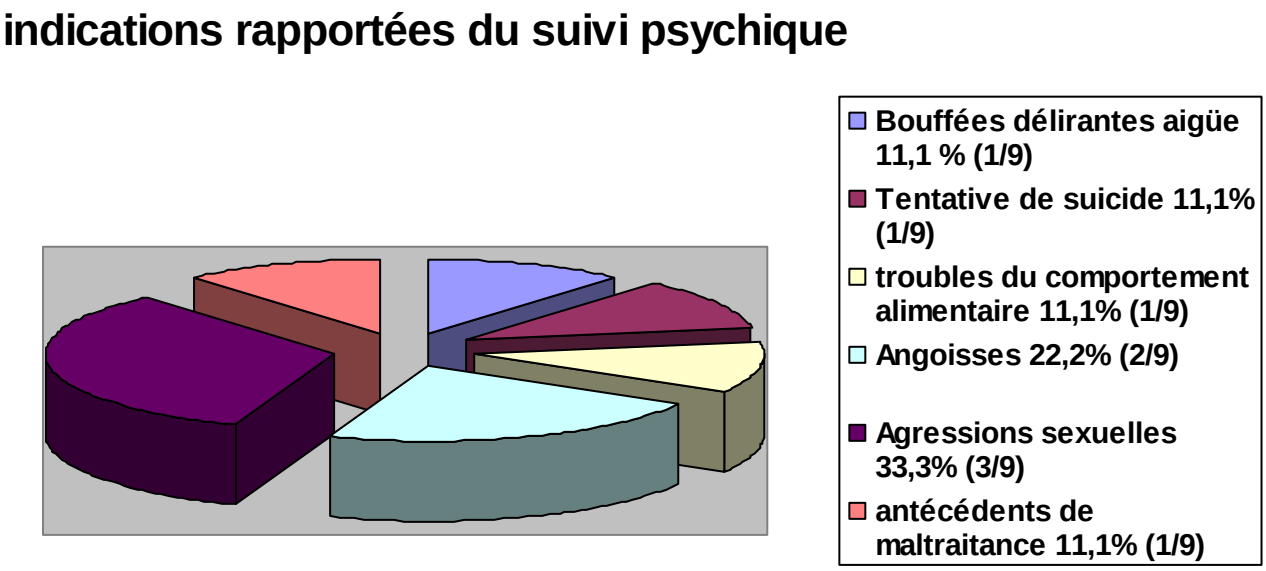
répartition du mode de contraception avant la grossesse



3. Antécédents nécessitant un suivi psychique

Il y a dans notre étude 9 dossiers de patientes pour lesquelles sont notés un suivi psychiatrique ou psychologique, soit 6,1 % des patientes (9/146).

Les indications de ce suivi sont rapportées comme suit dans les dossiers :



On met en évidence chez les patientes ayant un suivi psychique, 33,3 % de victimes d'agressions sexuelles.

Quand on reprend les antécédents généraux, on retrouve une patiente qui décrit des angoisses et des douleurs abdominales chroniques qui n'est pas suivie par un psychiatre , ainsi qu'une patiente qui a été agressée sexuellement pendant son enfance mais ne souhaite pas être suivie.

4. Conduites addictives

a) Tabac

8,2% des dossiers ne contiennent aucune information quand à la consommation de tabac (12/146).

49,2% des patientes sont fumeuses (66/134), et 21,2 % d'entre elles ont arrêté pendant la grossesse (14/66).

b) Alcool

Cette information manque dans 72 dossiers de 2003 à 2005. Elle devrait être renseignée de façon systématique dans les nouveaux dossiers obstétricaux depuis 2005.

Une seule patiente consomme de l'alcool pendant sa grossesse, la même qui est suivie pour des bouffées délirantes, soit 1,4% (1/74).

c) Drogues

Comme pour l'alcool, cet item n'est coché dans les dossiers que depuis 2005.

5 patientes sont consommatrices de cannabis en dehors de leur grossesse et ont arrêté de ce fait, soit 6,8% (5/74). Pour une patiente, la même qui consomme de l'alcool et qui est soignée pour une psychose, il est noté une consommation de drogue(s) mais le(s) produit(s) en cause ne sont pas mentionnés.

d) Troubles du comportement alimentaire

Il est rapporté un seul cas de boulimie prise en charge par un psychiatre.

Au total les conduites addictives autres que le tabac sont rares, par contre la consommation de tabac est répandue chez 49,2% des patientes.

5. Violences

Sont rapportés 10 dossiers de patientes ayant subi des sévices pendant leur enfance soit 6,8% (10/146)

a) Agressions sexuelles

Pour les 5 patientes ayant subi des agressions sexuelles, 3 ont moins de 15 ans (60%) et 2 ont plus de seize ans (40%). 2 patientes ont subi ces agressions dans le cadre intrafamilial.

b) Maltraitance dans l'enfance

2 ont subi des violences familiales pendant l'enfance, nécessitant un placement.

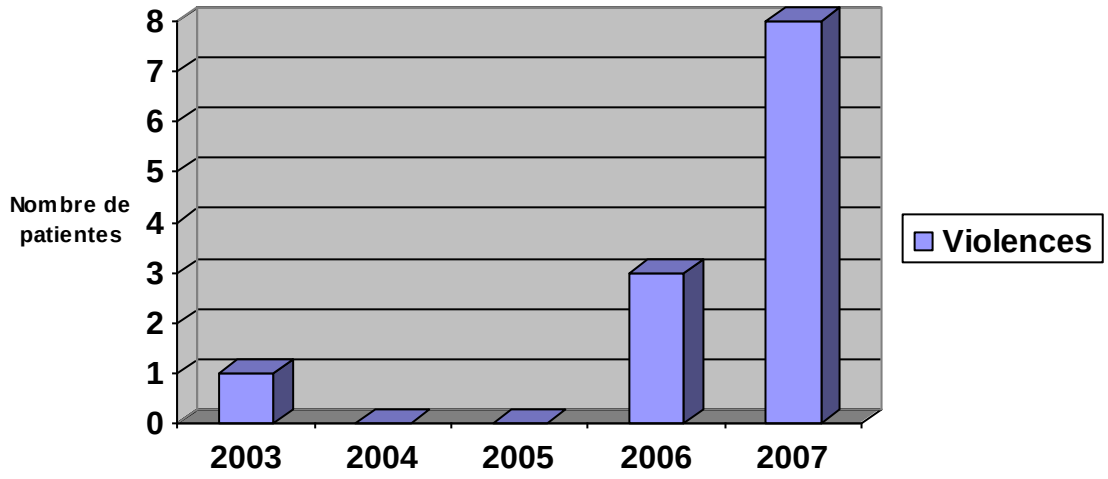
c) Violences conjugales

5 patientes déclarent subir des violences conjugales, dont une a nécessité une hospitalisation en début de grossesse. Les violences conjugales déclarées s'élèvent à 3,4 % des patientes (5/146).

d) Mutilations génitales féminines

Les excisions concernent 60 % des africaines de la série (3/5). Ces violences sont coutumières.

La question de la violence subie passée ou actuelle est censée être posée de façon systématique depuis 2005. Cette notion n'est jamais abordée dans les dossiers obstétricaux antérieurs à cette date. **Il est intéressant de constater que les 12 dossiers dans lesquels sont signalés des antécédents de maltraitance, agressions sexuelles et violences conjugales datent principalement de 2007 et 2006 (12/65), et ne concernent que des françaises : ceci laisse supposer d'une part que le pourcentage global sur 146 dossiers est probablement très sous-estimé ; d'autre part que les barrières de la langue et de la culture sont peut-être un obstacle au recueil de ces données.**



I. Déroulement de la grossesse

1. Suivi de grossesse

50% (73/146) des 146 mineures ont été suivies au centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) de l'hôpital mère-enfant (HME) devenu l'unité gynécologique obstétricale et médico-psycho-sociale (UGOMPS) à partir de septembre 2004.

On rapporte 3 dénis de grossesse.

13,6% des patientes ont été suivies irrégulièrement (20/146) et

14,4% ne l'ont pas été du tout (21/146).

Le suivi est donc jugé correct dans 72 % des cas (105/146).

La date du terme auquel la patiente a consulté pour la première fois un médecin pour sa grossesse ne figure pas dans les dossiers.

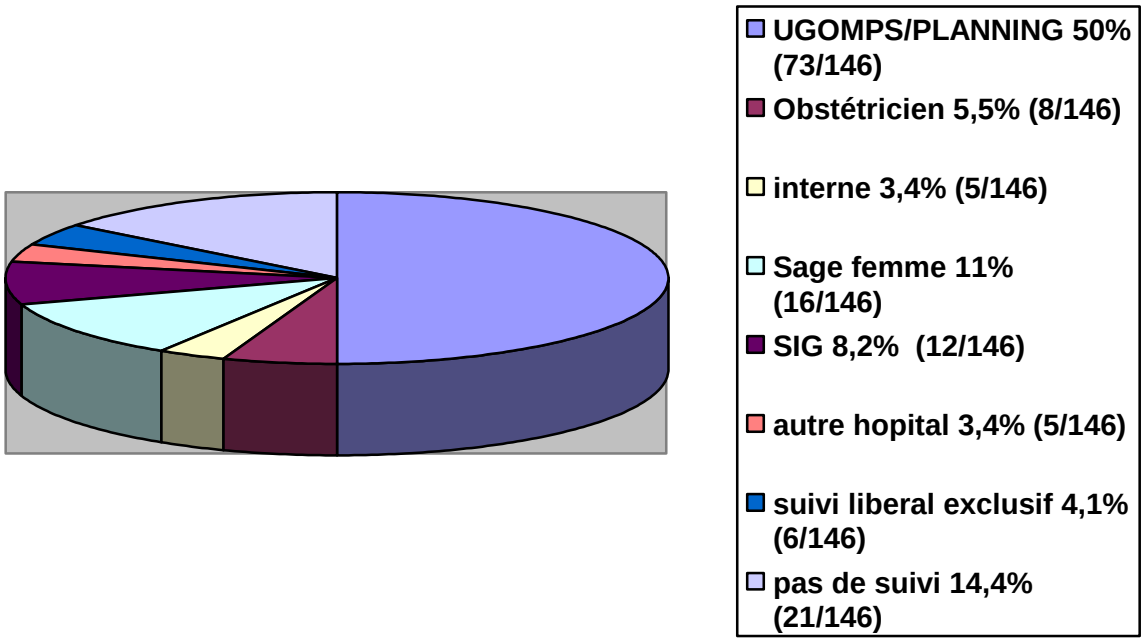
53,4% (78/146) des patientes ont eu une échographie du premier trimestre.

Les 50% de patientes qui n'ont pas été suivies par le planning ou l'UGOMPS ont été suivies en rendez-vous classique de fin de grossesse au $8^{ème}$ mois, par des

- praticiens hospitaliers,
- internes,
- sages femmes,
- en surveillance intensive de grossesse (SIG),

ou encore n'ont pas été vues en fin de grossesse dans notre maternité, mais ont été vues en libéral ou dans un autre Centre Hospitalier.

Répartition des suivis de fin de grossesse



Concernant **les 9%** (13/146) de patientes qui effectuent leur **premier contact** avec le CHU **aux Urgences Gynécologiques** (UGO),

- **46,2% sont orientées pour le suivi vers l'UGOMPS (6/13),**
- 7,6% sont orientées vers des consultations de sage-femme classiques (1/13),
- **46,2 % (6/13) sont orientées vers l'unité de Surveillance Intensive de Grossesse** (SIG), et pour **la moitié de celles-ci** seulement (3/6) cette orientation est justifiée par **l'existence d'une pathologie ; pour l'autre moitié cette orientation est justifiée par la nécessité d'une échographie de datation rapide**.

La régularité du suivi est significativement différente en fonction de l'origine culturelle ($p<0.01$), mais ce n'est significatif que pour les cultures suffisamment représentées soit les Françaises, les Roms et les Gens du Voyage.

	Suivi irrégulier ou absent	Suivi régulier
Française	28,4% (29/102)	**71,6%** (73/102)
Roms	**95,2%** (20/21)	4,8% (1/21)
Gens du Voyage	16,7% (2/12)	**83,3**% (10/12)
Dom-Tom	50% (2/4)	50% (2/4)
Turque/maroc	100% (2/2)	0% (0/2)
Africaine	60 % (3/5)	40% (2/5)
TOTAL	39,7% (58/146)	60,3% (88/146)

En 2006 puis 2007, on observe une orientation préférentielle des patientes mineures vers l'UGOMPS : seulement 38,9 % (14/36) des mineures avaient été suivies à l'UGOMPS en 2006 alors que **72,4% (21/29) d'entre elles l'ont été en 2007.**

On voit apparaître 5 fiches de **Staff parentalité en 2006** : 4 de ces patientes sont suivies à l'UGOMPS et 1 par une sage-femme du CHU. Soit **13,9%** (5/36) des patientes.

En 2007, 20,7% (6/29) des patientes ont été présentées en staff parentalité, 5 suivies à l'UGOMPS et une par une sage-femme du CHU.

2. Pathologies maternelles et fœtales

- 69,8% des patientes n'ont présenté aucune pathologie pendant leur grossesse (102/146).

- 14,4% (21/146) des patientes ont été prises en charge pour des menaces d'accouchement prématuré (MAP), dont 4 chorioamniotites parmi lesquelles 2 sont survenues suite à des ruptures précoces avant 20 SA.

- 6,2 % (9/146) de pathologies vasculaires sont recensées :

  - 5 toxémies gravidiques dont une a présenté un HELLP syndrome,
  - 4 hypertensions artérielles gravidiques.

- Il est rapporté un cas de diabète gestationnel.

6 patientes ont été suivies pour suspicion de macrosomie en fin de grossesse.

- Deux patientes sont suivies pour des thrombopénies idiopathiques, 1 patiente a présenté une hémorragie sur placenta praevia indiquant une extraction en urgence.

- Le taux de grossesses gémellaires est de 1,4% (2/146), une mono-choriale bi-amniotique, et une bi-choriale bi-amniotique.

- 1 patiente a présenté des vomissements gravidiques pendant toute sa grossesse nécessitant de nombreuses hospitalisations.

- Enfin on rapporte 5 pyélonéphrites.

Sur le plan fœtal,

- 4 patientes étaient suivies pour un retard de croissance intra-utérin dont trois des toxémiques, et 3 ont présenté un oligoamnios isolé.

- Une patiente avait un fœtus qui présentait un chylothorax idiopathique récidivant.

- Il est rapporté un cas de laparoschisis, un cas d'extrasystoles ventriculaires fœtales sans anomalie morphologique cardiaque.

- Une patiente a eu une amniocentèse pour une pyélectasie bilatérale.

Aucun des marqueurs sériques fait chez 36,3 % (53/146) des patientes n'a orienté vers un diagnostic anténatal, ni aucune des échographies du premier trimestre. Par contre, on rapporte un cas d'alpha-foeto proteïne élevé avec prise en charge pour une rupture précoce avant 20 SA et accouchement à 25 SA d'un enfant qui est décédé. On rapporte un cas d'HCG élevée, pour lequel la croissance foetale a été surveillée, et qui a donné naissance à un enfant hypotrophe à 38 SA suite à un déclenchement pour oligoamnios.

Influence du suivi sur la survenue de pathologie(s) :

N=146

	Pathologie	Absence de pathologie
Suivi régulier	27	61
Suivi irrégulier	17	41

Ces différences ne sont pas significatives.

Dans les maternités précoces (patientes âgées de 13 à 15 ans) on relève 13,3% de complications (2/15), contre 28,2% (37/131) chez les plus de 16 ans.

Chez les multipares on observe 12,5 % (1/8) de complications versus 26,8% (37/138) chez les patientes n'ayant jamais accouché.

L'effectif des maternités précoces et des multipares est trop faible pour comparer et étudier la significativité.

On observe une différence significative du taux de pathologies survenant en fonction du tabagisme ($p<0.05$) puisque 34,8% des patientes fumeuses (23/66) on eu des pathologies, contre 22,1%(15/68) chez les non fumeuses, sachant que l'information sur le tabac n'est retrouvée que dans 134 dossiers.

100 % (5/5) des accouchées avant 26 SA étaient fumeuses.

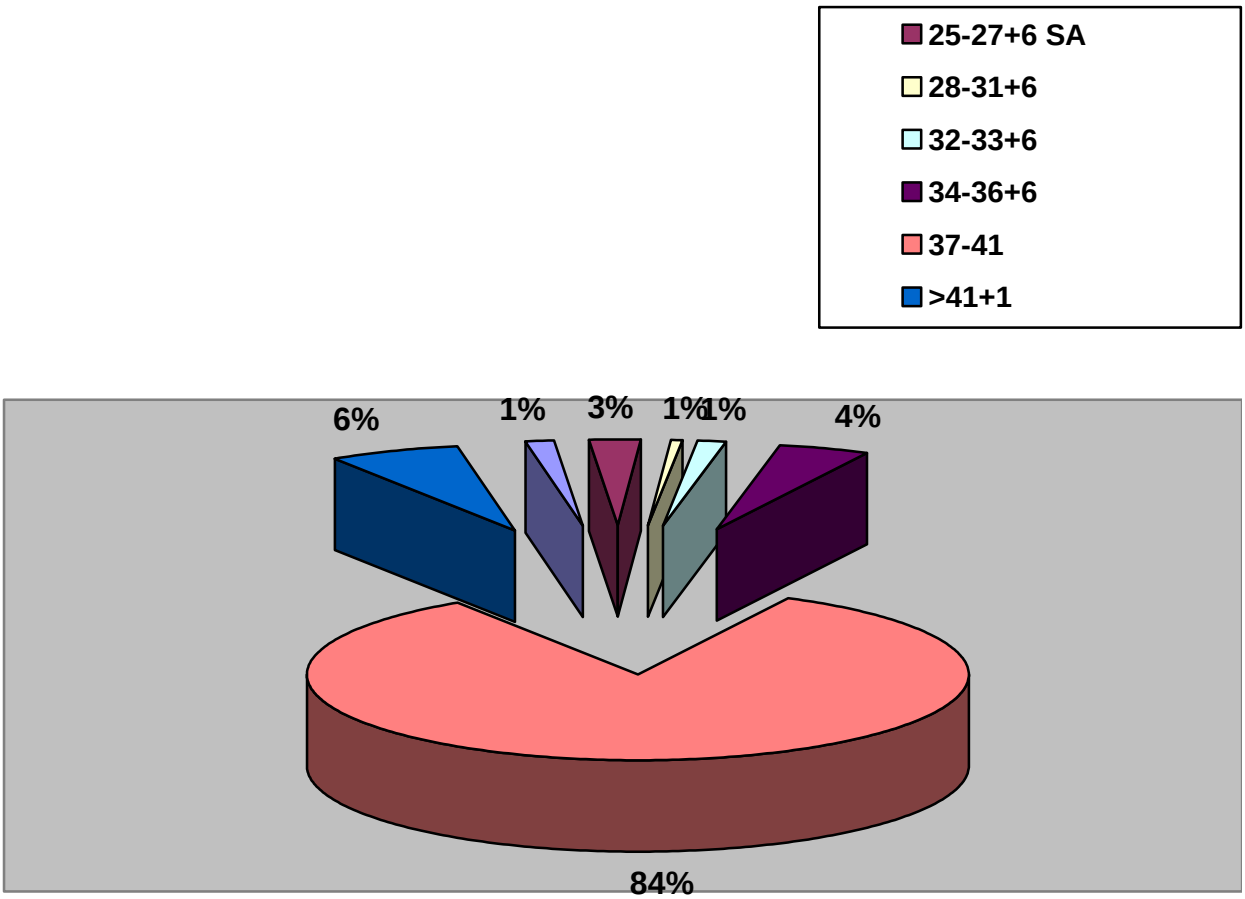
On met en évidence une **différence significative entre les françaises et les autres patientes concernant la consommation de tabac :**

	Tabac	Pas de Tabac	Total
Françaises	55/66 (**83,3%)**	11/66 (16,7%)	66
Autres	42/68 (**61,8%)**	26/68 (38,2%)	68
Total	97	37	134

J. Accouchement

1. Terme

On observe dans notre série 11% (16/146) d'accouchement prématurés soit avant 37 SA, qui se répartissent comme suit :



2. Voie d'accouchement

89 % des patientes ont accouché par voie basse (130/146).

3 de ces patientes ont accouché à domicile, dont deux présentaient un déni de grossesse.

Les 11% de césariennes (16/146) ont été pratiquées :

- en cours de travail dans 56,2% des cas (9/16),
- 18,8% de façon programmée pour des présentations du siège (3/16) et
- 25 % en urgence en dehors du travail (4/16).

La grossesse gémellaire mono-choriale bi-amniotique à accouché normalement à 37 SA, l'autre a été césarisée en urgence à 35 SA pour anomalies du rythme cardiaque fœtal du deuxième jumeau.

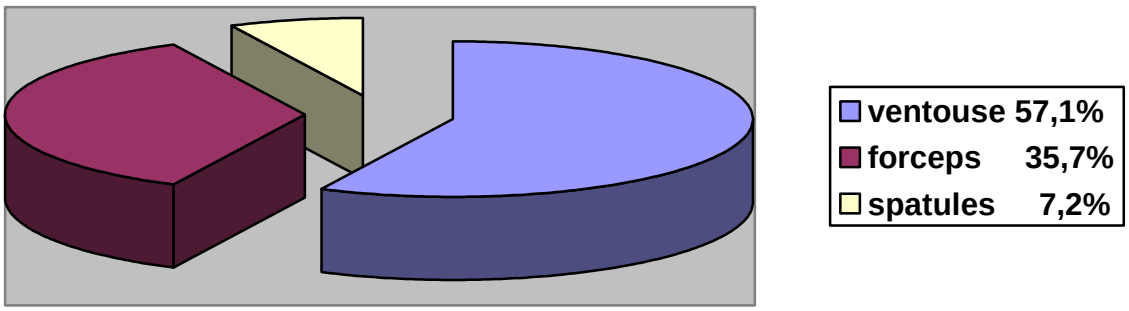
Il n'est rapporté de complications per-opératoire dans aucune des césariennes.

Il y a eu 5 hémorragies de la délivrance dont aucune n'a nécessité de gestes chirurgicaux ni d'embolisation.

On ne rapporte aucune dystocie des épaules.

Des extractions instrumentales ont été réalisées dans 10,8% des voies basses (14/130) et se répartissent comme suit :

Répartition des instruments d'extraction



71,4% (10/14) ont été faites pour défaut de progression du mobile fœtal.

Aucune patiente n'a eu de traumatisme périnéal, ni complet ni compliqué.

- 53,1% des patientes ont un périnée intact (69/130),
- 33,1% des patientes ont une épisiotomie (43/130),
- 13,8% ont une déchirure vaginale simple (18/130).

73,8% (96/130) des patientes accouchées par voie basse ont eu une analgésie péridurale.

K. Etat néo-natal

Pour les statistiques on exclut ici deux cas particuliers qui sont les grossesses gémellaires.

- 82,6 % des enfants sont nés eutrophiques à terme (119/144).
- On observe 11,1 % de prématurés (16/144) , et
- 9% d' hypotrophes (13/144).

5 enfants sont décédés à la naissance dans des accouchements avant 26 SA, dont 2 accouchements entre 24 et 25 SA et 3 après 25 SA mais dans un contexte de chorioamniotite et de rupture précoce antérieure à 24 SA.

Le taux d'hospitalisation est de 5,6 % des nouveaux nés (8/144) :

7 nouveaux-nés ont été admis en réanimation dont celui porteur d'un laparoschisis et celui présentant un chylothorax récidivant, et un a été hospitalisé en pédiatrie pour une détresse respiratoire avec suspicion d'infection néo-natale.

L. Post-partum

Dans 2 dossiers l'examen des suites de couches n'est pas rempli soit 1,4%.

1. Pathologies

On rapporte peu de pathologies du post-partum, 3,5 % d'infections urinaires fébriles (5/144), 0,7% d'endométrite (1/144).

Une patiente a été admise en choc hémorragique à 2 mois de sa césarienne. Cette patiente, sortie sous Microval de la maternité, présentait une grossesse extra-utérine de 12 SA dans la cicatrice utérine et a du subir une hystérectomie subtotale.

2. Allaitement

Sur les 141 patientes susceptibles d'allaiter car on exclut ici les mères dont les nouveaux nés sont décédés, 51% n'allaitent pas (72/141). Parmi elles 5,6 % ont essayé avant de choisir finalement l'allaitement artificiel (4/72).

3. Contraception post-natale

Les statistiques sont réalisées sur 144 dossiers, car deux dossiers ne contiennent pas d'examen de suites de couches ni de double des ordonnances éventuellement remises.

30,6% (44/144) des patientes sont sorties sans contraception, dont seulement 20,5% (9/44) après l'avoir refusée. 31,3% (45/144) sont sorties avec une contraception orale micro-progestative, 20,8% (30/144) ont eu une contraception oestro-progestative, 9,7% (14/144) ont eu un implant contraceptif posé dans le service, il a été posé un dispositif intra-utérin soit 0,69% (1/144).

25,7% des patientes se sont vues prescrire une contraception non remboursée par la sécurité sociale (37/144).

4. Suivi en maternité : évaluation du lien mère-enfant

L'évaluation du lien mère-enfant est analysée à partir des commentaires des sages-femmes et puéricultrices s'occupant des patientes en suite de couche.

Il est rapporté des difficultés dans 17/146 dossiers soit **11,6 %** des cas :

Ces difficultés sont des **angoisses** dans 5,5% (8/146) des cas, de la **tristesse** chez 2,1% (3/146) des jeunes mamans, une patiente présente une **anorexie** en post-partum. L'équipe rapporte ses inquiétudes quand à des **manipulations jugées trop brusques** et peu prudentes des mères envers leurs bébé chez 2,1% (3/146) des patientes. Il est relevé 2,1% (3/146) de **manque d'investissement** de la mère dans les soins à l'enfant, ou bien 0,7% (1/146) d'**excès de soins** avec des changes et des mises au sein jugées trop fréquentes, ou encore 2,1 % (3/146) de **manque de compliance** de la mère, qui peut être décrite comme n'appliquant pas les **consignes de sécurité** répétées par les soignantes, sur le coucher de l'enfant par exemple.

On compare la survenue ou non de difficultés particulières avec leur enfant en suites de couches, chez les 126 mères dont on connaît le lieu de vie avec leurs bébés :

Lieu de vie	Inquiétude lien-mère enfant	Pas de problème signalé
parents	64,7% (11/17)	50,5 % (55/109)
hébergement	5,9% (1/17)	9,2% (10/109)
Maritale	-	30,3% (33/109)
Foyer	29,4% (5/17)	24,7% (27/109)
Fugue Sans domicile	-	0,9% (1/109)
total	13,5 % (17 /126)	86,5% 109/126

Il y a **significativement plus de difficultés chez les jeunes filles vivant chez leurs parents, que chez les jeunes filles vivant maritalement ($p<0.05$).**

Parmi les patientes placées en foyer, il n'y a pas significativement plus de difficultés signalées.

Pour la patiente qui a fugué sans domicile fixe avec son bébé et pour laquelle une place en foyer était envisagée, il n'y avait aucun commentaire particulier de l'équipe quant à d'éventuelles difficultés de la jeune maman avec son enfant.

On a inclus cette patiente parmi celles dont on connait la destination, car il ne s'agit pas dans son cas d'un manque d'information dans le dossier, contrairement aux 10 dossiers inexploitables pour cette donnée.

4,8% (7/146) des patientes ont été vues par un psychologue ou un psychiatre en suites de couches.

28,5% (2/7) de ces entretiens ont fait l'objet d'une transmission dans le dossier de la part du psychiatre ou du psychologue.

M. Conditions de sortie

1. Sortie avec l'enfant

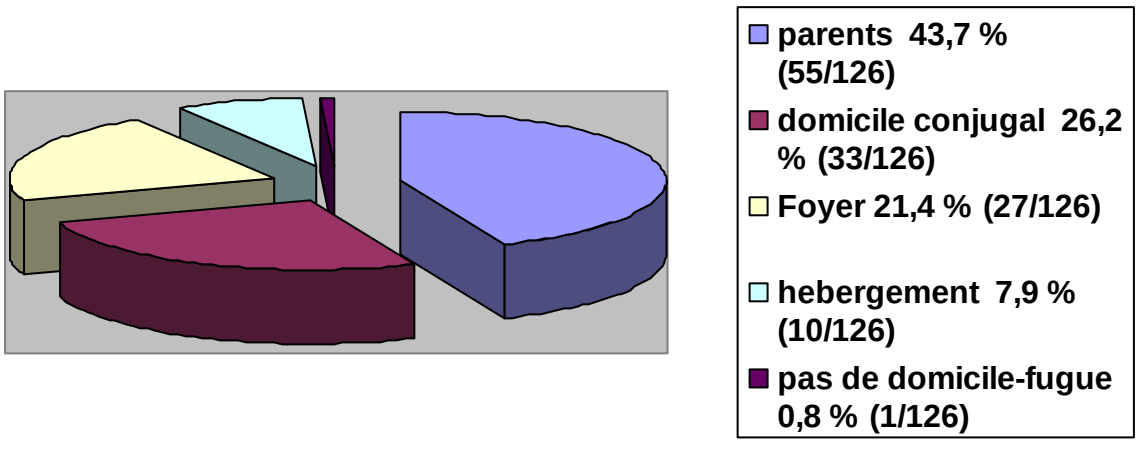
Sur un des 146 dossiers il n'est pas possible de savoir si la mère est sortie avec son enfant. Si on exclut de plus les 6 bébés hospitalisés et les 5 bébés décédés, **le taux de sortie des jeunes mères avec leur enfant est de 99,3 %** (133/134).

1 seule patiente âgée de 14 ans et victime de nombreuses agressions sexuelles, dont l'agresseur et père de l'enfant est incarcéré, est sortie sans son enfant, qui a été placé dans une famille d'accueil sur décision judiciaire.

2. Lieu de sortie

Le lieu de sortie n'est pas renseigné dans 20 dossiers soit dans 13 ,7 % des cas, et se répartit comme suit sur les 126 dossiers analysables :

répartition des lieux de sortie des mères



Ces chiffres recoupent exactement ceux du domicile parental en début de grossesse (43,7 vs 43,2 %) ; le retour au domicile conjugal par contre, est en baisse de 8,6%, au profit essentiellement de l'admission en foyer (+ 6,2%).

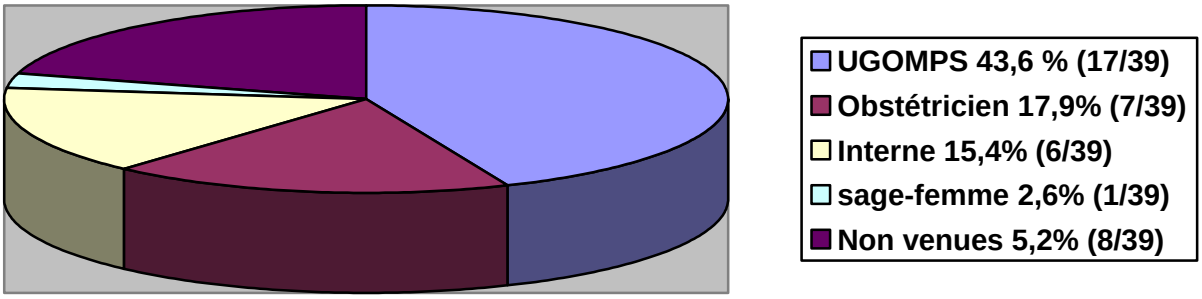
Mais cela ne signifie pas que le surplus de patientes qui sont admises en foyer est celles qui étaient en couple.

En fait certaines patientes vivant en couple sont sorties chez leurs parents ce qui explique la baisse de taux de sortie au domicile conjugal, et des patientes vivant initialement chez leurs parents ont été placées en foyer avec leur bébé à la sortie de la maternité.

3. Programmation de Visite post-natale

Dans **58,9%** (86/146) des dossiers, on ne retrouve aucune donnée concernant la visite post-natale. Dans 12,3 % (18/146) des cas, il est écrit que les patientes doivent contacter leur médecin traitant, et dans 2,1% des cas (3/146) leur gynécologue libéral. Enfin dans 26,7%(39/146) des cas, des visites ont été prévues au CHU et se répartissent comme suit :

Répartition des visites post-natales organisées au CHU



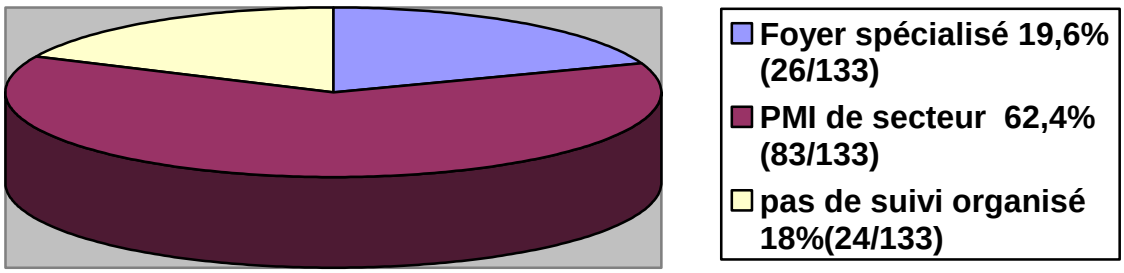
4. Organisation du suivi à la sortie de la maternité

L'organisation du suivi des patientes manque dans 18% (24/133) des 133 dossiers de patientes sorties avec leur enfant.

Pour ces patientes il n'est noté aucun lien particulier avec la PMI de secteur, aucune entrevue avec l'assistante sociale.

Il est rapporté 20,5% (30/146) des dossiers qui ont été présentés à l'assistante sociale en suite de couches, laquelle a vu la patiente dans 83,3% (25/30) des cas. Dans les cas où les patientes n'ont pas été vues en entretien en suites de couche mais pour lesquelles il apparaît que l'assistante sociale a été sollicitée, la transmission à la PMI apparaît dans les dossiers.

organisation du suivi à la sortie de la maternité



V. Discussion

On ne devient pas mère par ignorance, naïveté ou inaptitude à utiliser les moyens de contraception, même quand on est adolescente.

Par contre la survenue d'une grossesse à l'adolescence est un symptôme, et ce que fera l'adolescente de cette grossesse est fonction de son contexte culturel, socio-économique et psychologique.

Dans notre pays l'accès à la contraception pour les mineures est facilité et le droit à l'interruption volontaire de grossesse est respecté. Dans la grande majorité des cas, lorsqu'il ne s'agit pas de la conséquence d'un viol ou d'un inceste, la grossesse menée à terme est le projet d'une jeune fille ou d'un jeune couple.

La littérature abonde d'articles confortant l'idée d'une contre-indication médicale de la grossesse à l'adolescence[2], agitant le spectre des complications obstétricales[3] et des dangers pour l'enfant[4]. **Sur le plan obstétrical**, plusieurs études s'accordent pour considérer que ces grossesses ne présentent **pas de risques supérieurs** dans les pays développés[5], si elles sont suivies[6].

Concernant les risques pour les enfants, certaines études menées sur des cohortes de patientes sans soutien psychologique et social adapté, ont mis en évidence que leurs enfants seraient cinq fois plus exposés à la mort subite du nourrisson, aux infections, aux accidents domestiques, aux sévices, et présenteraient des **troubles psycho-comportementaux du fait des perturbations précoces des interrelations mère-enfant.**

Mais il semblerait que ces grossesses, lorsqu'elles sont activement suivies et sorties de la clandestinité, aient un pronostic comparable à celles de patientes plus agées[7].

Un autre argument retenu est le devenir psycho-social des mères adolescentes : 50 à 75% des adolescentes abandonnent l'école en cours de grossesse et seulement la moitié d'entre elles y retourneront. L'insertion dans la vie professionnelle est souvent difficile du fait de l'absence de formation et des contraintes liées au nouveau-né. L'avenir familial est incertain, car dans les cinq ans qui suivent la naissance, trois quarts des mères en couple au moment de la naissance seront séparées.[8]

Le retentissement psycho-social lourd des maternités chez les mères démunies et mal suivies, s'observe aussi chez les femmes majeures[9] : la vulnérabilité des mères n'est pas lié qu'à leur âge. **Mais le jeune âge de ces patientes est un signe de vulnérabilité qu'il est indispensable d'identifier.**

Il existe donc une grande diversité inter-individuelle[10] du devenir de ces grossesses, et une **extrême importance de l'entourage et de l'accompagnement mis en place[10], ainsi que de l'empathie et de la bienveillance des soignants.**

A. Analyse obstétricale

Il est important de considérer la qualité du suivi obstétrical, avant d'examiner la prévalence des complications obstétricales chez les mineures.

Dans notre pays environ 25 % des grossesses ne sont déclarées qu'au deuxième trimestre[11], 5 à 10 % sont méconnues jusqu'à l'accouchement et 20 à 30 % sont mal suivies[12]. Dans cette étude 28% des grossesses sont mal suivies mais se sont déroulées normalement pour la majorité d'entre elles.

La survenue d'une pathologie hypertensive ou d'une pré-éclampsie n'est pas réputée plus fréquente chez les adolescentes qu'à l'âge adulte[13]. La littérature rapporte chez les mineures un taux élevé d'accouchement prématuré (10 à 15 %), de menace d'accouchement prématuré (22 à 42 %), et d'hypotrophie fœtale[8,14]. Ces risques apparaissent inférieurs dans notre série avec seulement 11% d'accouchements prématurés et 9 % d'hypotrophie fœtale.

Le mauvais suivi des grossesses est souvent considéré comme un facteur de risque de survenue de ces pathologies ; Il se peut que d'autres éléments augmentent le risque de prématurité et de retard de croissance :

- Nous avons mis en évidence une différence significative de survenue d'accouchements prématurés chez les patientes tabagiques (49,2 % de tabagiques chez nos mineures).

- Par contre la prévalence de la toxicomanie est faible dans notre série, et les conditions d'alimentation et de logements y sont bien meilleures que celles des pays en voie de développement, dans lesquels l'incidence de la prématurité chez les adolescentes est plus élevée[14].

- Une autre explication réside dans le fait que notre proportion de grossesses suivies chez des adolescentes de moins de 15 ans n'est que de 10,3% ; Or il a été démontré dans plusieurs études[15-17] que les grossesses très précoces, avant 15 ans, sont plus souvent compliquées et pathologiques[18,19], ce qui n'est pas significatif dans notre étude vu le trop faible effectif**.** C'est pourquoi certains proposent de **limiter la définition de la maternité précoce aux moins de 15 ans[20].**

- Il aurait été intéressant de connaître l'âge auxquels sont survenues les premières règles des patientes : en effet il a été récemment rapporté que les risques liés à la précocité de la première grossesse sont corrélés à l'âge de survenue des premières règles[21], car l'augmentation du risque d'accouchement prématuré serait pour certains lié à la puberté et la croissance non terminée de ces jeunes filles, plutôt qu'à l'âge lui même[17] .

Enfin un autre facteur favorisant rapporté dans la littérature est la multiparité[22,23], mais là encore nos effectifs sont faibles (8/146) et aucune différence significative n'a pu être mise en évidence.

Finalement, pour peu qu'on effectue un ajustement sur les effets du tabagisme, de la toxicomanie, du suivi de grossesse et des conditions socio-économique, il est possible de considérer que le risque de prématurité ou d'hypotrophie n'est pas plus élevé chez les mineures que dans la population générale. De plus, une corrélation existant entre le défaut de suivi de grossesse et la survenue de complications obstétricales[24], ce qui n'est pas mis en évidence dans notre série, il est difficile de dire que l'âge représente à lui seul un facteur de risque. Il a même été montré dans certaines études que lorsqu'elles sont correctement suivies, ces grossesses ont le même pronostic obstétrical qu'à l'âge adulte[25-28].

L'évaluation du risque de malformation congénitale est assez pauvre dans la littérature, du fait de la rareté de ces situations. D'après les données du registre des malformations, le risque est plus élevé chez les mères mineures que chez les adultes de moins de trente ans[29]. Le registre des malformations congénitales de Paris fait apparaître un taux de 3,2 % avant l'âge de 20 ans. Le taux retrouvé dans notre étude est de 2,1% (3/146).

Concernant l'accouchement, les données publiées montrent dans l'ensemble moins de césariennes[22,30], et ce qui est rapporté dans cette série est conforme à la littérature (11 % de

césariennes) . Il y a eu 73,8% d'analgésie péridurale, 3,4% d'hémorragies de la délivrance. La littérature ne rapporte pas d'augmentation du risque d'hémorragie de la délivrance**,** aucune augmentation de ce risque n'apparaît non plus dans notre série. Finalement, le jeune âge ne serait pas à lui seul un facteur de risque obstétrical, et dans la littérature récente ces jeunes mères accoucheraient plus souvent par voie basse sans complications[31].

B. Les facteurs culturels

Dans des sociétés complexes comme la nôtre où divers courants se côtoient, les finalités culturelles ne peuvent pas être les mêmes pour tous les groupes sociaux et il est judicieux de **replacer les mineures dans leur contexte culturel**.

Les jeunes filles issues de l'immigration appartiennent à des communautés dans lesquelles la **maternité à l'adolescence est plutôt valorisée**, et à la différence de notre société, il y a un lien étroit entre fécondité, sexualité et alliance sociale. Le plus souvent, faire des enfants s'inscrit dans le maintien d'une identité collective avant d'être une initiative individuelle. Nous avons dans cette étude différencié les françaises originaires des DOM - TOM et les françaises du voyage, nous appuyant sur la littérature qui rapporte des taux de grossesse chez les mineures plus élevées dans ces groupes culturels[1].

L'analyse du mode de vie révèle que dans 34,8% des cas ces adolescentes vivent maritalement, et que les Roms et les Gens du voyage vivent très significativement plus souvent en couples, avec respectivement 83,3% et 70% de vies conjugales.

Les africaines sont très peu représentées dans notre série, mais le sont beaucoup plus dans des études parisiennes [6] qui mettent en évidence que ces adolescentes ont des vies de femmes bien plus jeunes que dans la population française, et bien que mineures, la problématique de leur maternité ne peut être assimilée sans distinction aux maternités des adolescentes françaises non issues de l'immigration.

Dans notre série 51,6% des mères françaises vivent chez leurs parents et la nécessité de mettre en place un suivi spécialisé en foyer apparaît dans 19,4 % des cas ; alors que la question ne s'est posée que chez 4,7% des roms (1 seule patiente sans entourage familial) et qu'on n'a relevé aucun cas chez les gens du voyage ni chez les africaines.

Ces données signifient que la maternité chez les adolescentes Roms, Gens du voyage et africaines s'inscrit le plus souvent dans un projet de couple.

La particularité des Roms est la grande détresse et la grande précarité dans lesquelles se trouvent ces populations qui se réfugient en France depuis les années 90, en provenance des pays d'Europe de l'Est. Ils sont souvent confondus avec les Gens du voyage, mais les Roms de Roumanie sont une population qui a été sédentarisée de force depuis des siècles, dans laquelle le mariage a traditionnellement lieu à l'adolescence et dont l'existence est toujours très difficile dans ce pays. Il est difficile d'organiser pour ces jeunes femmes un suivi spécialisé de la jeune mère et de son enfant. Ces patientes sont revues à la visite post-natale dans seulement 9,5% des cas (2/21) malgré le rendez vous pris au CHU pour 100% d'entre elles. Ces populations sont aidées sur la région Nantaise par Médecin du Monde, et d'autres associations, et la majorité d'entre elles se présentent à la maternité après 34 semaines. A la différence des Gens du Voyage dont le suivi de grossesse est régulier (83,3%), les grossesses

des Roms sont mal suivies ou non suivies dans 95,2% des cas malgré leur projet de couple, du fait de leurs grande difficultés sociales, de la crainte des institutions et de l'expulsion du territoire français, et de l'incapacité à s'exprimer et à lire le français chez toutes ces adolescentes.

Nos patientes musulmanes non originaires d'Afrique subsaharienne ne sont que deux, mais elles sont malgré tout assez représentatives : il n'est pas traditionnel chez les musulmans qu'une mineure se marie et encore moins qu'elle ait des enfants hors mariage. Nos deux patientes étaient des jeunes filles non seulement sans soutien mais rejetées et menacées, dont les grossesses furent mal suivies. Stigmatisées et exclues, parfois même menacées de mort, ces jeunes adolescentes sont en danger.

Chez les patientes d'Afrique subsaharienne, qui ne sont pas toutes musulmanes, le poids de coutumes ancestrales préexistantes à la religion islamique, explique la survenue de grossesses chez les mineures, le mariage pouvant se faire avant la majorité. Les mutilations génitales féminines sont des violences coutumières également préexistantes à l'islam.

C. Les facteurs socio-économiques

Devenir mère à l'adolescence peut aussi correspondre à une stratégie d'adaptation [32], à un projet pour échapper à l'échec scolaire, ou à un milieu familial ou institutionnel perturbé.

Etre mère c'est avoir une fonction sociale, c'est se valoriser, bénéficier d'un support familial et social accru et de prestations d'aides sociales….parfois le seul projet viable pour échapper à l'échec, au chômage et à la pauvreté [33].

Les données de notre série vont dans le même sens que la littérature, car 74,6% des patientes ne sont pas scolarisées.

Les conditions sociales à la sortie justifient d'un suivi spécialisé organisé en foyer dans 19,6% des cas, suivi rapproché avec un signalement particulier à la PMI dans 62,3% des cas.

Se pose la question d'une éventuelle aggravation des difficultés socio-économiques : Depuis les années 80, tous les auteurs s'accordaient pour penser qu'une maternité précoce exacerbait les difficultés de ces patientes, surtout du fait de la déscolarisation [4].

A la fin des années 1990 certaines études ont mis en évidence qu'un tel pessimisme était injustifié [10], car le devenir des mères adolescentes dépend aussi des caractéristiques individuelles et du soutien familial. Une grossesse pouvait même avoir des répercussions très positives telle que l'arrêt d'une toxicomanie [34].
Néanmoins de nombreuses autres études persistent à démontrer l'influence négative de la parentalité précoce sur le niveau socio-économique et sur la scolarisation [35].

La reprise de la scolarité est hautement souhaitable[36], elle est un élément de bon pronostic familial et social. En France, la circulaire Haby de 1975 a bien spécifié que « la grossesse et la maternité d'élèves enceintes ou mères ne peuvent motiver ni une exclusion ni un refus d'inscription ».

D. Les facteurs psychologiques

1. Adolescence et grossesse, une double problématique

L'adolescence et la grossesse sont deux périodes de la vie qui sont physiologiquement des périodes de grands bouleversements à la fois physiques et psychiques...

Des modifications corporelles importantes aux remises en question des identifications maternelles, parentales… le travail que l'être humain fait à ces périodes de sa vie est immense… Nos jeunes patientes vivent donc un état de fragilité intense, devant tout à la fois être adolescentes, vivre leurs grossesses et devenir mère…

Marcelli propose trois niveaux d'interprétation de l'influence des facteurs psychologiques [37] :

- Le premier voit dans la grossesse le besoin de vérifier l'intégrité corporelle et des organes de reproduction.

- Le second niveau indique que le désir d'enfant et la grossesse sont une recherche d'un objet de comblement des carences de l'enfance. Dans certaines études ont en effet été mises en évidence de **fortes corrélations entre la mésestime de soi, la survenue de violences physiques, de carence et de négligence éducative dans la petite enfance, et la parentalité précoce [38,39].**

- Enfin, le troisième niveau considère la grossesse comme faisant partie des prises de risque de l'adolescence, dont l'objectif est de mettre le corps en danger. Ce corps par lequel naît le sentiment de frustration avec l'éveil de la sexualité, est vécu comme un objet de persécution ; l'adolescente attaque son corps car il est source de souffrance. Alors que les garçons ont des conduites à risque sociales, les filles se tournent vers l'attaque directe du corps : tentatives de suicide, grossesses, maladies sexuellement transmissibles, troubles du comportement alimentaire.

Presque toutes les futures jeunes primipares s'attachent à garder un enfant, initialement plus imaginaire que réel, qui compenserait à leurs yeux leurs carences du passé ; un enfant qu'elles pourront aimer et qui surtout les aimera autant qu'elles ne l'ont précisément pas été. Véritable prolongement d'elles mêmes, cet enfant à venir occupe le rôle de première véritable réalisation personnelle, fortement investie émotionnellement. En d'autres termes, lorsqu'elle ne relève pas d'une violence sexuelle ou d'un rapport fécondant occasionnel, la grossesse de l'adolescente relève d'un comportement narcissique. La qualité de la relation prénatale à l'enfant peut s'en trouver compromise. L'accompagnement prénatal est d'autant plus essentiel que, comparées aux jeunes filles qui optent pour l'IVG, celles qui mènent leur grossesse à terme connaissent plus de perturbations familiales, apparaissent moins autonomes et moins capables d'intégrer les éléments de la réalité dans leur processus de décision [40].

Les caractéristiques psychologiques de nos patientes n'ont pas pu être étudiées, faute de données.

Dans notre étude, on est frappé par le manque **de transmissions** du psychologue ou du psychiatre dans les dossiers obstétricaux.

Dans seulement 4,8% des cas l'équipe soignante de la maternité a fait appel au spécialiste, pour que la patiente soit vue en entretien en suites de couches.

2. Lien mère – enfant

Le plus important à la naissance, dans la parentalité des adolescentes, c'est la façon dont va se développer le **lien mère-enfant.**

Pendant la grossesse en effet les adolescentes expriment habituellement moins de préoccupations maternelles anxieuses que les femmes plus âgées.

Si ces jeunes mères apparaissent finalement assez habiles avec leur bébé, leur investissement dans ce domaine peut se révéler relativement instable.

Elles se montrent en moyenne moins expressives, moins positives dans leurs attitudes et consacrent moins de moment d'attention partagée que les mères plus âgées.

Elles ont une bonne capacité à jouer avec leur bébé, mais se montrent souvent moins capables de régression au cours de ces jeux, plus rigides dans leurs convictions (« il a faim », « il doit dormir », etc.) et moins sensibles aux besoins propres du bébé.

Certains auteurs ont noté chez ces nourrissons des comportements d'attachements anxieux ou ambivalents plus fréquents [41].

Sur le plan pratique, il est important d'apprécier l'état psychologique de l'adolescente pendant la grossesse, afin de pouvoir **« évaluer un pronostic »** sur la qualité des relations ultérieures entre la mère et son enfant, d'autant plus que le jeune âge maternel est rapporté comme étant un facteur de risque de maltraitance [42].

Mais comme le souligne F. Molénat, il faut soutenir et aider l'installation de la parentalité avant que les problèmes ne surviennent, plutôt que les dépister seulement une fois qu'ils sont installés.

Les adolescentes peuvent présenter des carences affectives, des failles narcissiques comme le souligne Marcelli.

Une bienveillance et un cadre presque maternel leur est nécessaire pour retrouver la sécurité interne indispensable à la mise en place de leur parentalité.

L'accompagnement de la jeune mère, du jeune couple, ou de la famille, doit être tout entier orienté vers la valorisation de l'enfant et de ses jeunes parents, et vers une aide systématique à l'instauration du lien parents-enfant.

E. Analyse des suites de couches et conditions de sorties mère-enfant

En suite de couches **30,6% des jeunes mères sont sorties sans contraception** et **25,7% des contraceptions prescrites ne sont pas remboursées**, alors que sur ces 146 patientes, une seule a une activité professionnelle salariée.

A peine 26,7% des patientes sont revues en **visite post-natales** au CHU, et cette visite n'est **pas organisée dans 58,9 %** des dossiers.

La confidentialité des entretiens avec le psychiatre ou le psychologue est respectée, mais on observe tout de même un cruel **manque de transmission** : seulement **4,8 %** des patientes ont été vues en maternité, et ce chiffre est à rapprocher des **8,2%** (12/146) de dossiers dans lesquels sont signalés des antécédents de maltraitance, agressions sexuelles ou violences conjugales, ainsi que des **11,6%** (17/146) dans lesquels sont rapportées des inquiétudes quand au lien mère-enfant. Dans notre étude, on est frappé par le manque **de transmissions** du psychologue ou du psychiatre dans les dossiers obstétricaux.

Dans notre centre il y a eu de nombreux débats par le passé sur **l'intérêt ou non de noter dans les dossiers obstétricaux certaines caractéristiques de l'histoire personnelle des patientes :** notamment l'antécédent d'agression sexuelle, maltraitance ou autre forme de violence, considérant que leur notification dans le dossier obstétrical pouvait peut-être

modifier la prise en charge de ces patientes par les nombreux intervenants auxquels la patiente n'a pas confié ce passé douloureux.

Pèsent donc sur les dossiers obstétricaux de **nombreux silences volontaires**, dans l'intérêt des patientes.

Mais au-delà de la volonté de respecter le secret d'une patiente, on remarque **qu'il y a une nette différence dans le remplissage des dossiers depuis l'apparition du nouveau dossier obstétrical**, dans lequel sont apparus des **items systématiques sur les antécédents de violences subies**.

Une des explications réside probablement dans le fait que **le soignant qui souhaite remplir correctement le dossier pense plus facilement à poser la question.**

Comment interpréter la réponse « Non » à la question « avez-vous subi ou subissez-vous des violences », posée lors du recueil des divers antécédents de la patiente, au cours d'une consultation de gynécologie-obstétrique ? Ce « non » est-il vraiment révélateur de l'absence d'antécédents de violences subies ?

L'évaluation du lien mère-enfant est reflété dans les dossiers uniquement à travers les commentaires des sages-femmes et puéricultrices et il n'y a pas plus de problèmes signalés pour les jeunes filles placées que chez les autres, par contre il est rapporté significativement moins **d'inquiétudes de l'équipe pour les jeunes mères vivant en couple.**

18% des jeunes mères sortaient sans qu'ait été écrit dans le dossier le suivi organisé : cela ne signifiait pas forcément que le travail n'était pas fait, mais il n'était pas transmis**. Depuis 2006 et 2007, ces informations ne manquent jamais aux dossiers.**

Un réel effort a été fait, et la rigueur avec laquelle sont remplis les dossiers obstétricaux est le reflet d'une vigilance désormais accrue des soignants, à l'égard de ces jeunes patientes.

F. Accompagnement du projet de maternité et de la parentalité

« Nous assistons ces dernières années à l'apparition de précieuses et fragiles conquêtes culturelles de notre société, qui commence à organiser et financer des dispositifs et des institutions dont le but est de protéger et de soutenir les plus exposés de ses enfants, parmi lesquels les mères adolescentes. » (Pierre Kammerer)

Autrefois mises au banc de notre société dans des foyers pour « fille-mère », abandonnées de tous, leur prise en charge a changé avec **l'apparition d'une prise de conscience bienveillante des professionnels de santé**.

Offrir toute notre bienveillance et notre soutien aux plus fragiles d'entre nous, à ces jeunes mères en souffrance, les aider à se construire en tant que femmes et mères, c'est **aider leurs enfants à grandir dans la sécurité de base dont tout individu à besoin pour s'humaniser [43]. L'accompagnement de la jeune mère, du jeune couple, ou de la famille, doit être tout entier orienté vers la valorisation de l'enfant et de ses jeunes parents, et vers une aide systématique à l'instauration du lien parents-enfants.**

Les mentalités des différents acteurs de santé évoluent, s'accordant tous sur le fait que le travail de soutien des parents doit se faire le **plus tôt possible** dans la grossesse.
C'est dans ce sens qu'à été proposé l'entretien prénatal du 4ème mois, dont l'objectif est d'offrir un temps d'écoute aux parents qui n'existe pas dans le suivi standard de la grossesse, permettant de mettre en place les soutiens nécessaires à la parentalité à venir.
C'est dans une **dynamique de rapprochement** des divers acteurs concernés par le développement global de l'enfant, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, pédopsychiatres, psychologues cliniciens, pédiatres, travailleurs sociaux, qu'une unité

spécialisée comme l'UGOMPS par exemple est devenue indispensable à la prise en charge des plus faibles des mères, des familles les plus fragiles. En leur offrant dans un effort de collaboration et de communication, une prise en charge bienveillante et multidisciplinaire la plus précoce possible dans la grossesse, elle **soutient en amont de la naissance la parentalité naissante et la mise en place du lien mère-enfant, lien parfois si fragile chez ces patientes si vulnérables.**

Schématiquement, trois situations sont possibles pour le **projet de maternité :**

- En couple avec ou sans l'aide de la famille,
- Célibataire au sein et à la charge de la famille,
- Célibataire avec prise en charge en institution maternelle.

Les jeunes couples sont généralement fragiles, tant au plan matériel qu'affectif. Même si l'enfant a été voulu et est attendu à deux, il apparaît rapidement au jeune père que sa compagne a trouvé en cet enfant à naître un maternage paradoxal : il peut alors se sentir inutile ou mis en échec et exprimer son dépit par la violence. De nombreux jeunes couples finissent par se séparer ainsi. Parfois les jeunes mères ont un partenaire adulte. Elles ne connaissent alors à priori pas plus de maltraitance au sein de leur couple, mais lorsqu'elles sont par ailleurs éloignées de leur propre famille, elles se retrouvent plus à risque de difficultés au plan éducatif et financier [44].

Pour la **jeune mère célibataire, soutenue par une famille** disposée à assurer le soutien et les soins à l'enfant, cette solution peut sembler la meilleure. La participation active du service social de secteur, tout comme les services de Protection Maternelle et Infantile, avec consultations mais aussi visites à domicile, reste ici néanmoins fondamentale. Certaines de ces situations peuvent aboutir à des conflits domestiques cristallisés sur l'enfant. Bien des enfants ont ainsi été élevés comme fils ou fille de leur grand-mère ou sœur de leur mère. Même si la famille peut procurer un environnement matériel initialement plus confortable pour l'enfant, l'adolescente risque de se voir confirmer dans le rôle de rivale ou de mauvaise mère, ce qui ne peut qu'accroître son manque de confiance en elle, la disqualifier et la pousser vers un abandon de fait de son enfant, vécu sous le sceau de la culpabilité.

Pour les **adolescentes les plus défavorisées** en terme de contexte actuel et à venir, avec grossesse particulièrement démunie, rupture ou rejets familiaux, environnement violent, le recours à une structure de type centre ou foyer maternel est le plus indiqué. Les structures n'accueillant que des mères mineures sont de loin les plus souhaitables. La plupart peuvent recevoir l'adolescente pendant le dernier trimestre de la grossesse, puis jusqu'aux deux premières années de l'enfant en moyenne ; jusqu'à ses 4 ans au Foyer Anjorrant de Nantes. Ces structures se composent de petites unités communautaires ou d'un réseau d'appartements, avec une équipe éducative et une crèche. Ce dispositif permet à la jeune mère d'exécuter ses tâches extérieures (scolarité, apprentissage, mais aussi maintien d'une vie sociale et personnelle) tout en profitant du « compagnonnage » et de l'expérience d'un personnel formé en puériculture.

A Nantes, Anjorrant propose un environnement spécialisé aux jeunes mères mineures, respectueux tant de l'adolescence qui leur reste à parcourir que de la responsabilité de mère qui leur reste à construire.

Les jeunes patientes y sont placées sur décision du juge pour enfant. Le pari de l'équipe d'Anjorrant est de faire de la naissance de leur enfant le moyen de relancer la construction de leurs représentations internes trop fragiles ou absentes de la féminité et de la maternité, sans lesquelles leur enfant aurait bien des difficultés à s'humaniser complètement, du moins à travers leur mère.

On y parie sur le temps, la prise en charge d'une mère pouvant s'étendre jusqu'aux 4 ans de l'enfant. Elles sont entourées d'une équipe pluridisciplinaire de psychologues, éducateurs spécialisés, auxiliaire de puériculture. Les bébés sont accueillis dans une crèche qui accueille également les enfants du personnel.

G. Propositions

Notre étude met en évidence l'amélioration de la prise en charge des mineures depuis 2006 :

- En 2007, 72,4% des mineures poursuivant leurs grossesses ont été prises en charges à l'UGOMPS.

- Les staffs parentalités émanent quasiment tous de l'UGOMPS.

- Deux dossiers ont été soumis à ce staff à l'initiative de sages-femmes ne faisant pas partie de l'UGOMPS, ce qui est une très bonne chose et ce vers quoi il faut tendre.

- En 2006, 13,9 % des mineures ont été présentées à ce staff, et la proportion a fortement augmenté en 2007 atteignant 20,7%.

Nous pensons que la prise en charge des mineures peut être encore améliorée :

- **Toute mineure enceinte doit bénéficier d'une évaluation médico-psycho-sociale , quelque soit le terme où nous la prenons en charge.**

- De ce fait, tout soignant qui reçoit une mineure enceinte doit comprendre que c'est un signe d'alerte et qu'il se doit d'avoir une attitude attentive et bienveillante.

En début de grossesse poursuivie:

Toute mineure doit bénéficier comme les autres d'un **entretien prénatal précoce** qui, lorsqu'elles sont vues à l'UGOMPS, a lieu pendant une consultation avec le médecin ou la sage-femme.

En cours de grossesse :

- Toute mineure qui poursuit sa grossesse doit être présentée en Staff Parentalité, car son âge à lui seul est une fragilité, même si tout le reste paraît rassurant (niveau socio-économique correct, entourage apparemment soutenant).

- Toute mineure doit bénéficier d'une préparation à l'accouchement.

En suites de couches :

- Toute patiente mineure doit bénéficier d'un entretien de soutien avec un psychologue ou un pédopsychiatre ainsi qu'avec une assistante sociale si besoin, même si les champs sociaux et psychologiques ont déjà été abordés avant la naissance.

- La naissance est une étape charnière après laquelle la patiente doit encore être soutenue et accompagnée.

- **L'examen de sortie doit être fait par une sage femme ou un médecin sénior**, une vigilance accrue **doit être portée au type de contraception prescrite, laquelle au delà** du problème d'observance, doit être remboursée par la sécurité sociale.

- **Toute mineure accouchée doit sortir du service avec un rendez vous de visite post-natale organisé à l'UGOMPS.**

- Une plus grande place doit être faite au père quand cela est possible.

Une formation pour les internes, futurs gynécologue-obstétriciens, aux aspects sociaux et psychologiques de la prise en charge des femmes vulnérables pourrait être très importante.

En essayant de faire cette thèse, j'ai réalisé à quel point j'ignorais toute cette dimension de mon futur métier. Je souhaitais rapporter ici un témoignage qui illustre que notre attitude change un peu si nous sommes sensibilisés aux difficultés des patientes vulnérables :

« Un week-end de garde au cours duquel j'étais appelée sans arrêt à tous les étages de la maternité, une sage-femme m'a demandé de venir examiner une patiente accouchée depuis 3 jours qui présentait une sensation de gêne thoracique.

Je suis arrivée, moi l'interne de gynéco de garde…j'ai ausculté et fait un examen somatique complet d'une patiente qui me paraissait très jeune…Elle avait 17 ans…l'examen était vraiment normal.

J'aurais pu m'en tenir là, j'avais plein de travail, et dire à la sage-femme « ta patiente mineure angoisse il faut qu'elle voie la psychologue du service ».

Elle avait une voisine de chambre plus âgée qui était manifestement incommodée par la jeune mineure de faible niveau socio-économique et qui laissait le rideau tiré tout le temps.

J'ai senti qu'il fallait que je m'assoie dans cette chambre.

J'ai amorcé en parlant du bébé, c'est ce qui m'était le plus facile.

Et puis elle s'est mise à me parler, à me demander combien de fois il fallait changer les couches, combien il fallait donner à manger par jour…des questions qu'elle aurait pu poser à l'auxiliaire de puériculture…Mais qu'elle n'avait pas osé poser…

Elle les a posées à la première personne qui s'est assise auprès d'elle.

Ç' aurait pu être n'importe qui. Juste celui qui s'assoit pour l'écouter.

Mon attitude envers elle et son bébé, l'intérêt que je leur ai porté, les a valorisés ne serait-ce que par rapport à la voisine de chambre qui les rejetait….
J'ai senti à quel point ça lui avait fait du bien, mais également à quel point je manquais de formation et d'expérience.»

L'empathie est une première marche vers une amélioration de la prise en charge des femmes vulnérables. Il serait vraiment important que les intervenants du champ social et du champ psychologique prennent une place dans notre formation.

VI. Conclusion

La grande majorité des mères mineures à Nantes sont des françaises non issues d'une culture où il est traditionnellement valorisant d'être mère si jeune, et pour lesquelles la maternité doit être absolument considérée comme un signe de fragilité psychologique et/ou socio-économique, un signe de vulnérabilité, de précarité, qui doit appeler tous les soignants à la plus grande bienveillance, celle ci n'étant pas réservée au « spécialiste de l'écoute ».

Les résultats de notre étude montrent que le pronostic de ces maternités est meilleur chez les mineures issues de cultures dans lesquelles il est traditionnel d'avoir des enfants dès l'adolescence : les mères bénéficient d'un soutien familial, d'un entourage adéquat, malgré le faible niveau socio-économique et parfois même la grande détresse sociale comme chez les Roms (qui représentent la deuxième population concernée dans la région Nantaise).

Le nouveau dossier obstétrical a permis de relever plus d'antécédents de violences ; mais que dire du fait qu'aucun cas de violence ou d'antécédents d'agression n'est rapporté chez les patientes originaires d'autres cultures ? Il est important de considérer que la barrière de la langue et de la culture parfois accentue notre méconnaissance et la sous-estimation des violences faites aux enfants et aux femmes.

Depuis 2006, les dossiers sont beaucoup mieux remplis, on voit apparaître des comptes-rendus de staff de parentalité multidisciplinaires, il y a beaucoup moins d'informations essentielles qui manquent et c'est bien là le reflet de l'attention accrue portée par l'équipe à ces jeunes filles mineures.

De nombreuses questions restent ouvertes :

La grossesse est une période de crise pour toutes les femmes ; Elles vivent une « transparence psychique » qui fait le substrat de remaniements psychiques induits par la naissance de leur enfant….

Tout comme l'adolescence, ces périodes de « crises de maturation » sont physiologiques…

Le travail psychique que doit faire la jeune femme qui cumule adolescence et grossesse et qui doit devenir mère est immense et ne peux se faire correctement sans cadre soutenant, sans bienveillance…L'empathie des soignants est indispensable mais ne suffit pas.

Ces remaniements psychologiques bouleversent autant le père que la mère… Le père est quasiment absent des dossiers étudiés… Comment donner place au père, soutenir la « paternalité »?

La prise en charge d'une maternité chez une adolescente est donc une urgence.

Un accompagnement multidisciplinaire est indispensable, il est important d'orienter ces patientes vers des équipes connaissant bien les enjeux…

Il serait souhaitable que dès le début de l'internat de gynécologie et obstétrique, nous puissions bénéficier d'une formation nous sensibilisant aux enjeux sociaux et psychologiques des patientes vulnérables que nous sommes amenés à prendre en charge.

VII. Bibliographie

1. Soula O, Carles G, Largeaud M, El Guindi W, Montoya Y. [grossesses et accouchement chez les adolescentes de moins de 15 ans: etude de 181 cas en Guyane Française]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2006;**35**(1)**:**53-61.

2. McAnarney ER, Hendee WR. Adolescent pregnancy and its consequences. *JAMA* 1989;**262**(1)**:**74-7.

3. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N Engl J Med* 1995;**332**(17)**:**1113-7.

4. Hofferth SL, Moore KA. Early childbearing and later economic well-being. *Am Sociol Rev* 1979;**44**(5)**:**784-815.

5. Lawlor D, Shaw M, Johns S. Teenage pregnancy is not a public health problem. *BMJ* 2001;**323**(7326)**:**1428-9.

6. Faucher P, Dappe S, Madelenat P. [Maternity in adolescence: obstetrical analysis and review of the influence of cultural, socioeconomic and psychological factors in a retrospective study of 62 cases]. *Gynecol Obstet Fertil* 2002;**30**(12)**:**944-52.

7. Alvin P. [Sexualité et grossesse à l'adolescence: entre nature et culture]. *Rev Prat* 2002;**52**(3)**:**237-9.

8. Marcault G, Pierre F. Actes du colloque Grossesses et Adolescence. 2000, Poitiers.

9. Blondel B. Les femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse (étude sur 21 départements). Rapport de la Direction générale de la Santé. *INSERM U* 1994(Sept)**:**149.

10. Hoffman SD. Teenage childbearing is not so bad after all...or is it? A review of the new literature. *Fam Plann Perspect* 1998;**30**(5)**:**236-9, 243.

11. Vinatier D, Patey-Savatier P, Monnier J. Généralités sur la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente, 1987.

12. Leroy Billard M, Chatane A, Puech F. La grossesse chez la très jeune fille. *MPN medecine* 1991(suppl 178)**:**14-5.

13. Barton JR, Stanziano GJ, Jacques DL, Bergauer NK, Sibai BM. Monitored outpatient management of mild gestational hypertension remote from term in teenage pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 1995;**173**(6)**:**1865-8.

14. Usta IM, Zoorob D, Abu-Musa A, Naassan G, Nassar AH. Obstetric outcome of teenage pregnancies compared with adult pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;**87**(2)**:**178-83.

15. Lao TT, Ho LF. Relationship between preterm delivery and maternal height in teenage pregnancies. *Hum Reprod* 2000;**15**(2)**:**463-8.

16. Olausson PO, Cnattingius S, Haglund B. Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;**106**(2)**:**116-21.

17. Stevens-Simon C, Beach RK, McGregor JA. Does incomplete growth and development predispose teenagers to preterm delivery? A template for research. *J Perinatol* 2002;**22**(4)**:**315-23.

18. Amini SB, Catalano PM, Dierker LJ, Mann LI. Births to teenagers: trends and obstetric outcomes. *Obstet Gynecol* 1996;**87**(5 Pt 1)**:**668-74.

19. Eure CR, Lindsay MK, Graves WL. Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in an inner-city hospital. *Am J Obstet Gynecol* 2002;**186**(5)**:**918-20.

20. Phipps MG, Sowers M. Defining early adolescent childbearing. *Am J Public Health* 2002;**92**(1)**:**125-8.

21. Dunbar J, Sheeder J, Lezotte D, Dabelea D, Stevens-Simon C. Age at Menarche and First Pregnancy Among Psychosocially At-Risk Adolescents. *Am J Public Health* 2008.

22. Smith GC, Pell JP. Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births: population based retrospective cohort study. *Bmj* 2001;**323**(7311)**:**476.

23. Akinbami LJ, Schoendorf KC, Kiely JL. Risk of preterm birth in multiparous teenagers. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;**154**(11)**:**1101-7.

24. Blondel B, Dutilh P, Delour M, Uzan S. Poor antenatal care and pregnancy outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993;**50**(3)**:**191-6.

25. Scholl TO, Hediger ML, Belsky DH. Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. *J Adolesc Health* 1994;**15**(6)**:**444-56.

26. Bukulmez O, Deren O. Perinatal outcome in adolescent pregnancies: a case-control study from a Turkish university hospital. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000;**88**(2)**:**207-12.

27. Lao TT, Ho LF. The obstetric implications of teenage pregnancy. *Hum Reprod* 1997;**12**(10)**:**2303-5.

28. Mahfouz AA, el-Said MM, al-Erian RA, Hamid AM. Teenage pregnancy: are teenagers a high risk group? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995;**59**(1)**:**17-20.

29. Goujard J, De Vigan C, Vodovar V. Grossesses précoces et malformations congénitales. Actes des 5èmes journées parisiennes Obstétrico-pédiatriques 1997.

30. van Enk WJ, Gorissen WH, van Enk A. Teenage pregnancy and ethnicity in The Netherlands: frequency and obstetric outcome. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2000;**5**(1)**:**77-84.

31. Gupta N, Kiran U, Bhal K. Teenage pregnancies: obstetric characteristics and outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008;**137**(2)**:**165-71.

32. Stevens-Simon C, Lowy R. Teenage childbearing. An adaptive strategy for the socioeconomically disadvantaged or a strategy for adapting to socioeconomic disadvantage? *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;**149**(8)**:**912-5.

33. Gayral-Taminh M, Daubisse-Marliac L, Baron M, Maurel G, Reme JM, Grandjean H. [Social and demographic characteristics and perinatal risks for highly deprived mothers]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2005;**34**(1 Pt 1)**:**23-32.

34. Flanagan P, Kokotailo P. Adolescent pregnancy and substance use. *Clin Perinatol* 1999;**26**(1)**:**185-200.

35. Hofferth SL, Reid L, Mott FL. The effects of early childbearing on schooling over time. *Fam Plann Perspect* 2001;**33**(6)**:**259-67.

36. Weinman ML, Solomon C, Glass MB. Opportunities for pregnant and parenting teenagers: a school-based and school-linked intervention program. *J Sch Nurs* 1999;**15**(5)**:**11-8.

37. Marcelli D. Adolescence, grossesse et sexualité: une douloureuse conjonction. Actes du colloque Grossesse et Adolescence du 9 décembre 2000, Poitiers.

38. Herrenkohl EC, Herrenkohl RC, Egolf BP, Russo MJ. The relationship between early maltreatment and teenage parenthood. *J Adolesc* 1998;**21**(3)**:**291-303.

39. Pallitto CC, Murillo V. Childhood abuse as a risk factor for adolescent pregnancy in El Salvador. *J Adolesc Health* 2008;**42**(6)**:**580-6.

40. Morin-Gonthier M, Lortie G. The significance of pregnancy among adolescents choosing abortion as compared to those continuing pregnancy. *J Reprod Med* 1984;**29**(4)**:**255-9.

41. Osofsky J, Eberhart-Wrigth A, Ware L, Hann D. Les enfants de mère adolescente. *Psychiatrie de l'Enfant* 1993;**36 (1):**253-87.

42. Mersky JP, Berger LM, Reynolds AJ, Gromoske AN. Risk Factors for Child and Adolescent Maltreatment: A Longitudinal Investigation of a Cohort of Inner-City Youth. *Child Maltreat* 2008.

43. Kammerer P. Adolescentes et mères. érès ed, 2006.

44. Agurcia CA, Rickert VI, Berenson AB, Volk RJ, Wiemann CM. The behavioral risks and life circumstances of adolescent mothers involved with older adult partners. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;**155**(7)**:**822-30.

NOM : **SPILMANN** PRENOM : **MELISSA**

Titre de Thèse : MATERNITE DES MINEURES AU CHU DE NANTES : ETUDE D ' UNE SERIE DE 146 DOSSIERS DE 2003 A 2007

RESUME

La grossesse qui survient chez une mineure peut-être considérée comme un signe d'alerte. La jeune fille décidera d'interrompre ou bien de poursuivre cette grossesse, en fonction de sa culture, mais aussi en fonction de son propre contexte de vie sociale et économique ; Ces patientes sont vulnérables. Elles vivent une expérience qui les fragilise et qui n'est pas forcément en rapport avec la précarité sociale et le manque de ressources financières. Tous, nous avons le devoir de leur offrir toute notre bienveillance, toute notre empathie. L'objectif de ce travail est d'étudier la population des mineures prises en charge au sein de la maternité du CHU de Nantes. A partir d'une étude rétrospective des 146 dossiers de mineures ayant accouché au CHU de 2003 a 2007, nous avons souhaité mettre en évidence les progrès faits ces dernières années, et faire de nouvelles propositions afin d'améliorer leur prise en charge.

MOTS – CLES

Adolescence, maternité, minorité, culture, périnatalité, vulnérabilité.