

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

N°119

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Psychiatrie

par

Sylvain, BISLEAU
né le 18 janvier 1984 à Bressuire

Présentée et soutenue publiquement le 9 octobre 2012

Quand la maternité rencontre l'adolescence :
des enjeux psychiques aux enjeux du soin

Président : Monsieur le Professeur VENISSE

Directeur de thèse : Madame le Docteur LE GAREC

COMPOSITION DU JURY

PRESIDENT DU JURY :

Monsieur le Professeur Jean-Luc VENISSE

Agrégé de Psychiatrie, au CHU de Nantes

DIRECTEUR DE THESE :

Madame le Docteur Soizick LE GAREC

Pédopsychiatre, au CMP Ile à Hélice de Nantes

MEMBRES DU JURY :

Monsieur le Professeur Michel AMAR

Agrégé de Psychiatrie, au CHU de Nantes

Monsieur le Professeur Olivier BONNOT

Agrégé de Psychiatrie, au CHU de Nantes

Monsieur le Professeur Henri-Jean PHILIPPE

Agrégé de Gynécologie-Obstétrique, au CHU de Nantes

Monsieur le Docteur Georges PICHEROT

Pédiatre, au CHU de Nantes

« Kulg san golm, bi yimbg toun n'golm »

« Si le cours d'eau change d'itinéraire, le caïman est obligé de le suivre »

Proverbe mooré

LISTE DES ABREVIATIONS

AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

EPM : Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs

HOME : unité d'Hospitalisation de la Mère et de l'Enfant

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

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MAF : Maison d'Arrêt pour Femmes

MFR : Maison Familiale Rurale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

SAS : Service Autonomie Sociale

SEI : Service Educatif Interne

SIDA : Syndrome de l'Immuno-Déficienc e Acquis e

TISF : Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale

UAED : Unité d'Accueil des Enfants en Danger

UGOMPS : Unité de Gynécologie Obstétrique Médico-Psycho-Sociale

UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	14
I. RECITS CLINIQUES DE MERES ADOLESCENTES	15
1.1. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	15
1.2. AMELIE : « J'AI ENVIE D'AVOIR MON BEBE »	17
1.3. MAFO : « VIVRE MA VIE DE JEUNE FILLE ... ET MA VIE DE MERE »	27
1.4. ROSA : « LA GROSSESSE, ÇA M'A STOPPEE DANS MES BETISES »	36
II. LA MATERNITE A L'ADOLESCENCE AU REGARD DE L'HISTOIRE, DE LA SOCIETE ET DE LA LOI.....	44
1.1. HISTOIRE DE LA MATERNITE A L'ADOLESCENCE DEPUIS LE XIX ^e SIECLE EN FRANCE	44
1.1.1. <i>Au XIX^e siècle : le temps des « filles-mères »</i>	44
1.1.2. <i>A la fin du XIX^e siècle : les regards changent.</i>	45
1.1.3. <i>Au XX^e siècle : le temps des « mères célibataires »</i>	46
1.1.4. <i>Au cours des dernières décennies : le temps des « mères ado »</i>	47
1.2. QUELQUES CHIFFRES RELATIFS A LA MATERNITE ADOLESCENTE	48
1.2.1. <i>Comportement sexuel des adolescents</i>	48
1.2.1.1. Entrée dans la vie sexuelle.....	48
1.2.1.2. Age de la première maternité	48
1.2.2. <i>Contraception et Interruption Volontaire de Grossesse</i>	49
1.2.2.1. Contraception	49
1.2.2.2. Interruption Volontaire de Grossesse	49

1.2.3.	<i>Grossesses et naissances</i>	50
1.2.3.1.	Taux de grossesse chez les adolescentes	50
1.2.3.2.	Taux de fécondité chez les adolescentes	50
1.2.3.3.	Proportion des naissances chez les adolescentes	52
1.2.3.4.	Nombre total des naissances	53
1.3.	SOCIETE, MATERNITE ET ADOLESCENCE	54
1.3.1.	<i>Un « phénomène » de société nouveau ?</i>	54
1.3.2.	<i>Un rite de passage ou un passage à risque ?</i>	55
1.3.2.1.	Maternité et Adolescence : un rite de passage	55
1.3.2.2.	Une grossesse à « risque »	56
1.3.3.	<i>Un contexte ethno-culturel</i>	58
1.3.3.1.	La maternité adolescente ici et ailleurs	58
1.3.3.2.	Un état des lieux dans le monde	58
1.4.	ASPECTS JURIDIQUES DE LA MATERNITE A L'ADOLESCENCE	60
1.4.1.	<i>Le statut juridique et le droit des mineurs</i>	60
1.4.2.	<i>Le droit des adolescentes en tant que femmes</i>	61
1.4.2.1.	La « majorité sexuelle »	61
1.4.2.2.	L'éducation à la vie sexuelle et affective	61
1.4.2.3.	La contraception	61
1.4.2.4.	L'interruption de grossesse	62
1.4.2.5.	L'accouchement suivi du consentement à l'adoption	63
1.4.3.	<i>Le droit des adolescents en tant que parents</i>	63
1.4.3.1.	Le lien de filiation	63
1.4.3.2.	L'autorité parentale	64
III. ABORDS PSYCHOPATHOLOGIQUES DE LA MATERNITE A L'ADOLESCENCE		66
1.1.	LES ENJEUX PSYCHIQUES DE L'ADOLESCENCE	66
1.1.1.	<i>L'espace du corps</i>	67
1.1.1.1.	La puberté et l'accession à la sexualité génitale	67
1.1.1.2.	L'image du corps : narcissisme et sentiment d'identité	67

1.1.2.	<i>L'espace familial</i>	68
1.1.2.1.	Le travail de séparation et d'autonomisation	68
1.1.2.2.	La menace dépressive et la question de la dépendance	69
1.1.3.	<i>L'espace social</i>	69
1.1.3.1.	La découverte de l'« objet d'amour »	69
1.1.3.2.	La stabilisation de l'Idéal du Moi	70
1.2.	LES ENJEUX PSYCHIQUES DE LA MATERNITE	71
1.2.1.	<i>Du désir de grossesse au désir d'enfant</i>	71
1.2.1.1.	Le désir d'enfant	71
1.2.1.2.	Le désir de grossesse	72
1.2.2.	<i>Les états psychiques de la maternité</i>	72
1.2.2.1.	Le processus de la maternalité	72
1.2.2.2.	La transparence psychique de la grossesse	73
1.2.2.3.	La préoccupation maternelle primaire	74
1.3.	QUAND LA MATERNITE RENCONTRE L'ADOLESCENCE	75
1.3.1.	<i>Quel sens donner à la maternité à l'adolescence ?</i>	75
1.3.1.1.	L'axe du pubertaire : génitalité, corps, et fertilité	75
1.3.1.1.1.	Un refus de la sexualité génitale	75
1.3.1.1.2.	Une conduite d'attaque du corps	76
1.3.1.1.3.	Une vérification de l'intégrité de l'appareil reproducteur	76
1.3.1.2.	L'axe œdipien : de la période pré-œdipienne jusqu'à l'Œdipe	77
1.3.1.2.1.	Un désir d'enfant de la mère pré-œdipienne	77
1.3.1.2.2.	Un désir d'enfant du père œdipien	78
1.3.1.2.3.	Grossesse et enfant : des désirs d'adolescente ?	78
1.3.1.3.	L'axe du narcissisme	79
1.3.1.3.1.	Réparer les pertes liées à l'adolescence	79
1.3.1.3.2.	Réparer les carences de l'enfance	80
1.3.1.4.	L'axe de la séparation et de l'autonomisation	80
1.3.2.	<i>La maternité : entrave ou maturation du processus adolescent ?</i>	81
1.3.2.1.	Une adolescence avortée	81
1.3.2.2.	Une reprise maturative	83

1.3.3.	<i>Les interactions mère-bébé à l'adolescence</i>	84
1.3.3.1.	L'enfant fantasmatique, imaginaire et réel.....	84
1.3.3.2.	La relation mère-enfant	86
1.3.4.	<i>La place du père</i>	88
1.3.4.1.	Le père fantasmatique : la fonction paternelle.....	88
1.3.4.2.	Le père réel	89
1.3.4.3.	Le désir d'enfant chez le père à l'adolescence.....	90
1.3.5.	<i>L'adolescente enceinte et sa famille</i>	91
1.3.5.1.	Une famille vulnérable.....	91
1.3.5.2.	Une situation de « crise »	92
1.3.5.3.	Quelle(s) place(s) dans la famille ?	93
1.3.5.4.	Une histoire de maternité entre mère et fille.....	95
1.4.	UNE REFLEXION PSYCHOPATHOLOGIQUE ECLAIREE PAR AMELIE, MAFO ET ROSA	95
1.4.1.	<i>Pourquoi sont-elles devenues enceintes ?</i>	96
1.4.2.	<i>Comment vivent-elles leur maternité ?</i>	96
1.4.3.	<i>Quel sens prend la maternité pour ces adolescentes ?</i>	99
IV. ABORDS THERAPEUTIQUES DE LA MATERNITE A L'ADOLESCENCE		102
1.1.	QU'EST CE QUE LE SOIN ?	102
1.2.	QUELS SONT LES ENJEUX DU SOIN DANS LA MATERNITE A L'ADOLESCENCE ?.....	103
1.2.1.	<i>Le soin de la mère et de l'adolescente</i>	103
1.2.1.1.	La mère adolescente : d'abord mère ou d'abord adolescente ?.....	103
1.2.1.2.	A-t-elle des compétences maternelles ?.....	104
1.2.2.	<i>Qu'en est-il du soin auprès du bébé ?</i>	106
1.2.3.	<i>Quelle place peut tenir le père dans le soin ?</i>	107
1.2.4.	<i>Faut-il soigner la famille ?</i>	107
1.2.5.	<i>Le soin du côté des équipes soignantes</i>	108
1.2.5.1.	Les représentations des soignants.....	108
1.2.5.2.	Quelle place pour le pédopsychiatre ?	109

1.3.	QUI S'OCUPE DE LA MATERNITE A L'ADOLESCENCE ?	110
1.3.1.	<i>Le réseau de soins en périnatalité.....</i>	110
1.3.2.	<i>L'expérience du réseau de soins à Nantes.....</i>	112
1.3.3.	<i>Du soin spécialisé en pédopsychiatrie ?</i>	113
1.3.3.1.	Les thérapies mère-bébé à domicile.....	113
1.3.3.2.	Les unités d'hospitalisation mère-bébé	115
1.3.4.	<i>Les établissements spécialisés : les centres maternels.....</i>	115
1.3.4.1.	Les missions des centres maternels.....	115
1.3.4.2.	L'expérience du centre éducatif Anjorant de Nantes	116
1.3.5.	<i>Le soin à l'étranger</i>	119
1.4.	QUELLES PLACES TIENNENT L'ECOLE ET LA SOCIETE ?	121
1.4.1.	<i>Les Mesures de Protection de l'enfance.....</i>	121
1.4.1.1.	Les mesures d'assistance éducative	121
1.4.1.2.	Les placements en famille d'accueil	122
1.4.2.	<i>La scolarité de la mère adolescente.....</i>	123
1.5.	AUTRES DEVENIRS DE LA GROSSESSE A L'ADOLESCENCE.....	123
1.5.1.	<i>L'Interruption Volontaire de Grossesse</i>	124
1.5.2.	<i>Le Consentement à l'adoption.....</i>	124
1.6.	COMMENT PREVENIR LES GROSSESSES A L'ADOLESCENCE ?.....	125
1.7.	LE SOIN PARTAGE PAR AMELIE, MAFO ET ROSA.....	126
1.7.1.	<i>Quel soin pour ces mères adolescentes ?.....</i>	127
1.7.2.	<i>Qu'attendent-elles du soin ?.....</i>	128
CONCLUSION		131
BIBLIOGRAPHIE.....		133
ANNEXE 1		141
ANNEXE 2		143

INTRODUCTION

La maternité à l'adolescence nous invite à une rencontre inédite, voire paradoxale. En effet, à en voir le niveau de préoccupation des pouvoirs publics, la maternité à l'adolescence serait un « phénomène » de société nouveau. Pourtant, au regard de l'histoire, cette rencontre n'a pas toujours été inédite. De tout temps, des « filles-mères » ont existé. Ainsi, cette maternité témoignerait, aujourd'hui, d'une « vulnérabilité » psycho-sociale chez l'adolescente. Cette rencontre ne se ferait pas par hasard : « accident » contraceptif ou réel désir d'enfant ? La question se pose.

Pour tout sujet, l'adolescence et la maternité constituent des périodes de passage, du monde de l'enfance vers celui des adultes, du monde des femmes vers celui des mères. Mais ce passage ne se fait pas sans risque, tout du moins sur le plan psychique. En effet, le processus de l'adolescence et de la maternité implique une conflictualité psychique importante, où les fragilités narcissiques de l'enfance risquent d'être révélées. Dès lors, comment l'adolescente « vulnérable » va-t-elle parvenir à négocier les enjeux psychiques propres de sa maternité et de son adolescence ? Et qu'en est-il du bébé, du père et de la famille de la jeune mère adolescente ?

Bien que chaque situation de maternité à l'adolescence soit singulière, nombreuses sont les adolescentes qui bénéficient d'un accompagnement, social et psychique, alors souvent complexe. Notre volonté n'est pas de créer ici un nouveau « problème », en psychiatisant le devenir de ces jeunes filles, mais de prendre, pour un temps, soin d'elles et de leur enfant. Dans ce sens, quels peuvent être les apports de la psychopathologie au niveau du soin ?

Dans une première partie, nous rencontrerons Amélie, Mafo et Rosa, trois mères adolescentes, qui nous guideront dans notre réflexion. Dans une deuxième partie, nous envisagerons la maternité à l'adolescence dans ses aspects historiques, épidémiologiques, juridiques et sociétaux. La troisième partie abordera la rencontre du processus de l'adolescence et de la maternité d'un point de vue psychopathologique. Enfin, la quatrième partie sera consacrée à la dimension du soin auprès de l'adolescente et de son entourage.

I. RECITS CLINIQUES DE MERES ADOLESCENTES

1.1. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Au cours de mon stage d'interne, en quatrième semestre, dans le service universitaire de pédopsychiatrie de liaison au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes, j'ai été amené à suivre des adolescentes enceintes à la maternité. Les situations de ces adolescentes étaient plurielles, mais toutes partageaient une histoire de vie souvent difficile voire « chaotique », nécessitant alors l'intervention du pédopsychiatre. L'accompagnement de ces jeunes mères se révélait le plus souvent complexe. Ainsi, lors de ces rencontres, je me suis interrogé sur les enjeux psychiques de ces maternités à l'adolescence et sur l'accompagnement et les soins proposés à ces mères en devenir.

Dans le cadre de mon travail de thèse sur la maternité à l'adolescence, j'ai donc repris ce questionnement de la façon suivante : Comment les soins peuvent s'appuyer ou non sur des hypothèses psychopathologiques ? Afin de partir de l'expérience clinique, j'ai souhaité rencontrer des adolescentes, ayant entre quinze et dix-huit ans lors de la conception et ayant décidé de poursuivre leur grossesse. Je n'ai pas souhaité traiter les grossesses chez les adolescentes âgées de moins de quinze ans, ni les grossesses issues d'inceste ou les grossesses dans un contexte culturel autre, comme chez les Roms par exemple, car ces situations me semblaient soulever d'autres questions.

En m'appuyant sur les études qualitatives réalisées dans ce domaine(1-4), j'ai donc effectué des entretiens semi-structurés auprès de mères adolescentes entre décembre 2011 et août 2012. Les entretiens étaient proposés par les professionnels qui accompagnaient ces jeunes filles, en expliquant qu'il s'agissait d'une recherche sur les mères à l'adolescence, destinée à mieux connaître leur expérience et leur vécu afin de mieux les aider et les accompagner, en les assurant de la confidentialité de ces entretiens. Les entretiens semi-structurés s'articulaient autour de sept grands thèmes suivants: les données socio-démographiques, le devenir enceinte et ses conséquences, le bébé de l'adolescente, le père de l'enfant, la famille de l'adolescente, l'entourage de l'adolescente (les pairs) et

l'accompagnement par les professionnels des services concernés (*Annexe 1*). Ces entretiens faisaient l'objet d'un enregistrement audio, puis d'une retranscription écrite, afin de rester fidèle à leurs propos et de ne pas prendre de notes pendant l'entretien. Les adolescentes signaient un consentement écrit lors de chaque entretien (*Annexe 2*). Les données ont été anonymisées. Ces récits reposent donc sur ce que ces adolescentes ont bien voulu me livrer d'elles-mêmes et de leur vie, et il est bien sûr possible que certaines réponses, consciemment ou non, ne reflètent pas l'exacte vérité. Ces entretiens ne prétendent en aucun cas être les témoins des « grossesses et maternités adolescentes ». Chacune de ces histoires reste singulière, mais nous offre un éclairage sur le vécu de ces adolescentes.

Les principaux personnels des services concernés à Nantes (UGOMPS, pédiatrie, centre éducatif Anjorant, PMI, CMP de pédopsychiatrie) ont été sensibilisés à cette recherche. La présence d'une adolescente enceinte m'était en général signalée. Trois adolescentes ont accepté ces entretiens, dont deux adolescentes, âgées de quinze et seize ans, en cours de grossesse et une adolescente, âgée de dix-neuf ans, ayant accouché il y a quatre ans. Un entretien était effectué au cours de la grossesse et un second entretien était proposé en post-partum. Un seul entretien a été réalisé pour l'adolescente ayant accouché il y a quatre ans. Le faible effectif ne permet pas ici d'effectuer une analyse standardisée de ces entretiens. Tous les entretiens se sont déroulés dans de bonnes conditions, les trois adolescentes ayant accepté aisément de répondre à mes questions et y trouvant même une source de gratification. Ces trois jeunes filles étaient accompagnées par trois institutions différentes (UGOMPS, centre éducatif Anjorant, CMP de l'EPM), ce qui reflète ainsi la diversité des accompagnements proposés à Nantes.

Après nous avoir fait partager leur récit de maternité à l'adolescence, Amélie, Mafo et Rosa guideront notre réflexion psychopathologique et thérapeutique tout au long de ce travail.

1.2. AMELIE : « J'AI ENVIE D'AVOIR MON BEBE »

1.2.1. La présentation

Je rencontre Amélie à deux reprises dans un bureau de l'Unité de Gynécologie-Obstétrique Médico-Psycho-Sociale (UGOMPS) du CHU de Nantes. Cet entretien lui a été proposé par son gynéco-obstétricien, qui la suit depuis son début de grossesse à l'UGOMPS. Le premier entretien a eu lieu durant sa grossesse en décembre 2011, grossesse estimée alors à dix-sept semaines d'aménorrhée, soit au début du quatrième mois. Le deuxième entretien s'est déroulé dans le post-partum en juillet 2012, soit un mois et demi après son accouchement. Il s'agit de la deuxième grossesse d'Amélie.

Amélie se présente seule, à l'heure, aux entretiens. Lors de notre première rencontre, Amélie est âgée de quinze ans. Il s'agit d'une jeune fille souriante, brune aux cheveux longs, portant un piercing au menton et à la présentation adolescente (jeans, sweat-shirt, baskets). On devine alors son ventre qui s'arrondit. Lors de notre deuxième rencontre, Amélie est tout juste âgée de seize ans. Elle paraît fatiguée. Sa présentation a changé ; Amélie est habillée comme une jeune femme.

Amélie me souligne qu'elle est satisfaite de pouvoir contribuer à l'obtention de mon diplôme de Docteur en participant à ces entretiens. Elle se montre alors très soucieuse de me livrer son histoire de grossesse(s) avec une certaine légèreté dans ses propos, malgré les événements douloureux de son histoire.

1.2.2. L'histoire familiale

Amélie est la fille unique du couple parental. Elle a une demi-sœur âgée de vingt-huit ans, issue d'une première union de sa mère. La mère d'Amélie était âgée de vingt-sept ans lors de la naissance de sa demi-sœur, et de trente-neuf ans à la naissance d'Amélie. « *Je suis la seule de la famille qui décide d'avoir une grossesse avant elle* », me confie Amélie.

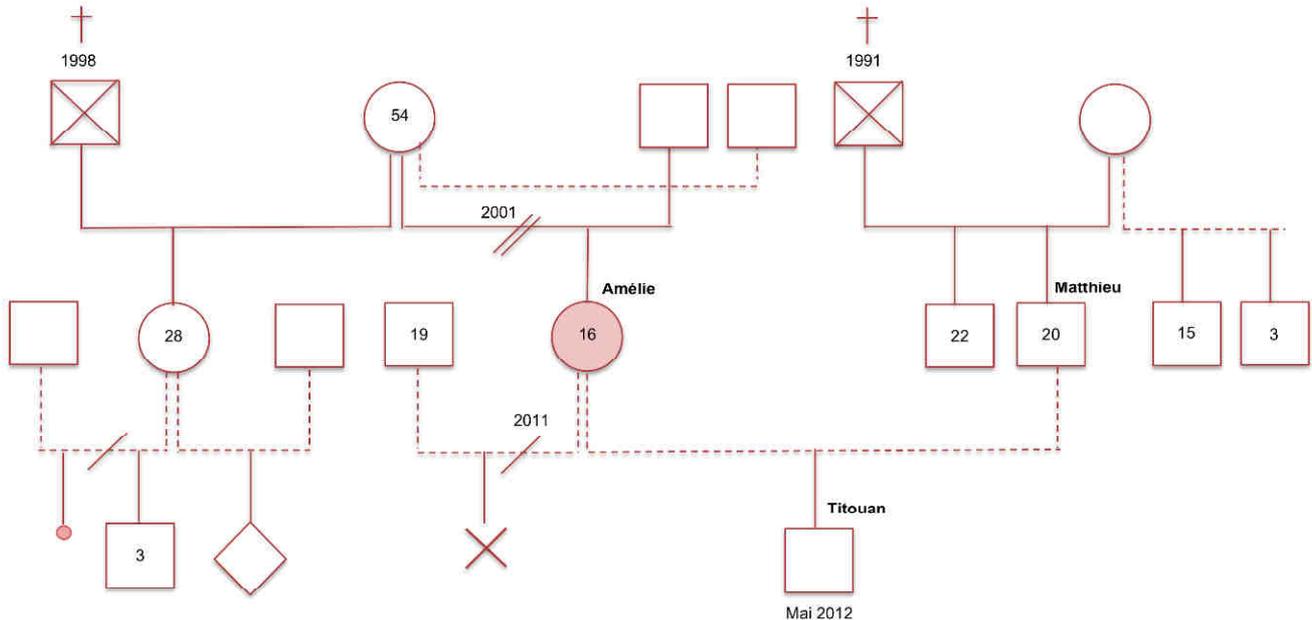
Sa demi-sœur a été orpheline de père à l'âge de quatre ans. Amélie était âgée de quatre ans lorsque ses parents ont divorcé. Le divorce fut très conflictuel. De sa petite enfance, Amélie n'a que peu de souvenirs. Elle a « *deux histoires dans [son] enfance* », une

histoire racontée par sa mère et une autre racontée par son père, chacune de ces histoires disqualifiant l'un et l'autre des parents auprès d'Amélie. Elle s'est alors reconstruit sa propre histoire à partir de ces deux récits.

Amélie a été élevée par sa mère, avec sa demi-sœur. Elle voyait son père un week-end sur deux, celui-ci résidant dans le même quartier. Pourtant, Amélie a le sentiment d'avoir perdu son père au moment du divorce de ses parents, celui-ci étant décrit comme peu présent.

La mère d'Amélie travaille actuellement comme agent administratif. Elle a refait sa vie avec un autre homme. Les relations entre cet homme et Amélie sont conflictuelles et marquées par de la violence verbale.

Génogramme d'Amélie



1.2.3. Les antécédents

Dans les antécédents personnels d'Amélie, on note une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) à l'âge de quatorze ans.

Dans les antécédents familiaux, on note une dépression maternelle non traitée depuis plusieurs années. Son beau-père, quant à lui, présenterait une consommation excessive d'alcool. Sa demi-sœur a des antécédents addictologiques. Elle a quitté le domicile de sa mère il y a deux ans pour vivre seule en appartement avec son petit garçon âgé de trois ans. Celui-ci souffrirait d'un retard de développement psychomoteur. Deux ans avant la naissance de ce garçon, sa demi-sœur a fait une fausse couche à cinq mois de grossesse : *« ... elle a fait une connerie ... elle était dans la drogue ... la drogue et le bébé ça suit pas, donc du coup elle l'a perdu »*.

1.2.4. La première grossesse d'Amélie

Amélie tombe enceinte en février 2011 de son petit copain de l'époque, Jérémy, alors âgé de dix-neuf ans. Amélie et Jérémy sont en couple depuis quelques mois. Jérémy est sans formation et sans emploi. Amélie suspecte être enceinte devant un retard de règles. Elle effectue alors, seule, un soir chez son père, un test de grossesse qui se révèle être positif : *« ... quand j'ai vu les deux barres s'afficher, je me suis mise à pleurer, en fait j'étais toute seule, donc je me suis mise à pleurer et je me sentais pas bien ... »*. Jérémy est la première personne qu'Amélie met au courant par téléphone. Il se montre d'emblée enjoué à l'idée d'être père. Tous les deux sont prêts à poursuivre cette grossesse.

Amélie annonce sa grossesse à sa mère le lendemain en lui présentant son test de grossesse. Le projet n'est pas soutenu par sa mère. Celle-ci évoque l'« *avortement* », Amélie et Jérémy ne réunissant pas les conditions matérielles nécessaires pour élever un enfant. Amélie ne m'évoque pas l'annonce de cette première grossesse à son père, mais celui-ci ne soutient également pas le projet de sa fille.

Amélie est reçue en mars 2011 à l'UGOMPS par le gynéco-obstétricien et l'assistante sociale. Elle leur fait alors part de son souhait de conserver cette grossesse. Il s'agit d'une grossesse de « *jumeaux* ».

Amélie réalise une IVG en avril 2011 au CHU de Nantes sous la pression dit-elle de ses parents : « *dans ma tête c'était je voulais les garder, [l'avortement] c'était pour moi tuer un être qui était en train de naître, donc je voulais pas, et à la finale ils ont réussi à me ... comment je peux dire ... comment je peux dire ... à me reconditionner* ». Cette IVG est vécue très difficilement. Amélie parle d'une « *dépression* » suivant l'IVG. Elle perd une dizaine de kilos en quelques mois. Les relations avec ses parents sont, à cette période, très conflictuelles. Cette « *dépression* » n'est pas prise en charge sur le plan psychologique. Seule la relation affective avec son petit-copain actuel, Matthieu, lui permet de sortir dit-elle de sa dépression : « *... je me suis mise avec lui et au moins lui il me cadre* ».

1.2.5. La deuxième grossesse d'Amélie

Amélie se met en couple avec un ex-petit copain, Matthieu, un mois après l'IVG, en mai 2011. Elle connaît Matthieu depuis plusieurs années. Matthieu est un jeune homme âgé de vingt ans effectuant un brevet professionnel en maçonnerie. Il vit alors seul dans un studio. Amélie parle d'un « *coup de foudre* » avec Matthieu, elle est amoureuse de lui depuis déjà trois ans. Très vite, elle envisage d'« *avoir [son] bébé* ». Ce désir d'enfant, elle a déjà pu en discuter brièvement avec Matthieu, comme elle l'avait fait auparavant avec Jérémy : « *... c'était avec [Matthieu] que je voulais faire ma vie et pour le garder je voulais mon bébé. Puis du coup on y a réfléchi, lui voulait un enfant et moi je voulais mon bébé, alors du coup on a fait si ça arrive ça arrive, si ça arrive pas ça arrive pas et au final c'est arrivé* ».

Un implant contraceptif avait été posé à l'issue de l'IVG, mais a été retiré trois mois plus tard en raison de métrorragies. Amélie n'a pas une bonne observance de sa contraception orale. Elle tombe enceinte en août 2011. Ces deux grossesses ne surviennent pas accidentellement. Depuis l'âge de quatorze ans, Amélie souhaite « *avoir [son] bébé* ». Elle aurait respecté le choix de Matthieu s'il n'avait pas suivi son désir de « *bébé* » et ne l'aurait pas quitté pour autant, dit-elle.

Amélie et Matthieu souhaitent poursuivre cette grossesse, malgré les réticences de chacun de leurs parents. L'avortement est à nouveau envisagé par la mère d'Amélie, qui s'inquiète néanmoins des conséquences pour sa fille de deux IVG à six mois d'intervalle. Amélie ne souhaite pas refaire une IVG et s'oppose à sa mère : « *... je fais moi c'est clair et net, je veux pas [l'avortement], la première fois je l'ai mal vécu, je veux pas que la deuxième fois je le vive aussi mal. Du coup, au début [ma mère] voulait pas du tout entendre ce que je disais, elle voulait pas du tout comprendre mon choix ...* ». Le père d'Amélie est informé plus

tardivement et tient le même discours que sa mère, mettant en avant l'importance de poursuivre sa scolarité. A la suite de l'annonce de sa grossesse, Amélie n'a plus de nouvelle de son père pendant deux mois.

Au niveau scolaire, Amélie a interrompu sa scolarité en classe de troisième. Elle ne se rend plus au collège depuis novembre 2011, mettant en avant son état de fatigue, bien qu'elle bénéficie d'un emploi du temps aménagé. Elle est arrivée en septembre 2011 dans cet établissement suite à son exclusion l'année précédente d'une Maison Familiale Rurale, pour des actes de transgression. Elle souhaite interrompre sa scolarité pendant une année, afin de s'occuper de son enfant, pendant que Matthieu se rendra au travail. Elle aimerait ensuite effectuer un apprentissage pour ne plus retourner à l'école. La grossesse n'est pas cachée au collège. Amélie reste cependant surprise par les réactions de ses pairs. Elle craignait des insultes à l'annonce de sa grossesse : « ... *du genre t'es une salope, à ton âge t'es enceinte t'as pas honte, enfin des trucs à la con, des trucs de mon âge, et en fait non pas du tout, ils sont tous ouais t'as de la chance, tu vas être maman, tu nous le montreras, on veut le voir donc ... c'est plus plaisant que je l'imaginai* ». Elle est même enviée par certaines camarades, qui trouvent qu'« *un bébé c'est mignon, c'est tout beau, c'est tout rose* ». Amélie reste néanmoins plus nuancée. Certes, un bébé « *c'est tout beau, c'est tout rose* », mais il n'y a pas que des bons moments dans le quotidien : « *Y'a des moments où il faut se lever la nuit, faut les nourrir, faut les disputer parce qu'ils font des bêtises* ».

Le quotidien d'Amélie est centré sur sa grossesse. Elle passe l'ensemble de ses journées chez Matthieu ou chez sa mère, loin des préoccupations de ses pairs. Elle évoque deux amies de Matthieu, enceintes, ayant des termes proches du sien, avec qui elle peut se comparer. Elle est très à l'écoute de son corps et rassurée par la perception des mouvements fœtaux, qui viennent lui confirmer qu'elle est bien enceinte et que son bébé est bien présent : « *c'est encore un peu confus dans ma tête, quand je sens [le bébé] dans ma tête c'est réel, mais pour l'instant il est pas là, il est pas devant moi, j'ai encore un peu du mal à le voir et puis quand j'aurai un gros ventre, je me mettrai peut-être à l'imaginer ...* ». Elle ne préfère pas imaginer son bébé et préfère attendre de le voir « *en vrai* », plutôt que d'être déçue en se l'imaginant autrement. Elle attend alors avec impatience sa deuxième échographie, où elle va pouvoir voir son bébé. Lors de la première échographie, elle avait déjà pu constater qu'il avait le même nez qu'elle.

Amélie énonce des principes éducatifs pour son bébé, tirés de son histoire personnelle. Elle fera différemment de ses parents, qui étaient « *trop gentils* » avec elle, dit-elle. Elle souhaite que son enfant puisse vivre avec « *l'autorité du père et l'autorité de la*

mère », avec des parents non séparés. L'autorité sera partagée pour éviter qu'il y ait « ... les bons moments avec le père et les mauvais moments avec la mère, ... que [le bébé] voit la mère méchante, et le père super gentil. Et qu'au final quand [le bébé] sera plus grand ce sera l'inverse ... ». Amélie dit avoir mené la vie dure à ses parents, particulièrement à l'âge de neuf ans, où elle se décrit comme ayant un « caractère explosif ». Amélie fera également différemment de sa demi-sœur. Elle mettra très tôt son bébé à la crèche afin « qu'il s'adapte aux autres enfants, qu'il commence à grandir ». Elle prend alors comme exemple son neveu, qui a acquis la marche tardivement et à trois ans ne parle toujours pas, car il n'a pas été en contact avec d'autres enfants selon elle. Amélie souhaite avoir trois enfants, mais se laisse deux à trois ans avant d'envisager une autre grossesse : « ça demande assez de responsabilités je pense ».

Amélie pense être plus mûre que les jeunes filles de son âge en raison de son histoire de vie, notamment des antécédents de toxicomanie de sa demi-sœur qui l'ont faite mûrir beaucoup plus vite selon elle : « ... c'est peut-être pour ça que là à mon âge, j'ai envie d'avoir mon bébé en fait ... ». Bien qu'Amélie formule un désir d'enfant, elle exprime également le désir de fonder sa propre famille, afin de quitter les tensions familiales, le « cocon » de sa mère : « En fait je pense que mon enfant je l'ai fait parce que j'ai envie d'avoir mon enfant, mais c'est peut-être aussi pour m'évader de ma famille, pour avoir ma famille ».

La grossesse d'Amélie permet de pacifier les relations avec ses parents. Amélie reprend contact avec son père. Sa mère comme son père l'accompagnent dans sa grossesse. « Officiellement », Amélie vit chez sa mère pendant sa grossesse, mais officieusement elle habite chez Matthieu, car elle s'y sent mieux, et évite ainsi les conflits du quotidien avec ses parents. Elle ne les voit ainsi que pour « les bons moments ».

Le jeune couple emménage ensemble dans un appartement : « pour que [Matthieu] vive la fin de grossesse avec moi en fait, pour qu'il soit là tous les jours au cas où [l'accouchement] arrive n'importe quand ... ». Néanmoins, la mère d'Amélie aménage une chambre pour le bébé dans sa maison. Amélie prévoit tout le matériel de puériculture en double pour chez Matthieu et chez sa mère. Elle passe la majeure partie de son temps dans son appartement. Elle essaie de combler l'ennui au quotidien en entretenant l'appartement ou en réalisant des coloriages qu'elle affiche dans la chambre du bébé.

Mère et fille se sont rapprochées depuis la grossesse. Amélie dit avoir quitté son rôle de fille, pour prendre celui de sa propre mère : « avant je vivais à son dépend enfin c'était

maman fait moi si, maman fait moi ça, alors que maintenant c'est à moi de gérer où je suis, donc chez mon copain c'est à moi de gérer, c'est à moi de faire à manger, c'est à moi de faire la vaisselle, faire la lessive, enfin c'est moi qui ait le rôle de ma mère qu'elle [avait] pour moi [auparavant] ».

1.2.6. La maternité d'Amélie

Au mois de mai 2012, Amélie donne naissance à terme à un petit garçon prénommé Titouan. Elle décrit un « *ras le bol* » en fin de grossesse en lien avec son état de fatigue. Néanmoins, elle reste ambivalente sur le déroulement de sa grossesse : « *c'est passé super vite [...] on n'a pas vu les neuf mois passer, à peine le temps de s'y préparer* ».

Amélie a été accompagnée par sa mère et Matthieu à la maternité du CHU de Nantes, mais l'accouchement ne s'est pas déroulé comme Amélie avait pu se l'imaginer. Matthieu n'a pas pu assister à l'accouchement en raison de difficultés d'extraction du bébé : « *il a pas vu son enfant sortir et il a pas pu couper le cordon ... donc un peu déçu tous les deux, mais il est là quand même* ».

Amélie a allaité Titouan pendant trois semaines : « *au début comme je l'allaitais [Matthieu] pouvait pas donner le biberon, donc il était un peu dégouté et puis à la finale vu que j'avais trop de montées de lait j'ai arrêté, parce que les machines [à laver] ça y allait, ça tâchait mes tee-shirts, obligée de changer trois à quatre fois de tee-shirts par jour, donc bah j'ai pris des médicaments, j'ai arrêté et du coup maintenant c'est au biberon* ».

Amélie ne se trouve pas de ressemblance marquante avec Titouan, excepté les yeux qu'il a un peu bridés comme elle. Il ressemble davantage à son père, Matthieu, parce que tous les deux ont les mêmes cheveux.

Amélie s'occupe seule de Titouan la journée pendant que Matthieu est au travail. Titouan est un bébé « *super calme* » ; « *il pleure que quand il a faim ou quand il a la couche sale, sinon il pleure pas* ». Il est tout de même « *super capricieux* » : « *je crois qu'on l'a super mal habitué en fait parce qu'on l'a habitué à être dans nos bras donc maintenant pour s'en détacher c'est plus compliqué, [...] la dernière fois il nous a fait une colère mais à devenir tout rouge quoi, parce qu'il voulait être absolument dans nos bras [...] et en plus que je marche pour le bercer [...], c'est pas une bonne habitude, donc bah là on commence à l'habituer à être dans son transat et pas dans nos bras, pareil la nuit à dormir dans son*

propre lit ... ça se fait petit à petit ... ». Les jeunes parents commencent à prendre leurs repères avec Titouan. Les rôles sont alternés pour les biberons, les changes. Les moments de jeux sont partagés : « on est souvent avec [Titouan], il commence à s'éveiller parce qu'on lui a mis une arche avec des peluches et du coup il les regarde, il gazouille c'est marrant, il fait des mimiques, on dirait des sourires, c'est super rigolo, du coup on rigole bien ».

Amélie décrit des moments où elle pourrait « craquer » lorsqu'elle se retrouve seule avec Titouan dans l'appartement : « *quand je suis fatiguée et que le petit il pleure mais vraiment sans raison en fait y'a rien pour le consoler et là ça ... c'est stressant [...] je le mets tout seul et je vais me calmer parce que sinon ... sinon je deviens folle. Donc je le mets dans son lit et je lui met la musique, la tétine et moi je vais me calmer deux minutes dans la cuisine en fumant une cigarette parce que sinon je sais pas comment je ferai ... ou quand il y'a le papa bah c'est lui qui prend la relève. Mais en général c'est pas souvent [...] ça a dû arriver deux fois depuis l'accouchement [...] c'est plutôt un gentil bébé, pas très embêtant ». Amélie n'envisage pas pour l'instant de faire garder Titouan à la crèche : « *c'est trop dur de se séparer ».**

Amélie préfère ne pas se projeter dans l'avenir de peur d'être déçue tant au niveau scolaire qu'au niveau affectif. En effet, depuis la naissance de Titouan « *ça balance »* au sein du jeune couple : « *il y'a des moments où ça se passe super bien, on est super heureux et puis y'a des moments où plus du tout en fait, parce qu'on est fatigué, y'a l'organisation, y'a la vie à trois, donc c'est super compliqué en fait. Y'a des moments où on est super épanoui, on s'entend super bien et y'a des moments plus du tout, on s'entend plus du tout, faut qu'on prenne du recul ».*

Les parents d'Amélie prennent leur place de grands-parents auprès de Titouan : « *c'est [...] leur petit-fils, il l'aime [...] normalement, il le rejette pas parce que je suis jeune ».* La mère de Matthieu se positionne différemment ; elle préférerait sa petite-fille de deux semaines plus âgée que Titouan, selon Amélie. Elle ferait des « *différences »* entre ses petits-enfants : « *je trouve pas ça super bien parce que c'est ses petits-enfants pareil et j'ai pas envie que mon fils il en souffre parce que sa grand-mère [...] fait des différences ».*

Amélie est désormais « *une jeune maman »* : « *[je ne suis] plus une enfant maintenant, je peux plus faire les choses d'enfants, enfin les choses d'adolescents, bah les sorties le week-end je peux pas, mais ça ne me manque pas du tout [...] ma priorité c'est m'occuper de ma famille et de m'occuper de mon enfant ».* « *Avec le recul, tu te dis mon enfant c'est moi qui l'ai fait, c'est plutôt émouvant ».*

1.2.7. L'accompagnement d'Amélie

Différents professionnels sont réunis autour de la maternité d'Amélie : l'UGOMPS, le médecin généraliste, la Protection Maternelle et Infantile (PMI), le pédopsychiatre du Centre Médico-Psychologique (CMP) pour adolescents, l'assistante sociale du Centre Médico-Social (CMS). Les différents regards des professionnels sont partagés lors de réunions de concertation à l'UGOMPS, afin d'accompagner au mieux Amélie, ainsi que sa famille, dans sa grossesse et sa maternité.

Pendant sa grossesse, Amélie bénéficie d'un suivi gynéco-obstétrical par son médecin généraliste, une sage-femme de la PMI, un gynéco-obstétricien et une sage-femme de l'UGOMPS. Ces différents suivis sont bien investis par Amélie. Elle prend seule ses rendez-vous et s'y montre toujours présente. Elle tient rigoureusement à jour son dossier de suivi obstétrical.

Le médecin généraliste suit Amélie depuis la petite enfance. Amélie se dit en confiance avec lui, et va le voir quand elle a des inquiétudes sur son état de santé : *« je vois mon médecin quand je me pose des questions, [car à] l'UGOMPS y'a un temps d'attente, alors que mon médecin je peux le voir dans la journée ou le lendemain »*.

La sage-femme de la PMI a antérieurement suivi Amélie dans les suites de son IVG. Elle se déplace toutes les deux semaines soit au domicile de la mère d'Amélie, soit à celui de Matthieu pourtant en dehors du secteur de la PMI. Amélie s'autorise également à contacter la sage-femme sur son téléphone portable quand elle a des questions.

Au niveau psychologique, un suivi pédopsychiatrique a été proposé à Amélie au CMP pour adolescents aux vues de ses difficultés dans les suites de son IVG et de sa situation familiale. Amélie s'est présentée au total à deux consultations avec le pédopsychiatre. Plusieurs rendez-vous ont été manqués. Amélie se présente au CMP toujours accompagnée par sa mère ou Matthieu et souhaite être reçue par le pédopsychiatre en leur présence. Après deux entretiens, Amélie interrompt le suivi au CMP. Elle ne voit pas l'intérêt d'être suivie sur le plan psychologique pendant sa grossesse, puisqu'il y a déjà *« plein de monde »* dans son suivi. Elle n'en ressent pas le besoin actuellement, car tout va bien selon elle. Elle envisage cependant de reprendre contact auprès du CMP après l'accouchement : *« quand j'aurai des moments bah forcément de ... où je vais craquer par rapport au petit, par rapport à l'organisation, la fatigue ... »*.

Au niveau social, une aide éducative a été demandée par les parents d'Amélie il y a un an suite à une information préoccupante effectuée pour des actes d'incivilité à la MFR. Amélie est toujours en attente de l'intervention d'un éducateur : « *qu'il puisse être là pour m'accompagner, pour me mettre dans le droit chemin, d'aller au collège. Sauf que là je suis tombée enceinte, donc ça m'a encore moins motivée pour aller à l'école* ».

Au niveau familial, Amélie sollicite également sa mère et sa demi-sœur sur les questions de grossesse et de maternité : « *Quand j'ai des petites questions banales, genre est-ce que c'est normal si j'ai mal au ventre ?* », « *Il commence à me donner des coups à cet âge-là, c'est normal ? Je suis pas trop trop en avance ?* ».

Depuis la naissance de Titouan, Amélie est accompagnée au domicile par une puéricultrice de la PMI à raison d'une visite par semaine et par une Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF) à raison de deux heures par semaine. Elle se rend également une fois par mois à la PMI pour consulter un pédiatre. Lorsqu'elle a des questions pour Titouan, notamment la nuit, Amélie appelle les urgences gynécologiques du CHU de Nantes afin de parler à une sage-femme.

Amélie ne ressent pas le besoin d'être accompagnée psychologiquement actuellement : « *j'ai ma mère et mon copain qui me soutiennent donc ça va ... et puis j'ai pas eu le baby blues comme [cela se passe] en général* ».

1.3. MAFO : « VIVRE MA VIE DE JEUNE FILLE ... ET MA VIE DE MERE »

1.3.1. La présentation

Je rencontre Mafo dans les locaux du centre éducatif Anjorant, un centre maternel pour mineures à Nantes. Il a été proposé aux adolescentes du centre de me rencontrer dans le cadre de mon travail de thèse. Mafo s'est alors portée volontaire. Le premier entretien s'est déroulé durant sa grossesse en mars 2012, grossesse alors estimée à vingt-trois semaines d'aménorrhée, soit au cinquième mois. Le deuxième entretien a eu lieu en août 2012, soit un mois après son accouchement.

A deux reprises, Mafo oublie nos rendez-vous. Nous finissons tout de même par nous rencontrer. Mafo est âgée de seize ans. Il s'agit d'une jeune fille d'origine camerounaise, plutôt coquette, à la coupe de cheveux afro. Elle se présente plutôt détendue, mais s'exprime peu lors des entretiens, ponctuant ses réponses de longs silences. Elle s'anime néanmoins lorsque nous abordons son accompagnement dans la grossesse et la maternité. Lors du deuxième entretien, elle se présente accompagnée de sa fille Nihahsah, qu'elle installe, près d'elle, dans un transat.

1.3.2. L'histoire familiale

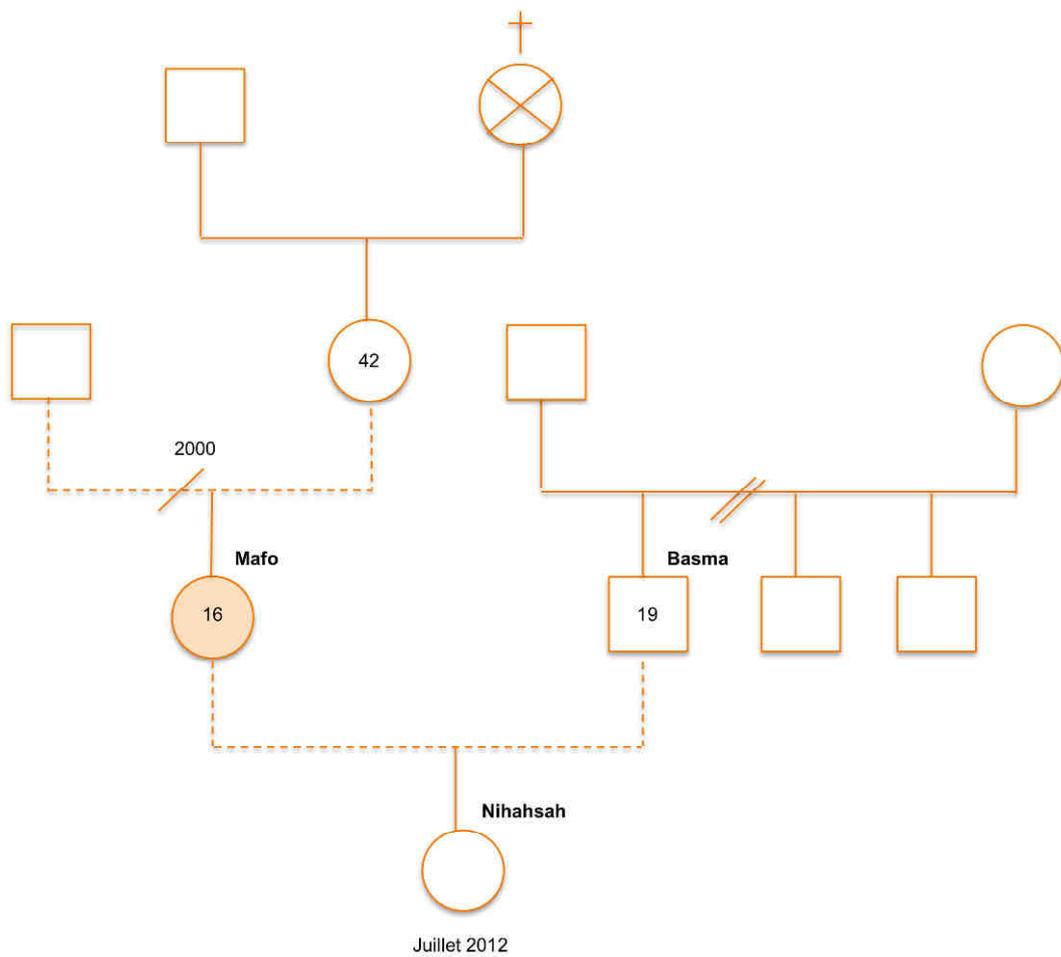
Mafo est fille unique. Ses parents sont nés au Cameroun. Sa mère a grandi en Suisse et son père en Espagne. Une partie de sa famille vit toujours au Cameroun, une autre partie réside en Europe et aux Etats-Unis.

Mafo est née et a grandi en région parisienne. Sa mère était âgée de vingt-six ans lorsqu'elle est née. Mafo était un bébé calme « *qui n'a pas mené la vie dure* » à sa mère. Les parents de Mafo se sont séparés, alors qu'elle était âgée de cinq ans. Mafo est restée vivre avec sa mère, son père est retourné vivre en Espagne.

La mère de Mafo est infirmière. Elle vit avec sa fille dans un appartement en région parisienne. Le père de Mafo travaille comme gérant de boîte de nuit en Espagne. Les contacts entre Mafo et son père sont peu fréquents.

Mafo décrit une bonne entente avec ses parents, se justifiant alors par : « j'ai toujours été attachée à ma mère et à mon père ».

Génogramme de Mafo



1.3.3. Les antécédents

En septembre 2011, Mafo est hospitalisée à Paris pour une salpingite. Les médecins lui annoncent qu'il y a un risque de stérilité. Elle pense alors qu'elle ne pourra jamais avoir d'enfant.

1.3.4. La grossesse de Mafo

Mafo a un petit ami depuis un an. Il se prénomme Basma et est âgé de dix-neuf ans. Mafo et Basma se sont rencontrés grâce à des amis communs. Basma effectue un baccalauréat professionnel à Paris. Les parents de Basma sont d'origine « zairoise » (originaires de l'actuelle République démocratique du Congo). Ils sont divorcés. La mère de Basma vit à Orléans, son père à Paris.

Mafo découvre sa grossesse en octobre 2011 devant un retard de règles, ce qui est inhabituel chez elle. Accompagnée par une amie, elle se présente à la PMI pour y réaliser un test de grossesse. Le test de grossesse est positif. Mafo ressent de la joie et de la colère à la confirmation de cette grossesse. De la colère contre elle et Basma, car elle ne souhaite pas être enceinte maintenant. De la joie, car elle n'a « *aucun problème finalement* » de stérilité, elle est désormais rassurée, elle peut avoir des enfants.

Mafo et Basma ont des rapports sexuels protégés. Il aurait suffi d'un seul accident de contraception pour qu'elle tombe enceinte, selon elle. Mafo n'a jamais exprimé de désir de grossesse ou de désir d'enfant auparavant. Pourtant, elle se doutait de cette grossesse. Elle avait fait un « *rêve* » un mois auparavant, où sa grand-mère maternelle lui disait qu'elle était enceinte et devait protéger son enfant. Cette grossesse, c'est donc une « *bénédiction de Dieu* ».

A l'annonce de la grossesse, Basma prend peur et ne donne plus de ses nouvelles pendant deux semaines. Néanmoins, Mafo assume sa décision de poursuivre seule la grossesse. Elle n'envisage pas l'IVG considérant que « *quand on avorte, c'est une vie, donc qu'il soit sorti ou pas, c'est quand même tuer* ». Elle se considère chanceuse de vivre en France, pays où existent des moyens pour accompagner une grossesse à la différence de l'Afrique.

A l'annonce de la grossesse, la mère de Mafo lui demande d'avorter. La décision de poursuivre la grossesse génère d'importants conflits entre Mafo et sa mère : « *on se parlait pas, [ma mère] m'a dit de partir et après je suis partie* ».

Mafo quitte le domicile maternel début novembre 2011. Elle est hébergée par des amies de son lycée pendant deux mois, puis contacte l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) afin de vivre en foyer. Elle est alors placée successivement dans deux foyers de vie. A son initiative, elle effectue des recherches sur les centres maternels pour mineures. Elle découvre alors le centre Anjorant et écrit une lettre en vue d'y être admise. Elle intègre le centre un mois plus tard, en février 2012.

Mafo souhaite intégrer un centre, comme Anjorant, pour y « *vivre [sa] vie de jeune fille ... et [sa] vie de mère* ». Il est important pour Mafo d'avoir des moments à elle pour « *aller au Mc Do, faire du shopping, aller au cinéma* » avec ses copines, mais aussi pour « *aller à l'école* ». La vie de mère, « *c'est s'occuper de son enfant sans répit, tout le temps. C'est vrai qu'on l'a eu pour ça, mais des fois ça fait du bien de souffler ...* ». Elle aurait dû interrompre sa scolarité si elle était restée vivre chez sa mère, alors qu'elle est bonne élève. Elle se considère donc chanceuse d'avoir l'opportunité de vivre au centre éducatif Anjorant.

Au niveau scolaire, Mafo est au lycée en seconde générale. Sa scolarité est interrompue depuis décembre 2011 suite à son placement en foyer. Mafo est restée discrète sur sa grossesse. Elle n'en a parlé ni à ses camarades, ni à ses professeurs. Certaines réactions de ses amies l'ont déçue. Elle s'est alors sentie peu soutenue par ses pairs, mais ne souhaite pas aborder ce sujet davantage. Elle garde seulement contact avec quelques amies par téléphone et Facebook.

Le sexe du bébé est connu ; il s'agit d'une petite fille. Mafo le savait avant même d'avoir eu la confirmation par échographie : « *parce que quand les petits garçons ils se collent trop à une femme qu'est enceinte, dès qu'ils touchent trop ses seins c'est que c'est une fille qu'elle a ... c'est ce qu'ils disent en Afrique* ». Mafo perçoit les mouvements fœtaux. Elle n'essaie pas d'imaginer sa fille par crainte de mal se la représenter. Lors de la deuxième échographie, elle a pu apercevoir la tête de son bébé: « *[sa tête] est déjà faite, peut-être qu'elle va me ressembler, je sais pas ...* ». Elle sait juste que sa fille a « *plein de cheveux* », grâce à l'échographie du huitième mois.

A plusieurs reprises, le discours de Mafo fait référence à sa double culture, occidentale et africaine. Elle souhaite transmettre à son bébé les traditions et rites de ses

deux cultures : « *nous on a une manière d'élever les enfants ... c'est pas pareil qu'en Europe, donc y'a des choses que [ma mère] va m'apprendre qu'ici [au centre Anjorant] on va pas m'apprendre, comme y'a des choses ici qu'on va m'apprendre et qu'elle va pas m'apprendre* ».

Bien que n'habitant pas les mêmes villes, Mafo et Basma sont toujours en couple. Il vient la voir de temps en temps à Nantes. Tous les deux n'ont pas encore vraiment imaginé leur avenir. Chacun souhaite poursuivre ses études pour être en capacité d'élever leur enfant : « *on va avoir un enfant, on n'a plus le temps de rigoler maintenant* ».

Les liens entre Mafo et sa mère se renouent progressivement. Bien que sa mère lui ait proposée, Mafo n'a pas souhaité retourner vivre chez elle. Elle reçoit des appels téléphoniques et quelques visites de sa mère. Elle ne sait pas si sa famille est informée de sa grossesse. Cet événement est partagé entre mère et fille.

Le père de Mafo, quant à lui, est absent de la grossesse de sa fille. Il a été informé dès le début par la mère de Mafo. Mafo ne sait pas comment a pu réagir son père à cette annonce : « *il s'en fout peut-être ...* ». Elle reçoit quelques appels téléphoniques de son père, mais la grossesse n'est jamais abordée entre eux.

La mère de Basma est présente. Elle vient rendre régulièrement visite à Mafo. Selon la tradition, Mafo aurait dû habiter dans la famille de Basma, mais Mafo a refusé ne souhaitant pas vivre aux dépens de quelqu'un. Cet enfant, c'est à elle et à Basma de l'assumer. Ainsi en acquérant le statut de mère, elle pourra « *grandir* ».

1.3.5. La maternité de Mafo

En juillet 2012, Mafo donne naissance, à terme, à une petite fille, prénommée Nihahsah. Il s'agit d'un prénom « *swahili* », langue bantoue de l'Afrique de l'Est. Elle accouche, accompagnée par Basma, à la maternité du CHU de Nantes. L'accouchement se déroule sans difficulté, « *comme dans les films* », mais lui paraît long. Elle allaite Nihahsah pendant trois semaines.

Mafo, qui appréhendait l'arrivée du bébé, réussit finalement à concilier son nouveau rôle de mère à celui d'adolescente. Elle sollicite donc peu les éducateurs pour s'occuper de sa fille : « *au début j'avais peur [...] de pas réussir à gérer parce que je m'étais jamais*

occupée d'un enfant et finalement je me débrouille plutôt bien ». Elle tient à me signaler que l'âge n'influe en rien sur la capacité à être mère : *« on a peur parce qu'on se dit oui à seize ans ou à dix-sept ans on saura pas comment faire avec l'enfant, alors que non, moi je dis qu'il n'y a pas d'âge pour être mère et c'est maintenant que je m'en rends compte, parce que y'a des femmes qui sont bien plus âgées et qui n'arrivent pas à gérer leur enfant et pourtant elles sont plus âgées, elles ont l'âge d'être mère alors que non ».* Avec les neuf mois de grossesse, Mafo dit avoir acquis *« plus de maturité »*; elle a désormais des *« responsabilités »* envers sa fille.

Nihahsah est une enfant qui n'est pas *« capricieuse »* : *« elle dort bien la nuit, elle me laisse me reposer, elle mange bien, elle se porte bien ».* Elle n'est pas comme les autres bébés qui *« se réveillent toutes les nuits, [...] pleurent tout le temps, ... elle, elle pleure pas ».* En effet, présente au deuxième entretien, Nihahsah, bébé joufflu et aux cheveux crépus, restera calme dans son transat, la tétine en bouche et le regard fixé sur un pied de table. Peu de choses sont évoquées par Mafo sur sa fille ; ses réponses sont brèves.

L'enfant a été bien accueilli par les deux familles. Toutefois, les relations demeurent conflictuelles entre Mafo et sa mère : *« [ma mère] est contente que pour la petite, mais sinon elle m'en veut toujours [...] parce que je suis tombée enceinte trop jeune pour elle ».* Elle évoque avec déception l'absence de son père : *« on s'est appelé qu'une fois, c'était le jour de l'accouchement, et après on s'est plus jamais rappelé [...], c'est pas grave, à force je me suis habituée ... ».*

La relation de couple perdure, malgré les disputes pendant la grossesse : *« pendant ma grossesse on faisait que de se chamailler tout le temps, mais y'avait les hormones aussi, et là même quand on s'énerve et bah on réfléchit plus parce qu'on se dit maintenant [qu'] on n'a plus le temps de faire les gamins ».*

Mafo a passé le mois de juillet dans la famille de Basma à Paris, puis quelques jours chez sa mère. Comme sa religion protestante le veut, *« une sortie d'enfant »* a pu être faite à l'église dans les huit jours suivant la naissance de l'enfant. Il s'agit, *« comme un baptême »*, de présenter l'enfant à Dieu. Mafo est attachée au respect des coutumes religieuses. Toutefois, elle ne suit pas les *« traditions »* : *« la tradition ça aurait été que [Basma] me dote et qu'on se marie, mais c'est pas ce qu'on va faire ... on va voir avec le temps ».*

La scolarité est très investie par Mafo : *« Sans étude on n'est rien, faut dire les choses. [...] C'est pas parce que j'ai un enfant que je vais m'arrêter à un bac ou un truc ».*

comme ça [...], je vais aller jusqu'où j'ai envie d'aller et après je vais me donner les moyens, ça va être dur, ça va pas être facile mais bon, après plus tard je serai bien ». Mafo reprendra donc ses études à la rentrée prochaine, où elle effectuera un baccalauréat professionnel en vente dans un lycée nantais, et suivra en parallèle une formation à distance de créatrice de mode, le métier qu'elle rêve de faire. Elle mettra son enfant à la crèche le matin, puis ira en cours « *en tant qu'élève et pas en tant que maman* ». Mafo sait que concilier ces deux rôles, sans vivre au centre Anjorant, aurait été difficile. Ce double rôle n'est déjà pas facile pour les femmes plus âgées, certaines allant même jusqu'à prendre un congé maternité, me souligne-t-elle.

Mafo porte un regard d'une étonnante maturité sur la maternité à l'adolescence aux regards de la société : « *C'est juste que c'est comme si on avait un peu sauté les étapes ... mais avant une femme elle tombait enceinte à cet âge-ci personne ne disait rien, c'est juste que le monde il a changé, il a évolué donc maintenant c'est les études, après c'est le mariage, après c'est les enfants [...], on les a pas vraiment sautées, parce qu'il y en a qui continue à aller à l'école et tout, [...] on va dire qu'on est un peu sorti du schéma habituel quoi* ».

La maternité doit donc être envisagée comme « *une force* » par les jeunes filles dans sa situation : « *moi je suis fière d'avoir ma fille, après les gens ils pourront dire ce qu'ils veulent, mais moi demain je pourrai pas dire à ma fille t'es une erreur* ».

1.3.6. L'accompagnement de Mafo

Mafo bénéficie, pendant et après sa grossesse, d'un accompagnement par le centre éducatif Anjorant de Nantes. Elle fait alors le parallèle avec le Cameroun, où son avenir aurait été le même si elle y avait vécu. En effet, sa famille n'a pas de problème financier et aurait ainsi pu engager « *une nounou* ». Elle aurait donc poursuivi ses études.

Au niveau obstétrical, son suivi a débuté dans un hôpital parisien. Elle était régulièrement accompagnée par Basma à ses rendez-vous médicaux. A son arrivée à Nantes, Mafo poursuit son suivi au CHU, où elle se rend seule. Le suivi est assuré par la sage-femme de l'UGOMPS. Mafo me signale qu'elle reste méfiante vis à vis du corps médical. Elle ne fait pas confiance à n'importe qui et « *c'est pas parce que c'est un médecin que ça veut dire qu'on est obligé de lui faire confiance* ».

Sur le plan psychologique, Mafo ne bénéficie pas de suivi et ne le souhaite pas : « *j'en ai pas besoin, c'est pour les gens qui ont besoin de parler, moi j'ai pas besoin de parler. Tout va bien* ».

Pendant la grossesse, Mafo m'informe qu'elle ne trouve pas assez de réponses à ses questions dans les hôpitaux. Elle souhaiterait davantage de documentations sur la maternité à l'adolescence, comme des « *témoignages* » de mères qui transmettraient leurs expériences de maternité. Elle attend également des aînées des « *recettes de grand-mères* » pour apprendre à bien élever un enfant.

De plus, le personnel soignant ne serait également pas assez indulgent avec les mères adolescentes : « *je demande pas qu'on ait un traitement de faveur, mais qu'ils comprennent qu'on est jeune, donc on a besoin de plus de soutien. Même après l'accouchement il arrive qu'il y a des filles qui disent que quand elles arrivent pas à donner le sein, les infirmières s'énervent, alors que c'est la première fois et qu'elles savent pas comment tenir un bébé* ». Elle souhaite que les soignants soient plus attentifs aux difficultés que peuvent rencontrer les jeunes mères dans les soins de puériculture, en prenant en compte leur peur de mal s'occuper d'un enfant.

Enfin, le temps d'attente avant les consultations médicales à l'hôpital est trop long : « *c'est vraiment énervant et c'est pas bien pour le bébé de s'énerver tout le temps* ».

En ce qui concerne l'accompagnement après son accouchement, Mafo insiste sur le manque de continuité des soignants pendant son séjour à la maternité : « *il faudrait que ce soit une auxiliaire du début jusqu'à la fin qui s'occupe de l'enfant, parce que [...] chaque jour y'en avait une différente pour moi et chacune venait dire ce qu'elle pensait, donc ça fait que nous on est un peu perdu, y'en a une qui dit non ça c'est pas bien et y'en a une qui dit si c'est bien [...] donc moi après je me suis dit je vais le faire à l'instinct maternel, je vais le faire comme moi je le sens, et si je vois que ça va pas, bah j'arrêterai* ».

Depuis son retour au centre éducatif Anjorant, quand Mafo « *voit un truc bizarre* » concernant la santé de Nihahsah, elle n'hésite pas à se rendre à la crèche d'Anjorant demander conseil aux auxiliaires de puériculture.

Au centre, le groupe de pairs tient une place importante pour Mafo, où elle y trouve réconfort et soutien : « *on fait plein de trucs ensemble, on est souvent ensemble [...], c'est un peu comme une petite famille parce qu'on retrouve des personnes ici qui comprennent ce*

qu'on dit, et heu qui nous jugent pas vu qu'elles sont dans le même cas que nous, alors que dehors et bah y'a trop de gens, y'a les regards, y'a ce qu'on dit, enfin moi je m'en fout de ça, mais y'en a beaucoup que ça affecte ».

Mafo parle de sa solitude liée à l'absence de soutien familial: *« J'ai pas aimé la grossesse, peut-être parce que je l'ai vécue dans de mauvaises conditions [...] parce que j'avais aucun soutien et j'étais toute seule et j'avais que mon copain avec moi alors que j'aurai voulu quand même avoir ma famille et que j'avais personne ».* Elle ne souhaite donc pas répéter cette expérience de sitôt : *« Si on me disait après cette grossesse, est-ce que vous voulez faire d'autres enfants ? Je dirai non. Mais je sais que si j'ai des enfants plus tard ce sera pas dans les mêmes conditions, donc là je [profiterai] pleinement de ma grossesse ».*

Il paraît donc important pour Mafo de soutenir les adolescentes dans sa situation et de les « encadrer » : *« Moi je dis faut pas prendre la place des familles mais faut au maximum soutenir [les adolescentes] parce que je vous jure que c'est dur quand la famille elle se retourne, parce [...] même si on sait qu'on a fait une erreur, on se dit que c'est [nos parents] qui vont être là et qu'ils vont nous aider ... et quand ils sont pas là et bah c'est ce qui fait encore plus mal [...] moi c'est parce que j'ai un fort caractère que je me laisse pas abattre ».* Sa seule « consolation » est maintenant sa fille.

1.4. ROSA : « LA GROSSESSE, ÇA M'A STOPPEE DANS MES BETISES »

1.4.1. La présentation

Je rencontre Rosa en mai 2012 au CMP rattaché à l'Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs (EPM) de Nantes. Cet entretien lui a été proposé par la psychologue de l'EPM.

Rosa a accouché il y a quatre ans d'une petite fille prénommée Emma, elle était alors âgée de quinze ans. Elle est aujourd'hui âgée de dix-neuf ans. Rosa me fait donc part a posteriori de son expérience de grossesse et de maternité à l'adolescence. Un seul entretien sera réalisé.

Rosa manque régulièrement les séances au CMP avec sa psychologue, mais ce jour-là elle se présente à l'heure pour l'entretien fixé. Il s'agit d'une jeune fille souriante, à la peau mate, brune aux cheveux longs, maquillée et habillée comme une jeune femme. Rosa revient aisément sur son histoire avec une grande maturité dans ces propos.

1.4.2. L'histoire familiale

Rosa est d'origine « *italo-algérienne* ». Ses parents sont nés en France. Les origines italiennes sont du côté maternel et les origines algériennes du côté paternel.

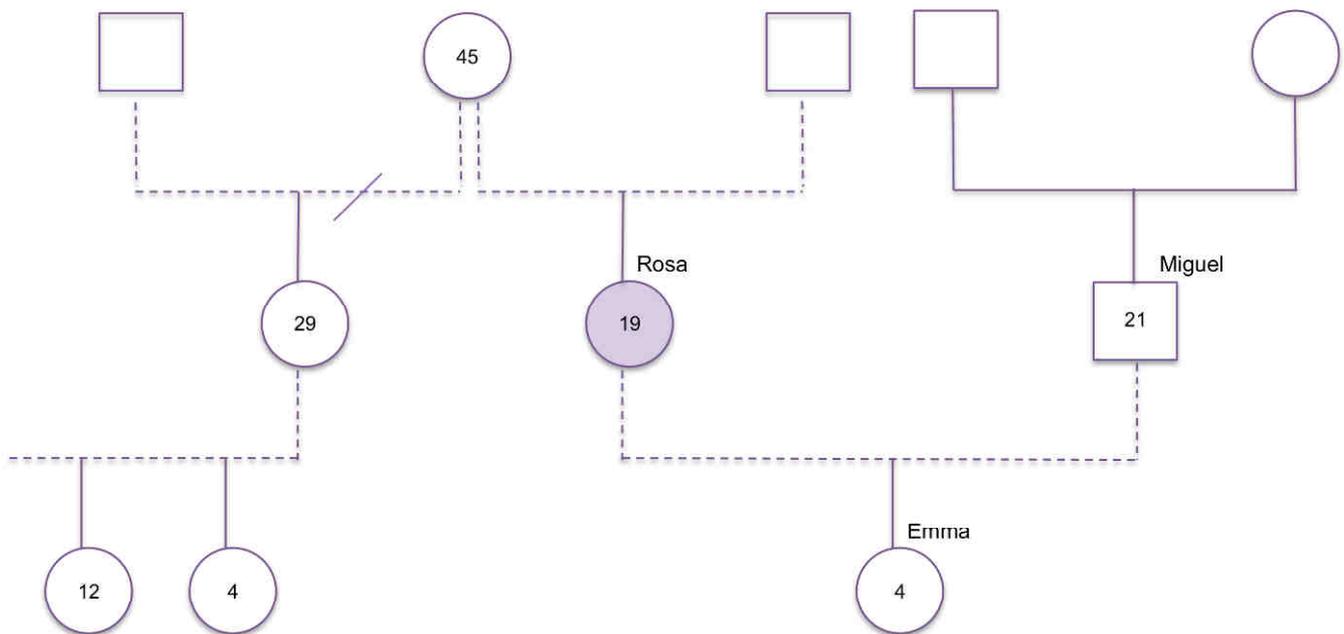
Rosa a une sœur aînée âgée de vingt-neuf ans d'une première union de sa mère. La maternité à l'adolescence fait partie de l'histoire familiale. La mère de Rosa était âgée de seize ans à la naissance de sa première fille, et de vingt-six ans à la naissance de Rosa. Quant à la sœur de Rosa, elle était âgée de dix-huit ans à la naissance de sa première fille. Comme me le souligne Rosa : « *c'est pas voulu pour ma mère, ma sœur et moi, c'est pas fait exprès mais ... c'est comme ça* ».

La mère de Rosa est décoratrice d'intérieur. Rosa ne connaît pas le métier de son père, elle peut seulement me préciser qu'il part régulièrement en déplacement la semaine.

Dans sa petite enfance, Rosa était « *une enfant sage, plutôt réservée* », comme a pu lui raconter sa mère. « *C'est après que j'ai explosé [...] à douze ans* » me dit-elle, à l'entrée

dans la période d'adolescence. C'est à cette période qu'ont débuté les conduites de transgression. Elle évoque alors des épisodes de violences verbales et physiques intra-familiales, notamment avec son père.

Génogramme de Rosa



1.4.3. Les antécédents

Aucun antécédent médico-chirurgical ou psychiatrique n'est évoqué durant l'entretien.

1.4.4. La grossesse de Rosa

Il y a cinq ans, Rosa, alors âgée de quatorze ans et demi, vit le « *grand amour* » depuis un an et demi avec Miguel, alors âgé de dix-sept ans. Les deux adolescents se sont rencontrés au collège. Miguel travaille dans la maçonnerie et vit chez ses parents. La famille de Miguel est d'origine portugaise.

C'est au centre de planification familiale que Rosa découvre sa grossesse devant un retard de règles. Elle prend de suite seule la décision de poursuivre cette grossesse : « *je l'aimais déjà le bébé ... j'ai su que j'allais être prête ... enfin prête ... peut-être que j'étais aussi qu'une enfant encore donc ... voilà on prend des décisions ... sur le coup. Mais bon je regrette pas maintenant, mais c'est vrai que spontanément j'ai dit je veux pas avorter [...], j'ai voulu garder ma fille enfin le bébé ... sans me préoccuper de la réaction de mes parents* ».

Il s'agissait de la première grossesse de Rosa. Cependant deux mois auparavant, Rosa pensait déjà être enceinte : « *pendant quatre mois, j'ai cru être enceinte, mais en fait je l'étais pas [...] je me préparais à ce que mon ventre grossisse et en fait j'étais pas enceinte, j'ai fait un test et j'étais pas enceinte du tout* ». Elle ressentait le « *besoin d'avoir un enfant* » depuis plusieurs mois : « *c'est venu comme ça, j'avais envie d'avoir un enfant [...] c'était pas voulu mais ... enfin j'attendais quand même de tomber enceinte, donc c'était un peu voulu quand même* ». Elle n'a parlé de ce désir d'enfant à personne, pas même à Miguel : « *c'était à moi, je pensais ça toute seule [...] j'avais pas envie ... enfin j'avais envie d'avoir un enfant, mais je me projetais pas dans l'avenir avec un enfant* ». Cette première grossesse vient donc concrétiser ce « *besoin* » d'enfant présent depuis plusieurs mois. Rosa est partagée entre la joie d'avoir pu satisfaire ce « *besoin* » et la peur de ne pas pouvoir assumer seule son avenir. Miguel accompagne Rosa dans son choix de poursuivre cette grossesse.

Lors de l'annonce de la grossesse, la mère de Rosa invite sa fille à quitter le domicile familial avant que son père ne revienne. Rosa pense aujourd'hui que cela était pour la protéger de la violence paternelle. Son père est informé de la grossesse par téléphone. Lors de cet échange, Rosa rapporte des violences verbales de son père qui donnent suite à une rupture des liens père-fille encore jusqu'à ce jour. Les parents de Miguel sont également opposés à cette grossesse. Ils souhaitent que Rosa effectue une IVG.

Rosa bénéficie à cette époque d'une mesure éducative pour des « *faits de délinquance* ». Elle a interrompu sa scolarité au collège en classe de quatrième. Elle passe

ses journées à errer dans son quartier et à « *faire beaucoup beaucoup de bêtises* ». Aux vues de la situation familiale et du contexte de grossesse, Rosa est placée en urgence dans un foyer de l'ASE dans l'attente d'intégrer le centre éducatif Anjorant de Nantes à son cinquième mois de grossesse.

Pendant son placement, Rosa n'a plus de lien avec ses parents. Elle passe les week-ends chez Miguel et garde quelques contacts avec sa sœur. Elle conserve également peu de liens avec ses amis. Elle se sent jugée et non soutenue par ses pairs et son entourage : « *moi je trouve qu'ils m'ont beaucoup jugée et puis c'est dur moi je trouve aussi le jugement des gens [...], [c'est-à-dire] que j'étais trop jeune pour avoir un enfant, que ça se faisait pas d'avoir un enfant à cet âge-là, que j'avais couché trop jeune, ... plein de préjugés, plein de jugements, et même en dehors de mes copines, les gens ... tout le monde parlait, parlait, parlait ...* ». Rosa a alors le sentiment d'« *affronter* » seule sa grossesse et sa maternité.

La période de la grossesse « *était un vrai bonheur* », me confie Rosa. Les conduites de transgression s'amendent : « *la grossesse, ça m'a stoppée [dans mes bêtises]. Je me suis enfermée dans ma bulle et j'ai oublié toutes mes copines et je pensais qu'à ma fille, enfin mon bébé parce qu'au début je savais pas si c'était une fille ou un garçon, [mais] dans ma tête j'avais une fille* ». Rosa s'imagine sa fille, aidée par les clichés échographiques, comme « *un petit bébé mat avec beaucoup de cheveux et avec les yeux marrons* ». Le quotidien de Rosa se centre sur la grossesse et la naissance de l'enfant. Elle s'affaire à préparer tout le matériel de puériculture.

Rosa décrit néanmoins de nombreuses angoisses de mort pour son bébé pendant la grossesse l'ayant amenée à consulter à répétition aux urgences gynécologiques : « *dès que j'avais un problème d'ordre médical j'avais peur d'accoucher, donc j'étais souvent à l'hôpital [...], j'avais peur tout le temps, tout le temps, tout le temps ... quand je la sentais pas bouger, ou quand elle bougeait trop [...]* mais bon je pense que c'est le jeune âge qui fait aussi qu'on appréhende ».

1.4.5. La maternité de Rosa

Rosa, âgée de quinze ans, accouche prématurément d'une petite fille, prénommée Emma, au terme de sept mois et demi de grossesse dans une clinique nantaise. L'accouchement, qui a été déclenché en raison d'un oligoamnios, se déroule sans problème.

Après la naissance d'Emma, Rosa réintègre le centre éducatif Anjorant. Elle évoque des débuts difficiles avec Emma, particulièrement les nuits : *« c'est difficile de se réveiller la nuit ... après on a un instinct maternel, mais ... on se prépare pas à ça vraiment bien comme il faut [...] ma fille était beaucoup malade, elle régurgitait tout le temps, donc c'était vraiment difficile, j'ai tenu mais c'était difficile »*.

Au niveau scolaire, Rosa reprend les cours au centre éducatif Anjorant pendant qu'Emma est gardée à la crèche du centre.

Au niveau du couple, Rosa et Miguel se séparent un mois après la naissance de leur fille, car Rosa avait rencontré un autre garçon. Miguel ne voit alors plus sa fille. Lors de la *« rupture »* avec Miguel, Rosa se questionne sur sa capacité à élever Emma seule. Elle ne peut alors partager ses angoisses avec les professionnels du centre Anjorant par peur *« qu'on enlève »* son enfant.

Au niveau familial, la naissance apaise les relations entre Rosa et sa mère. Les liens se renouent progressivement. La mère de Rosa garde de temps en temps sa petite-fille pour que Rosa puisse *« avoir sa vie d'adolescente »* : *« aller voir ses copines, sortir, faire des soirées avec des copines, moi je trouve ça important quand même de garder ce côté adolescente parce qu'on en est une aussi »*. Rosa nuance néanmoins son propos, elle n'était pas comme certaines *« filles adolescentes [...] qui privilégiaient plus les copines que l'enfant ou [...] qui ne sortaient pas du tout pour rester avec l'enfant »* et conclue par le fait que *« chaque adolescente vit son expérience différemment »*.

L'accueil de Rosa au centre éducatif Anjorant s'interrompt brutalement au bout de six mois suite à une incarcération pour de graves actes de violences envers une de ses camarades de classe : *« j'ai eu un enfant très jeune, j'ai eu des soucis avec mon père, avec le copain ça n'allait pas du tout, donc j'ai un peu l'impression que toute la violence que j'avais en moi, je l'ai extériorisée ce jour-là à travers une gifle et puis après je me suis plus arrêtée [...] donc j'ai été séparée de ma fille pendant six mois »*. Elle est incarcérée pendant six mois à la Maison d'Arrêt pour Femmes (MAF) de Nantes. Malgré les conflits avec Miguel, elle demande à ce qu'Emma soit confiée à son père et non placée dans une famille d'accueil. Elle bénéficie d'un droit de visite une fois par semaine au parloir. Elle vit la séparation avec son enfant très difficilement. Néanmoins, elle était rassurée lors de chaque visite car Emma la reconnaissait : *« dès que je la prenais dans mes bras au parloir elle pleurait, mais après elle dormait directement, elle s'endormait tout de suite ... parce qu'elle se sentait bien »*.

Rosa tire maintenant une expérience positive de son incarcération. Cela l'aurait aidée à grandir, à être « *une autre personne* ». Elle se sent rassurée car l'incarcération a fait limite à une potentielle violence qu'elle aurait pu diriger envers sa fille : « *peut-être qu'à l'intérieur de moi j'avais une violence que je ne savais pas, [et que] peut-être j'aurai pu reproduire sur ma fille après, même si pour moi jamais je taperai ma fille, mais on sait pas [...] ce qu'il peut se passer dans la tête d'une adolescente, même moi vu l'excès de colère que j'ai eu ce jour-là, j'arrivais pas à me contrôler donc pourquoi j'aurai réussi à me contrôler avec ma fille* ». Rosa conclue donc que les adolescentes, dans sa situation, ne sont pas assez bien « *encadrées* ».

A sa sortie de prison, Rosa est placée dans un foyer sous contrôle judiciaire pendant six mois dans l'attente d'être jugée. Rosa et Miguel se remettent alors en couple. C'est après son procès que Rosa reçoit l'autorisation de vivre avec Miguel et Emma en appartement. Il s'agit de la première expérience de vie commune pour le jeune couple avec leur enfant. L'organisation du jeune couple est difficile dans les premiers temps et parfois source de tensions. Rosa débute un apprentissage en boulangerie et se lève à 4 heures du matin, tandis que Miguel part travailler à 6 heures du matin. Emma est confiée en garde à une « *nourrice* » qui la conduit ensuite à la crèche.

A l'évocation d'Emma, Rosa s'anime et affiche un grand sourire. Elle décrit Emma comme « *une petite fille très sage* », mais « *ayant son caractère* ». Elle essaie de lui « *donner la meilleure éducation* » possible. Elle qualifie la relation avec Emma de « *fusionnelle* » et parle de l'amour qu'elles s'apportent l'une et l'autre : « *on ressent de l'amour tous les jours, 24h/24, on ressent de l'amour tout le temps en fait pour son enfant, et l'enfant aussi il nous donne beaucoup d'amour, vraiment c'est énorme, je regrette pas ... c'est une super expérience* ». En grandissant, leur relation évolue, mais Rosa ne trouve pas de mot pour la décrire : « *vraiment c'est super parce qu'on ... je la vois grandir en fait et je grandis aussi avec elle en fait, donc moi j'adore* ». Miguel s'investit également dans son rôle de père auprès d'Emma et de mari auprès de Rosa : « *quand j'étais en prison, il a dû se débrouiller sur le fait, donc je pense que c'est grâce à ça que ça l'a fait grandir, et à prendre conscience qu'il était papa et qu'il avait des responsabilités aussi* ».

Les liens entre Rosa et sa mère se maintiennent : « *maintenant ça se passe super bien, j'ai grandi en fait, j'ai des très bonnes relations avec ma mère, c'est fusionnel et c'est très bien, et puis elle aime sa fille et sa petite-fille* ». Sa mère se positionne comme une « *grand-mère* », qui garde sa petite-fille de temps en temps les week-ends. Son père, quant

à lui, est absent. Les parents de Miguel sont présents et servent de relais pour la garde d'Emma certains week-ends.

A ce jour, Emma est scolarisée depuis l'âge de trois ans. Le couple a modifié son organisation au quotidien. Après l'obtention de son certificat d'aptitude professionnelle en boulangerie, Rosa a changé d'orientation et poursuit désormais ses études par un baccalauréat professionnel commerce. Miguel, lui, ne travaille que les week-ends pour s'occuper d'Emma pendant la semaine. Cette nouvelle organisation a permis d'apaiser les tensions au sein du couple.

Rosa fait aujourd'hui le constat qu'aux vues de son parcours, elle a beaucoup de chance : *« j'ai l'impression que la situation s'est tellement ... tellement dégagée, enfin c'est tellement bien maintenant que j'aurais pas cru ça »*.

1.4.6. L'accompagnement de Rosa

L'accompagnement initial de Rosa s'est effectué sur le plan socio-éducatif. Il n'y a pas eu d'accompagnement spécifique en lien avec sa grossesse jusqu'à son admission au centre éducatif Anjorant : *« j'étais pas perçue comme une adolescente enceinte mais comme une adolescente comme les autres »*.

Rosa déplore aujourd'hui le fait qu'on ne l'ait pas obligée à bénéficier d'un suivi psychologique pendant son accueil au centre éducatif Anjorant, même si elle reconnaît qu'à cette époque elle ne le souhaitait pas *« parce qu'on trouve que ça sert à rien »*. Elle n'attendait pas seulement qu'on lui apprenne à s'occuper d'un enfant, mais aussi qu'on puisse l'aider à grandir, *« à devenir une femme »* : *« parce qu'avec un enfant on doit prendre des décisions [pour le bébé et pour la vie future], il faut avoir un comportement adapté ... on n'est pas toujours avec les éducateurs, les éducateurs sont pas là avec nous la nuit »*. L'adolescente doit *« murir »* pendant que son enfant *« grandit »*.

Les soins psychologiques n'ont pu être débutés que lors de son incarcération à la MAF. Elle entame alors un suivi avec la psychologue, qu'elle poursuit à ce jour au CMP de l'EPM avec une présence aléatoire aux rendez-vous.

Après son incarcération, une poursuite de ce suivi lui avait été proposée dans un CMP de pédopsychiatrie centré sur la relation mère-enfant. Rosa s'est présentée *« par curiosité »* à la première consultation avec le pédopsychiatre, puis n'y est plus jamais retournée : *« [avec le médecin] on parlait du téléphone, parce que je lui ai dit que je laissais*

ma fille toucher mon téléphone en fait, [...] peut-être que c'était normal ce qu'elle me disait, parce qu'elle m'a dit vous avez pas à faire ça, à laisser votre téléphone à votre enfant, mais elle me l'a dit tellement d'une façon ... que je me suis bloquée et je suis partie ».

En parallèle, depuis son incarcération Rosa est accompagnée sur le plan socio-judiciaire par les éducateurs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ). Sa fille, Emma, bénéficie également d'une mesure de protection d'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO).

Lorsque j'interroge Rosa sur ses éventuelles idées pour l'accompagnement de mères adolescentes, elle me souligne le fait que ce n'est pas seulement la mère et l'enfant qui doivent être accompagnés, mais bien le « *couple avec l'enfant* ». Elle insiste alors à nouveau sur l'intérêt du suivi psychologique : « *ça c'est hyper hyper important* ».

II. LA MATERNITE A L'ADOLESCENCE AUREGARD DE L'HISTOIRE, DE LA SOCIETE ET DE LA LOI

1.1. HISTOIRE DE LA MATERNITE A L'ADOLESCENCE DEPUIS LE XIX^e SIECLE EN FRANCE

Le terme de « maternité adolescente » est aujourd'hui communément admis. Pourtant jusque dans les années 1970, ce terme pouvait être considéré comme un anachronisme. Pour autant, cela ne signifie pas que la maternité chez les adolescentes n'existait pas. En effet, de tous temps, de jeunes filles, voire de très jeunes filles, ont accédé à la maternité en tant que fonction biologique. Cependant, ces jeunes filles étaient désignées à travers un autre filtre social au cours de ces deux derniers siècles. A partir des travaux de l'historienne V. DE LUCA BARRUSSE(5), nous vous exposerons ici l'histoire de la maternité à l'adolescence depuis le XIX^e siècle.

1.1.1. Au XIX^e siècle : le temps des « filles-mères »

La sexualité et le mariage sont strictement contrôlés par l'Eglise en Occident. Les relations sexuelles avant le mariage sont considérées comme une faute qui peut et doit être réparée par le mariage. La jeune fille ayant des relations sexuelles avant le mariage est considérée comme fautive et alors décrite comme « *débauchée* », « *immature* », « *perverse* » et « *instable* ». Le jeune homme, lui, est excusé, car agissant sous l'effet de ses pulsions sexuelles. Il faut attendre les années 1930, avec l'apparition de la méthode OGINO, pour que l'Eglise reconnaisse et dissocie la sexualité de la procréation.

Le mariage est considéré comme marquant la fin de l'enfance et l'entrée dans l'âge adulte. **La maternité de la jeune fille est alors socialement acceptée et acceptable uniquement dans le cadre du mariage.** En dehors, elle est considérée comme illégitime.

Sont associées à cette maternité illégitime, les figures péjoratives de la « *fille-mère* » et du « *bâtard* ».

A cette époque la maternité précoce se heurte à une forte réprobation morale et sociale. D'une part les familles admettent mal les naissances hors mariage, mais d'autre part l'autorité publique réprime toute tentative d'avortement et d'infanticide. Depuis l'Edit royal d'Henri II, en 1556, toute jeune femme célibataire enceinte doit en faire la déclaration au juge, sous peine d'être accusée de « *recel de grossesse* ». La maternité précoce entraîne alors plus fréquemment l'avortement clandestin, l'infanticide et l'abandon. La société n'est pas inquiétée par le destin de la jeune mère, mais par celui de l'enfant à travers sa survie et son vécu.

1.1.2. A la fin du XIX^e siècle : les regards changent...

Sous l'influence de plusieurs facteurs, des changements de regard s'opèrent progressivement sur la maternité précoce en France.

Tout d'abord, on observe une diminution du taux de natalité, qui est plus précoce que dans les pays européens voisins. Sous l'effet de ce contexte démographique, les regards se portent maintenant sur ces enfants nés de « *filles-mères* » et on s'attache désormais à les sauver et à les faire naître à tout prix, quel que soit le statut matrimonial de leur mère.

On assiste également au début de l'Assistance Publique, dont la mission est d'accompagner les personnes vulnérables et démunies. Les premières maisons maternelles sont créées pour prendre en charge la maternité vulnérable, dont la maternité illégitime, répondant au fait que les crèches n'admettent que les enfants de femmes mariées. Un nouveau regard se porte alors sur la vulnérabilité féminine.

Des discussions s'entament sur la recherche de paternité naturelle. Les jeunes filles enceintes ne sont plus alors seulement fautives d'être tombées sous le charme d'un « *séducteur* », mais sont aussi considérées comme des victimes. Pour subvenir à leurs besoins, des aides financières sont mises en place sous forme d'allocations.

Enfin, **on assiste à une médicalisation des maternités précoces et illégitimes**, l'âge de la première maternité devenant important. En effet, plus la femme peut avoir un enfant précocement, plus au total elle peut avoir un grand nombre d'enfants. Les médecins

militent donc pour la grossesse et la maternité précoce, ainsi que pour une diminution de l'âge légal au mariage des femmes.

1.1.3. Au xx^e siècle : le temps des « mères célibataires »

Durant la première partie du xx^e siècle, la virginité et le mariage restent des valeurs morales importantes pour la jeune fille. A partir des années 1950 et jusque dans les années 1970, **un phénomène marquant survient : la montée du féminisme**. Les femmes revendiquent alors une sexualité plus libre et plus épanouie.

En 1956, est créée l'association la Maternité Heureuse, qui devient en 1960 le Mouvement Français pour le Planning Familial, dont le premier centre ouvre en 1961 à Grenoble. Des informations sur la sexualité et le contrôle des naissances sont diffusées. Cependant, le planning familial reste non accessible aux jeunes filles de moins de seize ans sans autorisation parentale.

En 1967, la loi NEUWIRTH autorise la vente de contraceptifs aux mineures mais uniquement sur prescription médicale avec l'autorisation écrite d'un des deux parents. Le discours sur la sexualité se banalise mais s'adresse aux femmes mariées et adultes. Les adolescentes restent exclues de ce discours.

Au cours des années 1970, la question de la sexualité des jeunes apparaît sur le devant de la scène publique. Un nouveau tournant s'opère avec les débuts de l'éducation sexuelle à l'école. En 1973, est créé un Conseil supérieur de l'éducation sexuelle. On observe alors un nouvel intérêt des chercheurs pour la sexualité des jeunes de quinze à vingt ans avec la réalisation d'un grand nombre d'enquêtes.

En 1974, les centres de planning familial peuvent distribuer des contraceptifs aux mineures. **L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est légalisée par la loi VEIL en 1975**. Des barrières pour l'accès à l'IVG persistent néanmoins pour les plus jeunes comme l'autorisation parentale, la question des dix semaines de gestation et les deux jours d'hospitalisation que nécessite l'intervention.

La notion d'illégitimité de la maternité se perd. On observe de plus en plus de naissances hors mariage. On ne parle alors plus de « *filles-mères* » mais de « *mères* »

célibataire », constituant ainsi une famille monoparentale. **La prématurité de la grossesse se détermine par l'âge de la mère et non plus par son statut matrimonial.**

1.1.4. Au cours des dernières décennies : le temps des « mères ado »

Depuis les années 1980, **l'accent est mis sur l'éducation sexuelle et la prévention**. Désormais les campagnes de prévention s'intéressent à la grossesse des jeunes filles, notamment celle de 2007 qui s'inquiète de la recrudescence préoccupante des grossesses adolescentes non désirées. Les pouvoirs publics se mobilisent grâce à l'action d'associations et de structures telles que l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Désormais le terme de grossesse adolescente est sorti de ce qui relève du ressort de la moralité pour entrer dans celui de la santé publique et des enjeux individuels relatifs à cette précocité.

De tout temps, des jeunes filles sont devenues mères. La maternité à l'adolescence n'est donc pas un phénomène nouveau propre au XXI^e siècle. Seulement, **les représentations sociales de cette maternité ont évolué au cours de l'histoire, sous l'influence de plusieurs facteurs, dont les représentations de la sexualité chez les jeunes**. Au XIX^e siècle, la maternité est précoce, lorsqu'elle survient illégitimement avant le mariage. Au début du XX^e siècle, la maternité devient précoce, car prématurée dans la vie de l'adolescente aux vues de l'évolution des normes sociales. **D'une problématique de risque collectif et social, la maternité à l'adolescence est alors devenue une problématique de risque individuel.**

1.2. QUELQUES CHIFFRES RELATIFS A LA MATERNITE ADOLESCENTE

En France, les grossesses à l'adolescence semblent constituer un problème majeur de santé publique. Nous présenterons ici quelques données épidémiologiques, afin de tenter d'évaluer ce « phénomène ». La littérature abonde d'indicateurs concernant les grossesses à l'adolescence, amalgamant parfois grossesse chez les « adolescentes », les « mineures », ou les « 15-19 ans ». Les chiffres exposés seront donc à considérer comme le reflet de la situation de ces adolescentes aujourd'hui en France.

1.2.1. Comportement sexuel des adolescents

1.2.1.1. *Entrée dans la vie sexuelle*

L'âge de l'initiation sexuelle a connu une forte diminution dans les années 1960 et 1970, en particulier chez les femmes (19,1 ans en 1970), puis s'est stabilisé dans les années 1980 et 1990, pour de nouveau baisser dans la dernière décennie. Ainsi, en 2010, l'âge médian du premier rapport sexuel est de 17,1 ans pour les hommes et de 17,7 ans pour les femmes. L'évolution française est semblable à celle de la majorité des pays européens voisins (6,7).

1.2.1.2. *Age de la première maternité*

En France, en 2010, **l'âge de la première maternité intervient en moyenne à 30 ans, soit plus de 12 ans en moyenne après le premier rapport sexuel** (alors que ce délai était de 5,5 ans en 1975). Cette élévation de l'âge au premier enfant se constate dans l'ensemble des pays européens. Les premiers rapports sexuels inaugurent donc de plus en plus une période de « *jeunesse sexuelle* » durant laquelle la contraception est indispensable (7).

1.2.2. Contraception et Interruption Volontaire de Grossesse

1.2.2.1. Contraception

Depuis le vote de la loi NEUWIRTH en 1967 et son entrée en application en 1972, les méthodes médicales réversibles de contraception ont connu une large diffusion en France. La France, en 2010, présente ainsi l'un des taux de couverture contraceptive les plus élevés au monde, soit 90,2 % des femmes sexuellement actives. Le taux de contraception des femmes de 15-19 ans est de 91,2 % (7).

En France, en début de vie sexuelle, le préservatif est majoritairement utilisé : 90 % des 15-24 ans déclarent en 2010 en avoir fait usage lors de leur premier rapport. Après une utilisation provisoire au début de la vie sexuelle ou en début de relation, il est abandonné et majoritairement remplacé par la pilule (78,9 % des 15-19 ans ; 83,4 % des 20-24 ans) quand la relation se stabilise. **Pour beaucoup, la mauvaise gestion des relais contraceptifs est la cause de grossesses non désirées(7).**

En cas de rapports non protégés ou d'échecs de contraception, les jeunes femmes ont la possibilité de recourir à la contraception d'urgence depuis 1999, sans prescription médicale. En 2010, en France, 13 % des femmes de 15-24 ans déclarent avoir eu recours à la contraception d'urgence au cours des douze derniers mois (6).

1.2.2.2. Interruption Volontaire de Grossesse

En France, le recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est resté relativement stable depuis vingt ans, malgré le niveau élevé de couverture contraceptive médicalisée et la diffusion de la contraception d'urgence.

Toutefois, **le nombre d'IVG par femme tend à augmenter ces dernières années, notamment chez les femmes les plus jeunes et les plus âgées.** Environ deux tiers des grossesses chez les adolescentes aboutiront à une IVG, notamment chez les plus jeunes. En 2007, en France métropolitaine, le taux d'IVG était de 15,6 ‰ pour les 15-19 ans (contre 14 ‰ en 2001). Le recours plus fréquent à l'IVG ne remet pas en cause l'efficacité de la contraception. **Il traduit davantage une évolution de la « norme procréative » chez les adolescentes, c'est-à-dire du moment jugé opportun pour devenir mère(8).**

1.2.3. Grossesses et naissances

Les études démographiques et épidémiologiques quantifient les grossesses chez les adolescentes selon quatre indicateurs. Le taux de fécondité chez les adolescentes semble être l'indicateur le plus intéressant pour quantifier le phénomène.

1.2.3.1. Taux de grossesse chez les adolescentes

Le taux de grossesse chez les adolescentes correspond au nombre de grossesses (naissances, IVG et fausses couches spontanées) chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans rapporté à la population féminine de cet âge. Ce taux est exprimé pour 1 000 personnes.

1.2.3.1.1. Au niveau national

Le taux de grossesse chez les adolescentes de moins de 20 ans a nettement diminué ces dernières décennies. Si cette baisse importante s'est traduite par une diminution de plus de 40 % du nombre de naissances vivantes, entre les années 1980 et 2000, le nombre annuel d'IVG déclarées chez les adolescentes a par contre stagné. En 2009, le taux de grossesse chez les adolescentes est de 22,6 ‰ en France (7).

1.2.3.1.2. Au niveau international

En 2009, le taux de grossesse chez les adolescentes en France demeure très supérieur à celui de la Suisse (9,1 ‰) ou des Pays-Bas (12,3 ‰). En revanche, le Royaume-Uni et les Etats-Unis connaissent une forte problématique des grossesses adolescentes avec des taux de grossesse s'élevant respectivement à 57,3 ‰ et 58,4 ‰, cependant en baisse ces dernières années (7).

1.2.3.2. Taux de fécondité chez les adolescentes

Le taux de fécondité chez les adolescentes correspond au nombre de naissances vivantes issues de femmes âgées de 15 à 19 ans rapporté à la population féminine de cet âge. Le taux de fécondité basé sur la natalité ne prend pas en compte les grossesses interrompues volontairement.

1.2.3.2.1. Au niveau national

En France métropolitaine, le taux de fécondité est de 7 ‰ en 2009. Ce taux a été divisé par deux depuis 1981 chez les adolescentes de moins de 20 ans (Figure 1). Depuis 1995, le taux de fécondité semble se stabiliser chez les adolescentes, alors qu'il continue d'augmenter chez les femmes âgées de 35 ans ou plus (7,9).

1.2.3.2.2. Au niveau des Pays de la Loire

Le taux de fécondité chez les adolescentes de moins de 20 ans est de 6 ‰ en 2008. Ce taux suit sensiblement l'évolution du taux de fécondité au niveau national (9).

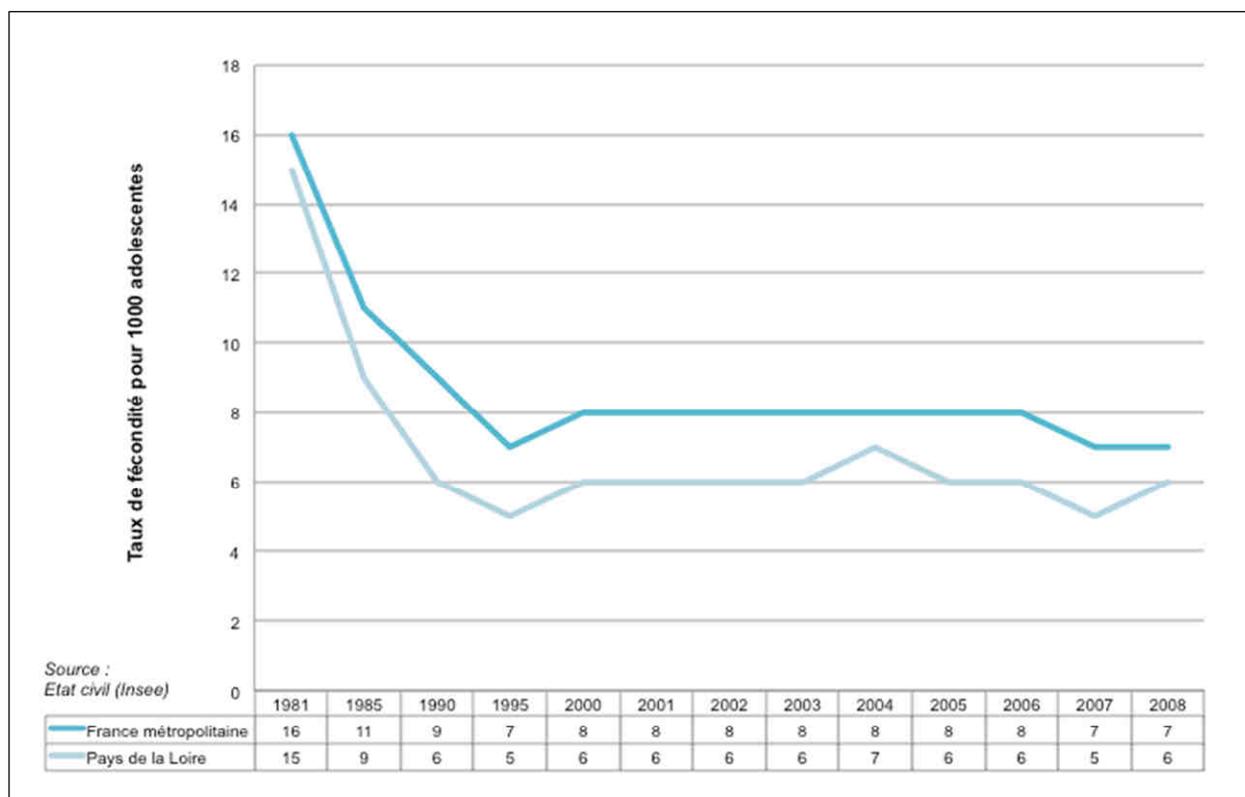


Figure 1. Evolution du taux de fécondité des adolescentes en Pays de la Loire et en France

1.2.3.2.3. *Au niveau international*

En 2009, le Royaume-Uni est le pays européen présentant le plus fort taux de fécondité (33,3 ‰) chez les adolescentes de moins de 20 ans. Ce taux est huit fois plus important que celui de la Suisse (4,1 ‰), pays présentant le plus faible taux de fécondité en Europe. Parmi les pays occidentaux, les Etats-Unis conservent le plus fort taux de fécondité (39,1 ‰) chez les adolescentes de moins de 20 ans (7).

1.2.3.3. **Proportion des naissances chez les adolescentes**

La proportion des naissances chez les adolescentes correspond au nombre de naissances chez les adolescentes de moins de 20 ans rapporté au nombre total de naissances.

1.2.3.3.1. *Au niveau national*

Le nombre de naissances à l'adolescence diminue régulièrement depuis 1976, ce qui correspond à l'accès à la contraception anonyme et gratuite (1974) et à la légalisation de l'IVG (1975). Ces naissances diminuent en valeur absolue ce qui suit la tendance générale à tous les âges de la vie.

En 2008, le taux de naissances chez les adolescentes de moins de 20 ans est de 1,8 % en France métropolitaine. Cependant, on observe des disparités régionales, ce taux variant en métropole, de 1,2 % en Corse, région qui a la valeur la plus basse à 3,3 % dans la région Nord-Pas-de-Calais. Ce taux est plus élevé dans les départements d'Outre-Mer, où il atteint 14,7 % en Guyane (8,9).

1.2.3.3.2. *Au niveau des Pays de la Loire*

Dans les Pays de la Loire, la part des naissances des mères âgées de moins de 20 ans a chuté de 3,9 % à 1,5 % entre 1981 et 2008. La proportion de naissances concernant des mères âgées de 35 ans ou plus a été multipliée par trois pendant cette même période (5,5 % en 1981 contre 18,7 % en 2008) (9).

1.2.3.4. Nombre total des naissances

1.2.3.4.1. Au niveau national

En 2008, en France métropolitaine, on enregistre 14 197 naissances chez les adolescentes âgées de moins de 20 ans (Figure 2), dont 39 naissances chez les adolescentes de moins de 15 ans. Ces chiffres, d'un « aspect sensationnel », sont à rapporter à l'ensemble de la population. Ainsi, les naissances de mères adolescentes âgées de moins de 20 ans représentent 1,8 % de l'ensemble des naissances (9).

1.2.3.4.2. Au niveau des Pays de la Loire

En 2008, dans la région des Pays de la Loire, il y a eu 686 naissances chez des mères âgées de moins de 20 ans, dont 240 dans le département de la Loire-Atlantique. Ce nombre est sensiblement stable depuis 1995 et il représente 1,5 % de l'ensemble des naissances dans la région, ce qui est inférieur à la moyenne nationale (9).

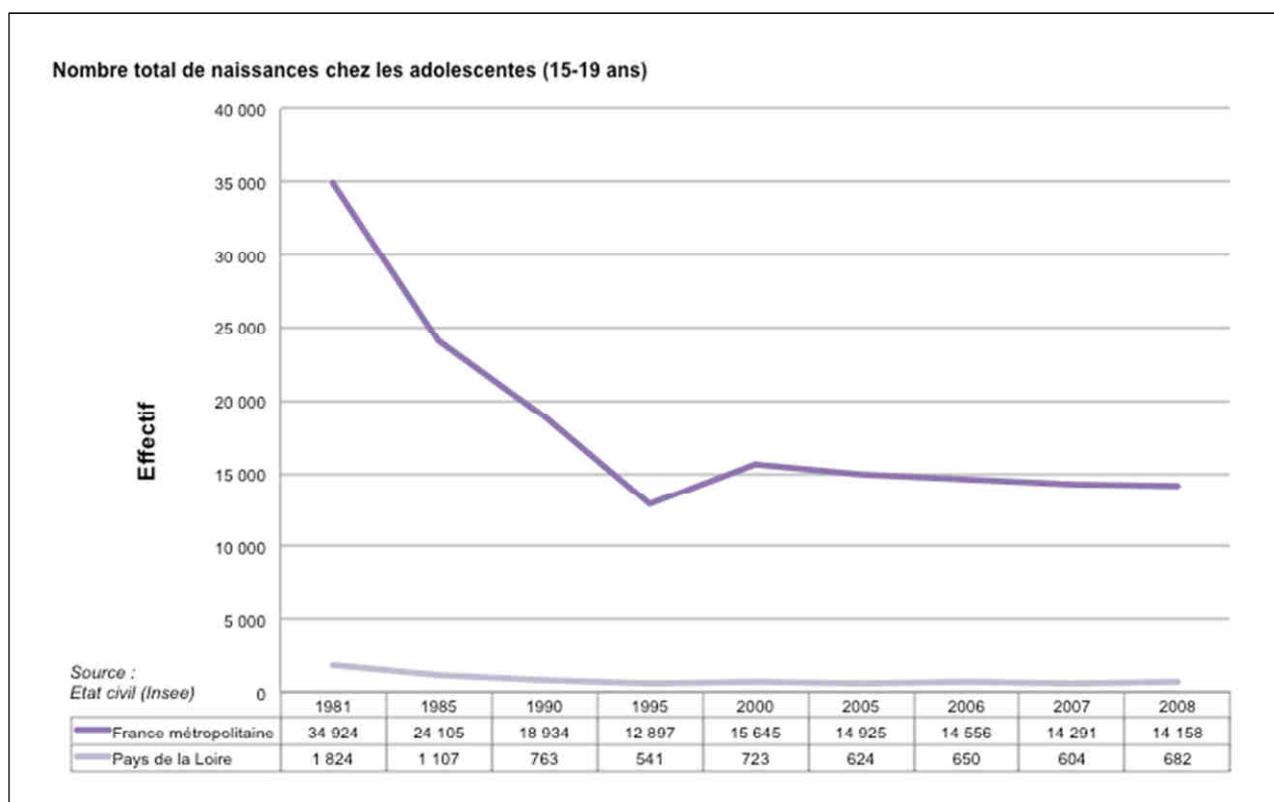


Figure 2. Evolution du nombre total des naissances chez les 15-19 ans en Pays de la Loire et en France

A en voir les indicateurs statistiques officiels, le « phénomène » des grossesses à l'adolescence reste de faible ampleur et semble même avoir diminué depuis une trentaine d'années en France. Pourtant, le niveau de préoccupation publique reste élevé, alimenté par une « *profusion de discours alarmistes sur le sujet* », comme le souligne M. LE DEN, sociologue et démographe (10). L'UNICEF note d'ailleurs qu'à l'échelle mondiale, « *si le nombre de grossesses adolescentes a diminué, en revanche la perception des grossesses adolescentes comme un problème social a, elle, augmenté* » (11). **Malgré les politiques préventives mises en place, le nombre de grossesses à l'adolescence ne diminue pas davantage.** Bien que la mauvaise gestion des relais contraceptifs puisse expliquer en partie certaines de ces grossesses, il reste une part non négligeable d'adolescentes pour laquelle la grossesse résulte d'un souhait, plus ou moins conscient, d'enfant. Ce sont ces adolescentes qui nous intéresseront dans notre deuxième partie.

1.3. SOCIETE, MATERNITE ET ADOLESCENCE

On ne peut éluder le regard sociétal en abordant la question de la maternité à l'adolescence. En effet, ce « phénomène » inscrit dans l'histoire tendrait à décroître depuis plusieurs décennies. Pourtant, les mères adolescentes font le cœur de notre actualité. Quels risques encourent donc les adolescentes face à la maternité ?

1.3.1. Un « phénomène » de société nouveau ?

De nouvelles héroïnes jalonnent les médias ces dernières années : les « adolescentes enceintes », pour lesquelles la maternité est souvent idéalisée. Ainsi, au cinéma, le film américain « *Juno* » de J. REITMAN, en 2008, met en scène une adolescente de seize ans, enceinte par accident, à la recherche de la famille adoptive idéale pour s'occuper de son enfant. Ce film a reçu l'Oscar du meilleur scénario original. Plus récemment, en 2011, le film français « *17 filles* » de M. COULIN, s'inspire d'un fait réel aux Etats-Unis où dix-sept lycéennes décident de faire un pacte : celui de tomber enceinte en même temps. La télé-réalité n'est pas en reste avec l'émission « *16 ans et bientôt ... maman* » produite par la chaîne de télévision M6. La chanson « *Aurélie* » du chanteur COLONEL

REYEL raconte, quant à elle, l'histoire d'une adolescente enceinte de seize ans qui refuse l'avortement car « *elle se sent prête pour qu'on l'appelle maman* ». Ces fictions reflèteraient-elles un phénomène de société nouveau ?

Or, comme nous l'avons vu, la maternité à l'adolescence est un phénomène de société ancien. De tous temps, des « filles-mères » ont donné naissance à des enfants. Cependant, **le même fait prend à notre époque une signification sociale différente : la maternité à l'adolescence est devenue « culturellement trop précoce »**(12). On assiste désormais à une évolution paradoxale dans notre société. D'une part, les femmes adultes ont tendance à avoir des enfants de plus en plus âgées, accompagnées dans ce sens par les progrès de l'assistance médicale à la procréation. D'autre part, les jeunes filles présentent une plus grande précocité dans la maturité physiologique, mais une maturité psychoaffective et sociale plus tardive (13).

Dans notre société post-moderne, donner « une » définition de l'adolescence s'avère bien difficile. En effet, celle-ci varie en fonction de l'époque et du contexte socio-culturel donné. Il sera souvent plus facile d'en dater le début, avec les premières manifestations de la puberté, que d'en déterminer la fin. Actuellement, dans notre société à classe d'âge, l'adolescence occupe une fonction charnière. Inscrit dans cette période de transition, l'adolescent n'est plus un enfant et n'est pas encore un adulte. En même temps, à la fois enfant et adulte, il reste soumis à des exigences sociales paradoxales. **Miroir de la société, l'adolescent a toujours effrayé la société des adultes, qui en retour n'a jamais cessé d'être séduite par lui.** La survenue d'une grossesse à l'adolescence ne sera qu'un de ces événements qui mettent à jour sa vulnérabilité(14).

1.3.2. Un rite de passage ou un passage à risque ?

1.3.2.1. Maternité et Adolescence : un rite de passage

Dans les sociétés dites traditionnelles, le rite vient symboliquement acter le passage de l'enfance à l'âge adulte et l'inscription dans le système filiatif par un encadrement rituel et sociétal. A l'inverse, dans nos sociétés occidentales il s'est produit une véritable dilution des rituels au cours de l'adolescence, aussi bien dans leur forme que dans leur durée, et dans un même temps un allongement de la période d'adolescence. Actuellement, le rite initiatique de notre monde social passerait par l'école (14,15).

Pour certaines adolescentes, l'école ne prend pas cette valeur de rite initiatique. C. LE VAN (16) propose alors **d'envisager la maternité à l'adolescence comme un rite de passage permettant, du moins dans l'esprit de l'adolescente, d'acquérir une identité de femme ou d'accéder à un statut d'adulte socialement reconnu**. En effet, d'une part par les transformations corporelles et hormonales qu'elle amène, la maternité inscrit ce passage dans le corps, l'accouchement pouvant être vécu comme un rite initiatique. D'autre part, la présence de l'enfant induit des comportements socialement dévolus à l'âge adulte. Ainsi, pour les adolescentes en voie de désocialisation, « *la maternité s'est imposée à elles comme l'ultime solution contre la dérive de leur existence* ». Cependant, l'acquisition de ce nouveau statut d'adulte nécessite que la grossesse adolescente soit également reconnue par l'entourage familial, c'est-à-dire qu'elle soit conforme aux normes en vigueur dans le groupe social d'appartenance (17).

1.3.2.2. Une grossesse à « risque »

1.3.2.2.1. Les facteurs de risque de grossesse à l'adolescence

Etre enceinte à l'adolescence ne semble pas être la simple résultante d'un « accident » de contraception. En effet, il est aujourd'hui admis que la maternité ne semble pas rencontrer l'adolescence par hasard...

Les données de la littérature nous montrent que le contexte socio-économique de ces adolescentes est un facteur majeur de survenue d'une grossesse. M. IMAMURA et al. (18) ont effectué une méta-analyse européenne des facteurs associés aux grossesses adolescentes (13 à 19 ans), dans le but d'identifier des facteurs de risque ou de protection. Ainsi, **seul un bas niveau socio-économique constituerait un risque important de survenue d'une grossesse à l'adolescence**. Une cellule familiale éclatée et un arrêt de la scolarité seraient également des facteurs de risque plus importants. La consommation de toxiques, la précocité des rapports sexuels et le manque d'accessibilité aux services de soins semblent, quant à eux, des facteurs de risque moins significatifs.

Dans cette perspective, J-P. DESCHAMPS (19) envisage ces maternités adolescentes comme une « *stratégie d'adaptation* » pour échapper à une vie familiale, institutionnelle ou scolaire peu valorisante. Néanmoins, le devenir social de ces jeunes filles demeure bien souvent fragile.

En dehors de ce contexte social et familial, d'autres facteurs d'ordre psychologique semblent intervenir dans le déterminisme de ces maternités adolescentes. Nous les expliciterons dans la partie suivante.

1.3.2.2. *Les risques liés à la maternité adolescente*

Contrairement à l'idée longtemps répandue, **la grossesse à l'adolescence ne présente pas plus de risques obstétricaux et néonataux, tant pendant la grossesse qu'au cours de l'accouchement, dans les pays occidentaux**(20). L'étude de M. SPILMAN (21) sur les grossesses de mineures, au CHU de Nantes, montre qu'il n'existe pas de risque obstétrical supérieur dans les pays développés si la grossesse est correctement suivie, ce qui concorde avec les données de la littérature. Ainsi, le retard de croissance et la prématurité plus fréquemment observés seraient liés au suivi insuffisant de certaines adolescentes du fait de leur précarité et de leurs difficultés psychologiques, plutôt que du fait de leur jeune âge.

Néanmoins, ces maternités constituent un risque pour le devenir de la mère et de l'enfant, tant sur le plan psychologique que social, quand existe une vulnérabilité préalable. Ainsi, concernant l'avenir des adolescentes, 50 à 75 % d'entre elles abandonneraient l'école ; seulement la moitié y retournerait. Concernant le devenir de l'enfant, il existerait une surmortalité par maltraitance (20). Il ne s'agit pourtant pas ici d'une fatalité. En effet, les études de suivi sur deux décennies montrent que la majorité des mères adolescentes reprendraient des études, auraient un emploi régulier et stable, et ne deviendraient pas mère d'une famille nombreuse, lorsqu'elles ont pu bénéficier d'un accompagnement (22).

Comme le souligne C. LE VAN (16), **la grossesse à l'adolescence, d'abord envisagée comme une « grossesse à risque médical », est devenue une « grossesse à risque psycho-social ».** Ainsi, les discours savants tenteraient systématiquement de renvoyer dans le registre de la « *pathologie* » ces grossesses en dehors de la norme sociale. Pourtant, les maternités à l'adolescence ne représentent pas une « *catégorie* » ; « *le vocable unificateur de grossesse adolescente donne une impression d'homogénéité. Il regroupe abusivement une grande diversité d'histoires, de personnalités, de conditions de vie [...]* ».

1.3.3. Un contexte ethno-culturel

1.3.3.1. *La maternité adolescente ici et ailleurs*

J-B. CHAPELIER (15) propose un « *décentrage ethnologique* » de la maternité à l'adolescence, abordant la question sous un angle culturel. En effet, **la plupart des cultures ne sont pas préoccupées par l'avortement ou la contraception des jeunes filles, mais au contraire par leur fertilité et leur possibilité de procréation.** La sexualité et la procréation ne sont alors pas dissociées. L'enfantement y est même plutôt valorisé et vaut rite de passage qui inscrit la jeune fille dans le monde des adultes. La transmission de la fonction procréatrice s'effectue habituellement de mère en fille. La maternité est alors ici un acte relevant d'une identité collective, avant d'être une initiative individuelle.

Il sera donc important de prendre en compte les spécificités ethno-culturelles qui expliquent parfois les raisons de la grossesse chez certaines adolescentes en situation migratoire, de même que leur histoire intrapsychique, personnelle et familiale, qui s'inscrit dans le contexte socio-économique et culturel dont elles sont issues (13).

« Procréer est un acte important mais non pathologique autour duquel s'affrontent les traditions et les idéologies. Le médecin ou le psychologue aura donc tout avantage à procéder à une analyse culturelle des conditions de la grossesse avant d'en rechercher les dimensions pathologiques », selon J-B. CHAPELIER (15).

1.3.3.2. *Un état des lieux dans le monde*

Chaque année 16 millions d'adolescentes, âgées de 15 à 19 ans, donnent naissance à un enfant dans le monde ; 95 % de ces jeunes mères vivent dans des pays en voie de développement. Cependant, on observe des disparités importantes entre les régions du monde, sept pays concentrant la moitié des enfants nés de mères adolescentes : la République démocratique du Congo, le Bangladesh, le Brésil, l'Éthiopie, l'Inde, le Nigéria et les États-Unis (23).

A la différence des pays occidentaux, ces grossesses adolescentes exposent mère et enfant à de graves complications, pouvant les conduire au décès. Ainsi, le risque de mortalité maternelle est ici 2 fois plus élevé pour les adolescentes que les femmes plus âgées ; ce risque est 5 fois plus élevé pour les adolescentes âgées de moins de 15 ans.

La mortalité infantile est quant à elle 2 fois supérieure chez les enfants nés de mères adolescentes (24,25). Pour L. DE BERNIS (25), **le jeune âge de ces mères n'explique pas ces risques sanitaires** : « *ce n'est pas parce qu'elles sont adolescentes, mais parce qu'elles sont adolescentes dans des pays qui ne peuvent pas les prendre en charge* ». La mortalité maternelle de ces pays est extrêmement élevée, dans laquelle le problème de l'adolescence se noie. Encore une fois, ce sont les adolescentes les plus vulnérables qui seront concernées par la maternité précoce. Parmi les facteurs de vulnérabilité, on retrouve : les mutilations sexuelles, l'exclusion sociale, les zones d'insécurité liées aux conflits ou aux désastres naturels, le SIDA et les violences faites aux femmes.

Il semble donc important de promouvoir des programmes spécifiques de prévention, notamment d'éducation à la sexualité et de scolarisation, ainsi que l'accompagnement de ces jeunes filles vers les services de soins existants, en travaillant en collaboration avec l'ensemble de la communauté. L'expérience en la matière des pays du Nord doit alors pouvoir servir aux pays du Sud (25).

L'histoire en témoigne, le regard de notre société post-moderne a changé sur la maternité à l'adolescence. Les adolescentes enceintes seraient-elles devenues des héroïnes des temps modernes ? Il nous semble bien que non. **Après avoir encouru des risques médicaux, ces adolescentes sont désormais soumises à des risques psycho-sociaux.** Ainsi, non sans risque, **la maternité vaut rite de passage pour ces jeunes filles**, vers un avenir meilleur. Isolement, rupture et précarité, tels semblent être en effet le quotidien de ces adolescentes « vulnérables ». Pourtant, ailleurs, leur destin aurait pu en être autrement. La maternité, là-bas, sera même valorisée, mais se payant parfois d'un lourd tribut, celui de leur vie.

1.4. ASPECTS JURIDIQUES DE LA MATERNITE A L'ADOLESCENCE

Aux yeux de la loi, la jeune mère adolescente bénéficie d'un triple statut, celui de mineure, de femme et de mère. A défaut de législation spécifique, le cadre juridique de la maternité à l'adolescence est donc celui du droit commun. Nous exposerons ici les aspects juridiques particuliers, voire paradoxaux, de cette situation(26–28).

1.4.1. Le statut juridique et le droit des mineurs

Le concept d'adolescence ne recouvre pas une notion juridique. En effet, la loi française connaît deux phases dans la vie d'une personne : la minorité jusqu'à l'âge de 18 ans et la majorité.

Le mineur bénéficie de droits mais n'en a généralement pas l'exercice. Il est représenté par son administrateur légal dans tous les actes civils, sauf les cas dans lesquels la loi ou l'usage autorise les mineurs à agir eux-mêmes (*Art. 389-3 du Code civil*). Il est sous la responsabilité de ses parents qui ont pour mission de veiller à « *sa sécurité, sa santé et sa moralité* ». **Juridiquement, le mineur est ainsi qualifié d'« incapable ».** Néanmoins, sa responsabilité civile et pénale est engagée lorsqu'il commet des fautes.

Cependant, cet état d'incapacité juridique peut être supprimé par l'émancipation. Les mineurs peuvent ainsi être émancipés soit de plein droit par le mariage, soit à 16 ans passés par décision du juge des tutelles rendue, s'il y a de justes motifs, à la demande des parents du mineur ou de l'un des membres du conseil de famille.

Toutefois, en France, depuis 2006, le mariage d'un homme et d'une femme n'est possible qu'à partir de l'âge de 18 ans (*Art. 144 du Code civil*). Pour se marier, un mineur doit bénéficier d'une dispense d'âge pour des « *motifs graves* » accordée par le procureur de la République.

Il est important de noter que la grossesse n'émancipe pas une mineure. En droit, la grossesse et la maternité à l'adolescence sont donc à considérer comme celles des mineures.

1.4.2. Le droit des adolescentes en tant que femmes

Bien que la jeune mère adolescente ait des obligations, notamment scolaire jusqu'à l'âge de 16 ans, elle bénéficie également de certains droits bien spécifiques : liberté de son corps, accès à la contraception anonyme et gratuite, etc.

1.4.2.1. La « majorité sexuelle »

La « majorité sexuelle » est fixée par le Code pénal à l'âge de 15 ans. Si l'adolescent ou l'adolescente a moins de 15 ans, tout partenaire sexuel majeur encourt une peine de 5 ans d'emprisonnement et une amende de 75 000 euros (*Art. 227-25 du Code pénal*), peine qui peut être aggravée si le partenaire est un ascendant ou une personne ayant autorité (*Art. 227-26 du Code pénal*). Si le partenaire est mineur, l'article 227-25 n'énonce pas de sanction.

1.4.2.2. L'éducation à la vie sexuelle et affective

L'information de la population sur les problèmes de la vie est une responsabilité nationale (*Art. L2312-1 du Code de la santé publique*). Le Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale soutient les associations et organismes qui contribuent à ces missions d'information et d'éducation en matière de sexualité (*Art. L2312-2 du Code de la santé publique*).

La loi du 4 juillet 2001, complétée par la circulaire du 17 février 2003, fait de l'éducation à la sexualité une obligation légale tout au long de l'enseignement primaire et secondaire à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène (*Art. L312-16 du Code de l'éducation*). Malheureusement, la mise en œuvre des séances d'éducation à la sexualité suppose des moyens dont ne disposent pas toujours, et en suffisance, les associations qui participent à cette éducation affective, relationnelle et sexuelle.

1.4.2.3. La contraception

Depuis la loi NEURWIRTH, en 1967, **les mineures ont accès à la contraception**. En 1974, cette loi est élargie et autorise la délivrance de contraceptifs de manière anonyme et gratuite pour les mineures dans les centres de planification familiale, sans autorisation

parentale. Ces dispositions sont reprises par la loi du 4 juillet 2001 : « *le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures* » (Art. L5134-1 du Code de la santé publique).

En dépit de nombreuses controverses, depuis la loi du 13 décembre 2000, les mineures ont accès à la contraception d'urgence, dite « pilule du lendemain », sans prescription médicale, à titre gratuit, dans les pharmacies ou dans les établissements du second degré par l'infirmière scolaire (Art. L5134-1 du Code de la santé publique).

1.4.2.4. L'interruption de grossesse

Devant une situation de grossesse, l'adolescente peut avoir recours à une interruption de grossesse volontaire (IVG) ou pratiquée pour motif médical (IMG).

Depuis la loi VEIL du 17 janvier 1975, l'IVG est dépénalisée en France. Plus récemment, la loi du 4 juillet 2001 a modifié le cadre juridique de l'IVG. Ainsi, l'IVG peut être pratiquée jusqu'à la fin de la douzième semaine de grossesse (Art. L2212-1 du Code de la santé publique). L'entretien d'information, de soutien et d'écoute préalable à la consultation médicale pré-IVG est obligatoire pour la mineure (Art. L2212-4 du Code de la santé publique). **Le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale est recherché pour les mineures non émancipées.** Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'IVG peut être pratiquée mais dans ce cas, la mineure doit se faire accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix (Art. L2212-7 du Code de la santé publique).

Une IMG peut être pratiquée chez une mineure si « *la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme* » ou s'il existe « *une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic* ». L'IMG peut être pratiquée à toute période de la grossesse après avis de deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire dans les cas prévus (Art. L2213-1 du Code de la santé publique). Il n'est pas fait mention du recueil du consentement des titulaires de l'autorité parentale pour les mineures. Néanmoins, les règles générales en matière d'hospitalisation des mineurs sont applicables, l'autorisation parentale étant nécessaire pour pouvoir procéder à l'intervention chirurgicale et aux actes liés à l'opération.

Dans les deux cas, l'interruption de grossesse ne peut être imposée à la femme, même mineure, sous peine de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende (Art. 223-10 du Code pénal et Art. L2222-1 du Code de la santé publique).

1.4.2.5. L'accouchement suivi du consentement à l'adoption

Avec la loi du 8 janvier 1993, le législateur introduit le principe d'un droit à l'accouchement dit « sous X ». **Une mineure peut accoucher de manière anonyme et est la seule habilitée à demander que soit préservé le secret de son identité lors de l'accouchement (Art. 326 du Code civil).**

Une mineure peut également décider de confier son enfant en vue d'une adoption au service de l'Aide sociale à l'enfance (Art. L.222-6 du Code de l'action sociale et des familles). Le consentement à l'adoption peut se faire soit de manière anonyme, soit avec indication du nom de la mère et éventuellement celui du père.

1.4.3. Le droit des adolescents en tant que parents

Bien que l'adolescent soit « mineur », il dispose comme parent à l'égard de son enfant des mêmes droits et obligations qu'un parent majeur. Ainsi, enfant de ses parents, l'adolescent dispose des mêmes droits et devoirs vis-à-vis de son enfant que ses parents ont vis-à-vis de lui.

1.4.3.1. Le lien de filiation

Le droit de filiation est appliqué, que les parents soient majeurs ou mineurs. Seuls les parents ont la capacité juridique de faire cette démarche au Service d'état civil. Il convient de distinguer la déclaration de naissance de la reconnaissance de l'enfant, cette dernière ayant pour objet d'établir la filiation.

Lorsque les parents sont mariés, la reconnaissance de l'enfant intervient en même temps que la déclaration de naissance.

Lorsque les parents ne sont pas mariés entre eux, la filiation s'établit différemment à l'égard du père et de la mère. La filiation maternelle est automatiquement établie dès lors

que le nom de la mère figure dans l'acte de naissance. La filiation paternelle suppose de la part du père une démarche de reconnaissance de son enfant avant la naissance, lors de la déclaration de naissance ou ultérieurement.

Si l'un des parents ne reconnaît pas l'enfant, l'autre parent, même mineur, à l'égard duquel la filiation est établie, peut engager une procédure judiciaire appelée « *action en recherche de maternité ou de paternité* » (Art. 328 du Code civil).

Pour ce qui concerne la filiation du mineur à l'égard de ses propres parents, la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant garantit le droit de l'enfant à connaître ses parents et à entretenir avec eux des relations suivies.

1.4.3.2. L'autorité parentale

Un(e) mineur(e) a le droit de reconnaître son enfant naturel, et d'exercer sa responsabilité parentale, c'est-à-dire « *protéger son enfant dans sa sécurité, sa santé et sa moralité* ». Ainsi, « **incapable** » **juridiquement, un(e) mineur(e) n'est pas responsable de ses actes, mais paradoxalement l'est pour ceux concernant son enfant.** Ses droits de parents l'emportent donc sur son propre statut de mineur(e).

Si les parents sont mariés, ils exercent l'autorité parentale en commun. Si les parents ne sont pas mariés, dès lors que le nom de la mère est indiqué dans l'acte de naissance, la filiation maternelle est établie et la mère bénéficie de plein droit de l'exercice de l'autorité parentale. L'autorité parentale du père dépend de la date à laquelle il a reconnu l'enfant. En l'absence de reconnaissance paternelle, l'autorité parentale est intégralement exercée par la mère.

Les limites de l'exercice de l'autorité parentale sont tracées par la loi. Lorsqu'il y a des carences de la part des parents dans les soins prodigués à leur enfant, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par le juge des enfants (Art. 375 du Code civil). Les parents peuvent aussi, lorsque les circonstances l'exigent, saisir le juge en vue de voir déléguer tout ou partie de l'exercice de leur autorité parentale à un tiers, membre de la famille, proche digne de confiance, établissement agréé pour le recueil des enfants ou service de l'Aide sociale à l'enfance (Art. 377 du Code civil).

Etre parent à l'adolescence, alors que l'adolescent lui-même n'est juridiquement considéré ni adulte, ni socialement autonome, constitue une situation bien particulière. **Un des paradoxes les plus marquants en la matière est celui de l'autorité parentale du parent mineur.** Il importe donc que les professionnels qui accompagnent ces situations soient familiarisés avec ces quelques notions essentielles du droit des mineurs et du droit de la famille. Ces notions concernent aussi bien le statut fait aux adolescents en France aujourd'hui, que les droits et obligations des mineurs à l'égard de leur enfant.

III. ABORDS PSYCHOPATHOLOGIQUES DE LA MATERNITE A L'ADOLESCENCE

Dans notre société post-moderne, les processus psychiques en jeu de l'adolescence et la maternité ne se rencontrent pas habituellement dans la vie d'une femme. Seule la maternité de l'adolescente permet la rencontre inédite entre ces deux processus et nous conduit à nous interroger sur cette rencontre. Comment l'adolescente parvient-elle à négocier la conflictualité de sa maternité en même temps que celle de son adolescence ? S'agit-il, pour l'adolescente, d'une simple rencontre ou d'une entrave au travail psychique de l'adolescence ?

En revenant d'abord sur les enjeux psychiques du processus de l'adolescence et de la maternité, nous essaierons ensuite de dégager les différentes dimensions psychopathologiques en jeu dans la maternité adolescente, tant au niveau individuel qu'au niveau familial.

1.1. LES ENJEUX PSYCHIQUES DE L'ADOLESCENCE

L'adolescence est une période de transition entre le monde de l'enfance et le monde de l'adulte, où l'adolescent est soumis à des changements tant physiques que psychiques. De nombreux auteurs ont tenté de conceptualiser les processus psychiques mis en jeu à l'adolescence, soit dans une dimension structurale à travers la « crise d'adolescence », soit dans une dimension développementale. Nous ne reviendrons ici que sur les principaux enjeux liés au processus d'adolescence, à travers l'espace du corps, de la famille et de la société.

1.1.1. L'espace du corps

1.1.1.1. *La puberté et l'accession à la sexualité génitale*

S. FREUD (29) notait déjà, en 1905, dans *Les trois essais sur la théorie sexuelle* : « *l'avènement de la puberté inaugure les transformations qui doivent mener la vie sexuelle infantile à sa forme normale définitive* ». Ainsi, la puberté se manifeste par des modifications corporelles qui contraignent le psychisme à un travail d'élaboration ayant pour finalité l'accession à la sexualité génitale. **L'adolescent doit donc renoncer à l'omnipotence de la bisexualité infantile pour accéder à la génitalité.** Ceci l'amène à reconnaître son identité sexuée et à définir ses identifications sexuelles, et par là même, le confronte au manque fondamental lié à la complémentarité des sexes(30).

P. GUTTON(31), plus récemment, désigne sous le terme « *pubertaire* » le processus psychique lié aux transformations physiques de la puberté. Ainsi, le pubertaire serait à la psyché ce que la puberté est au corps. Le pubertaire est théorisé comme un processus qui pousse l'adolescent à trouver un but à la pulsion sexuelle que la puberté vient actualiser dans le corps.

Toutefois, l'accession à la sexualité dite génitale ne se fera qu'au prix d'une confrontation de l'adolescent à la frustration. En effet, d'une part, l'orgasme met fin à l'excitation et confronte par là même l'adolescent à la perte de sa force, c'est-à-dire à sa faiblesse. D'autre part, la complémentarité des sexes impose à l'adolescent sa dépendance à autrui et le confronte alors à son « incomplétude »(30).

1.1.1.2. *L'image du corps : narcissisme et sentiment d'identité*

Il sera bien difficile de donner ici une définition univoque au narcissisme, notion n'ayant eu de cesse d'évoluer selon les auteurs. Il sera initialement envisagé par S. FREUD (32) à travers les notions de « *narcissisme primaire* » et de « *narcissisme secondaire* ». Ainsi, **le narcissisme se constitue précocement, dès la petite enfance, à travers l'activité auto-érotique et les relations aux premiers objets**, en premier lieu la mère (narcissisme primaire). Plus tard, pour investir de nouveaux objets, l'adolescent aura préalablement à se choisir lui-même comme objet d'investissement narcissique (narcissisme secondaire). Dès lors, ce ne sont plus seulement les zones érogènes, mais le corps dans son entier que l'adolescent est conduit à investir. Dans ce sens, S. FREUD (33) énonce que « *le Moi est*

avant tout un Moi corporel ». Ainsi, le narcissisme promeut la constitution d'une image de soi unifiée : le sentiment d'identité.

Comme le rappelle P. JEAMMET(34), **l'adolescent a une forte propension à exprimer sa souffrance et ses conflits par des conduites agies, en utilisant volontiers son corps comme moyen d'expression et de communication.** Avec l'avènement de la puberté, ce corps est contraint à se transformer. L'image du corps s'en trouve ainsi bouleversée et amène l'adolescent à se questionner sur son corps et son identité. Le sentiment d'identité sera plus fragilisé et le besoin objectal plus ressenti comme une menace potentielle pour le narcissisme si le jeune enfant a connu des défaillances dans ses relations d'objets précoces(30). Menacé dans son identité, l'adolescent peut alors attaquer son corps, témoin de ses difficultés narcissiques. M. LAUFER (35) propose le concept de « *cassure* », ou « *break-down* », dans le développement de l'adolescent pour comprendre le sens de ce retournement pulsionnel contre le corps propre, un corps devenu sexué. Cependant, lorsque l'identité narcissique est assurée, l'adolescent peut alors s'engager vers l'investissement de nouveaux objets d'identification.

1.1.2. L'espace familial

1.1.2.1. Le travail de séparation et d'autonomisation

L'émergence pulsionnelle ravive chez l'adolescent les conflits fantasmatiques œdipiens ou archaïques et le pousse à se rapprocher de ses parents. **Les représentations psychiques inconscientes de scènes incestueuses sont ainsi réactivées.** L'adolescent est donc amené, dans un deuxième temps, à s'éloigner des figures parentales pour se protéger de ses désirs incestueux, mais aussi d'éventuels désirs parricides. L'agressivité consciente ressentie à l'égard d'un ou des parent(s) sera alors souvent une façon de le(s) mettre à distance et une tentative de s'en séparer. Toutefois, la relation aux parents n'est pas seulement oppositionnelle, mais aussi mimétique, ce que P. BLOS nomme alors la « *relation au parent isogénérique* ». En effet, en se rapprochant du parent du même sexe, l'adolescent se protège de la menace incestueuse, et y trouve des bénéfiques identificatoires (30).

En se séparant de ses parents, l'adolescent est donc amené à s'autonomiser et à rechercher ses propres limites aussi bien sur le plan de son corps propre, que dans le domaine de ses compétences intellectuelles ou du lien social. Les images parentales

idéalisées pendant l'enfance sont donc remises en cause par le désir d'autonomie de l'adolescent. Ce dernier est alors guetté par **deux défis opposés : celui de s'identifier aux images parentales sans être menacé dans son identité, et celui de se séparer sans être menacé par la perte et l'abandon**(14). Pour P. JEAMMET(34), cette articulation entre « *réalité interne* » et « *réalité externe* » serait le propre de la problématique adolescente.

1.1.2.2. La menace dépressive et la question de la dépendance

Le travail psychique de l'adolescence, en amenant l'adolescent à se détacher de ses objets œdipiens infantiles, est comparé par certains auteurs, dont A. FREUD, à **un véritable travail de deuil**. Ainsi, l'adolescent se trouve confronté à des moments de dépressivité inhérents au travail psychique engagé. Sa capacité à tolérer ce mouvement dépressif sera alors fonction de la qualité de ses narcissiques. Ne pouvant tolérer la perte et le manque, certains adolescents se trouvent ainsi menacés dans leur identité, et recourent alors à des conduites de type passage à l'acte ou se tournent vers des objets de substitution pour masquer la perception émergente de leur besoin de dépendance (30).

1.1.3. L'espace social

1.1.3.1. La découverte de l'« objet d'amour »

L'adolescent doit désormais pouvoir imaginer un nouvel objet susceptible de prendre la place de l'objet d'amour œdipien, c'est-à-dire de ses parents. Le groupe de pairs joue alors ici un rôle essentiel à travers les jeux d'identifications et la mise en place du concept de la différence des générations.

Dans un premier temps, l'adolescent, dans une dimension régressive face à l'hétérosexualité, reste avec le groupe de pairs en général du même sexe pour s'éprouver et se reconnaître dans son sexe d'appartenance. La « *bande* » peut ainsi servir de support identificatoire à l'adolescent.

Dans un deuxième temps, le « *grand* » adolescent découvre la relation à la « *petite amie* » ou au « *petit ami* », et par là même intègre la différence des sexes, c'est-à-dire la capacité à se reconnaître soi-même dans un sexe et à accepter la complémentarité des

sexes. A travers la « *capacité de tomber amoureux* », l'adolescent intègre également la notion d'altérité du désir, et découvre la sexualité ainsi que la pratique sexuelle (14,36).

1.1.3.2. La stabilisation de l'Idéal du Moi

L'Idéal du Moi est « *une instance de la personnalité résultant de la convergence du narcissisme (idéalisations du moi) et des identifications aux parents, à leurs substituts et aux idéaux collectifs. En tant qu'instance différenciée, l'idéal du moi constitue un modèle auquel le sujet cherche à se conformer* », selon J. LAPLANCHE et J-B. PONTALIS (37).

L'Idéal du Moi va être amené à se remanier avec l'autonomisation de l'adolescent. En effet, avec la remise en question des images idéalisées des parents, ceux-ci ne sont plus garants de la réalisation future de l'Idéal du Moi de l'adolescent(36).

Cependant, pour P. BLOS, c'est à travers la « *relation au parent isogénérique* », c'est-à-dire la relation d'objet œdipienne indirecte, que l'Idéal du Moi s'organise et se stabilise. Ainsi, l'adolescent se trouve avec son parent du même sexe, dans une relation de rivalité (relation œdipienne directe), mais aussi dans une relation de tendresse et d'identification (relation œdipienne indirecte). Cette dernière, issue directement du déplacement de l'agressivité (relation œdipienne directe), permet alors **l'investissement d'autres domaines, comme celui du champ de la connaissance**. D. MARCELLI (30) souligne que l'adolescent déplace bien souvent ce modèle relationnel sur ses pairs ou sur d'autres adultes idéalisés du même sexe.

Un des enjeux essentiels du processus d'adolescence va donc être, pour l'adolescent, **d'assumer la conflictualité psychique entre l'appétence objectale pour trouver des identifications nouvelles et la préservation narcissique pour conserver l'assise identitaire**. Ce n'est qu'au prix de ce travail que l'adolescent sera amené à se subjectiver, et pourra acquérir une identité nouvelle, celle d'adulte. Cependant, le processus de subjectivation va dépendre de la capacité de l'adolescent à assumer cette conflictualité psychique, en élaborant le deuil des objets infantiles, par l'investissement de son propre fonctionnement psychique.

1.2. LES ENJEUX PSYCHIQUES DE LA MATERNITE

Désirer un enfant est devenu, dans la vie d'une femme, une démarche consciente, raisonnable, délibérée et souvent programmée. En effet, depuis les lois sur la contraception et l'avortement, les femmes peuvent penser leur identité maternelle et maîtriser leur conception. Néanmoins, le désir d'enfant échappe parfois à une logique consciente et à la maîtrise, tout comme les remaniements psychiques en jeu dans la maternité. Du désir d'enfant à sa naissance, nous retracerons ici les principaux enjeux psychiques du processus de la maternité.

1.2.1. Du désir de grossesse au désir d'enfant

1.2.1.1. *Le désir d'enfant*

Le désir d'enfant est le témoin de souhaits infantiles inconscients, aussi bien du registre œdipien que du registre narcissique. Pour S. FREUD(38), « *le désir avec lequel la petite fille se tourne vers son père est sans doute, initialement, le désir du pénis, dont la mère l'a frustrée et qu'elle attend maintenant de son père. Mais la situation féminine ne se trouve instaurée que lorsque le désir du pénis est remplacé par celui de l'enfant, lorsque par conséquent, selon une vieille équivalence symbolique, l'enfant vient à la place du pénis* ». Le complexe de castration chez la petite fille prépare l'entrée dans le complexe d'Œdipe, d'où émerge le désir d'enfant, ersatz du désir de pénis. Le désir d'enfant est ici un **désir œdipien incestueux**, qui intervient dans toute grossesse et sera refoulé à la naissance de l'enfant.

Cependant, ce désir incestueux ne serait qu'un versant du désir. Le désir d'enfant s'inscrit également dans le désir de retrouver le lien originare à sa propre mère, la mère des premières relations objectales. Ce désir s'exprime chez la petite fille sous la forme du « *désir de faire un enfant à la mère, tout comme celui, correspondant, de mettre au monde un enfant pour elle* »(38). Il s'agit ici d'un **désir d'enfant narcissique de la période pré-œdipienne**.

Malgré l'élaboration des conflits œdipiens de l'adolescence, le désir d'enfant perdure dans le psychisme de la femme, mais sous forme de représentations d'attente. La réalisation

de ce désir implique alors, pour la femme, le choix d'un nouvel objet d'amour autre que ses objets parentaux(39,40), comme nous l'avons vu précédemment. Le désir d'enfant sera plutôt ici de nature objectale. M. BYDLOWSKI (41) souligne un paradoxe de notre époque moderne, où le désir d'enfant ne s'installe souvent que lorsque l'abondance naturelle de la fertilité va décroître, témoignant alors d'un décalage entre les maturations psychiques et biologiques.

1.2.1.2. Le désir de grossesse

Il est important de distinguer le désir d'enfant du désir de grossesse, car ce dernier ne coïncide pas nécessairement avec le désir d'enfant. En effet, la maîtrise de la fertilité, grâce à la contraception, peut être source de grands doutes sur la capacité procréatrice chez certaines femmes. Le désir de grossesse peut alors venir en réponse à des angoisses naissantes sur la capacité procréatrice et produire ainsi une grossesse « *insensée* », pour M. BYDLOWSKI(39,40). **Le désir de grossesse sera ici un désir de nature narcissique.**

1.2.2. Les états psychiques de la maternité

1.2.2.1. Le processus de la maternalité

P-C. RACAMIER (42) nomme « *maternalité* » l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité. Ce processus de la maternalité s'appuie sur les relations conscientes et inconscientes de la mère avec son enfant à naître, son nouveau-né et son nourrisson, mais également sur les relations anciennes et intériorisées avec ses propres parents, c'est-à-dire du bébé qu'elle a été.

Le travail psychique s'engage le plus souvent avec le début de la maternité et se poursuit après la naissance de l'enfant, recouvrant la période de la « *transparence psychique de la grossesse* » décrite par M. BYDLOWSKI et de la « *préoccupation maternelle primaire* » décrite par DW. WINNICOTT.

Le processus de la maternalité est ici comparé à celui de l'adolescence en raison de plusieurs traits communs importants. Parmi ceux-ci, citons : « *transformation corporelle et hormonale* », « *réactivation et remaniement des conflits infantiles* »,

« dissolution et reconstruction des identifications précoces », « évanescence transitoire du sentiment d'identité personnelle », etc.

Au même titre que l'adolescence, la maternité représente ainsi une crise psychique ou une étape intégrative dans la vie d'une femme. Cette crise, potentiellement maturative, contribue à la formation d'une identité nouvelle, celle de mère. Cependant, les conflits psychiques réveillés par cette crise seront parfois tels qu'ils constitueront une « menace d'avortement du processus de maternité » chez certaines femmes : ce sont les psychoses puerpérales et les dépressions du post-partum.

1.2.2.2. La transparence psychique de la grossesse

Pour M. BYDLOWSKI(43), il existe un état psychique particulier du fait de la grossesse, un état de « *transparence psychique* », où des fragments du préconscient et de l'inconscient parviennent facilement à la conscience de la femme enceinte du fait d'un abaissement des résistances habituelles. Des réminiscences et fantasmes anciens liés à la sexualité infantile affluent donc à sa conscience sans être censurés par l'action du refoulement. Ainsi, la future mère, spécifiquement pendant la deuxième partie de sa grossesse, va se tourner volontiers vers des thématiques autocentrées et inaccessibles pour la plupart des femmes, en dehors de cette période de leur existence. La jeune mère se trouvera donc peu disponible pour évoquer des représentations mentales directement liées à l'enfant imaginaire.

En outre, la grossesse inaugure l'expérience intime d'une rencontre avec soi-même : la capacité à érotiser un bon objet interne, représentant de l'image intériorisée des soins maternels secourables et sécurisants reçus par le bébé qu'elle a été. De grandes variations seront ainsi observées, depuis la jeune femme enceinte qui, ayant constitué un bon objet interne, aura une grossesse paisible, jusqu'à celle qui, ayant fait au contraire l'expérience de soins maternels insuffisants, intrusifs voire discordants, risquera au cours de sa grossesse de revivre des angoisses primitives, lui faisant craindre un risque d'effondrement psychique.

Ce moment de la grossesse semble être la seule période où **l'objet interne cesse d'être métaphore** ; animé par les mouvements actifs du fœtus perçus de l'intérieur du corps, il prend donc une réalité (41). En tant qu'objet encore intérieur, le bébé réactive le petit enfant que la mère a elle-même été ou qu'elle croit avoir été et qui jusque là demeurait enfoui au fond de sa psyché (44).

M. BYDLOWSKI(43) retrouve **certaines similitudes entre la transparence psychique de la grossesse et l'adolescence**, comme « *une authenticité particulière du psychisme* », « *un certain radicalisme* » ainsi qu'une dimension dans la relation d'« *appel à l'aide latent, ambivalent et quasi-permanent* ».

1.2.2.3. La préoccupation maternelle primaire

DW. WINNICOTT(45) a le premier décrit cliniquement un état psychique particulier de la mère, la « *préoccupation maternelle primaire* », dans les quelques semaines précédant et suivant la naissance de l'enfant. Cet état psychique est comparé à une maladie mentale normale, dont la mère va se remettre.

Pendant cette période, la mère se montre capable de « *s'adapter aux tout premiers besoins du petit enfant avec délicatesse et sensibilité* ». Il s'agit d'une identification régressive de la mère à son bébé. Elle capte ainsi des signaux de son enfant qu'elle seule est à même de décoder et d'interpréter avec une extrême efficacité.

En parvenant à cet état de « *préoccupation maternelle primaire* », la mère établit un « *sentiment continu d'exister* », nécessaire à la constitution précoce du Moi du nouveau-né. Par l'action du refoulement, la mère gardera peu de souvenirs de cette période.

Les enjeux psychiques de la « *maternité* » présentent certaines similitudes avec ceux mis en jeu à l'adolescence : les investissements narcissiques, puis **objectaux.** Ainsi, c'est à travers la « *transparence psychique de la grossesse* », puis la « *préoccupation maternelle primaire* », que la mère va se détourner progressivement de son objet interne, le bébé qu'elle a été, pour investir, dans les semaines suivant la naissance, un nouvel objet externe, le nouveau-né, et ainsi acquérir une nouvelle identité, celle de mère.

1.3. QUAND LA MATERNITE RENCONTRE L'ADOLESCENCE

Comme nous venons de l'exposer, les enjeux psychiques du processus de l'adolescence et de la maternité conduisent l'individu à la construction d'une identité propre, celle d'adulte et celle de mère. Toutefois, malgré leurs similitudes, comment se déroule la rencontre de ces deux processus chez l'adolescente ? Entrave ou processus maturatif ? Quelle place l'adolescente peut-elle laisser à son enfant, son compagnon et sa famille ?

1.3.1. Quel sens donner à la maternité à l'adolescence ?

Il serait bien illusoire de donner « une » signification de la maternité à l'adolescence. En effet, comme les récits de nos trois adolescentes nous l'ont montré, le terme de « maternité adolescente » recouvre une pluralité de situations, où la grossesse prend une signification différente pour chaque adolescente. Néanmoins, certains axes psychopathologiques émergent de ces rencontres.

Seront exposés ici quatre axes de compréhension que nous avons pu dégager. Il convient de noter que ces différents axes ne s'excluent pas les uns des autres, et se retrouvent même le plus souvent intriqués.

1.3.1.1. L'axe du pubertaire : génitalité, corps, et fertilité

1.3.1.1.1. Un refus de la sexualité génitale

Deux nouveautés pubertaires naissent au cours du processus d'adolescence : la génitalité et la capacité procréatrice. Pour l'adolescente, ces deux processus viennent différencier la féminité de la maternité. Pour P. GUTTON (46), elles viennent également distinguer l'adolescence de l'adultité.

Pour certaines mères adolescentes, B. IGERT (47) constate que la puberté suscite peu de curiosité et que la sexualité de leurs parents, surtout celle de leur mère, est objet d'attaque et de rejet. Ainsi, la survenue d'une grossesse à l'adolescence pourrait être

comprise comme **un évitement de la sexualité génitale**. En effet, la puberté prend le sens pour ces adolescentes d'une accession à un statut de mère sans passer par la génitalisation (48). La relation sexuelle devient un acte de rivalité à la mère à travers la rencontre d'un substitut fantasmatique du père (49). La maternité les a conduites à la sexualité, et non l'inverse.

O. NICOLLE (50) considère que cet agir sexuel qui mène à la grossesse serait **une défense du Moi contre le processus d'adolescence lui-même**, vécu alors comme un potentiel « *changement* » traumatique pour bien des adolescentes.

1.3.1.1.2. *Une conduite d'attaque du corps*

D. MARCELLI (51) propose d'envisager la grossesse à l'adolescence comme **une « prise de risque », quasi-conduite ordalique** ayant pour objectif de mettre le corps en danger. En effet, si l'adolescent n'est pas capable de tolérer la frustration liée à l'avènement de la sexualité génitale, le corps peut devenir possible objet de persécution. L'adolescent peut alors chercher à attaquer ce corps sexué, symbole de sa souffrance.

A la différence des garçons qui ont plus souvent recours aux conduites sociales à risque, les filles se tournent plus volontiers vers une attaque directe de leur corps. Comme les tentatives de suicide ou les troubles du comportement alimentaire, la grossesse vient ici s'inscrire dans le champ des attaques du corps. **La sexualité est agent de la destructivité et la génitalité en est la cible**. Ces « *grossesses impulsives* » seraient ainsi à considérer comme de véritables passages à l'acte. Le lien entre grossesse et tentative de suicide parfois rapporté, reste quant à lui discuté (51,52).

1.3.1.1.3. *Une vérification de l'intégrité de l'appareil reproducteur*

Les transformations/pubertaires amènent l'adolescent(e) à se questionner sur la fonctionnalité de ses organes et sur la normalité de ses « *fantaisies érotiques* ». A la différence des garçons, les filles ne peuvent pas se réassurer sur la normalité de leurs organes reproducteurs qui sont en grande partie cachés. De plus, l'accès au « *plaisir terminal* » chez l'adolescente, c'est-à-dire à l'orgasme, ne s'éprouve pas forcément dès les premières relations sexuelles. Le questionnement sur la conformité de ses organes reproducteurs demeure ainsi le plus souvent sous forme abstraite : « *Suis-je fertile ?* ». Cependant, pour certaines adolescentes, il peut prendre des allures plus concrètes : « *Puis-*

je avoir un enfant ? ». L'existence de facteur « réel » d'infertilité, comme une maladie chronique, ne viendra que renforcer les craintes de l'adolescente.

Ainsi, selon D. MARCELLI (51), la grossesse pourrait être envisagée comme **une tentative de réassurance de l'adolescente sur la conformité de sa sexualité et de ses organes reproducteurs**.

B. IGERT (47), quant à elle, envisage la grossesse comme **un objet de réassurance contre l'angoisse de castration** de l'adolescente, traduite souvent par la crainte d'être stérile. L'adolescente semble avoir des difficultés à investir et à se représenter son propre corps, et ce depuis l'enfance.

1.3.1.2. L'axe œdipien : de la période pré-œdipienne jusqu'à l'Œdipe

1.3.1.2.1. Un désir d'enfant de la mère pré-œdipienne

Comme nous l'avons évoqué, l'adolescence se caractérise par la résurgence de la conflictualité pré-génitale, jusque-là refoulée chez la petite fille. Le lien pré-œdipien mère-fille se réactualise en même temps qu'existe une rivalité mère-fille importante.

La grossesse permettrait à l'adolescente **une régression homosexuelle à cette mère pré-œdipienne**, selon O. NICOLLE (53,54). Ainsi, à travers sa grossesse, l'adolescente donnerait corps à un fantasme de réunion mère-enfant. A la fois fille et mère, elle peut alors s'identifier à son propre bébé, exprimant ainsi un besoin d'être maternée, en même temps qu'elle peut s'identifier à la mère toute-puissante de l'époque pré-œdipienne. H. DEUTSCH (55) énonçait déjà cela en parlant de ces grossesses adolescentes « *comme une poussée régressive homosexuelle aimantée par un déficit narcissique* ».

Pour A. BOUCHARTE-GODARD (56), le fantasme d'« *avoir un enfant de la mère* », qui est profondément refoulée chez la petite fille, lui permettrait de passer d'une « *position narcissique primaire où être mère et avoir la mère se confondent, à une position œdipienne où il s'agit d'être comme la mère et d'avoir un enfant du père* ». Plus tard, l'incapacité à faire naître un tel fantasme détourne alors certaines adolescentes du côté du réel. C'est « *un désir d'enfance qui vient faire irruption dans la réalité du corps plutôt que le désir d'un enfant* », écrit M. BYDLOWSKI (57).

1.3.1.2.2. *Un désir d'enfant du père œdipien*

Entrée dans la période œdipienne, la petite fille désire avoir un enfant de son père, rivalisant alors avec sa propre mère. Maintenant adolescente, elle voit ce fantasme se réactualiser. Avoir un enfant du père est désormais possible.

Ainsi, pour certaines maternités adolescentes, la réalité prend parfois le pas sur le fantasme. Par l'acte de grossesse, l'adolescente chercherait à retrouver à travers son partenaire cette image idéalisée du père. **Fantasmatiquement, elle attend alors l'enfant de son propre père**(49).

Cependant, la réalisation du fantasme incestueux est très culpabilisante et fait émerger chez l'adolescente des angoisses vives et non refoulables l'amenant parfois à mettre sa vie en danger. L'acte sexuel à l'origine de la conception de l'enfant sera alors le plus souvent nié (49).

1.3.1.2.3. *Grossesse et enfant : des désirs d'adolescente ?*

De nombreuses adolescentes ont un désir de grossesse vers l'âge de 14-15 ans. Il s'agit de « *fantaisies* » d'être enceinte ou à l'inverse, bien que cela puisse être la même chose, d'une peur d'être enceinte. Ces fantaisies, conscientes ou préconscientes, tournent en général autour du « *gros ventre* ». Ce désir de grossesse correspond à un besoin, pour l'adolescente, de s'assurer de la compétence de ses organes reproducteurs, sorte de vérification d'une puissance féminine phallique. D. MARCELLI (58) parle alors ici du **désir de grossesse comme d'un désir de vérification narcissique phallique, plutôt du registre pré-œdipien et pré-génital.**

Le désir d'enfant s'inscrit, quant à lui, dans la réactivation œdipienne chez l'adolescente. Devant la menace pubertaire incestueuse, ce désir d'enfant est alors refoulé par l'adolescente. Pour P. GUTTON (46), « *ce désir d'enfant se retire de la chaîne lorsque le pénis au même titre que le vagin et la complémentarité des sexes prend une valeur érotique pubertaire jusqu'alors inconnue* ». Ce que vient confirmer M. BYDLOWSKI (39,41) en énonçant que « *le désir d'enfant paraît inexistant à l'adolescence* ». **L'adolescente, qui a la capacité de se laisser aller à la rêverie, peut donc différer ce projet d'enfant.** Elle investit

alors d'autres domaines, tels que la scolarité, mettant à distance ce besoin pulsionnel d'enfant (58). Ce désir d'enfant sort de son effacement ordinaire avec l'élaboration des positions œdipiennes et le travail de séparation des parents.

Pourtant, la grossesse est parfois la seule issue possible pour l'adolescente face à ce désir d'enfant. En effet, lorsque l'adolescente est prise dans un « *lien œdipien pathologique* », caractérisé par l'intensité de la dimension incestueuse, le désir d'enfant devient alors beaucoup plus prégnant et nonrefouable. Il est alors souvent ressenti par l'adolescente comme une urgence à vérifier l'intégrité et la compétence de ses organes reproducteurs, mais aussi à combler un manque d'objet interne ou à attaquer ce lien œdipien excitant. D. MARCELLI (58) utilise ici le terme d'« *envie d'enfant* », plutôt que celui de « *désir d'enfant* » pour parler de ces grossesses adolescentes. **Par la mise en acte, l'adolescente tente d'abolir les représentations incestueuses du désir œdipien**, « *en sorte que l'avènement d'un état fasse désormais cesser d'être une fantasmatique de désir* », écrit O. NICOLLE (50). Pour S. LEBOVICI (59), le « *désir de maternité* » n'a pas pu être élaboré en un « *désir d'enfant* » à travers les états conflictuels de l'adolescence. Ainsi, « *ces jeunes filles deviennent mères avant d'avoir pu jouer à la poupée* ».

1.3.1.3. L'axe du narcissisme

1.3.1.3.1. Réparer les pertes liées à l'adolescence

L'adolescente est contrainte à renoncer à l'infantile avec l'avènement de la puberté. Cependant, ses nouvelles capacités procréatrices lui offrent la possibilité de réparer les pertes liées au processus d'adolescence. Pour A. KONICHECKIS (60), la grossesse apporterait alors l'impression d'une puissance susceptible de dénier toutes sortes de diminutions, de renoncements et de souffrances.

Ainsi, B. IGERT (47) retrouve souvent, chez certaines mères, une tonalité dépressive sous-jacente témoignant de leurs difficultés à faire le deuil des objets de leur enfance. **La grossesse vient alors à tout prix combler les pertes, afin d'éviter la menace dépressive.**

1.3.1.3.2. Réparer les carences de l'enfance

D. MARCELLI (51) envisage la grossesse à l'adolescence comme **la recherche d'un objet de comblement des carences de l'enfance**. En effet, par sa grossesse, l'adolescente vient inconsciemment attaquer son enfance en acquérant un statut d'adulte, mais vient aussi attaquer sa propre mère en s'appropriant son statut. Le bébé attendu concentre alors toutes les attentes de comblement narcissique : « *Ce bébé, au moins, il m'aimera !* ».

Ainsi, la projection narcissique de la mère à l'égard de son enfant risque d'être massive. En s'identifiant à son bébé, la jeune mère cherche à faire exister un enfant qui ne connaîtra pas les souffrances qu'elle a pu connaître. Paradoxalement, elle court aussi le risque de chercher à lui faire subir les mêmes douleurs qu'elle a pu éprouver. En effet, l'enfant réel, préalablement idéalisé, risque de décevoir les attentes immodérées de sa mère et d'être violemment rejeté (60).

R. LETENDRE et P. DORAY (4), quant à eux, parlent de « *grossesse réparation* » en y distinguant deux types. Outre le comblement des carences affectives de l'enfance, **le bébé peut également servir pour certaines adolescentes de « *Moi auxiliaire* » structurant leur vie**. Le bébé vient alors donner une raison de vivre et d'élaborer des projets à l'adolescente.

Cette problématique de la carence affective serait « *omniprésente* » dans les situations de maternité à l'adolescence, selon S. MARINOPOULOS (61). La grossesse surviendrait ici comme un instinct de survie pour exister et réparer.

1.3.1.4. L'axe de la séparation et de l'autonomisation

La grossesse peut venir s'inscrire dans le travail de séparation que l'adolescente doit effectuer auprès de ses parents. Pour certaines adolescentes, la grossesse prend en effet le sens de **l'acquisition d'un statut d'adulte par l'obtention du statut de mère**. La grossesse offre l'expression du désir d'autonomie et l'occasion de le réaliser. Le bébé à naître semble alors moins important que la fonction de la grossesse en tant que telle par le nouveau statut qu'elle apporte(4).

A l'inverse, la grossesse peut venir s'inscrire dans **une problématique de dépendance au milieu familial**. Elle amène l'adolescente à se rapprocher de sa mère ou est alors l'occasion pour cette dernière d'augmenter le contrôle qu'elle exerce sur sa fille. L'enfant à naître est donc l'objet qui empêche de se séparer. Ainsi, dans ces familles règne souvent une confusion générationnelle(4).

1.3.2. La maternité : entrave ou maturation du processus adolescent ?

Le processus de l'adolescence et celui de la maternité mettent en jeu les conflits narcissiques et objectaux de l'adolescente. Bien que présentant des points communs, la rencontre inédite entre ces deux processus constitue un paradoxe. Parler de maternité à l'adolescence reviendrait-il alors à considérer que le travail psychique d'adolescence serait de fait entravé ? Ou s'agirait-il pour l'adolescente, par l'avènement de sa maternité, de relancer le processus d'adolescence ? C'est ce que nous allons tenter ici d'exposer.

1.3.2.1. Une adolescence avortée

Pour la plupart des auteurs, la survenue d'une maternité constitue une entrave au travail psychique d'adolescence. Ainsi, pour D. MARCELLI et A. BRACONNIER (30), « *la grossesse chez une adolescente, c'est un risque d'adolescence avortée* ». S. LEBOVICI (59), quant à lui, considère que « *leur grossesse a été prématurée comme leur vie. Elles n'ont pas fini d'être filles qu'elles sont déjà mères* ».

Dans ce sens, **la maternité à l'adolescence viendrait « court-circuiter » la transition entre la puberté et l'âge adulte**. Devenir mère à l'adolescence impliquerait donc l'impossibilité pour l'adolescente à négocier et à élaborer les conflits psychiques du processus d'adolescence. Selon les auteurs, l'adolescence de la jeune fille serait alors « *télescopée* », « *entravée* », voire « *décapitée* » par l'avènement de la maternité.

En effet, pour A. KONICHECKIS (60), les multiples tentatives d'intégrer la génitalité inaugurerait le processus adolescent, alors que la réalisation de la capacité procréatrice marquerait la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte. La grossesse en cours d'adolescence, conférant alors un statut « *apparent* » d'adulte, empêcherait de fait la pleine accession à la génitalité. La grossesse, en tant que telle, ne pourra être ainsi considérée comme une expérience subjective de maturation. En effet, **le processus de la maternité ne**

se fera qu'au prix de celui de l'adolescence, seul véritable travail psychique permettant le processus de subjectivation.

Or, seul ce travail de subjectivation distingue l'adolescence de l'« *adulthood* », affirme P. GUTTON (46) : « *Dans son entreprise subjectale le premier crée pour lui ou plutôt se crée lui-même (auto-crédation) [...]. Le second crée de l'autre* ». Ceci se traduit alors en terme de filiation : « *l'adolescent est tourné vers son ascendance (parentale) ; l'adulte l'est vers sa descendance* ». Ainsi, l'émergence d'un désir d'enfant ne peut donc que « *distraindre* » l'adolescente du travail psychique à effectuer. Le désir d'enfant serait « *symptôme d'adulthood* » et l'absence de ce désir serait signe du processus d'adolescence en cours.

Pour D. MARCELLI (58), la maternité précoce serait « *un moyen traumatique d'expulser l'adolescence, d'une certaine façon de la décapiter* », s'inscrivant comme un passage à l'acte dans l'urgence œdipienne. B. IGERT(47) considère quant à elle que la période de latence serait télescopée par la défaillance de l'élaboration du conflit œdipien. La maternité conférerait alors « *magiquement* » un statut d'adulte, sans avoir à effectuer le travail de deuil des objets infantiles. Cela est confirmé par P. GUTTON (46), qui énonce que « *le fantasme d'enfant intervient moins comme il est classique de le dire, dans un Œdipe pubertaire fortement positif que dans une fixation homoérotique à la mère source d'évitement du changement pubertaire. La problématique est plus du côté de l'addiction que d'une histoire ordinaire* ».

Ainsi, la maternité signe le « *mouvement anti-adolescent* », décrit par O. NICOLLE. « *Elle tente d'effacer le processus d'adolescence perçu par le sujet comme une perte irréparable des complémentarités narcissiques infantiles, et/ou une faille dangereuse représentée par la libido génitale* »(53). **Les investissements narcissiques de l'adolescente prévalent alors sur ses nouveaux investissements objectaux, pourtant enjeux de son adolescence.**

Bien qu'à l'adolescence l'acte prévaut souvent sur la pensée comme mode défensif, il convient toutefois de noter que **la survenue d'une grossesse témoigne ici bien souvent de défaillances dans les possibilités sublimatoires de ces jeunes filles**. La mise en acte dans le corps adolescent permet ainsi de faire cesser la conflictualité liée à la sexualisation des représentations qu'elles ne peuvent assumer (50). L'enfant dans le ventre donne alors corps à « *cet étranger en soi* » représenté par les nouveautés pubertaires (60). Ce corps, devenu un « *corps parlant* », peut servir de support à la figuration de nouvelles représentations(61).

1.3.2.2. *Une reprise maturative*

Dans une perspective moins commune, la maternité à l'adolescence est envisagée comme un facteur permettant la reprise du processus d'adolescence, confrontant alors l'adolescente à une « **double crise maturative** »(13).

Dans ce sens, B. IGERT (47) distingue pour certaines adolescentes, ayant envisagé un enfant avec un compagnon dans une optique plus génitalisée, des changements témoignant d'une reprise maturative suite à l'avènement de la maternité et de la paternité. Ces adolescentes prennent alors un nouveau plaisir à désirer et à investir l'avenir de leur enfant. Elles deviennent capables de créer une illusion anticipatrice, signe d'une élaboration possible et témoignent d'une capacité à faire retour à leur enfance à partir du bébé et à se laisser aller à la rêverie. A partir du contact corporel avec leur bébé, des retrouvailles sont possibles avec leur propre érotisme. Elles peuvent s'identifier à une image de bonne mère retrouvée chassant la mauvaise image maternelle de leur enfance. La temporalité change ; elles montrent désormais une capacité à tolérer l'attente et à trouver des investissements plus diversifiés. La sexualité est réinvestie et prend désormais une dimension plus érotisée.

Ainsi, la grossesse à l'adolescence ne provoquerait pas une « *rupture très traumatique* » du développement psychoaffectif de l'adolescente, par la « *superposition* » du processus de la maternité et de celui de l'adolescence. D. DADOORIAN (62) nuance toutefois, qu'à la fois fille et mère, l'adolescente présentera davantage de difficultés à élaborer ces différentes étapes évolutives. Des difficultés qu'il faudra alors ajouter aux défaillances des possibilités élaboratives existant parfois préalablement à la grossesse.

C. ROEHRIG et al. (63)proposent, quant à eux,de considérer la grossesse à l'adolescence autrement que comme une réponse, certes maladaptée, à une quête de sens, mais aussi comme **un facteur possible de résilience** qui donnerait une chance à certaines adolescentes de structurer positivement leur avenir. Néanmoins, il convient de nuancer que le devenir de l'adolescentesera étroitement dépendant de son environnement. En fonction de celui-ci, lamaternité à l'adolescencepourra revêtir un aspect soit positif et constructif, soit négatif et aggravant alors sa vulnérabilité et sa souffrance.

1.3.3. Les interactions mère-bébé à l'adolescence

La maternité suppose la rencontre entre la mère et son bébé, et ce dès le début de la grossesse. L'adolescente devient ainsi mère. Tous deux ont à grandir. Quelle place peut alors occuper l'enfant dans le psychisme de sa jeune mère ? Après le temps de la naissance, quelle sera la teinte de leurs toutes premières interactions ?

1.3.3.1. *L'enfant fantasmatique, imaginaire et réel*

1.3.3.1.1. L'enfant fantasmatique

S. LEOVICI (59) décrit les interactions de la mère avec son enfant à travers l'enfant fantasmatique, imaginaire et réel. L'enfant fantasmatique témoigne de l'organisation œdipienne des fantasmes de la mère et du deuil de ses objets œdipiens. Il est l'enfant du « *désir de maternité* ». Avec l'avènement de la grossesse, le futur enfant devient vivant. Le désir de maternité donne alors naissance à l'enfant imaginaire. Cependant, l'enfant fantasmatique reste présent dans le psychisme maternel et va sous-tendre les interactions précoces entre la mère et son enfant.

1.3.3.1.2. L'enfant imaginaire

Au cours de la grossesse, l'enfant qui se développe dans le corps reste d'ordre imaginaire pour la mère. Il n'est pas réel, il reste irreprésentable jusqu'au jour de la naissance. Néanmoins, dans le corps de la mère, l'enfant est source de représentations psychiques où il diffère complètement de sa réalité biologique.

A partir du quatrième mois de grossesse, la mère commence à percevoir les mouvements du fœtus. A l'intérieur de son corps se délimite un espace habité par une entité. Peu à peu les aspects persécuteurs de cette entité peuvent s'intégrer avec des aspects narcissiques rassurant de l'enfant imaginaire. Cette constitution de l'enfant imaginaire s'opère par un jeu d'identifications projectives à sa propre mère, ouvrant alors la voie à la possibilité de mouvements identificatoires à son bébé à naître, puis au nourrisson et ses besoins (53). Ainsi, pour S. LEOVICI(59), à travers la constitution de l'enfant imaginaire, le désir de maternité s'élabore en un désir d'enfant.

Dans les situations de maternité adolescente, l'élaboration de l'enfant imaginaire serait problématique. En effet, pour O. NICOLLE (53), l'annonce de la grossesse vient souvent prolonger ou réactualiser le conflit entre l'adolescente et la future grand-mère. Dans ce contexte, l'identification de l'adolescente à sa propre mère est difficile et le réinvestissement narcissique de l'enfant imaginaire souvent impossible. La dimension de dépressivité devient alors prévalente et structure les premières relations au bébé. Ainsi, B. IGERT (47) note une apparente indifférence des adolescentes vis-à-vis des mouvements fœtaux, qui les qualifient de « bizarres » ou de « faisant un drôle d'effet ». Le corps n'est alors pas vécu comme contenant, enveloppe abritant un enfant réel. Ces mères attendent impatiemment la présence physique du bébé à leur côté, et ne peuvent temporiser leurs attentes par des représentations mentales de l'enfant à naître. **Le bébé réel semble alors supplanter le bébé imaginaire dans les situations de maternité adolescente.** S. MISSONNIER (64) constate que les images échographiques, réalisées pendant le suivi de grossesse, peuvent servir de support à l'adolescente pour élaborer les représentations de l'enfant à naître, à travers la « relation d'objet virtuelle ». Néanmoins, B. GOLSE et M. BYDLOWSKI (44) nous rappellent que **l'enfant imaginaire reste bien souvent silencieux chez toute femme pendant la période de la transparence psychique de la grossesse.**

1.3.3.1.3. *L'enfant réel*

Après le temps de l'enfant imaginaire, la naissance laisse place à l'enfant réel. L'enfant bien constitué représente une réassurance narcissique majeure pour la mère. **Toutefois, l'enfant réel mis au monde est souvent bien différent de l'enfant imaginaire rêvé et idéalisé pendant la grossesse.** Il ravive bien souvent par sa présence les conflits infantiles et devient le centre de la problématique maternelle. La mère va ainsi devoir s'ajuster à cet enfant et établir avec lui une relation qui est fonction de ses capacités à accepter le décalage entre l'enfant réel et l'enfant imaginaire (49).

Face à la réalité de l'enfant, certaines mères adolescentes peuvent alors se trouver déstabilisées et incapables de faire le deuil de « l'enfant magique et tout puissant ». L'enfant réel, objet préalablement idéalisé, peut devenir objet persécuteur. Si ce clivage perdure, il peut alors générer une pathologie du lien entre la mère et le bébé (49).

1.3.3.2. *La relation mère-enfant*

La relation mère-enfant ne serait pas innée. En effet, l'instinct maternel n'existerait pas chez la mère, comme l'énonce M. BYDLOWSKI (39,41). Ce n'est qu'au fil du temps, que le lien d'attachement se construit progressivement à travers les interactions précoces entre la mère et son enfant. Pour l'adolescente et son bébé, celui-ci devra s'ajuster tout au long du développement psychoaffectif de chacun des deux protagonistes.

Ainsi, l'adolescente construit, au cours de son développement psychoaffectif, le lien d'attachement à son enfant à travers un jeu d'identifications (39,41). En effet, **elle a besoin de projeter sur son enfant ce qu'il y a en elle du bébé qu'elle a été**, en revivant inconsciemment les premières relations avec ses objets parentaux. Toutefois, les relations précoces de l'adolescente n'ont pas toujours été « *suffisamment bonnes* », marquées souvent par la carence. La jeune mère « carencée » risque alors de ne pas parvenir à s'adapter de manière « *suffisamment bonne* » aux besoins de son enfant, comme l'énonce DW. WINNICOTT (45). L'enfant ne peut donc ni se développer, ni construire un sentiment de continuité d'existence dans un cadre rassurant.

De plus, la jeune mère, soumise au feu de ses pulsions pubertaires, est souvent peu encline à faire fonction de pare-excitations à l'égard de son bébé (60). Ce dernier risque ainsi de se trouver confronté au fonctionnement adolescent de sa mère, à ses projections et à ses passages à l'acte ou ses passages à vide, à ses mouvements dépressifs ou régressifs, à son ambivalence parfois incontrôlable (65). **Le lien d'attachement mère-enfant est ainsi prédisposé à la discontinuité.**

JD. OSOFSKY et al. (66) soulignent tout de même que **les problèmes qui peuvent être observés existent également dans d'autres dyades présentant un risque élevé du point de vue psychosocial**. Cependant, les mères adolescentes ont en plus à négocier les conflits propres au processus d'adolescence, tout en s'efforçant de prendre soin de leur enfant.

Il est fréquemment observé que les jeunes mères font preuve d'habileté en matière de maternage avec leur bébé. Néanmoins, elles se montrent en moyenne moins expressives, moins positives dans leurs attitudes et consacrent moins de moments d'attention partagée que les mères plus âgées. Elles ont une bonne capacité à jouer avec le 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 (14).

P. CAUVIN et al. (67) considèrent que le bébé de l'adolescente serait investi comme un « *objet de transition* » vers l'âge adulte. Le bébé fera ainsi souvent preuve d'une étonnante adaptation, du moins pour un temps, face au fonctionnement maternel en incarnant la « *poupée de sa mère* ». Cette dimension constitue même un moteur de son développement, ces bébés présentant une précocité psychomotrice. **Le bébé, non pensé par sa mère comme différencié, est alors menacé dans sa subjectivité.** Les premières manifestations de séparation de l'enfant (le sevrage, la marche, l'acquisition du non, etc.) seront souvent difficilement supportées par l'adolescente, se retrouvant alors confrontée à ses propres angoisses de séparation jamais élaborées (49). Les besoins de l'enfant risquent d'entrer en rivalité avec les autres investissements maternels, sans parfois de relation tierce pour moduler les affects ou servir d'instance médiatrice (65). L'enfant peut alors être tantôt idéalisé, tantôt rejeté par sa mère.

Lorsque le lien d'attachement reste soumis à la discontinuité, le développement psychoaffectif de l'enfant s'en trouve affecté. La qualité plus ou moins défaillante du « *holding* » risque de ne pas lui permettre de construire son propre sentiment de cohérence et de continuité, pouvant même constituer une véritable « *menace d'annihilation* », écrit DW. WINNICOTT(45).

Les signes de souffrance du bébé seront suffisamment discrets pour passer inaperçus. Pour JD. OSOFSKY et al. (66), **ces bébés sont des enfants à risque du point de vue psychopathologique**, non seulement à cause de l'environnement instable dans lequel ils sont nés, mais aussi du fait que de nombreuses mères ne sont pas en mesure de fournir le soutien émotionnel à un développement favorable. Ils sont ainsi exposés à des troubles de l'attachement de type anxieux-évitant, un risque de répétition transgénérationnelle de carences affectives et de maltraitances, un retard de développement psychomoteur, des troubles de la relation et des pathologies somatiques (infections ORL et digestives) (49,66).

Il ne s'agit pas là de dresser un sombre devenir à ces bébés aux mères adolescentes, mais d'être attentif à leurs signes de souffrance, de les repérer et de leur donner un sens pour pouvoir aider la mère à entendre l'appel que le bébé adresse et ainsi la soutenir dans sa capacité et son plaisir à être mère (49). Il reste cependant difficile de prédire à long terme l'évolution de ces dyades mère-enfant. D. SIBERTIN-BLANC (65)

souligne que **ces bébés à risque ont néanmoins une chance, celle d'avoir une mère adolescente, où la personnalité n'est pas encore figée et inscrite dans une dynamique de changement.** L'intervention préventive et thérapeutique précoce pour la mère et l'enfant est ici un enjeu majeur de soins.

1.3.4. La place du père

Après avoir étudié la place de l'enfant auprès de sa mère, il nous faut évoquer la place du père. En effet, on ne peut pas parler de la mère sans parler du père et inversement. Quelle place peut-il alors tenir dans la réalité et les fantasmes de la mère adolescente ? Existe-t-il un désir d'enfant chez le père à l'adolescence ?

1.3.4.1. Le père fantasmatique : la fonction paternelle

La fonction du père est définie par S. FREUD à travers celle du père mythique et celle du père de la dynamique œdipienne. Elle promeut ainsi la triangulation œdipienne nécessaire à la construction psychique de l'enfant, où dans la différenciation masculin et féminin, s'intègre celle des sexes et des générations. Ce processus de triangulation se poursuit, après la phase de latence, avec les remaniements psychiques de l'adolescence. **Le père joue ainsi le rôle de tiers symbolique séparateur dans la dyade mère-enfant, séparation structurante et fondatrice pour la vie psychique de l'enfant.** Passant de la dyade à la triade, mère et enfant doivent changer de modalité de fonctionnement et s'ouvrir sur la « *tiércité* »(68). Le père intervient ainsi comme agent de séparation et comme agent de mise en relation. Il assouplit les échanges passionnés mère-enfant, se pose comme garant de la loi et permet à l'enfant d'accéder à la pensée symbolique (49).

B. GOLSE (68) rappelle qu'il existe des précurseurs pré-œdipiens de la fonction paternelle, notamment dans la psyché de la mère. En effet, le père ne peut exercer seul sa fonction paternelle, car s'il est chargé de la représenter, celle-ci regarde aussi la mère. **La fonction paternelle est dépendante de la place qu'occupe le père dans le psychisme maternelle.** Cela dépend essentiellement de la place qu'accorde la mère à son propre père, c'est-à-dire le grand-père de l'enfant, dans son fonctionnement psychique, et de la représentation qu'il y prend depuis la négation jusqu'à l'idéalisation (69). La façon dont la mère fera place ou non au père dans sa psyché orientera les interactions avec son enfant. Le concept de « *censure de l'amante* » décrit par M. FAIN (70) montre bien la nécessité d'une présence précoce du père, un « *père sexuel* », dans la tête de la mère afin d'éviter que

le bébé soit pris dans des mécanismes de fusion entravante. Ainsi, « aucune mère ne peut et ne doit être branchée vingt-quatre heures sur vingt-quatre sur son enfant, et le père ou l'amant participe naturellement à cette distanciation », écrit B. GOLSE (68).

1.3.4.2. Le père réel

Débutons par quelques chiffres sur les pères rencontrés dans les situations de maternité adolescente. Les pères sont en moyenne âgés de 5 ans ou plus que les mères adolescentes(71). Lorsqu'un couple décide de rester ensemble, une séparation a lieu dans 75 % des cas avant 5 ans (20).

1.3.4.2.1. Le refus du père

Il arrive parfois que le père de l'enfant s'exclut lui-même à l'annonce ou au cours de la grossesse, n'ayant pas au préalable eu connaissance du désir d'enfant et ne souhaitant pas adopter ce rôle de père.

Néanmoins, la mère adolescente n'accorde parfois aucune place au père de l'enfant, reprenant sa défection de manière positive, soutenue même par sa propre mère. **Le père n'a alors aucun rôle et aucun droit sur l'enfant à naître en dehors de celui de l'instant de la fécondation.** La « toute puissance » de la maternité annule la complémentarité des sexes, l'enfant devenant l'équivalent du sexe biologiquement manquant (52). La jeune mère situe ainsi « son enfant » dans la lignée maternelle, l'enfant étant considéré comme **un prolongement narcissique d'elle-même**(12,49). Nombreuses seront les adolescentes, qui souhaitent avoir un bébé fille, double d'elles-mêmes.

L'identité du géniteur est parfois maintenue secrète aux yeux de l'entourage familial et social. Ce secret est doublement excitant, car il excite d'une part le père de l'adolescente qui voudrait connaître le géniteur pour lui exprimer toute sa colère et sa violence, et d'autre part les services sociaux qui y voient la possibilité d'une relation incestueuse entre l'adolescente et son propre père (58).

1.3.4.2.2. *La « présence tolérée » du père*

Bien qu'elles ne soient pas en couple, certaines mères adolescentes concèdent néanmoins une place au père de l'enfant. Toutefois, la jeune mère peut avoir tendance à amenuiser, de manière plus ou moins consciente, la place du père de l'enfant, afin d'éviter une relation trop proche entre le père et son enfant ; **le père est un tiers qui vient menacer la dyade mère-enfant**(49).

1.3.4.2.3. *Le « couple adolescent »*

L'enfant peut être conçu au sein d'un couple d'adolescents. A travers la relation de couple, les deux adolescents recherchent alors souvent un « *maternage mutuel* » pour combler leurs carences affectives anciennes ou actuelles. La grossesse peut ainsi apparaître pour le jeune couple comme un objet commun qui scelle leur union et constitue une preuve mutuelle d'affection : un « **enfant-gage** ». Cependant, la réalité du couple peut devenir tout autre à la naissance de l'enfant. En effet, le jeune père peut se sentir exclu de la relation de maternage mutuel à laquelle il participait et dont il bénéficiait, parce que la jeune mère aura trouvé avec l'enfant la possibilité d'un maternage véritable. Ces nouvelles difficultés relationnelles peuvent aboutir à de véritables conflits voire des violences conjugales, auxquelles le couple adolescent ne résiste le plus souvent pas (12,72).

1.3.4.3. ***Le désir d'enfant chez le père à l'adolescence***

Le désir d'enfant n'est pas toujours le propre de la mère à l'adolescence. En effet, il arrive parfois que le père exprime ce désir auprès de sa partenaire.

Pour un père, le désir d'enfant s'associe aux effets de la paternité sur sa vie fantasmatique et ses modalités œdipiennes, selon S. LÉBOVICI (59). L'identification à son propre père, c'est-à-dire le grand-père paternel, y est réactualisée, d'où l'importance des résurgences conflictuelles au moment de la naissance de l'enfant. En tant que père adolescent, les enjeux conflictuels liés à la paternité et à l'adolescence se rencontrent.

Chez les pères adolescents, la grossesse prendrait deux types de signification, pour I. MELO (52). Pour certains, la grossesse serait **une expression de leur affirmation phallique**, suprême confirmation de leur virilité. Pour d'autres, cette grossesse serait **une**

manière de s'approprier et de maîtriser l'intérieur du corps de leur partenaire, dont ils jalourent la « *puissance génésique* ».

Peu d'études sont retrouvées dans la littérature sur le vécu ou le désir d'enfant chez le père à l'adolescence. EJ. HEAVEY et al. (71) montrent que les adolescentes qui expriment un désir de grossesse perçoivent également ce désir chez leur partenaire. Ainsi, le désir de grossesse des adolescentes pourrait être influencé par celui de leur partenaire. Les conditions socio-économiques, comme pour la maternité adolescente, jouent ici une part importante dans la survenue d'une paternité à l'adolescence (22). Pour H. SIPSMA et al. (73), il existerait **une transmission intergénérationnelle de la paternité à l'adolescence**. Ainsi, les fils de pères adolescents auraient 1,8 fois plus de chance de devenir père à l'adolescence que les fils de pères plus âgés, et ceci indépendamment des autres facteurs environnementaux.

Bien que cela puisse paraître une évidence, ces données nous rappellent que les pères adolescents sont impliqués dans les grossesses à l'adolescence, et qu'ils doivent ainsi être associés aux programmes de prévention et de soins.

1.3.5. L'adolescente enceinte et sa famille

Après s'être intéressé à la place occupée ou non par le père, il nous faut nous attarder sur celle que pourrait prendre la famille de l'adolescente, et en particulier celle de ses parents. La maternité à l'adolescence peut être source d'une crise familiale, ou symptôme d'une famille en difficulté. Dans ce contexte, quelles vont être les places tenues par les parents de l'adolescente enceinte ?

1.3.5.1. Une famille vulnérable

D'après la littérature, la maternité adolescente ne surviendrait que dans les familles les plus vulnérables tant sur le plan psychologique que social : **les familles dites « à problèmes multiples »**. Ainsi, en France, la « famille-type » de l'adolescente enceinte serait une famille nombreuse, le plus souvent d'origine française. La mère serait généralement mère au foyer ; le père, quant à lui, aurait un emploi souvent peu qualifié ou serait au chômage. Les parents seraient séparés dans un cas sur deux. La famille vivrait dans la promiscuité et les revenus familiaux seraient peu élevés. Les échanges au sein de la famille seraient pauvres et marqués par la conflictualité (3,21). L'origine ethnique est à prendre en

considération. Aux Etats-Unis, les familles d'origine africaine ou hispanique seraient les plus concernées par la maternité adolescente.

Bien qu'un tel portrait puisse sembler caricatural, J-P. DESCHAMPS (12) énonce que celui-ci est malheureusement trop souvent vrai. En effet, dans la pratique quotidienne du travail médical ou social, c'est face à ces adolescentes issues de milieux modestes que l'on se trouve. Toutefois, il convient de rester prudent. En effet, la possibilité d'une grossesse existe probablement aussi dans les milieux plus aisés. Seulement, ces familles auraient la faculté de dissimuler plus aisément la grossesse aux regards de la société, notamment par le recours à l'IVG. Le vécu pour l'adolescente n'en sera pas pour autant moins douloureux. « *Si tous les adolescents sont soumis aux mêmes pressions, aux mêmes modes, aux mêmes difficultés, si finalement leur comportement est assez uniforme, ils ne sont pas égaux devant les conséquences de leurs actes* », écrit J-P. DESCHAMPS.

1.3.5.2. Une situation de « crise »

1.3.5.2.1. La « crise parentale »

Pour D. MARCELLI (58), la « *crise parentale* » correspond au travail psychique que les parents doivent effectuer en miroir à la crise de leur adolescent. Face à la problématique œdipienne de l'adolescent, mais aussi aux pertes auxquelles ils sont soumis avec le début du vieillissement, les parents se trouvent mobilisés dans leur fonction parentale. Ils auront alors à retirer une partie de leurs investissements de leur enfant pour lui laisser une apparente liberté de choix, mais aussi à accepter eux-mêmes de ne plus être les objets d'investissements privilégiés de ce dernier. Plus tard, ce n'est que par l'endossement de la fonction parentale que le processus d'adolescence du « jeune adulte » s'achèvera. Les jeunes parents, reconnus alors par leurs propres parents, c'est-à-dire les grands-parents du bébé, pourront alors s'inscrire dans la lignée parentale symbolique : grands-parents, parents, enfants.

Dans les situations de maternité adolescente, la « crise parentale » se révèle « brutale », selon N. STEINBERG (74). En effet, l'annonce de la grossesse a un impact sur l'organisation familiale. Les parents de l'adolescente vont avoir à fournir un travail psychique important face aux changements de statut et de place en devenant précipitamment grands-parents. C. MOTTRIE et al. (75) considèrent la grossesse de l'adolescente comme un événement déclencheur du processus d'inscription filiative. En s'engageant dans une

maternité précoce, l'adolescente provoquerait un basculement vers l'âge adulte, changeant alors de place symbolique dans la lignée filiative et endossant ainsi la fonction parentale.

1.3.5.2.2. *La crise familiale*

La grossesse d'une adolescente est souvent de découverte tardive, que seule l'ignorance de l'adolescente ne parvient pas à expliquer. En effet, l'adolescente, craignant les réactions de ses parents, tend souvent à retarder la révélation de sa grossesse. Il est vrai que l'annonce de celle-ci constitue bien souvent une période de crise familiale (4,76). L'« *aveu* » de la grossesse produit sur la scène familiale un « *effet tragique* »(65). **L'adolescente peut ainsi se voir condamnée par ses parents pour la « faute » commise, voire exclue de la famille.** On lui donne à choisir entre la famille ou l'enfant : « *c'est lui ou nous* » (74), l'IVG n'étant parfois que la seule issue possible. Peu de parents échappent à cette colère immédiate et « *explicable* », et ils n'en sont pas « *condamnables* », comme le souligne J-P. DESCHAMPS (12). Néanmoins, l'adolescente condamnée et exclue par sa famille, se voit chargée d'une lourde culpabilité, combien dure et imméritée, face à sa détresse qu'elle doit alors assumer seule. La crainte de cette colère peut conduire l'adolescente à vivre sa grossesse dans la clandestinité, la privant ainsi du soutien affectif, psychologique et matériel dont elle aurait tant besoin. La maternité adolescente ne vient alors que renforcer le processus de rupture dans lequel sont déjà inscrites ces familles.

1.3.5.3. *Quelle(s) place(s) dans la famille ?*

L'arrivée d'un enfant introduit trois générations et amène ainsi à redéfinir les places et rôles de chacun des membres de la famille. Cependant, pour certaines familles convoquées par la maternité adolescente, la redistribution des rôles ne semble pas si aisée.

1.3.5.3.1. *La place du grand-père maternel*

Peu d'études ont porté sur la relation entre l'adolescente et son père. Ce dernier est décrit comme **souvent absent de la vie de sa fille**, physiquement mais aussi psychiquement. Lorsqu'il est présent, il est alors bien souvent le dernier à être informé de la grossesse par l'adolescente (4).

Comme nous l'avons exposé, la grossesse serait une tentative pour l'adolescente de sortir de l'impasse œdipienne dans laquelle elle se trouve avec son père. Toutefois, le désir incestueux d'enfant prend corps.

1.3.5.3.2. *La place de la grand-mère maternelle*

A la différence du grand-père, de nombreux auteurs se sont intéressés à la place de la grand-mère maternelle, c'est-à-dire la mère de l'adolescente enceinte. Celle-ci tiendrait une position clef au sein du système familial.

La maternité se vivrait entre mère et fille, ou plutôt serait reprise par la mère de l'adolescente à son propre compte. Ainsi, pour D. DADOORIAN(62,77), à travers la maternité de sa fille, **la mère revit encore une fois son désir de réparation narcissique**, où le phallus représente la réparation chez l'adolescente du narcissisme infantile de sa mère. Il s'agit pour l'adolescente d'un « **bébé-cadeau** » pour sa propre mère. La grossesse apaise ainsi la relation entre mère et fille, jusqu'à lors marquée par d'intenses conflits (40). B. MYTNIK(78), quant à elle, énonce que la survenue d'une grossesse chez certaines adolescentes serait soutenue par un fantasme « *puissant* » entre mère et fille : le « *fantasme de Magmamatrice* ». Ce fantasme crée une matrice originaire commune entre mère et fille, où la fécondité est indifférenciée et alors utilisable pour réparer l'histoire maternelle.

Tout se passe alors comme si la maternité de l'adolescente n'inscrivait pas une troisième génération au sein de la famille, mais une **confusion dans l'ordre des générations**, exposant la famille à l'incestuel. Pour O. NICOLLE (54), l'adolescente, à la fois fille et mère, prise entre sa mère et son bébé, éprouve alors de la difficulté à se définir par rapport à l'autre. L'enfant devient ainsi l'enfant de deux femmes fusionnées et indifférenciées : la mère et la grand-mère. La grand-mère assume alors un rôle de mère auprès du bébé, où la distinction entre suppléance et substitution à la maternité de sa fille est parfois bien difficile à faire. A. CHEVRIER (79) désigne sous le terme de « *court-circuit transgénérationnel* », les situations extrêmes de parentalisation, où le bébé devient « frère » de sa mère, et « enfant » de sa grand-mère ; le système est cimenté par le secret, le mensonge et les mythes.

1.3.5.3.3. *La place de la fratrie*

La fratrie de l'adolescente enceinte semble oubliée dans la littérature. Seules quelques données descriptives permettent de dire que l'adolescente est généralement issue d'une fratrie nombreuse, dans laquelle sa position ne semble pas jouer de rôle particulier (3).

1.3.5.4. **Une histoire de maternité entre mère et fille**

« Telle mère, telle fille » : la maternité à l'adolescence se transmettrait ainsi de mère en fille. Ce fait est souvent observé dans la pratique clinique. Bien que peu nombreuses, les données de la littérature vont dans ce sens.

Ainsi, deux études prospectives (80,81), effectuées sur de larges cohortes d'adolescentes aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, montrent que les filles de mères adolescentes ont 60 à 66 % de chance supplémentaire de devenir mère à l'adolescence que les filles de mères plus âgées. **L'âge de la première maternité chez la mère constituerait alors un *pattern* intergénérationnel de la maternité à l'adolescence**, et ceci indépendamment des autres facteurs de risque généralement associés : un bas niveau socio-économique, des difficultés scolaires et familiales, etc. Le modèle identificatoire que joue la mère pour sa fille pourrait en partie expliquer ce phénomène. Néanmoins, J. MANLOVE (81) souligne dans son étude que 80 % des filles de mères adolescentes ne répéteraient pas l'histoire de leur mère. La transmission intergénérationnelle de la maternité adolescente ne serait donc pas une fatalité (2).

1.4. **UNE REFLEXION PSYCHOPATHOLOGIQUE ECLAIRÉE PAR AMÉLIE, MAFO ET ROSA**

A la lumière des enjeux psychopathologiques de l'adolescence et de la maternité, quel sens prend alors la maternité à l'adolescence pour Amélie, Mafo et Rosa ? L'expérience de la maternité de chacune de ces adolescentes nous semble singulière. Cependant, Amélie, Mafo et Rosa se rencontrent sur certains points. L'analyse présentée ici ne prétend pas énoncer en soi « une vérité », mais nous permet d'ouvrir une réflexion autour de ces

trois récits cliniques pouvant être rencontrés dans notre pratique quotidienne. Notre réflexion s'articulera autour de trois grandes questions : Pourquoi sont-elles devenues enceintes ? Comment vivent-elles leur maternité ? Quel sens prend la maternité pour ces adolescentes ?

1.4.1. Pourquoi sont-elles devenues enceintes ?

Au regard de ces trois récits, **il est frappant de retrouver, pour ces trois adolescentes, l'expression d'un désir d'enfant antérieure à la conception.** Pour Amélie et Rosa, ce désir d'enfant est consciemment énoncé, sous forme d'un « *besoin* » ou d'une « *envie* » de bébé. Cette envie va jusqu'à prendre corps pour Rosa, qui attend pendant quatre mois que son « *ventre grossisse* », alors qu'elle n'est pas encore enceinte. D. MARCELLI (58) distingue le désir d'enfant de l'envie d'enfant. Cette dernière traduirait les défaillances des investissements et des possibilités sublimatoires de l'adolescente. Aux prises d'un lien œdipien pathologique, soit d'excitation incestueuse, soit de destructivité haineuse, la grossesse constituerait pour l'adolescente la seule issue possible pour attaquer ce lien. Pour Mafo, on parlera ici plutôt d'un désir d'enfant que d'une envie d'enfant. En effet, en s'exprimant au cours du rêve, ce désir semble appartenir au registre fantasmatique. Il est également intéressant de noter le contexte ethno-culturel dans lequel survient ce rêve. Dans ce rêve prémonitoire de Mafo, on assiste à un retour des Ancêtres, celui de la grand-mère maternelle. En effet, au cours de la grossesse en Afrique, les Ancêtres s'adressent aux futurs parents de l'enfant à venir par le rêve, afin d'évoquer la destinée de celui-ci.

Quand le « désir » prend corps, la décision de poursuivre la grossesse est une évidence pour les trois adolescentes. Partagées entre la satisfaction de ce désir et la « *peur* », seules, et parfois contre tous, elles refusent l'« *avortement* » et décident de poursuivre leur grossesse en dépit de ses conséquences. Toutes ont des représentations négatives de l'IVG. Par cet acte, il s'agit de « *tuer* » un enfant. Les convictions religieuses sont également à prendre en considération, Mafo refusant d'avorter car cette grossesse est une « *bénédiction de Dieu* ».

1.4.2. Comment vivent-elles leur maternité ?

L'annonce de la grossesse engendre une véritable crise familiale. Toutefois, l'ambiance familiale était loin d'être paisible auparavant, particulièrement pour Amélie ou Rosa. On retrouve alors pour ces deux adolescentes un climat de violences verbales, voire

physiques, à la maison. Projet non partagé par leur mère, la grossesse est source de nouveaux conflits, et conduit Rosa et Mafo à être exclues de leur famille.

Qu'en est-il du bébé ? Les premiers entretiens réalisés durant la deuxième partie de la grossesse correspondent à la période de latransparence psychique décrite par M. BYDLOWSKI(43). Que ce soit pour Amélie, Mafo ou encore Rosa, **le bébé imaginaire ne semble pas représenté**, ou du moins comme nous le rappelle M. BYDLOWSKI et B. GOLSE(44) ne nous est pas accessible. Toutes préfèrent ne pas imaginer l'enfant à naître par peur d'être déçues à l'arrivée de l'enfant réel. Se protègent-elles ainsi d'une déception trop grande à la naissance d'un bébé jusqu'à lors « trop » idéalisé ? Il convient également de préciser que pendant cette période de la transparence psychique, la jeune mère fait appel à sa capacité à érotiser un bon objet interne, image intériorisée des soins maternels reçus quand elle était bébé. **Or, quand dans la réalité la relation mère-fille ne se passe que dans la conflictualité, comment l'adolescente peut-elle parvenir à s'identifier à sa mère pour réinvestir narcissiquement l'enfant imaginaire ?** De plus, qu'en a-t-il été pour Amélie des premières interactions avec sa mère, mère peut-être déjà déprimée ? On doit donc prendre en compte ces considérations dans la représentation de l'enfant imaginaire pour ces adolescentes. Seuls les clichés échographiques semblent servir de support aux représentations de leur enfant à naître. Ainsi, ils viendraient matérialiser cet objet interne qui a pris corps avec l'apparition des premiers mouvements fœtaux.

Les seconds entretiens sont quant à eux effectués durant la période de la préoccupation maternelle primaire décrite par DW. WINICOTT(45). Malgré leur angoisse de ne pas arriver à s'occuper d'un enfant, toutes les trois font preuve d'habileté en matière de maternage et « *se débrouillent plutôt bien* ». **Amélie, Mafo et Rosa parviendrait à cet état de préoccupation maternelle primaire.** L'âge ne présumerait donc en rien de leurs compétences maternelles. Mafo énonce ainsi, comme D. SIBERTIN-BLANC (65), qu'« *il n'y a pas d'âge pour être mère* ».

Nous ne disposons pas ici d'élément permettant d'évaluer la qualité des interactions entre ces jeunes mères et leur enfant ; ceci ne faisait pas l'objet de notre travail. Toutefois, nous pouvons noter que Titouan, Nihahsah et Emma sont des bébés « *calmes* » selon les dires de leur mère. Ils pleurent peu et font rapidement leurs nuits. S'agit-il d'un simple fait du hasard ou de premiers signes de souffrance de ces bébés face à l'instabilité de leur environnement ? Nous ne pouvons y répondre, mais il convient d'y être attentif, ces signes étant suffisamment discrets pour passer inaperçus, comme le note JD. OSOFSKY(66). Bien que ces bébés paraissent de bonne constitution, ils peuvent néanmoins être vécus comme

persécuteurs. Ainsi, Amélie, qui passe ses journées,seule, avec son bébé, décrit des moments où elle devient « *folle* », ne pouvant plus supporter les pleursde son enfant. Bienheureusement pour ce dernier, Amélie trouve des ressources pour se protéger et protéger son enfant.

Qu'en est-il de la place du père ? Amélie, Mafo et Rosa sont en couple avec des hommes plus âgés, en moyenne de trois ans. Tous semblent être encore dans la période d'adolescence, du moins Basma et Miguel. Matthieu,quant à lui, semble être plus autonome, vivant hors du domicile parental et travaillant depuis plusieurs années. Ces « pères » n'ont été que peu, voire pas associés au désir d'enfant de leur partenaire. Tous les trois ont néanmoins concédé à assumer la poursuite de cette grossesse. Quelle place tient alors l'altérité dans le désir de ces trois adolescentes ?

La grossesse survient rapidement dans l'histoire de ces jeunes couples, quelques mois après leur rencontre. Amélie parle de « *coup de foudre* », Rosa parle de « *grand amour* ». **Tout se passe dans l'urgence, comme si elles n'avaient pas pris le temps de la découverte d'un nouvel objet d'amour susceptible de prendre la place de l'objet d'amour œdipien, c'est-à-dire leurs parents.** Le récit d'Amélie en est tout particulièrement évocateur. En effet, le père d'Amélie semble être absent, du moins psychiquement, pour elle. Elle a le sentiment de l'avoir perdu à l'âge de ses quatre ans, période des premiers conflits œdipiens. En l'absence de triangulation paternelle, qu'en a-t-il été du complexe d'Œdipe pour Amélie ? En choisissant Matthieu, un homme plus âgé qu'elle, Amélie recherche-t-elle un substitut paternel ? Tout du moins, il est clair qu'elle cherche un homme qui la « *cadre* », un père garant de la loi. Ce bébé est alors un enfant-gage « *pour le garder* ». Fantasmatiquement, s'agirait-il d'un bébé issu du désir œdipien incestueux ? Notons qu'Amélie réalise son premier test de grossesse chez son père. Ainsi, il est frappant de constater pour ces trois adolescentes que leur propre père semble être absent. Mais en l'absence de loi, comment peut-on se forger ses propres limites en tant qu'adolescente ? Ces limites, toutes les ont trouvées à travers un « *cadre* » contenant,posé différemment au gré de leurs expériences, comme l'incarcération pour Rosa, ou encore l'institution Anjorant pour Mafo. Toutefois, la naissance de l'enfant vient souvent menacer l'équilibre fragile de la relation entre l'adolescente et le père de l'enfant : « *ça balance* » alors au sein du couple, comme nous le précise Amélie. La distance géographique entre Mafo et Basma préserve actuellement le jeune couple de ces conflits du quotidien.

Et la mère de l'adolescente ? La maternité permet un apaisement dans les relations entre mère et fille, du moins pour Amélie et Rosa. A travers sa grossesse, l'adolescente peut

chercher à retrouver sa mère des premiers soins, la mère pré-œdipienne, dans une volonté de réparer ces défaillances. Petite fille à la recherche de maternage, elle se laisse aller à la régression, comme l'illustrent les coloriages d'Amélie. Il s'agit de la grossesse-réparation, objet de comblement des carences de l'enfance, que nous développerons lors de la prochaine question. Mais, inconsciemment, l'adolescente attaque aussi cette mère en s'appropriant son statut, la détrônant ainsi précocement de son statut de mère. Grossesse, acte de rivalité à la mère, Amélie déclare: « *je suis la seule de la famille qui décide d'avoir une grossesse avant elle* » ; ou encore plus explicitement : « *maintenant [...] c'est moi qui ait le rôle de ma mère* ». Pour Rosa, la maternité à l'adolescence s'inscrit dans l'histoire familiale. Elle sera donc mère encore plus jeune que sa propre mère. La mère de Mafo, quant à elle, se tient à distance de la maternité de sa fille.

La maternité est vécue comme une expérience positive par Amélie et Rosa. Avec quatre années de recul, Rosa ne regrette pas sa grossesse : il s'agit d'une « *super expérience* ». L'« *amour* » reçu de l'enfant vient alors compenser les épreuves passées. Pour Mafo, il semble en être autrement. Le vécu de la grossesse est plus douloureux, frappé du sceau de la solitude : « *j'ai pas aimé la grossesse...* ».

1.4.3. Quel sens prend la maternité pour ces adolescentes ?

Deux axes psychopathologiques dégagent de ces récits. La maternité d'Amélie et de Rosa pourrait s'envisager selon l'axe du narcissisme. Celle de Mafo s'intégrerait davantage dans l'axe que nous avons nommé pubertaire, où les capacités procréatrices sont questionnées.

Ainsi, pour Amélie et Rosa, **la maternité s'envisage comme un objet de comblement aussi bien des carences de l'enfance, que des pertes liées à l'adolescence** : « *je veux mon bébé* » pour Amélie, « *j'ai besoin d'avoir un enfant* » pour Rosa. Il est vrai que le processus d'adolescence va mettre à rude épreuve les assises narcissiques de ces jeunes filles. Vulnérables sur le plan narcissique, ces adolescentes auront du mal à tolérer la perte et le manque, et n'auront souvent pas d'autres choix que d'agir à travers des conduites, bien souvent transgressives, pour lutter contre la menace dépressive. Suite à sa première IVG, la perte de cet objet de comblement, que constitue la grossesse, se traduit pour Amélie par un effondrement narcissique.

De plus, l'avènement de la génitalité produit une véritable « *explosion* » dans le psychisme d'Amélie et Rosa, que seule la grossesse semble pouvoir arrêter. Envisagée dans le sens de O. NICOLLE(50), la grossesse serait ainsi une défense contre le processus d'adolescence : « *la grossesse, ça m'a stoppée [dans mes bêtises]* », selon Rosa. Amélie ne souhaite pas répéter l'adolescence de sa demi-sœur. En se concentrant sur leur grossesse, Amélie et Rosa se protègent alors du feu de leurs pulsions pubertaires, mais à un prix, celui de leur adolescence. Dans cette « *bulle* » nouvellement constituée par la maternité, Amélie et Rosa ne peuvent plus s'identifier à leurs pairs. Le quotidien reste centré sur la naissance à venir. Toutefois, pour Rosa cet effet « protecteur » ne semble avoir duré que le temps de la grossesse, comme en témoignera plus tard son incarcération.

Pour Mafo, la maternité, ou plutôt la grossesse, s'envisage comme une vérification de sa capacité procréatrice. Quelques mois auparavant, la survenue d'une salpingite ne fait que renforcer ses craintes concernant sa fertilité. Ainsi, seule la grossesse semble la rassurer car elle n'a « *aucun problème finalement* » de fertilité. Mafo ne semble pas vivre l'avènement de la puberté, comme Amélie et Rosa. Elle souhaite tout particulièrement concilier son double rôle de mère et d'adolescente, c'est-à-dire « *vivre [sa] vie de jeune fille ... et [sa] vie de mère* ». La grossesse ne doit pas venir entraver ses projets d'adolescente, comme les sorties entre copines ou la scolarité.

Notons que la maternité ne survient pas au même âge pour ces trois adolescentes. En effet, Amélie et Rosa ont tout juste quinze ans lorsqu'elles deviennent enceintes. Bien que Mafo n'ait qu'une année et demie de plus, nous pouvons penser qu'elle n'en est pas au même stade de développement psychoaffectif qu'Amélie et Rosa. Le processus d'adolescence serait déjà bien amorcé pour Mafo, quand survient sa grossesse.

L'investissement de la scolarité illustre particulièrement cette question. En effet, au cours de l'adolescence ces jeunes filles vont pouvoir à travers la stabilisation de l'Idéal du Moi investir notamment le champ de la connaissance, en déplaçant l'agressivité issue de la relation œdipienne directe vers celui-ci. Pour se faire, les conflits œdipiens doivent être élaborés. Ainsi, Mafo, bonne élève, investit sa scolarité et ce d'autant plus depuis sa maternité. A l'inverse, la scolarité n'est pas l'objet d'investissement pour Amélie et Rosa, et ceci même avant la grossesse. **Tout se passe comme si la réussite scolaire n'était pas vécue comme un équivalent pénien.** Aux prises de la conflictualité œdipienne, comment ces adolescentes peuvent-elles investir le champ de la connaissance ? Rien n'est joué pour autant, Rosa a repris une scolarité quelques années après sa grossesse. La relation avec la scolarité pourrait ainsi s'effectuer avec le bébé. L'adolescence aurait ainsi repris ses droits.

Amélie, Mafo et Rosa à travers leur rencontre nous offrent un éclairage précieux sur ce que peut constituer la rencontre du processus de la maternité et de l'adolescence. Comme nous venons de le voir, il n'y a pas une rencontre, mais une pluralité de rencontres possibles : « *chaque adolescente vit son expérience différemment* », énonce Rosa. Néanmoins, **certains axes de compréhension psychopathologique ont pu être dégagés, particulièrement autour de la polarité narcissique.** Cette lecture psychodynamique n'a pas pour but de « psychiatriser » la situation de la maternité à l'adolescence, et n'aura d'intérêt que pour nous guider, au quotidien, dans l'accompagnement de ces adolescentes. Dans la prochaine partie, nous retrouverons Amélie, Mafo et Rosa, qui guideront notre réflexion sur l'accompagnement et le soin de la maternité à l'adolescence.

IV. ABORDS THERAPEUTIQUES DE LA MATERNITE A L'ADOLESCENCE

Aux vues des enjeux psychopathologiques, nombreuses sont les adolescentes qui bénéficient d'un accompagnement dans l'avènement de leur maternité. Toutefois, cette rencontre avec le soin ne se fait pas sans heurt, tant du côté de l'adolescente que du côté des soignants. Dès lors, comment parvenir à accompagner la « mère adolescente », mais également les soignants convoqués ? Quelles places peuvent tenir le bébé, le père et la famille de l'adolescente dans cet accompagnement ? Qui va se charger de cette complexe mission ?

En définissant d'abord les enjeux du soin dans la maternité à l'adolescence, nous tenterons ensuite de dégager les différentes dimensions de cet accompagnement, aussi bien sanitaires que psychologiques et sociales, à partir de l'expérience nantaise du réseau de soins en périnatalité.

1.1. QU'EST CE QUE LE SOIN ?

Selon le philosophe F. WORMS (82), le « *soin* » se définit comme « *toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela par égard pour cet être même* ».

Ainsi, le soin implique deux dimensions, celle de soigner quelque chose, une souffrance, mais aussi celle de soigner quelqu'un dans une dimension relationnelle. Cette double dimension du soin se retrouve dans la « *relation parentale* », où cette relation consiste non seulement à répondre aux besoins organiques du nouveau-né (porter, nourrir, laver, etc.), mais aussi à lui adresser des soins comme à un être individuel. **Le soin pourrait alors être conçu comme étant à l'origine de la subjectivation, amenant par la suite le sujet à entrer dans toute autre relation de soin, c'est-à-dire capable d'être soigné et de se soigner**(82).

Dans les maternités adolescentes, cette double dimension du soin a bien souvent été défaillante, voire absente, dans l'histoire de ces jeunes filles. L'enjeu du soin va donc être d'amener l'adolescente et l'enfant à devenir sujet, à travers cette double dimension du soin « concret » et « relationnel ». Dès lors, le soin est l'affaire de tous les professionnels convoqués par la maternité à l'adolescence, et non seulement celle des « thérapeutes de la relation ». « *Prendre soin, c'est à la fois se relier les uns aux autres, de manière individuelle, expressive, globale, et s'absorber dans le détail minutieux de la chose, avec le dévouement technique mis à la préserver de la dégradation !* », d'après F. WORMS (82).

1.2. QUELS SONT LES ENJEUX DU SOIN DANS LA MATERNITE A L'ADOLESCENCE ?

1.2.1. Le soin de la mère et de l'adolescente

1.2.1.1. La mère adolescente : d'abord mère ou d'abord adolescente ?

La rencontre de la maternité et de l'adolescence nous renvoie souvent à un paradoxe. En effet, on estime souvent que l'adolescente est trop jeune pour s'occuper d'un enfant et on la renvoie donc à ses préoccupations d'adolescente. A l'inverse, on considère parfois qu'elle est mère avant tout et qu'elle doit donc remplir son devoir de mère. Ainsi, le juste équilibre est bien souvent difficile à trouver entre ces deux positions, comme nous le souligne J.-P. DESCHAMPS (12).

De nombreux auteurs s'accordent à dire que **la jeune mère est une adolescente avant tout, et qu'elle conserve ainsi les besoins de toute adolescente**. L'adolescence ne doit donc pas s'arrêter aux portes de la maternité. Ainsi, F. MOLENAT (83) propose de considérer la mère adolescente comme une « *mère potentielle* », parfois pour plus tard, et de lui offrir un espace-temps favorable pour développer ses besoins personnels ainsi que les représentations en lien avec son bébé.

Pour A. KONICHEKIS (60), la particularité du soin thérapeutique auprès de ces jeunes mères sera d'accepter « *le paradoxe que la jeune adolescente peut être mère, à condition de pouvoir aussi cesser de l'être* ». Ne pas tenir compte de leur adolescence amène les équipes de soins à considérer ces jeunes mères comme de mauvaises mères, délaissant leur enfant. Ainsi, elles auront à prendre en compte les particularités du processus d'adolescence, avec son cortège de provocations, d'imprévoyances et de sentiment de toute puissance, dans l'accompagnement de la jeune mère (76). La considérer comme adolescente permet alors d'accepter ce que l'on n'admettrait peut-être pas d'une mère plus âgée. Il faudra donc faire preuve de souplesse et d'adaptation pour permettre à la jeune mère de vivre ses expériences d'adolescente nécessaires à sa construction, tout en veillant à ne pas se substituer à son rôle de mère. Les relais, familiaux ou institutionnels, permettront, pour un temps, que la mère redevienne adolescente (12).

La difficulté du soin va donc être de traiter ces mères adolescentes sur ces deux fronts souvent contradictoires : d'une part au niveau de leur identité de mère, enjeu de leur maternité ; d'autre part au niveau de leur identité de femme, enjeu de leur adolescence. Toutefois, l'adolescence et la maternité, par la réactualisation des conflits infantiles, constituent des périodes propices pour des remaniements identificatoires. P. JEAMMET (34) montre combien l'adolescent a besoin des objets externes, ici le soin, pour jouer les rôles d'organisateur de son monde interne, aboutissant ainsi à la constitution d'un espace psychique élargi, et de différenciateur d'imagos. Ceci ne pourra se faire qu'au prix d'un travail psychothérapeutique, souvent long et difficile aux vues de ces histoires (43,65).

1.2.1.2. A-t-elle des compétences maternelles ?

Comme nous le rappelle D. SIBERTIN-BLANC (65), **être une mère à l'adolescence ne présage pas de ses qualités maternelles** : « *les mères adolescentes n'ont pas moins de don que d'autres pour devenir des mères « suffisamment bonnes », mais parce que des circonstances se conjuguent alors souvent pour en empêcher le déploiement* ». Toutefois, il convient de prendre en compte le niveau de développement psychoaffectif de l'adolescente, celui-ci influant étroitement sur ses compétences maternelles (1).

Ces jeunes mères, au narcissisme souvent fragilisé, craignent d'être jugées comme de mauvaises mères par leur entourage, mais aussi par les équipes de soins qui les accompagnent. Ces craintes viennent alors réveiller des fantasmes de rapt d'enfant, qui ne favorisent pas l'alliance thérapeutique avec les soignants. Cependant, ces craintes font

parfois écho avec une réalité vécue au quotidien. **Leur jeune âge les plaçant au centre de tous les regards, les exigences attendues en matière de maternage par les professionnels seront souvent plus importantes pour ces jeunes mères qu'elles ne pourraient l'être pour des mères plus âgées.** Les équipes de soins sont ainsi perçues comme disqualifiantes, voire persécutrices par la jeune mère. Ceci s'illustre notamment à la crèche, où l'auxiliaire de puériculture, par sa fonction maternante, pourra être perçue comme une véritable rivale, souhaitant la déposséder de son rôle de mère (84).

Pourtant ces jeunes mères, aux histoires la plupart du temps chaotiques, ne disposent souvent pas d'un environnement, notamment familial, leur permettant le plein déploiement de leurs aptitudes maternelles. Elles nécessitent ainsi d'être accompagnées par des professionnels auprès de leur enfant. Le tact sera alors de rigueur pour les approcher. Il convient de **souligner leurs compétences maternelles, afin de les réassurer narcissiquement dans leur rôle de mère.** Les défaillances lors des soins sont bien sûr à interroger par les professionnels, mais sans les disqualifier. Il convient le plus souvent « *d'être avec* » plutôt que « *de faire à la place* » de la jeune mère dans une position grand-parental, plutôt que parental, apaisant ainsi la rivalité maternelle (85). De même, en se plaçant du côté du bébé, les équipes de soins seront ressenties comme moins persécutrices par la jeune mère, le bébé devenant « *l'objet transitionnel de la relation* », qui sépare et qui protège (85). Néanmoins, lorsque les défaillances maternelles sont trop importantes, il faudra recourir à la suppléance, voire à la substitution de la jeune mère. Il sera important que celle-ci, malgré ses défaillances, garde aux yeux des professionnels une valeur dans son identité de mère auprès de son enfant, afin que ce dernier puisse se construire (86).

En accompagnant et en soutenant les jeunes mères dans le développement de leurs compétences maternelles, les soignants renforcent et respectent ainsi le lien de continuité dans la relation mère-enfant(13). Il faudra savoir garder à l'esprit que celui-ci ne s'établit pas dès la naissance, mais se construit chaque jour dans la rencontre entre la mère et son enfant. **Tout le lien mère-bébé ne se joue donc pas dans les trois jours suivant l'accouchement.** Les équipes de soins devront y être vigilantes pour ne pas présager, dès la naissance, du devenir de cette mère adolescente et de son enfant. Il semble donc nécessaire de laisser du temps à la jeune mère pour cette rencontre.

1.2.2. Qu'en est-il du soin auprès du bébé ?

Le soin, dans les situations de maternité à l'adolescence, convoque la mère, mais aussi son enfant. Dans ce que S. LÉBOVICI (59) nomme le mouvement d'« *empathie* », il peut également convoquer le bébé qui est en chaque soignant...

DW. WINNICOTT (87), déjà en 1948, énonce que « *la santé mentale de l'être humain est établie dans la petite enfance par la mère qui fournit un environnement au sein duquel, dans le self du nourrisson, des processus complexes mais essentiels peuvent se dérouler jusqu'à leur terme* ». Comme nous avons pu le voir précédemment, la situation de ces jeunes mères ne permet pas toujours de garantir un environnement suffisamment stable et sécurisant, nécessaire au développement psychoaffectif de leur enfant. Ainsi, plusieurs auteurs, dont D. SIBERTIN-BLANC (65), proposent d'envisager la maternité à l'adolescence comme « **un problème de psychiatrie périnatale** », où le soin vise « *la prévention et la promotion de la santé mentale* » des bébés, mais aussi celles de leur mère dont ils sont tributaires.

Pour se construire psychiquement, le bébé a besoin de trouver dans son environnement une cohérence et une continuité suffisantes dans les soins de maternage qui lui sont apportés. Or, de par le fonctionnement adolescent de sa mère, le bébé risque d'être exposé à la discontinuité dans les soins. **A travers le soutien des compétences maternelles, et les relais possibles pour ces jeunes mères, les équipes de soins veillent à restaurer, sinon instaurer, de la cohérence et de la continuité dans les interactions mère-enfant.** B. IGERT (47) insiste sur la notion de continuité dès le début de la grossesse de ces jeunes mères, permettant ainsi d'offrir un « *contenant* » stable par rapport aux ruptures de leur vie et à leur ambivalence. La continuité des soins s'établira de l'anténatal au postnatal. Dans la même perspective, il faudra être vigilant à ne pas multiplier les intervenants autour de la mère, mais aussi de l'enfant, comme le souligne DW. WINNICOTT (87) : « *la continuité ne peut être bien assurée si trop de personnes interviennent ; et en tout cas, il y a la continuité de fait du détail tel que l'observe le nourrisson, à commencer peut-être par la vue rapprochée du téton ou du visage, avec l'odeur et les particularités de la texture, etc.* ».

Ainsi, par des soins « *suffisamment bons* », on offre à l'enfant la possibilité de se sentir « *bon* », c'est-à-dire de s'assurer une assise narcissique solide, et d'établir des liens affectifs stables et durables avec des personnes privilégiées (84). C'est en s'appuyant sur

ces liens que l'enfant pourra plus tard accéder aux apprentissages et à la pensée symbolique.

1.2.3. Quelle place peut tenir le père dans le soin ?

Comme nous l'avons exposé précédemment, la place du père auprès de l'enfant est étroitement liée à la place qu'il occupe dans la psyché de la mère, qu'il soit physiquement présent ou absent. Il vient ainsi jouer le rôle de tiers séparateur permettant à l'enfant un accès à la pensée symbolique. Or, dans certaines maternités adolescentes, le père de l'enfant ne paraît pas convoqué dans la psyché maternelle.

Tout comme la jeune mère, le jeune père, notamment adolescent, va être amené à adopter un rôle qu'il ne prévoyait pas. Ainsi, la paternité s'inscrit dans le processus d'adolescence. L'adolescent va, lui aussi, être confronté aux enjeux psychiques de ces deux processus, et être amené à les intégrer au fil de son développement. Lorsque le père de l'enfant est présent, **il paraît donc essentiel de l'associer dans l'accompagnement proposé à la mère et son enfant, afin de le soutenir dans sa paternité émergente, et l'introduire comme tiers auprès de la dyade mère-enfant**(49). Ainsi, le couple de parents est accompagné dans ses rôles et ses fonctions parentales.

Mais que faire lorsque le père, ou tout tiers, est absent ? B. GOLSE (68) mentionne que les interventions thérapeutiques précoces jouent cette fonction de tiers permettant le passage de la dyade mère-enfant à la triade, puis à la triangulation. Cette fonction pourra être assumée par plusieurs intervenants, qui joueront pour un temps le rôle de tiers substitutifs, garant du développement de la mère et de son enfant (88). **Le soin joue ici le rôle de tiers.**

1.2.4. Faut-il soigner la famille ?

F. MOLENAT et al. (86) nous rappellent que dans les sociétés dites traditionnelles, les jeunes mères et leur enfant sont pris en charge par les autres femmes du groupe familial, transmettant ainsi de mère en fille les gestes maternelles. Or, dans nos sociétés, l'environnement familial des mères adolescentes semble peu propice à cette guidance familiale.

Ainsi, **la famille elle-même doit être aidée avec pour objectif premier d'éviter une rupture de liens entre l'adolescente et sa famille** et ce, quelque soit la décision prise concernant l'avenir de la jeune mère et de son enfant. Lorsque cela sera possible, les professionnels associeront, avec l'accord de l'adolescente, la famille aux prises de décision qui la concernent(12).

Du côté de l'adolescente, on veillera à écouter la « *famille psychique* », c'est-à-dire le poids de l'héritage intergénérationnel dans la venue de cet enfant(61). Dans les situations familiales à haut risque psychique, le soin ciblera les carences infantiles de ces jeunes mères, à travers une intervention thérapeutique à domicile ou une approche de groupe parents-enfants (89). L'objectif sera ici de lutter contre les processus intergénérationnels qui induisent maltraitance et placements dans ces familles. Les professionnels, notamment du milieu socio-éducatif, concourront également à travailler les places de chacun au sein du système familial(76).

1.2.5. Le soin du côté des équipes soignantes

1.2.5.1. Les représentations des soignants

La maternité et l'adolescence constituent une double crise à laquelle l'institution, mais aussi chacun des professionnels qui la composent, vont être exposés. En effet, la maternité suscite en chacun de nous des résonances avec notre propre histoire, amenant à nous identifier, dans la compassion, à l'enfant ou à l'un de ses parents ou, au contraire, à ressentir un sentiment de rejet, voire d'hostilité à leur égard (90). Ces mouvements émotionnels seront d'autant plus forts que les professionnels seront exposés au feu de l'adolescence. « *Notre fascination pour la fécondité de la virtualité du fœtus/bébé et de l'adolescent se fige en effroi paralysant quand ces deux virtualités sont simultanées* », déclare S. MISSONNIER (91).

La maternité à l'adolescence réveille ainsi, chez chacun des professionnels, des émotions et des représentations psychiques, dont il faudra tenir compte. Certaines histoires, par leur lourdeur et leur intensité, seront pourvoyeuses d'angoisse auprès des équipes, les conduisant à poser un acte dans l'urgence, comme un retrait d'enfant. Le lien, malmené dans l'histoire familiale de certaines mères, sera souvent mis à rude épreuve, d'une part entre la mère et les soignants, d'autre part au sein même des équipes, voire entre les institutions. Le fonctionnement familial, marqué par l'identification projective et le clivage, se

rejoue alors dans l'institution. Les repères habituels des soignants sont ainsi attaqués par le fonctionnement de ces familles les semant dans une véritable confusion psychique, voire sidérant leur pensée (61,85).

Il est donc indispensable de repérer les mouvements émotionnels et les représentations psychiques soulevés chez les professionnels et dans l'institution par la maternité à l'adolescence. En effet, ils peuvent être à l'origine, chez les soignants, de contre-attitudes auprès de la mère et de l'enfant, amenant l'institution à répéter ce qu'elle tentait pourtant d'éviter à son corps défendant.

1.2.5.2. Quelle place pour le pédopsychiatre ?

Le pédopsychiatre, le psychologue, n'est pas moins exposé que ses collègues aux représentations psychiques que la maternité adolescente peut susciter en lui. Néanmoins, il se doit, par un effort continu d'analyse de ses affects, de maîtriser ses contre-attitudes envers les jeunes mères, mais aussi ses collègues.

Seul un travail institutionnel semble pouvoir protéger des turbulences que suscitent certaines maternités adolescentes. Le pédopsychiatre trouve ici toute sa place en assumant « *les fonctions de pare-excitation, de contenance et de mise en sens, travail qu'il exerce auprès des patients, mais surtout auprès des collègues sur la scène institutionnelle et notamment dans ses interstices* », selon L. ALVAREZ et al. (90).

Le pédopsychiatre est alors amené à effectuer un travail de liaison entre les jeunes mères et les soignants, mais aussi entre les soignants eux-mêmes ; il devient alors le « *thérapeute du lien* »(86). Pour M. BYDLOWSKI(39,41), ce travail de psychiatrie de liaison débute à la maternité, auprès des équipes de soins, interlocutrices naturelles de ces jeunes mères. Le pédopsychiatre, outre ses connaissances théoriques, devra faire preuve de capacité de travail en équipe, sur un terrain médical qui n'est pas le sien. Il est alors contraint à une pratique inventive, à une grande flexibilité thérapeutique, et à un langage compréhensible auprès de ses collègues. A travers ses interventions, il visera à provoquer des paroles, là où souvent règne un sentiment d'étrangeté, de rejet, voire d'effroi. Ainsi, l'évocation et l'élaboration des représentations, autour de récits cliniques partagés, visent à organiser l'angoisse des équipes, et les amènent à rester bienveillantes en les protégeant d'un passage à l'acte. De plus, l'analyse des contre-attitudes des professionnels nous éclaire sur le fonctionnement de ces familles, et sur ce que sont amenés à vivre l'adolescente et son

enfant. Néanmoins, pour effectuer ce travail, le pédopsychiatre doit être reconnu par les équipes de soin, en ayant fait preuve au préalable de son investissement auprès des mères de la maternité (90).

1.3. QUI S'OCCUPE DE LA MATERNITE A L'ADOLESCENCE ?

Les travailleurs sociaux et médico-sociaux, les équipes de soins hospitalières et extra-hospitalières, ainsi que les équipes des institutions d'accueil ont la lourde tâche d'aider la jeune mère à être mère, le jeune père à être père, les grands-parents à être ni surprotecteurs ou captateurs, ni excessivement en retrait, et de permettre à la mère, ou au couple, d'être aussi des adolescents.

Nos rencontres avec les professionnels et institutions concernés par la maternité à l'adolescence illustrent la diversité de l'accompagnement et du soin possibles auprès de ces adolescentes enceintes ou jeunes mères. La réalité est trop complexe pour que l'on puisse prétendre donner « la bonne réponse ». Les besoins de l'adolescente et les conditions de son environnement façonneront le type d'accompagnement et de soin proposés.

1.3.1. Le réseau de soins en périnatalité

« Réseau » provient du mot latin *retiolus*, diminutif de *retis* qui signifie « filet ». Ainsi, le réseau de soins serait une sorte de « filet », dont les maillages seraient tissés par chacun des professionnels, autour de la mère, l'enfant, le père et la famille.

Les différents professionnels et services concernés par la maternité, l'adolescence et la petite enfance, tant du domaine sanitaire que du domaine social, sont donc impliqués. Selon les circonstances, seront convoqués de manière non exhaustive : le médecin généraliste, la sage-femme et la puéricultrice de la PMI, le pédiatre, le gynéco-obstétricien, l'assistante sociale, l'éducateur spécialisé, le médecin scolaire, le psychologue, le pédopsychiatre, etc. Dans les situations dites « à risque », tous vont être amenés à travailler ensemble en différenciant les besoins de l'adolescente, de ceux du bébé et de l'entourage.

L'intérêt d'un tel travail en réseau n'est plus à démontrer. D'une part, la continuité apportée favorise l'alliance du côté de la jeune mère, évitant ainsi les ruptures dans le soin. D'autre part, cela apporte sécurité et soutien du côté des professionnels, leur permettant alors d'échapper à la solitude et au sentiment d'impuissance face à ces situations. Toutefois, travailler ensemble n'en demeure pas toujours aisé. En effet, dans cette clinique interdisciplinaire, chaque professionnel doit penser sa propre place au regard de celles des autres, et pas seulement au regard de sa mission, afin de travailler en complémentarité et non en substitution au sein du réseau. Un langage commun doit pouvoir s'inventer. De plus, chacun des professionnels doit avoir le souci de maintenir ce fil qui les relie entre eux, sans que celui-ci ne se distende ou ne se casse, afin de veiller à la continuité des liens interprofessionnels de l'anténatal au postnatal. Dans ce cadre de la prévention périnatale, F. MOLENAT et al. (92) avancent le concept « *d'enveloppe humaine ajustée* » autour de la mère, l'enfant et la famille. **Il s'agit pour les professionnels de développer une « manière d'être ensemble » autour des situations les plus difficiles.**

Ainsi, le travail en réseau ne doit pas être « *l'apanage de spécialistes de la relation mais la mise en commun des compétences relationnelles de chacun* », écrivent F. MOLENAT et al. (92). En effet, le soin « psychique » auprès de la mère et de l'enfant n'est pas réservé au psychologue ou au pédopsychiatre, mais concerne bien tous les professionnels autour de la mère et de l'enfant. **Les équipes médicales, notamment d'obstétrique et de pédiatrie, sont ici d'une importance toute particulière dans la prévention et l'accès au soin de ces jeunes mères et de leur enfant**(90). Il est vrai que la confiance de certaines de ces mères dans les services sociaux ou psychiatriques a déjà été grevée par le passé, d'autant plus si ce sont les mêmes professionnels qui interviennent aujourd'hui. L'expérience montre que les professionnels aidant médicalement l'enfant à naître sont les mieux placés pour faire alliance avec ces jeunes mères. Un accompagnement plus « concret » sera ainsi moins menaçant et fournira dans un premier temps une sécurité matérielle suffisante, où il devient alors possible pour la jeune mère de rouvrir les chapitres douloureux de son histoire. Si nécessaire, un relais s'avère possible entre l'obstétricien ou, le pédiatre, vers le pédopsychiatre. DW. WINNICOTT (87) affirmait déjà cela en considérant que la prévention dans le domaine de la psychopathologie de la mère et de l'enfant concernait les somaticiens.

1.3.2. L'expérience du réseau de soins à Nantes

Lors de nos différentes rencontres avec les professionnels convoqués par la maternité à l'adolescence, il ressort que ce travail en réseau est « personnalisé » autour de chaque maternité. Le réseau de soins s'ajuste ainsi aux besoins de l'adolescente, de l'enfant, du père et de la famille. Nous ne détaillerons pas ici les missions de chacun, mais tenterons d'illustrer comment les professionnels peuvent constituer une « *enveloppe humaine ajustée* » autour de ces situations.

Au CHU de Nantes, l'Unité de Gynécologie Obstétrique Médico-Psycho-Sociale (UGOMPS) a pour mission d'accompagner les parentalités les plus vulnérables dans un environnement professionnel pluridisciplinaire médical, psychologique et social. L'accompagnement de l'adolescente enceinte débute généralement au sein de cette unité. Dans ce cadre, l'UGOMPS travaille en réseau ville-hôpital avec les services de pédiatrie, de gynécologie-obstétrique, de pédopsychiatrie (de liaison à la maternité et de secteur), l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger (UAED), les PMI, et les différents partenaires sociaux (ASE, PJJ, etc.). Le staff de parentalité, qui a lieu une fois par mois, est une occasion pour les professionnels d'échanger sur les situations considérées à haut risque médico-psycho-social, afin d'anticiper et de coordonner au mieux le soin de la jeune mère et de l'enfant pendant et après la grossesse.

Par ses liens intra-institutionnels, mais aussi inter-institutionnels, l'UGOMPS coordonne l'accompagnement de ces jeunes mères. L'équipe se situe aux confins de l'anténatal, grâce à ses liens avec le médecin généraliste, la sage-femme de la PMI, le centre de planification familiale, les travailleurs sociaux, etc., mais aussi du postnatal en s'articulant avec les services médico-sociaux, et si nécessaire avec les services de pédopsychiatrie de secteur. **L'approche psychologique est « gardée en tête » par les professionnels de « façon souple et non urgente ».** Ici, la place du psychologue se décline aussi bien auprès des jeunes mères, qu'auprès des équipes de soins. Ainsi, un tel dispositif de soin permet d'établir pour chacune de ces jeunes mères un sentiment de continuité et de cohérence pour faire obstacle au vécu fréquent de leur solitude (93).

Une vigilance toute particulière est portée sur les mineures enceintes âgées de moins de 15 ans, ces grossesses survenant bien souvent dans un contexte de violences sexuelles et de maltraitance. Cette question de la possibilité d'un inceste ou d'un viol ne peut être éludée. **Ainsi, toute grossesse chez une adolescente âgée de moins de quinze ans bénéficie d'une évaluation médico-psycho-sociale à l'UAED.** L'adolescente sera accompagnée par

une équipe pluridisciplinaire dans son souhait de poursuivre ou non cette grossesse. Un protocole « *Grossesse d'une adolescente de moins de 15 ans : accueil et accompagnement* » est garant du cadre de soin, souvent mis à mal dans ces situations (94).

1.3.3. Du soin spécialisé en pédopsychiatrie ?

Fort heureusement, la maternité à l'adolescence n'implique pas forcément un soin en pédopsychiatrie. Néanmoins, le narcissisme de ces mères déjà bien souvent fragilisé, le sera d'autant plus avec l'avènement de l'adolescence et de la maternité.

Ainsi, le soin proposé par le pédopsychiatre de secteur et son équipe revêt différentes formes, des consultations thérapeutiques aux hospitalisations en unité mère-bébé. Il sera important d'évaluer l'indication d'un soin pour l'adolescente et l'enfant avec l'ensemble des professionnels concernés. En fonction de la situation, le suivi pourra être organisé sur un CMP pour adolescents ou sur un CMP de la petite enfance accompagnant la relation mère-enfant. Dans tous les cas, le soin s'attachera à subjectiver l'adolescente et son enfant.

Nous ne présenterons ici que des dispositifs de soins pouvant être proposés dans le cadre de troubles de la relation entre la jeune mère et l'enfant : les thérapies mère-bébé à domicile et les unités d'hospitalisation mère-bébé.

1.3.3.1. *Les thérapies mère-bébé à domicile*

Les thérapies mère-bébé à domicile s'avèrent être une approche utile lorsque la mère et son enfant sont « *inaccessibles* » aux consultations pédopsychiatriques et autres lieux de soins mis à leur disposition. **Ces interventions s'adressent en priorité aux « familles à problèmes multiples », à haut risque de maltraitance physique et psychique pour l'enfant.** Le domicile est alors un lieu familier qui rassure les mères, car elles y maîtrisent l'environnement et le thérapeute (85,95).

Aux Etats-Unis, dans les années 1970, S. FRAIBERG, assistante sociale de formation et chercheuse en développement, développe un programme de prévention des carences précoces au domicile de ces familles, afin que les « *fantômes qui hantent la chambre d'enfants* » soient débusqués. Ces interventions, d'inspiration analytique, visent à ce que l'histoire générationnelle de ces familles, marquée par la rupture des liens, ne se répète pas autour de l'arrivée de l'enfant. S. FRAIBERG relate notamment à travers le récit

de Karen, une jeune mère de seize ans et de sa fille Nina âgée de sept mois, son mode d'intervention à domicile dans une situation de maternité à l'adolescence (96).

Parallèlement, en France, M. DAVID développe avec l'aide de S. LEBOVICI une unité de soins spécialisés à domicile dans le XIII^e arrondissement de Paris. Plus tard, D. HOUZEL(97) met en place à Brest, puis à Caen, un mode de soin à domicile s'appuyant directement sur la démarche d'observation du nourrisson selon E. BICK. Actuellement, l'étude CAPEDP-Attachement, menée par A. GUEDENEY, tente de comprendre la manière dont se fait la transmission du style d'attachement dans le cadre de thérapies mère-bébé à domicile. Ainsi, M-T. CAZENAVE (85,95) rapporte le suivi thérapeutique à domicile d'une mère adolescente de dix-neuf ans, Michèle, et de sa petite fille de quatre mois, Myriam, dans le cadre de ce projet de recherche.

La thérapie est réalisée en général à raison d'une heure par semaine, à jour et à heure fixe, par le même thérapeute, au domicile de la jeune mère. Le cadre de l'intervention, garant de la sécurité du thérapeute, doit savoir rester souple. Le travail est basé sur l'observation de l'enfant et sur la relation transféro-contre-transférentielle et son évolution.

Pour A. GUEDENEY (85,95), **le maître-mot du thérapeute lors de ces interventions thérapeutiques à domicile est de « faire du lien à tout prix ! », c'est-à-dire faire du lien physique et établir un lien psychique avec ces familles.** Par sa « *position observante et soutenante* », le thérapeute vise à soutenir les liens qui se tissent ou se rompent autour de l'enfant. Il offre ainsi à l'enfant, la mère, et la famille une première expérience de continuité et de sécurité du lien, expérience fondatrice pour l'avenir de l'enfant. Néanmoins, le travail s'avère difficile, car les défenses de ces familles ne tombent pas facilement. Le thérapeute sera mis à rude épreuve, tantôt persécuteur, tantôt idéalisé par la famille. Le travail en réseau de soins sera ici indispensable, afin de ne pas reproduire, au sein des institutions, les défenses mises en place par ces familles.

La thérapie s'arrête lorsque l'enfant a trouvé la place qui lui revient et lorsque la mère suffisamment valorisée et contenue laisse tomber ses défenses trop agissantes. **En dégageant un espace intersubjectif, le thérapeute offre ainsi un espace psychique à l'enfant, la mère et la famille leur permettant de faire évoluer leur propre capacité de penser.** Il sera important à l'arrêt de la thérapie de faire le lien avec d'autres figures de remplacement et de soutien appartenant au réseau de soins.

Ce mode de soin à domicile présente tout de même ses limites. En effet, bien que l'impact thérapeutique individuel et familial soit important, les changements au sein du fonctionnement familial ne surviennent pas toujours aussi rapidement que la construction psychique de l'enfant ne le nécessiterait. Ainsi, le développement psychoaffectif de l'enfant peut se trouver tout de même frappé par la discontinuité des liens. L'intérêt de l'enfant, mais aussi de la mère, sera donc sans cesse à interroger au cours de la thérapie.

1.3.3.2. Les unités d'hospitalisation mère-bébé

Les unités d'hospitalisation mère-bébé ont pour objectifs de soigner la mère, de veiller au bon développement de l'enfant dans un contexte protégé, de favoriser l'établissement du lien mère-bébé quand cela est possible, mais aussi de mettre en place un suivi adapté pour la mère et pour l'enfant (98).

En France, les mères hospitalisées présentent généralement des troubles psychiatriques sévères (troubles psychotiques, troubles de l'humeur et troubles de la personnalité). Peu de mères sont hospitalisées uniquement pour un trouble de la relation mère-enfant sans pathologie psychiatrique avérée (98).

Dans les situations de maternité adolescente, l'expérience de N. GARRET-GLOANEC, pédopsychiatre et chef de service de l'unité d'hospitalisation mère-enfant HOME du CHU de Nantes, montre que l'existence d'un trouble de la relation mère-bébé ne semble pas être une bonne indication d'hospitalisation pour l'adolescente et son enfant. En effet, les soins dispensés pendant l'hospitalisation ont pour objectif de « *travailler sur l'identité de mère à temps-plein* », ce qui est le plus souvent « *insupportable* » pour l'adolescente, qui a besoin, comme nous l'avons vu, de vivre ses expériences.

1.3.4. Les établissements spécialisés : les centres maternels

1.3.4.1. Les missions des centres maternels

Il existe une centaine de centres maternels en France, dont une dizaine accueillant que des mineures.

Les centres maternels ont été définis par la circulaire du 23 janvier 1981, fusionnant alors les maisons et hôtels maternels. Cette circulaire énonce quatre missions pour les centres maternels :

- Rompre l'isolement des femmes enceintes et des jeunes mères ;
- Mettre les jeunes femmes en mesure d'exprimer le plus librement possible un choix quant à leur souhait de conduire ou non leur grossesse à son terme et, dans l'affirmative, de les préparer à l'accouchement en vue, soit d'une maternité, soit d'un consentement à l'adoption ;
- Apporter aux jeunes mères l'aide matérielle dont elles ont besoin ;
- Aider les jeunes mères sur un plan éducatif et psychologique en vue de leur réinsertion sociale.

L'article L222-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles réaffirme la mission de soutien psychologique et matériel de ces centres, et précise : « *sont pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance sur décision du président du conseil général [...] **les femmes enceintes et les mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique**, notamment parce qu'elles sont sans domicile. Ces dispositions ne font pas obstacle à ce que les établissements ou services qui accueillent ces femmes organisent des dispositifs visant à préserver ou à restaurer des relations avec le père de l'enfant, lorsque celles-ci sont conformes à l'intérêt de celui-ci [...]* »(28).

Il existe deux centres maternels à Nantes, le centre maternel Saint Luc, qui accueille les femmes majeures, et le centre éducatif Anjorant, qui accueille les mineures.

1.3.4.2. L'expérience du centre éducatif Anjorant de Nantes

1.3.4.2.1. La présentation du centre

Le centre éducatif Anjorant de Nantes accueille des jeunes femmes mineures et des jeunes majeures enceintes ou avec enfant(s), dans le cadre de la protection de l'enfance. Il dispose d'un agrément national de l'Aide Sociale à l'Enfance et de la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

Ce centre maternel accueille trente-trois mères et vingt-sept enfants, issus de la région grand-ouest et de la région parisienne. L'accompagnement de la maternité et de la relation mère-enfant est assuré au quotidien par une équipe pluri-professionnelle : éducateurs spécialisés, auxiliaires de puériculture, éducateurs jeune enfance, infirmière, maîtresse de maison et psychologue.

Le dispositif institutionnel permet à la relation mère-enfant de se déployer au fil du temps en tenant compte des divers aspects de leur situation singulière, tels : la contenance de l'adolescence en souffrance, l'accueil de l'enfant, la valorisation de la fonction paternelle, la continuité du lien familial et l'ouverture au social et à la culture pour que chacun puisse grandir le plus sereinement possible. **Il s'agit d'un outil médiateur à finalité éducative et soignante.**

« Réduire l'isolement affectif, soutenir un narcissisme défaillant, déculpabiliser les ressentiments, susciter de la parole, accompagner un quotidien, favoriser un environnement relationnel épanouissant, médiatiser les tensions, soutenir un idéal de vie ; nous tentons ainsi, de prendre en compte l'ensemble de la problématique paradoxale de ces jeunes familles en apportant une aide éducative dont la dimension thérapeutique contribuera, nous l'espérons, à réduire ce que nous appelons couramment la répétition », écrit D. MOULET, directeur du centre éducatif Anjorant.

1.3.4.2.2. *Le dispositif clinique institutionnel*

Le dispositif clinique institutionnel se compose des services éducatifs et de la crèche. Un projet personnalisé est contractualisé dès l'admission avec l'adolescente et son référent éducatif du centre. Il permet à l'adolescente de mieux comprendre le processus d'accompagnement éducatif à visée thérapeutique auquel elle participe, et à l'inviter à être acteur-sujet de son évolution, à réfléchir aux objectifs de son projet pour se les approprier.

Le pari de cette équipe éducative va être « de faire de la naissance de leur enfant le moyen de relancer la construction de représentations [internes de la féminité et de la maternité pour l'adolescente] » par l'intermédiaire des liens transférentiels noués au quotidien avec les professionnels, énonce P. KAMMERER (99). Ainsi, l'adolescente effectue un travail psychothérapeutique nommé « *travail éducatif* ».

Deux services éducatifs prennent en charge les adolescentes et leur enfant : le Service Educatif Interne (SEI) et le Service Autonomie Sociale (SAS).

Le SEI propose un accueil autour de deux unités de vie adaptées aux besoins des mères et des enfants. L'une est réservée à l'accueil de six jeunes femmes ayant besoin d'un accompagnement soutenu. L'autre est composée de quatorze logements individuels, respectant une forte intimité et permettant d'évaluer et de soutenir les capacités maternelles. Les objectifs prioritaires du service sont « *l'accompagnement de la maternité* » et « *l'observation et l'accompagnement de la relation mère-enfant* », autant dans le « *faire avec* » que dans le « *l'être avec* ». Le développement de la relation mère-enfant est favorisé par : le respect du rythme de vie de chacun, l'apprentissage des soins de puériculture, la responsabilisation de la jeune mère dans ses droits et devoirs, la présence rassurante et bienveillante des professionnels aux temps forts de cette relation mère-enfant (toilette, repas, coucher, sortie...), la place accordée au père si la mère le souhaite, et enfin en donnant du temps à cette relation tout en permettant à la jeune mère de poursuivre son processus de maturation. Les pères ne sont pas mis de côté. Chaque fois que possible, le centre Anjorant s'attache à favoriser la place du père auprès de l'enfant avant et après la naissance. Le maintien du lien parents-adolescente est aussi favorisé dans la mesure du possible. Le projet est de donner toute leur place aux futurs grands-parents, sans entrave au rôle de mère de l'adolescente.

Le SAS, quant à lui, sollicite et évalue les capacités d'émancipation psycho-sociale des jeunes mères hébergées dans quinze appartements individuels situés en ville et gérés par l'établissement. Il s'inscrit dans un besoin de mise en situation progressive d'autonomie afin de préparer un départ définitif du centre.

Aux services éducatifs s'associe étroitement une crèche spécialisée qui concourt à l'éveil, la socialisation et l'étayage du lien mère-enfant. L'enfant est ici au centre de l'attention. On veille ici à répondre aux besoins de l'enfant, tout en restant attentif aux désirs des mères. L'originalité de la crèche d'Anjorant est d'accueillir, jour et nuit, des enfants de 0 à 4 ans, dont les mères sont adolescentes. Devant la diversité et la complexité des attentes des jeunes mères, la crèche assure diverses fonctions : crèche multi-accueil, halte-garderie et pouponnière.

L'accueil de l'enfant est contractualisé avec la jeune mère en fonction de son projet éducatif. Le dispositif de la crèche permet à la jeune mère de vivre sa vie d'adolescente et d'accompagner son enfant dans son développement. « *La bonne santé physique et*

psychique des enfants est l'élément fondamental d'un développement harmonieux de la maternité ». Chaque enfant a une personne référente garante d'une sécurité et d'une contenance psychique. Le respect de l'enfant nécessite une équipe qui donne une continuité relationnelle et permet à l'enfant de développer ses compétences. L'équipe de la crèche va offrir à l'enfant des repères et des rites dans la journée, comme le temps des repas et des siestes, les changes, les activités et les bains. Ces moments rassurent l'enfant et l'aident à se construire. La crèche offre ainsi à l'enfant une modalité de lien sécuritaire.

La crèche participe également au soutien du lien mère-enfant, allant de la suppléance à la substitution maternante lorsque l'exercice de la fonction parentale est défaillant. L'observation objective de l'enfant et les échanges quotidiens entre les auxiliaires de puériculture et les mères concourent à soutenir et à étayer la relation mère-enfant.

Enfin, la crèche a aussi une fonction symbolique à travers la triangulation de la relation mère-bébé qu'elle instaure. Elle permet à la jeune mère de vivre les premières séparations nécessaires à toute relation. Elle accompagne également l'apprentissage du lien parental en soutenant la place du tiers, le père.

Le dispositif institutionnel, constitué des services éducatifs et de la crèche, est complété par différents services qui fonctionnent en coordination : un service interne de formation, un service social, un soutien psychologique et un service médical.

Le centre éducatif Anjorant travaille avec les différents partenaires du réseau de soins, dont les services de pédopsychiatrie pour certaines situations particulièrement difficiles, notamment de détresse psychique majeure chez certaines jeunes mères (100).

1.3.5. Le soin à l'étranger

On retrouve peu d'études dans la littérature internationale concernant l'accompagnement des mères adolescentes et de leur enfant. Parmi les nombreuses publications sur la grossesse des adolescentes, la plupart insistent sur la prévention primaire afin de réduire le nombre de grossesses chez les adolescentes ; bien peu mettent l'accent sur l'accompagnement des jeunes mères. Toutefois, dans la littérature anglo-saxonne, on retrouve deux types d'interventions thérapeutiques, évaluées, à destination des mères adolescentes et de leur enfant : **les programmes de soutien à la parentalité** (*parenting programmes*) et **les interventions à domicile** (*home visiting and emotional support*).

Les programmes de soutien à la parentalité, destinés aux parents présentant une vulnérabilité psycho-sociale, ont été développés dans les années 1960 dans les pays anglo-saxons. Il s'agit d'interventions thérapeutiques brèves, standardisées, étayées par différentes approches théoriques (comportementale, cognitivo-comportementale, systémique, etc.) (101). Divers supports peuvent être utilisés comme les groupes de parole, les jeux de rôle, la vidéo, etc. Ils se déroulent généralement sur une durée de huit à douze semaines, à raison d'une à deux heures par semaine, dans différents lieux (hôpitaux, centres sociaux, centres maternels, écoles, etc.). Les programmes de soutien à la parentalité, destinés aux adolescents, présentent certaines spécificités. Ils se consacrent davantage à favoriser l'adhésion des adolescents aux soins et à l'apprentissage des besoins développementaux de leur enfant (102).

J. BARLOW et al. (102) ont effectué récemment une méta-analyse concernant l'efficacité de ces programmes de soutien à la parentalité, individuels ou de groupe, destinés aux mères adolescentes et à leur enfant, aux Etats-Unis et au Canada. Les résultats de cette méta-analyse suggèrent que ces programmes peuvent être efficaces en améliorant la qualité des interactions mère-enfant et le développement du langage de l'enfant. La confiance en soi, le sentiment d'identité maternelle, et le développement des compétences maternelles seraient également renforcés chez la jeune mère. Néanmoins, les auteurs soulignent qu'il est difficile de tirer des conclusions valides de par l'hétérogénéité du contenu des programmes. De plus, les adolescentes intégrées dans ces types de programmes sont volontaires, et donc non représentatives des mères les plus vulnérables. Des études complémentaires, avec une méthodologie plus rigoureuse, sont donc nécessaires pour connaître la validité réelle de ces programmes destinés aux adolescentes, notamment à long terme, et en y incluant également les pères et les familles.

Comme les programmes de soutien à la parentalité, les interventions à domicile regroupent divers modes d'intervention. Ce type d'intervention s'inscrit en général dans la durée (jusqu'à deux ans après la naissance de l'enfant) et apporte un soutien sanitaire, psychologique et social, plus intensif aux jeunes parents.

D'après la revue de la littérature, effectuée par C. SWANN et al. (103), les interventions à domicile, aux Etats-Unis, auprès de mères adolescentes vulnérables diminueraient le risque de négligences et de maltraitements auprès de leur enfant, notamment en terme d'incidence de vaccination incomplète, d'érythème fessier grave, d'hospitalisation dans la première année de vie et d'abus sexuel. Néanmoins, la diversité des modes

d'intervention à domicile et le faible nombre d'études dans la littérature amènent à nuancer la validité de ces résultats, et à envisager de nouvelles recherches.

1.4. QUELLES PLACES TIENNENT L'ECOLE ET LA SOCIETE ?

1.4.1. Les Mesures de Protection de l'enfance

Compte tenu de l'incidence des facteurs sociaux, l'accompagnement social tient une place importante dans les situations de maternité adolescente. Il concerne en premier lieu les besoins fondamentaux de la mère et de l'enfant, comme l'hébergement, l'alimentation, la sécurité matérielle et affective, etc. L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) sera amenée à intervenir lorsque l'adolescente ou son enfant nécessitent d'être protégés.

1.4.1.1. Les mesures d'assistance éducative

L'ASE peut intervenir de différentes façons pour aider une adolescente enceinte ou une jeune mère, par des mesures d'assistance éducative (Action Educative en Milieu Ouvert AEMO) ou bien des placements. Les « enfants » bénéficiaires peuvent être non seulement l'enfant lui-même, mais aussi sa mère, et l'enfant à travers elle, si elle est mineure. Chaque fois que cela est possible, la séparation entre la mère et l'enfant sera évitée, en favorisant un maintien dans leur milieu actuel.

Les mesures de protection sont proposées par le président du conseil général à la suite d'une commission d'évaluation ; il faut alors que les intéressés les acceptent (les parents pour leur fille adolescente ou elle-même pour son enfant). Ces mesures peuvent également être ordonnées par le juge des enfants si « *la santé, la sécurité ou la moralité* » d'un mineur sont en danger ou « *si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social* » sont gravement compromises, sur requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public (Art. 375 du Code civil) (28).

Beaucoup d'adolescentes enceintes sont, antérieurement à leur grossesse, bénéficiaires de mesures de protection, soit dans leur famille, soit dans une famille gardienne ou un établissement. D'autres viennent sous la protection du juge. D'autres encore sont amenées par leurs parents, ou « signalées » par une assistante sociale au président du conseil général ou au juge des enfants.

J-P. DESCHAMPS soulève la délicate question des situations « *intermédiaires* » où la « *mère se désintéresse manifestement de l'enfant, ou apparaît effectivement inapte à assurer son entretien et son éducation sans danger pour lui* », et ne consent pas à l'adoption (12). Ainsi, l'histoire de carence risque de se répéter du côté de l'enfant « *balloté* » de familles d'accueil en foyers de l'enfance. L'absence de cohérence et de continuité dans l'environnement risque d'affecter le développement psychoaffectif de l'enfant. Pour autant, ceci ne rend pas la situation maternelle moins critique. Lorsque la continuité des liens et la stabilité de l'environnement ne sont plus assurées pour l'enfant, et ce malgré l'existence d'un accompagnement, la séparation de la mère et de l'enfant n'est alors parfois que la seule issue possible.

1.4.1.2. Les placements en famille d'accueil

Pour les jeunes mères qui ne peuvent rester en famille, ou qui n'en ont plus, les familles d'accueil mère-bébé, ou dites « kangourou », permettent à l'adolescente et son enfant de retrouver au sein d'une famille des « parents » et « grands-parents » auprès des assistants familiaux. Malheureusement, ces familles sont trop peu nombreuses en France. Elles nécessitent d'être formées et aidées par une équipe pluridisciplinaire afin d'accompagner au mieux les difficultés de la mère et de l'enfant.

Les professionnels auront parfois à recourir à une séparation entre la mère et l'enfant, parfois d'une durée longue, face à certaines situations rendues inextricables, où les troubles de l'un activent ceux de l'autre selon des mécanismes auto-entretenus et devenus incontrôlables(65). Ainsi, le placement en famille d'accueil de la mère et de l'enfant permettra à chacun de se protéger l'un de l'autre, pour se construire sans se détruire. Si possible, celle-ci doit être au préalable « travaillée » auprès de la mère et de l'enfant pour que la blessure infligée par la séparation ne soit pas vécue comme un handicap ou un châtement. Pour F. MOLENAT (88), **la construction d'un lien ne passe parfois que par une mise à distance douloureuse entre l'enfant et sa mère, mais qui ne peut qu'aider celle-ci à construire un véritable lien avec son enfant.**

1.4.2. La scolarité de la mère adolescente

La grossesse et la maternité ne constituent pas des contre-indications à poursuivre une scolarité pour l'adolescente. L'expérience montre que, pour les élèves, une camarade enceinte est plus le point de convergence d'une sympathie amicale qu'un objet de scandale. En effet, lorsqu'il existe des réticences, celles-ci viennent plutôt des adultes, notamment de parents d'élèves ou de professeurs.

Le médecin scolaire tient ici une place importante dans l'établissement scolaire et en dehors de l'établissement. Il est particulièrement qualifié pour faire comprendre que la grossesse n'est pas une contre-indication à la poursuite des études et que la scolarité est une impérative nécessité pour l'avenir de l'adolescente en termes d'insertion sociale.

En octobre 1975, le ministère de l'éducation a pris, pour la première fois en France, une position nette en matière de scolarité des adolescentes en situation de maternité. Dans la circulaire HABY adressée aux recteurs, aux inspecteurs d'académie et aux chefs d'établissements, parue au *Bulletin officiel de l'Education*, il invite à considérer avec attention et compréhension le cas des jeunes femmes, mariées ou non, enceintes ou mères et à leur faciliter l'accueil et la poursuite des études qu'elles désirent dans l'établissement scolaire de leur choix (12). De telles situations ne peuvent motiver ni exclusion, ni refus d'inscription. Cette disposition réglementaire concourt alors à ce que de plus en plus d'adolescentes enceintes restent dans leur cadre scolaire habituel.

La reprise de la scolarité après la naissance est hautement souhaitable, car il s'agit là d'un élément de bon pronostic familial et social. Dans les faits, cette reprise est loin d'être la règle, l'école ayant été désinvestie par beaucoup d'adolescentes. L'échec scolaire n'est alors pas étranger à la conception d'un enfant (14).

1.5. AUTRES DEVENIRS DE LA GROSSESSE A L'ADOLESCENCE

Nous ne pouvons parler de la maternité à l'adolescence sans exposer les autres devenirs possibles de la grossesse, c'est-à-dire l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

et le consentement à l'adoption. Nous ne reviendrons pas sur les aspects juridiques exposés dans la première partie.

1.5.1. L'Interruption Volontaire de Grossesse

Lors d'une grossesse, la plupart des adolescentes, soit environ deux tiers, recourent à une IVG en France. Bien que le temps soit un facteur légal important, les professionnels qui accompagnent l'adolescente doivent respecter son ambivalence et l'accompagner, en lui dispensant une information claire sur ses choix possibles et ses droits, sans porter de jugement. L'adolescente doit pouvoir envisager sereinement son avenir et prendre une décision dans les meilleures conditions, sans urgence et sans faire l'objet de pression, notamment de son entourage familial.

De manière générale, l'IVG reste une expérience douloureuse et lourde de sens, a fortiori si elle a été imposée. L'adolescente aura à effectuer un travail de deuil complexe. Elle sera exposée, sur le plan psychique, aux risques dépressifs, voire d'effondrement narcissique. Les conséquences psychologiques ne sont donc pas à négliger. « *La maternité impose sa loi, la grossesse n'est pas réversible et l'avenir de femme et de mère peut être définitivement compromis* », écrit I. MELO (52). Il convient ainsi de poursuivre l'accompagnement de l'adolescente après l'IVG, et de lui proposer si besoin un soutien psychologique (14,104).

Lorsque les délais légaux de l'IVG sont dépassés, une interruption médicale de grossesse, au motif que la grossesse met en péril grave la santé de l'adolescente, est possible dans les conditions prévues par la loi.

1.5.2. Le Consentement à l'adoption

L'abandon à la naissance, suivi du consentement à l'adoption, est parfois présenté à l'adolescente comme une autre alternative. La plupart de ces grossesses ont été jusqu'alors menées sous le sceau du déni. Découverte tardivement, les délais légaux de l'IVG sont dépassés.

Rares sont les adolescentes qui choisiront de confier leur enfant à une famille adoptive. En effet, seules quelques adolescentes, dans « *un acte d'amour* », se résolvent à une séparation consentie dans l'intérêt de l'enfant, selon C. BONNET (105). **Cela présuppose une certaine maturité de l'adolescente, où les investissements objectifs priment sur les investissements narcissiques.** Toutefois, certaines reviendront sur leur décision lors de l'accouchement ou au cours des deux mois de rétractation suivant la naissance de l'enfant. Là encore, l'accompagnement de la détresse de l'adolescente demeure capital.

1.6. COMMENT PREVENIR LES GROSSESSES A L'ADOLESCENCE ?

Sexualité et reproduction sont intimement liées. Ainsi, la prévention des maternités adolescentes s'intègre au sein des politiques publiques de prévention en matière de sexualité chez les adolescents.

Dans le domaine de la santé publique, la prévention se décline selon trois axes : la prévention primaire, secondaire et tertiaire. En ce qui concerne les maternités adolescentes, la prévention primaire a pour objectif d'informer les adolescents sur la vie sexuelle et affective, afin de les accompagner dans le début d'une activité sexuelle choisie. La prévention secondaire consiste à éviter la survenue d'une grossesse, par la mise à disposition de moyens de contraception chez les adolescents ayant une pratique sexuelle. **Quant à la prévention tertiaire, elle a pour objectif d'accompagner la grossesse de l'adolescente, sur les aspects obstétricaux, psychologiques et sociaux.** Ce dernier axe s'inscrit dans le champ de la prévention en psychiatrie périnatale à travers l'accompagnement par des structures pluridisciplinaires de la maternité à l'adolescence, dispositif que nous avons développé précédemment.

Dans les pays occidentaux, on observe des disparités dans les politiques publiques de prévention, étroitement liées au degré d'acceptation de la sexualité chez les adolescents dans une société donnée. Ainsi, les pays anglo-saxons, comme les Etats-Unis et le Royaume-Uni, misent sur une dimension moralisatrice en matière d'éducation sexuelle : les adolescents doivent être le plus longtemps possible préservés de la sexualité. Cette perception a été à l'origine de programmes d'abstinence sexuelle, dans les années 1980,

aux résultats très controversés. A l'inverse des politiques répressives, les pays d'Europe du Nord et la Suisse développent des campagnes ambitieuses d'information et de communication sur la sexualité : la sexualité est une dimension normale de l'adolescence ; les risques qui y sont liés doivent être prévenus. Ce type de politique de prévention est actuellement repéré comme le plus efficace pour prévenir les maternités précoces. La France se situe dans une moindre mesure dans ce dernier registre (7,20).

En février 2012, I. NISAND et al. (106) ont dressé un état des lieux sur l'information à la vie sexuelle et la contraception chez les adolescents en France. Ce rapport, remis à la secrétaire d'Etat chargée de la Jeunesse et de la Vie associative, énonce dix-huit propositions, dont la proposition principale est celle de la gratuité de l'ensemble des moyens contraceptifs et des préservatifs chez les mineurs. Dix-sept autres propositions ont été rendues, parmi lesquelles la constitution de ressources humaines pour l'information à la sexualité en milieu scolaire, la réorientation des campagnes médiatiques vers les parents, la responsabilisation des jeunes hommes dans la contraception, ou encore une formation à la vie affective, émotionnelle, sentimentale chez les enfants en école maternelle et primaire.

Quelque soit la politique de prévention menée pour les maternités adolescentes, il paraît illusoire de vouloir tendre vers un taux de grossesse quasi-nul. En effet, cela reviendrait à considérer la maternité adolescente comme la résultante d'un « simple accident » de contraception, et donc à nier les enjeux psychiques, mais aussi sociaux, dans lesquelles certaines de ces maternités s'inscrivent. Ainsi, outre une information à la vie sexuelle et à la contraception, il faut aider ces adolescentes « *à tolérer l'attente, leur parler de l'enfant à venir, leur permettre d'y penser* » en les accompagnant, écrit R. DE TOURNEMIRE (20).

1.7. LE SOIN PARTAGE PAR AMELIE, MAFO ET ROSA

L'avènement de la maternité pour Amélie, Mafo et Rosa ne s'est pas fait sans heurt. Les difficultés rencontrées par ces trois adolescentes ont convoqué les professionnels du champ médical, social et psychologique. Ainsi, tous ont eu à travailler ensemble pour accompagner, au mieux, Amélie, Mafo et Rosa dans leur maternité adolescente. Notre réflexion se penchera ici sur l'expérience du soin pour ces jeunes filles. Deux grandes

questions se posent alors à nous : Quel soin pour ces mères adolescentes ? Qu'attendent-elles du soin ?

1.7.1. Quel soin pour ces mères adolescentes ?

Comme nous l'avons précédemment exposé, il n'existe bienheureusement pas « un soin » de la maternité à l'adolescence. **L'expérience du soin se fera ainsi autour de la situation singulière de ces adolescentes.** Considérées comme des situations dites « à risque », Amélie, Mafo et Rosa nécessitent un accompagnement pluri-professionnel. Le réseau de soins trouve ici toute sa place. Ces adolescentes nous illustrent la diversité du maillage de soins tissé autour d'elles, leur offrant ainsi une expérience de cohérence et de continuité. L'étendue de ce réseau dépendra des besoins de l'adolescente et de son enfant. On retrouve ainsi, pour Amélie, Mafo et Rosa, les intervenants du réseau de soins nantaisconvoqués habituellement par la maternité à l'adolescence, comme l'UGOMPS, le centre éducatif Anjorant, la PMI ou encore l'ASE. D'autres feront leur apparition pour certaines situations, comme le pédopsychiatre de secteur pour Amélie, ou encore la PJJ pour Rosa.

Ces trois adolescentes sont en recherche d'un cadre, qui fait limite et contient. Néanmoins, il sera rester souple. Ainsi, les équipes de soins auront à faire preuve d'adaptation face au fonctionnement adolescent de ces jeunes filles. Pris dans son sens étymologique de « filet » (*latin : retis*), le « réseau » illustre bien ici cette contenance et cette souplesse dont devront faire preuve chaque soignant au quotidien. Pour un temps, la sage-femme de PMI se rendra donc, hors de son secteur, pour rencontrer Amélie au domicile de Matthieu, son compagnon. De même, la psychologue de l'EPM devra accepter les rendez-vous manqués de Rosa au CMP. **Il ne s'agit pas ici pour les soignants d'être trop « laxistes », mais plutôt de faire preuve d'adaptabilité pour qu'un lien de confiance se tisse avec ces jeunes filles.**

L'abord du soin psychique n'est pas évident pour ces adolescentes, et peut-être de manière plus générale pour tout adolescent. Néanmoins, **lorsque cela s'avère nécessaire, on voit combien le lien préalablement tissé avec les équipes de soins, notamment obstétricales, pourra les conduire à la rencontre du psychologue ou du pédopsychiatre.**

Dans la situation d'Amélie, le travail coordonné entre le médecin généraliste, la sage-femme de la PMI et les professionnels de l'UGOMPS, l'amènera à rencontrer le

pédopsychiatre du CMP pour adolescents. Sans cet investissement préalable de son suivi obstétrical, la rencontre entre Amélie et le pédopsychiatre n'aurait sans doute pas été possible, ou alors plus tardive. Malgré tout, il lui reste difficile d'investir ce nouvel espace de soin, témoignant peut-être de ses difficultés à investir son propre fonctionnement psychique. On peut alors se poser la question si Amélie n'investirait pas davantage un travail psychique centré sur les interactions mère-enfant, elle qui semble avoir une identité de mère excluant son identité d'adolescente. Amélie, quant à elle, explique l'interruption du suivi au CMP par le fait que de nombreux intervenants sont déjà présents autour d'elle : il y a déjà « *plein de monde* ».

Pour Rosa, c'est le temps de l'incarcération qui l'amènera à rencontrer la psychologue. Dans ce cadre « contraint » et contenant, il lui semble alors possible de commencer à réinvestir sa vie psychique sans être trop menacée dans son identité. Elle déplore alors que cette contrainte ne lui ait pas été imposée plus tôt, mais reconnaît toutefois que plus jeune, lors de sa grossesse, elle trouvait que « *ça ne servait à rien* ». A ce jour, Rosa continue ce travail psychique et expérimente une modalité de lien sécurisée avec sa psychologue, toutefois toujours « encadrée » par les éducateurs de la PJJ. Bien qu'elle ne vienne pas à tous ses rendez-vous, le lien perdure.

Enfin, pour Mafo « *tout va bien* », elle ne bénéficie donc pas d'un accompagnement psychologique.

A l'issue de ces histoires, une question se pose : **Lorsque le soin psychique est nécessaire, qui accompagne-t-on ? L'adolescente ou la jeune mère ?** De cette place dépendra l'orientation vers les services de pédopsychiatrie de secteur centrés sur l'adolescence ou les interactions précoces mère-enfant.

1.7.2. Qu'attendent-elles du soin ?

Il nous semble intéressant de mettre en perspective les attentes de ces jeunes filles, qui ne sont pas si éloignées comme nous allons le voir, de celles des soignants.

Au risque de nous répéter, nous ne développerons pas ici la notion du « cadre » recherché par ces trois adolescentes à travers leur accompagnement.

Tout d'abord, Amélie et Mafo nous soulignent le temps d'attente trop long lors des consultations médicales au CHU. Nous ne nous attarderons pas sur ce point, témoin de leur temporalité adolescente ou objet d'une réalité...

Mafo demande aux soignants davantage d'« *indulgence* » à l'égard des mères adolescentes. En effet, **les exigences attendues par les soignants ne devraient pas être aussi élevées que celles attendues pour des mères plus âgées**. Ainsi, l'infirmière va « *s'énerver* » devant les hésitations de la jeune mère. Parfois, ce sont les « *regards* » des professionnels, qui seront polarisés sur l'adolescente et son bébé, dans l'attente de la défaillance à venir. On peut donc s'interroger sur la manière dont ces mères perçoivent les propositions qui leur sont faites, mais aussi sur le regard que portent sur elles les professionnels des équipes soignantes et sociales. Sommes-nous toujours soignants ? Ainsi, prenons garde aux contre-attitudes, que ces adolescentes suscitent en chacun de nous, pour garder notre sens du soin.

Ainsi, Mafo attend une transmission de ses aînées en matière de maternage : des « *recettes de grand-mère* ». Ici, en référence aux sociétés dites traditionnelles, les gestes de maternage se transmettraient de mère en fille, comme nous le rappellent F. MOLENAT et al. (86). **Plutôt que de se substituer, il faudrait plutôt veiller à suppléer si nécessaire**. Mafo, éloignée de sa mère, trouve dans l'institution Anjorant cette guidance maternelle, notamment auprès des auxiliaires de puériculture de la crèche. Amélie, quant à elle, peut solliciter sa mère et sa demi-sœur sur les questions de maternité. Elle n'hésite cependant pas, quand le besoin se fait pressant, à appeler la sage-femme de la PMI ou les urgences gynécologiques du CHU pour temporiser ses angoisses.

Tout en apprenant à s'occuper d'un enfant, Rosa attendait qu'on lui apprenne « *à devenir une femme* », c'est-à-dire à grandir. **Pour grandir, Mafo et Rosa ont trouvé les relais nécessaires pour vivre leurs expériences adolescentes**. Mais pour Amélie, la question se pose. La mise en place récemment d'une TISF à domicile pourrait y contribuer. La crèche ne peut pas être pour l'instant envisagée : « *c'est trop dur de se séparer* ». Seule la perspective de « *craquer* » pourrait lui faire envisager de trouver des relais de temps en temps.

Mais pour grandir, il faut faire l'expérience de la sécurité et de la continuité, ce que nous souligne Mafo. En effet, prenant l'exemple de son séjour à la maternité, elle insiste sur le manque de continuité, entretenu par la pluralité des soignants et de leur discours, auprès d'elle et de son enfant. Comment peuvent-elles alors s'y retrouver ?

Peut-être trop souvent oubliée, Amélie, Mafo et Rosa nous rappellent également l'importance d'accompagner leur entourage. Ainsi, Rosa insiste sur le fait que c'est le

« *couple avec l'enfant* » qui doit être accompagné. En effet, cette réalité du tiers n'est pas si facile à établir ou à maintenir. Pourtant, **pour que le père ait une place auprès de la mère, il est nécessaire qu'il commence à tenir une place dans notre esprit.** Il paraît alors essentiel d'associer ce père en devenir dans l'accompagnement proposé à la mère et son enfant. Soutenu dans sa paternité émergente, il peut alors s'introduire comme tiers auprès de la dyade mère-enfant.

Quant à la famille, Mafo énonce avec douleur l'absence de la sienne. Il convient donc de ne « *pas prendre la place des familles* » auprès des adolescentes, mais de les soutenir et de les accompagner, quand cela est possible, vers un maintien ou une reprise des liens familiaux.

A travers le temps de la rencontre, Amélie, Mafo et Rosa nous amènent à penser notre fonction soignante. **Le soin, dans sa dimension relationnelle, a ici pour vocation de conduire ces adolescentes sur le chemin de la subjectivation,** c'est-à-dire à « *murir* » pendant que leur enfant grandit, comme le demandait Rosa. Mais le chemin se trouve parfois long et périlleux pour ces adolescentes, et pour nous-même. Ainsi, c'est à travers le partage de nos compétences soignantes, auprès des mères adolescentes, mais aussi au sein de nos institutions, que nous parviendrons peut-être à les guider à travers l'expérience du soin.

CONCLUSION

Au cours du xx^e siècle, le regard social change sur la maternité à l'adolescence. L'avènement des moyens contraceptifs, dissociant la sexualité de la reproduction, permet dès lors de repousser le projet d'enfant. Ainsi, chiffres à l'appui, de moins en moins de grossesses surviennent chez les adolescentes. Pourtant, les inquiétudes persistent. Après avoir encouru des risques médicaux, ces adolescentes, désormais « vulnérables », sont soumises à des risques psycho-sociaux. Leur fertilité doit être maîtrisée. Toutefois, des maternités à l'adolescence persistent, que seule leur présumée ignorance, en matière de contraception, ne peut expliquer.

Il faut donc se pencher sur les motivations plus inconscientes de ces adolescentes concernant la maternité. En effet, le processus d'adolescence amène la jeune fille à revisiter et à s'appuyer sur ses images de l'enfance pour se tourner vers de nouveaux objets. Or, pour certaines adolescentes, au narcissisme déjà fragilisé, la conflictualité psychique est telle que celui-ci en est menacé. La maternité est alors, par une mise en corps, une des seules issues possibles. Ainsi, avec l'avènement de la maternité, le projet narcissique d'enfant prime sur le projet objectal de l'adolescente, pourtant enjeux de son adolescence et de sa maternité.

Dans cette configuration, le bébé et le père de l'enfant trouveront difficilement une place. Au niveau familial, l'ordre symbolique des générations reste même parfois inchangé, plaçant la famille dans la confusion des rôles et des places de chacun. Pourtant, dans cet environnement relevant parfois du chaos, le bébé, mais aussi sa mère, auront à se construire.

Le soin, dans le champ de la prévention tertiaire, a ici toute sa place. Mais, l'accompagnement s'avère souvent complexe et difficile. Travailler en réseau de soins est alors indispensable. Les professionnels, soumis au feu de l'adolescence, auront à soutenir les liens entre l'adolescente, mère en devenir, et son enfant. Le père de l'enfant, ainsi que la famille de l'adolescente, devront être aidés. Par ses éclairages psychopathologiques, le pédopsychiatre concourra à soutenir l'adolescente et les professionnels, afin de maintenir le lien. Il sera lui-même en retour éclairé par l'expérience clinique auprès de ces jeunes mères, comme nous en ont témoigné Amélie, Mafo et Rosa. Soigner sera conduire chacune et chacun sur le chemin périlleux de la subjectivation.



Les trois âges de la femme – Gustav KLIMT (1905)

BIBLIOGRAPHIE

1. FLANAGAN PJ, MCGRATH MM, MEYER EC, GARCIA COLL CT. Adolescent development and transitions to motherhood. *Pediatrics*. 1995;96(1):273-7.
2. CHARBONNEAU J. La maternité adolescente : une histoire de relations entre mères et filles. *Rev. can. psycho-éduc.* 2001;30(1):93-117.
3. AUBRY C, SCHWEITZER M, DESCHAMPS J-P. Désir d'enfant et grossesse dans l'adolescence. *Arch. fr. pédiatr.* 1988;45(10):845-9.
4. LETENDRE R, DORAY P. Expérience de la grossesse à l'adolescence. *Adolescence*. 2003;(46):693-712.
5. DE LUCA BARRUSSE V. Une histoire des maternités d'adolescentes depuis le XIXe siècle. *Maternités adolescentes en France et dans le monde : compte-rendu de la 3^{ème} journée humanitaire sur la santé des femmes*, 4 mars 2011. Paris: Gynécologie Sans Frontières; 2011. p. 11.
6. Observatoire régional de santé Pays de la Loire. Baromètre santé jeunes 15/25 ans - Vie affective et sexuelle, contraception et prévention des infections sexuellement transmissibles. Nantes: ORS Pays de la Loire; 2012.
7. Centre d'analyse stratégique. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? La note d'analyse. 2011;226.
8. Observatoire régional de santé Pays de la Loire. La santé observée dans les Pays de la Loire. Nantes: ORS Pays de la Loire; 2012.
9. Observatoire régional de santé Pays de la Loire, Réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble » Pays de la Loire. Périnatalité dans les Pays de la Loire. Tableau de bord d'indicateurs. Mise à jour octobre 2011. Nantes: ORS Pays de la Loire; 2011.
10. LE DEN M. Les indicateurs des grossesses à l'adolescence en France. Enjeux et modalités de leur mobilisation dans la mise en place d'une politique de prévention. *Sci. soc. santé*. 2012;30(1):85-102.
11. UNICEF. A league table of teenage births in rich nations. Florence, Italy: United Nations Children's Fund, Innocenti Research Centre; 2001.
12. DESCHAMPS J-P. Grossesse et maternité chez l'adolescente. Paris: Centurion; 1976.

13. BETTOLI L. Parents mineurs : la grossesse, facteur de maturation pour les jeunes parents ? Quels risques comporte-t-elle ? Quel accompagnement à Genève ? Thér. fam. 2003;24(2):179-91.
14. ALVIN P, MARCELLI D. Médecine de l'adolescent. 2^e éd. Paris: Masson; 2005.
15. CHAPELIER J-B. Grossesse et adolescence : approche ethnopsychiatrique. 2^{ème} journée de médecine et santé de l'adolescent, 9 décembre 2000. Poitiers; 2000. p. 15-20.
16. LE VAN C. La grossesse à l'adolescence : un acte socialement déviant ? Adolescence. 2006;55(1):225-34.
17. LE VAN C. Les grossesses à l'adolescence normes sociales, réalités vécues. Paris; Montréal (Québec): l'Harmattan; 1998.
18. IMAMURA M, TUCKER J, HANNAFORD P, DA SILVA MO, ASTIN M, WYNESS L, et al. Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries : a systematic review. Eur. j. public health. 2007;17(6):630-6.
19. DESCHAMPS J-P. La grossesse dans l'adolescence : une stratégie d'adaptation ? Organisation des soins périnataux en Ile-de-France ; Grossesses aux âges extrêmes : moins de 16 ans, plus de 40 ans. [Vélizy] : Doin ; Paris: Assistance publique-Hôpitaux de Paris; 1997. p. 70-2.
20. DE TOURNEMIRE R. Les grossesses à l'adolescence en dix points clés. Gynécologie Pratique [Internet]. 2011 [consulté le 17 mai 2012]; Disponible sur: <http://www.gynecologie-pratique.com/journal/article/les-grossesses-ladolescence-en-dix-points-cles>
21. SPILMANN M. Maternité des mineures au CHU de Nantes : étude d'une série de 146 dossier de 2003 à 2007 [Thèse de Gynécologie-Obstétrique]. [Nantes]: Nantes; 2008.
22. KLEIN JD. Adolescent Pregnancy : Current Trends and Issues. Pediatrics. 2005;116(1):281-6.
23. BRAINE T. Adolescent pregnancy: a culturally complex issue. Bull. W.H.O. 2009;87(6):410-1.
24. BEDDOCK R. Maternités chez les jeunes filles, une catastrophe sanitaire. Maternités adolescentes en France et dans le monde : compte-rendu de la 3^{ème} journée humanitaire sur la santé des femmes, 4 mars 2011. Paris: Gynécologie Sans Frontières; 2011. p. 26-7.
25. DE BERNIS L. Les grossesses adolescentes-perspective mondiale. Maternités adolescentes en France et dans le monde : compte-rendu de la 3^{ème} journée humanitaire sur la santé des femmes, 4 mars 2011. Paris: Gynécologie Sans Frontières; 2011. p. 27-9.
26. RAYMOND G. Grossesse de l'adolescente : éthique et droit. 2^{ème} journée de

médecine et santé de l'adolescent, 9 décembre 2000. Poitiers; 2000. p. 97-111.

27. BOUYX A. Le contexte juridique de la maternité à l'adolescence. Maternités adolescentes : actes des journées nationales, 17 et 18 décembre 1990. Paris: CNIDFF; 1990. p. 43-9.

28. Droit français [Internet]. Légifrance, le service public de la diffusion du droit. [consulté le 24 mai 2012]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr>

29. FREUD S. Les métamorphoses de la puberté. Trois essais sur la théorie sexuelle. Paris: Gallimard; 1996. p. 143-75.

30. MARCELLI D, BRACONNIER A. Adolescence et psychopathologie. 7^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2008.

31. GUTTON P. Le pubertaire. Paris: Presses universitaires de France; 2003.

32. FREUD S. Pour introduire le narcissisme. Payot et Rivages; 2012.

33. FREUD S. Le moi et le ça (1923). Essais de psychanalyse. Paris: Payot & Rivages; 2001. p. 255-65.

34. JEAMMET P. Réalité externe et réalité interne : importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence. Rev. fr. psychanal. 1980;44(3-4):481-521.

35. LAUFER M. «The breakdown». Adolescence. 1983;1(1):63-70.

36. BRUSSET B. Psychopathologie de l'adolescence. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris: Presses universitaires de France; 2004. p. 2181-99.

37. LAPLANCHE J, PONTALIS JB. Vocabulaire de la psychanalyse. 5^e éd. Quadrige. Paris: Presses universitaires de France; 2011.

38. FREUD S. La féminité. Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse. Paris: Gallimard; 1989. p. 150-81.

39. BYDLOWSKI M. Je rêve un enfant : l'expérience intérieure de la maternité. Paris: O. Jacob; 2010.

40. BYDLOWSKI M, DAYAN-LINTZER M. Désir d'enfant, mal d'enfant. Rev. méd. psychosom. 1985;26(1):25-42.

41. BYDLOWSKI M. L'entrée dans l'âge adulte à l'épreuve de la première maternité : Commencer sa vie d'adulte. Adolescence. 2000;18(2):605-20.

42. RACAMIER P-C. A propos des psychoses de la maternalité. Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée. Paris: ESF; 1990. p. 42-51.

43. BYDLOWSKI M. Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et

représentation de l'objet interne. *Devenir*. 2001;13(2):41.

44. BYDLOWSKI M, GOLSE B. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Le Carnet psy*. 2001;63(3):30.

45. WINNICOTT DW. La préoccupation maternelle primaire (1956). De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1969. p. 285-91.

46. GUTTON P. Une métamorphose s'achève. *Adolescence*. 2000;18(2):433-48.

47. IGERT B. Corps sexué. Adolescence et maternité. *Rev. fr. psychanal.* 1987;51(6):1613-28.

48. FAVRE D. La grossesse pour traverser l'adolescence. Le corps dans le langage des adolescents. Toulouse: Erès; 2009. p. 85-98.

49. Centre National d'Information et de Documentation des Femmes et des Familles. *Maternités adolescentes - études et documents*. Paris: CNIDFF; 1990.

50. NICOLLE O. Destins de l'acte adolescent. *Adolescence*. 1996;14(1):59-76.

51. MARCELLI D. La grossesse□: une immixtion douloureuse dans la sexualité de l'adolescente. *Adolescence*. 2003;21(4):683-92.

52. MELO I. Adolescentes enceintes. *Adolescence*. 2006;55(1):141-74.

53. NICOLLE O. L'adolescente au bébé. *Etud. psychothér.* 1987;18(3):207-13.

54. NICOLLE O. L'adolescente entre sa mère et son bébé. *Adolescence*. 1989;7(1):105-11.

55. DEUTSCH H. La psychologie des femmes étude psychanalytique. 2, Maternité. Paris: Presses universitaires de France; 1973.

56. BOUCHARTE-GODARD A. Une filiation inversée□: l'enfant accouchant de sa mère. *Psychanal. univ.* 1982;7(28):647-56.

57. BYDLOWSKI M. Adolescence. Être parent face aux amours adolescents. *Gynécologie et psychosomatique*. 1992;5:10-3.

58. MARCELLI D. Adolescence et parentalité, le passage à l'âge adulte. *Nervure*. 1995;8(4):33-7.

59. LEOVICI S, STOLERU S. Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste□: les interactions précoces. Paris: Bayard; 2003.

60. KONICHEKIS A. Grossesse à l'adolescence, aire du culturel et tissage des liens précoces. *Adolescence*. 2006;55(1):175-88.

61. MARINOPOULOS S. Grossesse et adolescence. *Psychologie et éducation*. 2002;(49):145-55.
62. DADOORIAN D. La grossesse désirée chez les adolescentes dans les milieux défavorisés : quelques réflexions à partir d'une étude réalisée au Brésil. *Neuropsychiatr. enfance adolesc.* 2000;48(1):44-50.
63. ROEHRIG C, GENET C, CYRULNIK B. Une observation éthologique : styles d'attachement et évocation de la grossesse à l'adolescence. *Sexologies*. 2006;15(2):134-41.
64. MISSONNIER S. Métamorphoses corporelles et virtualisations échographiques. *Champ psychosomatique*. 2008;52(4):31-46.
65. SIBERTIN-BLANC D. Le bébé de mère adolescente, à qui appartient-il ? 2^{ème} journée de médecine et santé de l'adolescent, 9 décembre 2000. Poitiers; 2000. p. 84-94.
66. OSOFSKY JD, EBERHART-WRIGHT A, WARE LM, HANN DM, VITEL L. Les enfants de mères adolescentes: un groupe à risque du point de vue de la psychopathologie. *Psychiatr. enfant*. 1993;36(1):253-87.
67. CAUVIN P, BERARD S, ALLARI É. Le bébé de l'adolescente. *Adolescence*. 2006;55(1):197-206.
68. GOLSE B. Espace paternel, triade et tiercéité : la question des précurseurs. *Du corps à la pensée*. Paris: Presses universitaires de France; 1999. p. 29-47.
69. ODY M, SMADJA C. Carence paternelle. Importance du père et de la fonction paternelle dans le développement du fonctionnement mental. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Presses universitaires de France; 2004. p. 2603-20.
70. FAIN M. Prélude à la vie fantasmatique. *Rev. fr. psychanal.* 1971;35(2-3):291-364.
71. HEAVEY EJ, MOYSICH KB, HYLAND A, DRUSCHEL CM, SILL MW. Female adolescents' perceptions of male partners' pregnancy desire. *J Midwifery Womens Health*. 2008;53(4):338-44.
72. DESCHAMPS J-P. Mères adolescentes, parents adolescents. *Parents au singulier : monoparentalités : échec ou défi ?* Paris: Autrement; 1993. p. 190-203.
73. SIPSMA H, BIELLO KB, COLE-LEWIS H, KERSHAW T. Like father, like son : the intergenerational cycle of adolescent fatherhood. *Am J Public Health*. 2010;100(3):517-24.
74. STEINBERG N. « Lui ou Nous », quelques questions sur les parents des adolescentes devenant mères. 2^{ème} journée de médecine et santé de l'adolescent, 9 décembre 2000. Poitiers; 2000. p. 95-6.

75. MOTTRIE C, DE COSTER L, DURET I. Devenir mère□: transformations des liens et des lieux familiaux lors des grossesses survenant à l'adolescence. Cah. crit. théor. fam. prat. réseaux. 2006;37(2):121-37.
76. MIGNOT C. La grossesse chez l'adolescente. J. pédiatr. puéric. 1999;12(6):353-8.
77. DADOORIAN D. Grossesses adolescentes. J. psychol. 2007;252(9):72.
78. MYTNIK B. Le fantasme de magmamatrice. Adolescence. 2006;55(1):189-96.
79. CHEVRIER A. Sur un type de système familial aberrant□: le court-circuit transgénérationnel. Neuropsychiatr. enfance adolesc. 1989;37(7):291-9.
80. MEADE CS, KERSHAW TS, ICKOVICS JR. The intergenerational cycle of teenage motherhood□: an ecological approach. Health Psychol. 2008;27(4):419-29.
81. MANLOVE J. Early motherhood in an intergenerational perspective□: the experiences of a British cohort. J. marriage fam. 1997;59(2):263-79.
82. WORMS F. Le moment du soin. Paris: Presses universitaires de France; 2010.
83. MOLENAT F. Mères vulnérables□: les maternités s'interrogent. Paris: Stock-Laurence Pernoud; 1992.
84. GEADAH R-R. Les mères célibataires démunies□: modes d'aide psychologique, sociale et institutionnelle. Paris: ESF; 1981.
85. CAZENAVE M-T, GUEDENEY A. Élaboration progressive d'une démarche thérapeutique au domicile d'une mère adolescente. Psychiatr. enfant. 2011;54(1):17.
86. MOLENAT F, TOUBIN R-M. Vers des réseaux de soins précoces. Troubles relationnels père-mère/bébé□: quels soins□? Toulouse: Erès; 2001. p. 71-87.
87. WINNICOTT DW. Pédiatrie et psychiatrie (1948). De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1969. p. 90-110.
88. MOLENAT F. Elaboration du lien mère/enfant - Les premières séparations. Maternités adolescentes□: actes des journées nationales, 17 et 18 décembre 1990. Paris: CNIDFF; 1990. p. 95-7.
89. DUMARET A-C. Soins précoces et guidance parentale□: le point de vue des familles. Dialogue. 2003;162(4):9-24.
90. ALVAREZ L, YAMGNANE A, PARAT S, BENACHI A. La maternité□: obstétriciens, pédiatres et pédopsychiatres autour de la naissance. Psychiatr. fr. 2009;42(1):59-79.
91. MISSONNIER S. « Touchez pas au grisbi »□: grossesses adolescentes et

résistances adultes. *Le Carnet psy.* 2004;94(8):46.

92. MOLENAT F, ROY J, TOUBIN R-M, KOJAYAN R. Apprendre à penser ensemble : une clé indispensable pour la prévention précoce. Quelles transmissions autour des berceaux? Toulouse: Erès; 2010. p. 169-78.

93. CARTON V, ARROUET A, BOSSIS M. Prise en charge des maternités adolescentes au CHU de Nantes. *Maternités adolescentes en France et dans le monde*: compte-rendu de la 3^{ème} journée humanitaire sur la santé des femmes, 4 mars 2011. Paris: Gynécologie Sans Frontières; 2011. p. 14-8.

94. VABRE N, DRENO L. Une entité particulière: la maternité chez l'enfant de moins de 15 ans. *Maternités adolescentes en France et dans le monde*: compte-rendu de la 3^{ème} journée humanitaire sur la santé des femmes, 4 mars 2011. Paris: Gynécologie Sans Frontières; 2011. p. 13-4.

95. CAZENAVE M-T. Une thérapie mère-bébé dans le XVIII^e arrondissement de Paris : intervention et prévention dans une famille à difficultés multiples et anciennes. *Devenir.* 2007;19(4):327-73.

96. FRAIBERG S. Fantômes dans la chambre d'enfants: évaluation et thérapie des perturbations de la santé mentale du nourrisson. 2^e éd. Paris: Presses universitaires de France; 2007.

97. HOUZEL D. L'observation à domicile : une méthode thérapeutique en psychiatrie du nourrisson. *Dialogue.* 2011;193(3):125.

98. M.-C. GLANGEAUD-FREUDENTHAL N, SUTTER-DALLAY A-L, THIEULIN A-C, CHARDEAU P, ZIMMERMANN M-A, DEBOURG A, et al. Qui sont les femmes et les bébés hospitalisés à plein temps dans les Unités mère-bébé en France? Orages à l'aube de la vie. Toulouse: Erès; 2009. p. 17-27.

99. KAMMERER P. Adolescentes et mères: leurs enfants, leurs amours, leurs hommes. Toulouse: Erès; 2010.

100. DA-ROCHA L-M. Accueil en centre spécialisé: l'expérience du centre Anjorant. *Maternités adolescentes en France et dans le monde*: compte-rendu de la 3^{ème} journée humanitaire sur la santé des femmes, 4 mars 2011. Paris: Gynécologie Sans Frontières; 2011. p. 19-25.

101. BARLOW J, COREN E, STEWART-BROWN S. Meta-analysis of the effectiveness of parenting programmes in improving maternal psychosocial health. *Br. j. gen. pract.* 2002;52(476):223-33.

102. BARLOW J, SMILAGIC N, BENNETT C, HUBAND N, JONES H, COREN E. Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. *Cochrane database syst. rev.* 2011;(3):CD002964.

103. SWANN C, BOWE K, MC CORMICK G, KOSMIN M. Evidence-based briefing paper on teenage pregnancy and parenthood [Internet]. London: Health Development Agency; 2003. [consultée 17 juin 2012]; Disponible sur: www.hda.nhs.uk/evidence
104. Comité de santé de l'adolescent, Société canadienne de pédiatrie. La grossesse à l'adolescence. Paediatr child health. 2006;11(4):247-50.
105. BONNET C. L'accouchement sous X. J. pédiatr. puéric. 1999;12(6):348-52.
106. NISAND I, LETOMBE B, MARINOPOULOS S. Et si on parlait de sexe à nos ados ? Paris: O. Jacob; 2012.

ANNEXE 1

ENTRETIEN SEMI-STRUCTURE

QUAND LA MATERNITE RENCONTRE L'ADOLESCENCE ?

I. LES DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

- *Quel âge as-tu ?*
- *Où vis-tu ?*
- *As-tu des frères et sœurs ?*
- *En quelle classe es-tu ?*

II. LE DEVENIR ENCEINTE ET SES CONSEQUENCES

A. PUBERTE, SEXUALITE ET ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES

- *S'agit-il de ta première grossesse ?*

B. DESIR DE GROSSESSE ET DESIR D'ENFANT

- *Comment as-tu appris que tu étais enceinte ?*
- *Comment as-tu réagi ?*
- *Avais-tu déjà pensée être enceinte ou avoir un bébé ?*

III. LE BEBE DE L'ADOLESCENTE

A. REPRESENTATIONS DU BEBE

- *Comment imagines-tu ton bébé [pendant la grossesse] ?*
- *Comment s'est passée l'arrivée du bébé ?*
- *Est-ce que c'était comme tu avais pu te l'imaginer ?*

B. INTERACTIONS PRECOCES MERE-BEBE

- *Quel bébé étais-tu ? Comment étais-tu bébé ?*
- *Quelles étaient tes relations avec tes parents (ta mère, ton père) ?*
- *Quelles sont aujourd'hui les relations avec ton enfant ?*

IV. LE PERE DE L'ENFANT

- *Quel âge a-t-il ?*
- *Comment a-t-il réagi à l'annonce de ta grossesse ?*
- *Le père du bébé est-il présent [pendant la grossesse] ? Et maintenant [depuis la naissance] ?*
- *Quelle place a-t-il aujourd'hui auprès de l'enfant ? Auprès de toi ?*

V. LA FAMILLE DE L'ADOLESCENTE

- *Comment ont réagi tes parents à l'annonce de ta grossesse ?*
- *Comment a réagi le reste de ta famille ?*
- *Quelle place ont-ils auprès de l'enfant [pendant et après la grossesse] ? Auprès de toi ?*

VI. L'ENTOURAGE DE L'ADOLESCENTE : LES PAIRS

- *Comment ont réagi tes amis à l'annonce de ta grossesse ?*
- *Quelle place ont-ils auprès de l'enfant [pendant et après la grossesse] ? Auprès de toi ?*

VII. L'ACCOMPAGNEMENT PAR LES PROFESSIONNELS

- *Comment as-tu été accompagnée pendant ta grossesse ? Après ta grossesse ?*
- *Qu'en penses-tu ? As-tu des idées pour améliorer les choses ?*

ANNEXE 2

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX ENTRETIENS INDIVIDUELS

Avant d'accepter de participer à cette recherche, veuillez prendre le temps de lire les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique les buts de ce projet de recherche et ses procédures. Il indique les coordonnées de la personne avec qui communiquer au besoin. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Cet entretien est réalisé dans le cadre de ma thèse de médecine sur **les particularités des grossesses à l'adolescence**, dans le but de mieux définir, mieux comprendre et améliorer l'accompagnement d'une grossesse à cette période de la vie d'une femme.

Cet entretien aura une durée de une heure, et sera enregistré sur audio, avec votre consentement. Les thèmes abordés seront en lien avec votre grossesse.

Les informations recueillies seront anonymes et confidentielles, et utilisées uniquement dans le cadre de cette recherche. Les données enregistrées seront détruites au terme de ce travail en novembre 2012.

Je travaille cette thèse en supervision avec Madame le Docteur LEGAREC, pédopsychiatre au Centre Médico-Psychologique *L'île à Hélice* de Nantes.

Vous êtes libre de participer à ce projet. Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions ou encore de mettre fin à l'entretien à tout moment, sans avoir à fournir de raisons et sans aucun préjudice. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important de me prévenir en me contactant par mail. Tous les renseignements personnels vous concernant, incluant les enregistrements, seront alors détruits.

Votre collaboration est très précieuse pour cette recherche, et je vous remercie vivement d'y participer. Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire. Vous pouvez me contacter par mail : sbisleau@gmail.com

Mr Sylvain BISLEAU, interne de psychiatrie au CHU de Nantes.

Je soussigné(e) _____ consens librement à participer à ce travail de recherche. J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients (le cas échéant), du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Date: _____
Signature du participant, de la participante

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients (le cas échéant) du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

Date: _____
Signature du chercheur

NOM : BISLEAU

PRENOM : Sylvain

Titre de Thèse :

Quand la maternité rencontre l'adolescence :
des enjeux psychiques aux enjeux du soin

RESUME

La maternité à l'adolescence nous invite à une rencontre paradoxale. Elle témoignerait, aujourd'hui, d'une « vulnérabilité » psycho-sociale chez l'adolescente. La rencontre ne se ferait pas par hasard : « accident » contraceptif ou réel désir d'enfant ? Ce travail de thèse propose d'aborder les enjeux psychiques de la maternité et de l'adolescence sous l'angle de la psychopathologie. Notre réflexion est ici éclairée par trois adolescentes qui nous font partager leur histoire de maternité. Face à la conflictualité psychique soulevée par le processus d'adolescence, la maternité semble, par une mise en corps, la seule issue possible pour ces jeunes filles. Toutefois, la rencontre ne se fait pas sans heurt pour l'adolescente, le bébé et son entourage. Le soin a donc toute sa place. La psychopathologie tentera ici de guider le clinicien sur le chemin périlleux du soin auprès de ces jeunes mères et de leur famille.

MOTS-CLES

Maternité ; Adolescence ; Narcissisme ; Psychopathologie ; Réseau de soins ; Pédopsychiatrie.