

# MEDECINE et SANTE de l'ADOLESCENT

Deuxième journée, 9 Décembre 2000, à Poitiers, organisée par  
le Service de gynécologie-obstétrique du C.H.U de Poitiers, Pr G.MAGNIN, Pr F.PIERRE  
et le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du C.H. LABORIT, Pr D.MARCELLI

# GROSSESSE et ADOLESCENCE



Avec le  
soutien de la



## Actes du colloque

sous la direction de D.MARCELLI et P.ALVIN



*Ce volume a été composé et édité par l'Association F.I.R.E.A  
organisatrice des Journées de Médecine et Santé de l'Adolescent de Poitiers  
Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA)  
Sous la direction de P.ALVIN et D.MARCELLI  
Centre Hospitalier LABORIT BP 587 86021 POITIERS cedex*

*Réalisation : M.CORDEAU, E.DOMINOT, I.TAVENEAU, D.RESERBAT-PLANTEY  
© 2000Maquette et logoD.R-P*

Les idées et opinions émises par chaque auteur n'engagent que lui-même.



## Table des matières

<b><u>PREFACE</u></b> .....	8
<b><u>LA PARTHENOS : MYTHES ET REALITES A.TRANOY</u></b> .....	10
<b><u>GROSSESSE ET ADOLESCENCE: APPROCHE ETHNOPSYCHIATRIQUE J-B CHAPELIER</u></b> .....	15
<b><u>SEXUALITE GROSSESSE ET I.V.G, DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES C.ROS</u></b> 22	
<b><u>LES DETERMINANTS SOCIAUX DE L'ACCES A LA CONTRACEPTION ET A L'IVG CHEZ LES MINEURES EN FRANCE S. DURAND, N. BAJOS</u></b> .....	32
<b><u>LA PREVENTION DE L'IVG CHEZ LES ADOLESCENTES I NISAND</u></b> .....	34
<b><u>ADOLESCENCE GROSSESSE ET SEXUALITE.UNE DOULOUREUSE CONJONCTION D.MARCELLI</u></b> .....	37
<b><u>ASPECTS PARTICULIERS DES IVG CHEZ LES MINEURES M.LAVIELLE</u></b> .....	46
<b><u>LA CONTRACEPTION D'URGENCE E.AUBENY</u></b> .....	50
<b><u>GROSSESSE CHEZ L'ADOLESCENTE G.MARCAULT ET F.PIERRE</u></b> .....	57
<b><u>L'ENVIRONNEMENT PSYCHOSOCIAL DE LA GROSSESSE A L'ADOLESCENCE D. NEUMAN</u></b> .....	65
<b><u>LES PETITES MARIONNETTES A. PAGET</u></b> .....	76
<b><u>LE BEBE DE MERE ADOLESCENTE, A QUI APPARTIENT-IL ? D.SIBERTIN-BLANC</u></b> .....	84
<b><u>« LUI OU NOUS », QUELQUES QUESTIONS SUR LES PARENTS DES ADOLESCENTES DEVENANT MERES N. STEINBERG</u></b> .....	95
<b><u>GROSSESSE DE L'ADOLESCENTE : ETHIQUE ET DROIT. G. RAYMOND</u></b> .....	97
<b><u>GROSSESSES PRECOCES : ENTRE NATURE ET CULTURE P.ALVIN</u></b> .....	113



## GROSSESSE ET ADOLESCENCE

10 000 grossesses par an chez les adolescentes, dont 6 700 donnent lieu à une interruption volontaire de grossesse (I.V.G.). Tels sont les chiffres persistants d'une réalité sur laquelle buttent les efforts de prévention. Pourquoi tant d'adolescentes continuent-elles ainsi à "tomber enceinte" ? Est-ce un aléa inéluctable de l'entrée dans la sexualité ou le destin d'adolescentes prises dans une tourmente familiale, sociale, culturelle qui les dépasse ?

Etre enceinte à 15-16 ans, peut procéder d'un "accident" ou traduire le besoin d'avoir un bébé. Dans le premier cas aider l'adolescente dans ses "choix", ne pas ajouter un traumatisme médico-social au bouleversement affectif représentent les principaux enjeux. Dans l'autre, comment comprendre ce besoin de devenir mère avant même d'avoir été femme ? Est-ce une tentative de conquérir un statut de mère qui pourrait les protéger ? Est-ce une manière détournée d'attaquer leur corps, un besoin d'aimer et de protéger un être vulnérable, leur bébé, là où elles-mêmes n'ont pas bénéficié de cette attention ? Qu'en est-il aussi du père, ce géniteur dont on parle peu ?

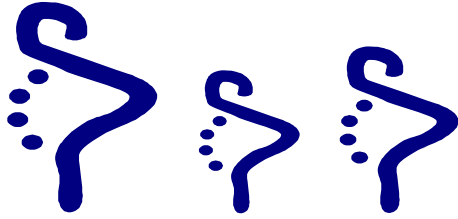
Toute grossesse chez une mineure représente une menace potentielle pour son adolescence, ce travail psychique qui permet au sujet de s'établir dans sa subjectivité et dans son corps. Toute grossesse chez une mineure est un enjeu médico-social par la complexité du suivi qu'elle nécessite, un enjeu obstétrical par les questions délicates qui se posent chez les plus jeunes, un enjeu psychologique par la menace sur l'épanouissement affectif qui caractérise cette période de la vie.

Comment faire pour que la grossesse d'une adolescente ne soit pas une adolescence avortée ?

Au cours de cette journée, les divers aspects médicaux, obstétricaux, psychologiques, familiaux, sociaux, de la grossesse à l'adolescence, ont été abordés par les spécialistes issus des diverses disciplines impliquées dans une perspective élargie et transdisciplinaire. Ces apports sont réunis dans cet ouvrage.

Les journées de Médecine et Santé de l'Adolescent de POITIERS ont pour but de favoriser ces approches transdisciplinaires.

Le 8 Décembre 2001, la 3<sup>e</sup> journée abordera la « *Séparation à l'adolescence, trajets de soin* » selon la même optique.





## AVANT PROPOS

La **médecine de l'adolescent** prend en compte un sujet en proie à de profondes transformations physiques, psychologiques, sociales : clinique à la fois syncrétique et originale, elle ne peut se réduire à la simple juxtaposition d'éléments de médecine de l'enfant et de médecine de l'adulte, de médecine somatique et de médecine psychiatrique. Elle a pour objet de soin un individu qui tente de devenir le sujet de son corps et de sa vie : la rencontre avec le médecin sera-t-elle pour cet individu adolescent l'occasion d'une possible appropriation de cette subjectivation ou le maintiendra-t-elle dans un statut de dépendance qui, souvent pour le jeune, est à la fois la source de sa souffrance et l'origine de ses manifestations symptomatiques.

La plupart des besoins médicaux des adolescents sont sous l'influence directe ou indirecte de cette dynamique de transformation. Toutefois, clinique du changement, du mouvement et de la nouveauté, la **médecine de l'adolescent** doit aussi, au-delà de la conjoncture, resituer l'adolescent dans la continuité de sa trajectoire globale de développement somatique et psychologique, individuel et familial.

Le soin à l'adolescence est toujours sous-tendu par les questions fondamentales relatives aux transformations corporelles plus ou moins bien vécues de la puberté, au fait de maintenant posséder un corps sexué d'homme ou de femme, à la redéfinition plus ou moins critique de la relation avec ses parents et au besoin nouveau d'autonomie et d'inscription dans le corps social. Les craintes concernant le devenir de tous ces processus prennent souvent la forme d'un questionnement insistant sur la normalité physique ou psychique, craintes bien évidemment renforcées quand une maladie entrave de longue date le développement ou surgit soudainement à cette période ou encore, semble se décompenser sous l'impact de la puberté et échapper aux tentatives de soins.

Toutes ces questions concernent l'adolescent mais aussi son entourage qui par ses réactions témoigne de ses capacités ou de ses difficultés à s'adapter à une telle transformation.

Volontiers perçue comme tour à tour fascinante et délicate, aléatoire et difficile, la **médecine de l'adolescent** est une pratique interactive qui échappe aux représentations simples : l'espace médical "élargi" dont elle se prévaut tire son efficacité de l'intégration de savoirs et de savoir-faire issus de champs différents, intégration seule susceptible de répondre aux symptômes "flous" des jeunes, à leurs plaintes indifférenciées, à une expression souvent transnosographique qui doit rencontrer une écoute transdisciplinaire.

La médecine de l'adolescent est en quelque sorte un défi aux fréquentes orientations médicales actuelles où le champ d'investigation se réduit de plus en plus à l'organe, la cellule, la biochimie, le gène et la molécule. Certes les données scientifiques les plus récentes doivent être connues et sont à prendre en compte : la médecine de l'adolescent doit refuser toute approximation et au flou des plaintes ne doit en aucune manière répondre un flou des connaissances scientifiques. Cependant, l'adolescent à travers son comportement, ses manifestations éventuelles d'opposition, de refus d'observance rappelle aussi au clinicien, si compétent soit-il au plan scientifique, qu'il n'y a de véritable médecin qu'au



travers d'un souci de soin élargi s'adressant au sujet dans la globalité de sa personne et de son entourage.

Souvent médecine des paradoxes, toujours médecine de la relation, la médecine de l'adolescence ne renvoie pas pour autant à une sémiologie inconsistante : outre la connaissance des aspects somatiques, psychologiques et psychopathologiques, socio-familiaux et éducatifs de l'adolescence, l'analyse et l'approche plurifactorielles des situations appréhendées sont ses objectifs premiers. Cette connaissance clinique plurielle est le préalable indispensable permettant de garantir la qualité et la cohérence de la relation de soin avec l'adolescent et son entourage.

Si comme tout malade, l'adolescent malade est nécessairement l'objet de soin du médecin, le souci du médecin d'adolescent est aussi de permettre à cet individu de devenir le sujet de sa santé en lui restituant la part active de lui-même, seule garante d'une conquête durable de la capacité à prendre soin de soi. En ce sens il n'y a pas de médecine de l'adolescent sans prise en compte de la **“santé de l'adolescent”** qui devient alors partie prenante d'une prise en charge ne se limitant pas à la maladie actuelle dont souffre présentement le jeune.

En effet, la **“Santé de l'adolescent”** ouvre un autre espace, beaucoup plus vaste que le précédent. Il faut s'interroger sur la capacité de l'individu à prendre soin de lui-même mais aussi sur la capacité pour une société de permettre à ses sujets de s'approprier cette dimension. Recherche permanente d'équilibre entre l'individu et son environnement, la santé nécessite un certain degré d'autonomie individuelle et au plan collectif une participation de la communauté aux activités de prévention comme de soin. Débordant le cadre de la médecine, la santé concerne non seulement l'épidémiologiste mais aussi le sociologue, le pédagogue, l'éducateur, le travailleur social, le magistrat, le philosophe etc. Pour l'individu, la capacité à prendre soin de soi d'une façon qui ne soit ni une pusillanimité excessive, ni une confiance abusive implique une estime de soi bien tempérée, un mélange harmonieux d'activité et de passivité, de possibilité de s'opposer ou d'obéir, en un mot un ensemble assez paradoxal de **“qualités”** dont la conjonction est rien moins qu'évidente à l'adolescence. Pourtant notre expérience clinique nous le montre, c'est à cet âge que l'individu se forge progressivement les bases de ce **“souci de soi”** qui accompagnera le sujet sa vie durant et sera son allié privilégié pour recouvrer la santé quand elle lui fera défaut.

Médecine et Santé sont, à l'adolescence, indissociables, c'est la raison pour laquelle la pluridisciplinarité fonde l'essence même de la clinique qui se consacre à cet âge symbole et reflet de nos sociétés dont on sait les immenses qualités mais aussi les redoutables menaces.

Les journées de Médecine et Santé de l'Adolescent de Poitiers sont l'expression de ces objectifs.



## PREFACE

Ces derniers mois, la presse a donné un large écho aux débats concernant l'accès à la contraception d'urgence dans les établissements scolaires, les projets de révision de la loi Veil avec notamment la suppression de l'autorité parentale pour la pratique de l'interruption volontaire de grossesse (IVG chez le mineur) et l'élargissement du délai de 12 à 14 semaines.

Cette Journée consacrée à la Grossesse chez l'Adolescente arrive à point nommé pour avoir une triple réflexion sur le sujet, et après avoir entendu les réactions de la société, des politiques et celles du monde médical.

Le point essentiel est bien sûr la prévention de la grossesse chez ces adolescentes qui passe par une réflexion sur la sexualité à cet âge, ainsi que sur l'accès et la compliance à la contraception. La situation dans notre pays peut être améliorée et les moyens sont connus mais ils n'ont jamais été réellement mis en place. Nous espérons que d'autres mesures accompagneront la mise en place de la contraception d'urgence qui n'est qu'un des moyens pour prévenir les grossesses à ces âges. Parmi les acteurs médicaux pouvant intervenir dans ce domaine (médecins généralistes, médecins de la PMI, gynécologue médical ....), nous pensons qu'une place privilégiée doit être réservée aux médecins intervenant dans les centres d'orthogénie qui sont les plus aptes à délivrer une information pertinente auprès des adolescentes dans les établissements scolaires; encore faudrait-il que leurs interventions ne soient pas ponctuelles mais répétées. Malgré leurs efforts, ces médecins dont les tâches sont multiples n'arrivent pas, faute d'effectifs suffisants, à avoir une action réellement efficace et déterminante en terme de santé publique.

La deuxième réflexion que nous devons mener concerne la pratique de l'IVG. Une réflexion sur l'autorisation parentale s'impose effectivement mais elle ne concerne que des cas ponctuels, et l'essentiel des efforts, là encore, doit être dirigé vers l'information des adolescentes qui passe par un rappel des bases physiologiques de la reproduction, les premiers symptômes de la grossesse et une connaissance réelle des possibilités d'accès au centre d'orthogénie.

La dernière réflexion concerne les grossesses évolutives chez l'adolescente, soit parce qu'il s'agit d'une grossesse désirée, soit le plus souvent parce qu'il s'agit d'une grossesse non désirée pour laquelle le recours à l'IVG a été impossible du fait d'un délai trop tardif ou du contexte socio-culturel. La prise en charge de ces grossesses au plan médical, mais aussi au plan psychologique tant pour la mère que pour le futur enfant, nécessite des adaptations et des mesures précises.

Nous avons l'opportunité, à l'occasion de l'élaboration en cours des modifications législatives, de sensibiliser l'opinion et les pouvoirs publics pour mettre en œuvre des actions réalistes et efficaces pour limiter les conséquences souvent catastrophiques de ce qu'il faut bien appeler un échec de la société et de l'organisation médico-sociale de la prise en charge des adolescentes. Pour tous les acteurs concernés par ce domaine, nous devons prendre dès maintenant l'engagement que, dans les trois ans à venir, les 6000 IVG annuelles répertoriées chez les adolescentes diminuent de façon sensible.

*G.MAGNIN Professeur de gynécologie-obstétrique*





# **Une histoire d'antan, une histoire d'ailleurs.**



## LA PARTHENOS : MYTHES ET REALITES A. Tranoy<sup>1</sup>

Sous ce titre, nous nous proposons de jeter un regard sur la situation de la jeune fille dans le monde antique et plus spécifiquement dans le monde grec, en relation avec le thème de votre colloque. Notre culture occidentale est en effet largement tributaire de ses fondements antiques, que ce soit dans nos structures mentales, religieuses, philosophiques, artistiques et bien sûr médicales avec le corpus hippocratique à l'origine même de la médecine. Aussi nous a-t-il paru suggestif d'étudier les modes de perception et l'image que les Grecs pouvaient avoir de la jeune fille et de son devenir à travers le mariage et la procréation. Nous partirons d'abord d'un double constat.

La première remarque est à la fois simple et caractéristique : il n'y a pas de terme grec ou latin pour désigner la maternité : dans la société antique, patriarcale, règne un absolutisme de la paternité dont l'image peut-être la plus forte s'exprime dans la naissance même de la déesse Athéna, la Parthénos par excellence, protectrice de la cité d'Athènes : Zeus craint d'être renversé par un de ses fils ; or sa femme, Métis, la ruse, est enceinte. Sachant qu'elle peut se transformer, il lui demande d'en faire la démonstration : qu'elle devienne une goutte d'eau. Elle réalise ce souhait : alors Zeus l'avale, elle et son enfant. Zeus a en lui l'enfant qui est Athéna ; sa naissance se fera par la tête du dieu avec l'aide de Prométhée et d'Héphaïstos qui ouvrent le crâne de Zeus avec une hache. Elle apparaît alors toute en armes avec casque, lance, bouclier et cuirasse : la naissance d'Athéna se fait sans mère. Athéna, elle-même, sera la vierge dont pourtant descend le premier autochtone d'Athènes: Erichthonios. Là encore le mythe est suggestif : Hephaïstos est amoureux d'Athéna ; pris de désir pour la déesse, il la poursuit sur l'Acropole, mais il éjacule prématurément sur la jambe d'Athéna. Athéna essuie le sperme avec un brin de laine qu'elle jette par terre : elle féconde ainsi la terre d'où naît le premier Athénien, Erichthonios = cette naissance fait l'économie de la maternité des femmes. On comprend alors pourquoi une femme est la patronne d'Athènes : elle a les attributs du guerrier, elle est vierge = deux déviations par rapport à la conception de la féminité. En fait dans Athéna, s'affirme le principe de valeurs viriles et de paternité. Ce principe trouve son extrême dans la pièce d'Eschyle, "*Les Euménides*" où Apollon déclare : "*Ce n'est pas la mère dont on peut dire qu'elle enfante l'enfant : elle n'est que la nourrice du germe en elle semé. Celui qui enfante, c'est l'homme qui la féconde ; elle, comme une étrangère, sauvegarde la jeune pousse... On peut être père sans l'aide d'une mère. En voici près de nous un garant (Athéna), fille de Zeus Olympien et qui n'a pas été nourrie dans la nuit du sein maternel*".

La seconde remarque est plus proche de la question au cœur de ces journées médicales. En effet, différentes sources témoignent de mariage précoce chez les filles et par conséquent de grossesse d'adolescentes. La puberté était normalement fixée à 14 ans, mais les mariages se pratiquent beaucoup plus tôt et même à Rome l'âge légal des filles est fixé à 12 ans : la mère de Néron, Agrippine, a été mariée à 12 ans ; la femme de Néron, Octavie, n'avait que 11 ans pour son mariage et nous avons dans les inscriptions de nombreux témoignage de filles mariées entre 10 et 12 ans. Pour reprendre l'expression d'un historien, les filles pouvaient être nubiles avant d'être pubères.

Sans avoir la prétention de donner une explication exhaustive de cette situation, nous souhaitons proposer quelques pistes autour de trois thèmes :

- Pandora ou le fléau féminin
- La parthénos dans la cité
- l'utérus migrateur

<sup>1</sup> Alain Tranoy, Professeur d'Histoire ancienne de l'Université de Poitiers.



## I. Pandora ou l'invention de la femme.

Dans les grands thèmes de la mythologie grecque, existe un temps privilégié, un "Age d'or", où Dieux et hommes vivent ensemble, où les hommes ont une éternelle jeunesse sans avoir à travailler : à cette époque, la femme n'était pas encore créée! C'est au poète Hésiode (VIII<sup>e</sup> siècle a.C.), dans sa "*Théogonie*" et son poème "*Les Travaux et les Jours*", que l'on doit ce beau récit de la création de la femme

C'est un dieu, fils d'un Titan, qui va créer la cassure : Prométhée. Zeus lui demande de préparer la répartition des viandes d'un sacrifice entre les dieux et les hommes : Prométhée regroupe les os et les cache sous une couche de graisse appétissante et il met la bonne viande sous la panse visqueuse de la bête. Zeus choisit le premier tas et découvre la supercherie. En colère, il décide de châtier les hommes et leur ôte le blé et le feu. Désormais, l'homme devra enfouir la semence du blé, travailler la terre pour avoir de quoi manger. Prométhée intervient à nouveau et dérobe le feu pour le redonner aux hommes : Zeus décide alors de frapper un grand coup : il va créer Pandora. Zeus convoque Héphaïstos, Athéna, Aphrodite et d'autres divinités. Héphaïstos prend de la glaise, la mouille et modèle une sorte de mannequin en forme de jeune fille, de belle vierge. Hermès l'anime en lui donnant la parole, mais lui donne aussi un "*esprit impudent et un cœur artificieux*". Athéna la pare de beaux vêtements, lui noue sa ceinture, élément essentiel dans la symbolique sexuelle du mariage, et lui apprend à tisser ; Aphrodite met en elle le "*douloureux désir*". Les Grâces la parent de bijoux ; les Heures lui mettent des guirlandes printanières ; Hephaïstos pose un diadème sur sa tête. Enfin, Hermès lui donne son nom : le présent de tous les dieux, Pandora.

Pandora est ensuite conduite par Hermès chez le frère de Prométhée, Epiméthée. Dans cette maison, il y a des jarres et, parmi elles, une jarre ne doit pas être ouverte : profitant de l'absence d'Epiméthée, Pandora ouvre la jarre interdite et tous les maux, tous les malheurs, s'en échappent. Pandora referme vite : seul reste l'espoir, *Elpis*. Mais le mal est fait : comme le déclare Hésiode, "*C'est de la première femme qu'est sortie la race des femmes en leur féminité. D'elle est sortie la race maudite, les tribus des femmes*"

Ce récit d'Hésiode met bien en valeur la misogynie du monde grec. La femme forme une **race à part**, "*un mal destiné aux humains*". C'est elle qui introduit la rupture avec l'Age d'or ; désormais, l'homme doit pratiquer un double labour : sa terre pour se nourrir, sa femme pour se perpétuer. La femme constitue pour l'homme un **piège sans issue** : une sorte de réplique voulue par Zeus du piège que Prométhée avait conçu en cachant la mauvaise part de la bête sous une belle apparence. La femme représente la faim, autant sur le plan alimentaire que sur le plan sexuel : elle est un ventre insatiable. C'est un feu dévorant qui brûle l'homme : comme l'exprime un auteur d'Alexandrie, Palladas : "*La femme, c'est la colère de Zeus ; elle nous fut donnée pour racheter le feu, don funeste qui du feu est un contre-don. Car elle brûle l'homme de soucis ; elle le consume ; elle change sa jeunesse en vieillesse prématurée.*" La mariée se situe dans cette perspective. L'homme ne peut se passer de la femme et du mariage : sans mariage, pas de maisonnée ; avec le mariage une vie infernale.

Pour donner une dernière touche à ce tableau peu encourageant, il est nécessaire de citer aussi un autre poète du VII<sup>e</sup> siècle a.C., Sémonide d'Amorgos qui, dans son "*Iambe des femmes*", met en évidence la pluralité de cette race de femme en la classant selon dix catégories dont neuf ont une nuance fortement péjorative : la femme-chienne, caractérisée par son impudeur, la femme-singe, par sa laideur, la femme-porc par sa saleté etc... ; une seule semble échapper à cette vision, la femme-abeille, *mélissa*, emblème des vertus



domestiques, mais c'est un idéal. Dans la réalité, la femme peut être un mélange de tous ces types!

C'est dans cet esprit que s'organise la société grecque et que, par conséquent, la jeune fille se prépare à sa vie de femme et de mère.

## II. La Parthénos dans la cité.

Face à cette nature difficile de la femme, la cité met en place un processus de sociabilisation de la jeune fille et le mariage est la dernière étape de cette domestication. Dès la naissance, la différence de destin est marquée entre le garçon et la fille : dans le premier cas, on accroche un rameau d'olivier au-dessus de la porte, dans le second, un brin de laine. Le premier est un futur citoyen ; la seconde ne sera jamais citoyenne : il n'y a pas d'athénienne à Athènes.

A Athènes, même si une minorité est concernée par des pratiques religieuses particulières, c'est la communauté des jeunes filles qui est engagée par le service temporaire d'une divinité. Le premier niveau est destiné à des fillettes de sept à onze ans. Ce sont les quatre **arréphores** dont la charge est de tisser le *péplos* offert tous les ans à Athéna lors de la grande procession des Panathénées ; elles accomplissent en outre au mois de juin le rituel des *Arréphoria* qui consiste, la nuit, à descendre de l'Acropole des objets sacrés et de les déposer dans une grotte ; en même temps, elles en remontent d'autres, des gâteaux en forme de serpents et de phallus : rituel d'initiation après leur service auprès de la déesse. Un deuxième groupe a trait aux **petites ourses**, une centaine de fillettes de dix ans au plus qui sont attachées à un sanctuaire de la déesse Artémis, à proximité d'Athènes. Elles sont habillées d'un vêtement de couleur safran, la crocote et sont sensées faire l'ours, c'est à dire à vivre cet aspect du sauvage qui caractérise à la fois la condition féminine et l'enfance et à apprendre à dominer ou du moins à canaliser cette sauvagerie. La cérémonie finale marque la fin de cette période sauvage et l'entrée dans la phase qui va mener la fille vers le mariage. L'ultime fonction de la jeune fille est de faire la canéphore, c'est à dire de porter la corbeille de sacrifice lors de la grande cérémonie religieuse des Panathénées. Cette période est aussi marquée par la puberté : la jeune fille entre dans un âge où l'on peut la montrer aux hommes.

La dernière étape de cette maturation est donc le mariage. Là aussi, le rituel marque le caractère spécifique de la femme. A Athènes, ce mariage illustre le passage de la vie sauvage à la vie civilisée grâce au mari : la fiancée est parée avec une couronne d'épines et de glands de chêne sur la tête ; elle est accueillie dans la chambre nuptiale où on lui remet une poêle à griller l'orge, un pilon à mortier et un crible, symbole du grain moulu, de la culture ; elle est accompagnée par un enfant qui porte aussi une couronne d'épines et qui distribue du pain en disant : "*J'ai fui le mal ; j'ai trouvé le mieux*" : la femme trouve enfin sa place dans la cité ; elle devient un champ de labour où l'homme pourra déposer sa semence.

Le cas de la ville de Sparte est aussi intéressant. Le système éducatif insiste sur la nécessité pour les filles d'avoir une bonne préparation physique pour leur futur rôle de mère. Lycurgue, législateur de Sparte voulait que les jeunes filles pratiquent la lutte, la course, le javelot, le lancement de disque pour que "*la semence de l'homme fortement enracinée dans des corps robustes poussât des plus beaux germes et que les filles fussent assez fortes pour supporter l'enfantement et lutter avec aisance et succès contre les douleurs de l'accouchement*". Le rituel du mariage relève aussi d'une cérémonie d'initiation où la jeune fille, après avoir été enlevée par son mari, a les cheveux coupés et reçoit un habit d'homme avant que l'acte sexuel ne soit accompli ; c'est bien là aussi une certaine forme de refus de la féminité.



Dans tout ce que nous venons d'évoquer, c'est bien une situation d'opposition qui transparait entre l'homme et la femme. Du côté de l'homme, la culture, la civilisation, la politique, la raison, la lumière, le cuit, le sec et le chaud ; du côté de la femme, la nature, la sauvagerie, les activités domestiques, la démesure, la nuit, le cru, l'humide et le froid. Il est temps maintenant de nous tourner vers des interprétations biologiques et médicales.

### III. L'utérus migrateur.

La situation que nous venons de décrire se devait de trouver une justification dans l'approche scientifique du corps féminin. Pour la période grecque, nous disposons pour cela de deux pistes : les écrits d'Aristote et le contenu du corpus hippocratique et de l'école d'Alexandrie. Bien entendu, nous ne prendrons que quelques exemples.

C'est dans ses différents traités sur les animaux qu'Aristote aborde les questions concernant la féminité. Pour lui, il n'y a pas de rupture entre le monde humain et le monde animal, l'homme étant l'achèvement parfait. L'homme est le mâle modèle, car il émet la plus grande quantité de sperme en proportion de sa taille ; la femme est la femelle modèle par l'abondance de ses règles. Dans les comparaisons établies par Aristote, le corps féminin est marqué par sa nature défectueuse, faible et incomplète. Ainsi les règles ne sont qu'un sperme impur, mal cuit, alors que le sperme de l'homme est pur et bien préparé : on retrouve l'opposition entre le cru, le sauvage, et le cuit, le civilisé. De même, la taille et le développement des organes et du corps sont supérieurs chez les mâles et les hommes, même si les femmes ont une poitrine plus forte : en fait les seins sont comme des boursouflures spongieuses, molles et vite flasques comparés au thorax musclé des hommes ! Que dire alors de la voix grêle des femmes qui ne peuvent donc pas faire de théâtre ou encore de leur faiblesse et de leur vulnérabilité pour les parasites comme les poux dont le développement est lié au caractère humide de la femme. Dans ces conditions, la procréation d'une fille est un demi-échec, provenant d'un sperme de mauvaise qualité, mal cuit ; d'ailleurs, l'embryon de la fille se développe moins vite, le temps de gestation est plus long et la grossesse plus difficile. Ainsi, dans cette approche de la conception, la femme ne peut avoir qu'un rôle, passif ; elle n'est qu'un réceptacle qui attend sa forme de l'activité virile.

A côté de cette vision réductrice du rôle de la femme, une autre pensée, celle des médecins hippocratiques, tente de donner une image plus positive. L'Ecole cniidienne reconnaît en effet que la femme, le corps féminin, contribue activement à la procréation en produisant un liquide séminal comme l'homme au moment du rapport sexuel. Mais c'est un argument qui peut aussi jouer en faveur du mariage précoce en fonction de ce que nous avons déjà évoqué sur la place de la femme dans la société grecque. Rappelons tout d'abord que les médecins n'avaient qu'une connaissance approximative du corps féminin : ils avaient des difficultés pour procéder à des examens directs qui étaient souvent effectués par les femmes ou les sages-femmes sous les indications du médecin. Cependant, des médecins ont pu aller assez loin dans leur approche intime des malades mais il faut attendre l'Ecole d'Alexandrie avec Hérophile et Eristrate pour avoir, une meilleure connaissance de l'anatomie de la femme, grâce à des dissections.

De ces expériences et des pratiques médicales, il ressort une conception assez particulière de l'utérus, de la matrice, vu comme un récipient en forme de vase avec une ouverture ou *stoma*. Ce récipient avait deux caractéristiques : il communiquait avec le reste du corps par des canaux : le corps féminin était ainsi composé de deux bouches reliées, l'une sur le visage, l'autre dans les parties génitales ; l'autre trait de cet utérus est qu'il est un organe vagabond, particulièrement pour les jeunes filles vierges. En effet, chez la *parthénos*, il peut remonter



au cœur, au foie, voire au cerveau et par conséquent provoquer des troubles graves, des maladies dites hystériques. Cette matrice a aussi un sens olfactif : ainsi la médecine hippocratique préconisait pour savoir si une femme pouvait concevoir, de la faire asseoir sur un récipient avec des ingrédients forts comme de l'ail : si le médecin pouvait sentir l'odeur de l'ail remontée dans la bouche de sa patiente, la voie était libre et elle pouvait concevoir des enfants! De même, pour limiter les errements de l'utérus et le fixer en bas, il fallait faire sentir à la malade des odeurs fétides par le nez et mettre des parfums devant les parties génitales : l'utérus était ainsi attiré vers le bas.

Pour les jeunes filles pré-pubertaires, les malaises étaient attribués à la pression du sang qui avait augmenté en quantité avec l'âge et qui ne pouvait pas sortir : les règles révèlent le caractère humide de la femme et sont destinées à évacuer le surplus de sang qui en résulte. Le seul moyen pour rendre cette époque plus facile pour les filles était de calmer l'utérus en le fixant et en l'humidifiant : c'est là que nous retrouvons le rôle du mariage. Confondant le sang hyménal avec le sang des règles, les médecins hippocratique voyaient dans le mariage précoce une forme de libération et de thérapie pour les symptômes de maladie chez les filles : le sperme allait fixer l'utérus et encore plus le fœtus si la fille était fécondable ; finalement, la virginité n'est pas un bon état!

La thérapeutique hippocratique donc la finalité du mariage grec : le passage du sauvage au civilisé, la stabilisation d'un utérus errant et sauvage pour un utérus productif et stable : nous avons là la justification du mariage et par conséquent des grossesses précoces dans le monde grec.

Ainsi, malgré une approche plus positive, la médecine hippocratique présente des arguments qui confortent la position subordonnée de la jeune fille dans la société grecque antique. Certes, les temps ont changé. Mais sous d'autres formes et dans d'autres contextes ou d'autres régions, des argument voisins sont toujours utilisés pour justifier une attitude de marginalisation et de sujétion de la femme. Mais c'est une autre question et un autre débat

### **Bibliographie :**

BODIOLU L. : *Histoire du sang des femmes grecques : filles, femmes, mères d'après les écrits médicaux et biologiques*, Thèse dactylographiée soutenue à Rennes 2 en 2000. *Histoire des femmes en Occident*, sous la direction de G.Duby et de M.Perrot, tome 1, *L'antiquité*, sous la direction de P.SCHMITT PANTEL, Paris, 1990.

LORAUX N. : *Les enfants d'Athéna*, Paris, 1981 (collection "Points Sciences Humaines, 214).

MOSSE C. : *La femme dans la Grèce antique*, Paris, 1983.



## **GROSSESSE ET ADOLESCENCE: APPROCHE ETHNOPSCHIATRIQUE J-B Chapelier<sup>2</sup>**

Les congrès et journées d'étude sur la grossesse à l'adolescence montrent une hantise presque compulsive de cette grossesse (comment l'empêcher par tous les moyens : contraception, IVG...)<sup>3</sup> et quand l'enfant est né (malgré la science et les campagnes d'éducation) les intervenants analysent les dégâts que créerait chez le bébé une mère adolescente<sup>4</sup>. Aux yeux des acteurs sociaux la grossesse à l'adolescence est devenue un nouveau symptôme ou même une nouvelle maladie psychiatrique. Cette pathologisation de la grossesse en soit est concevable du point de vue du psychologue clinicien occidental pourtant un décentrage ethnologique nous renvoie une vision très différente de la grossesse à l'adolescence. En effet, la plupart des autres cultures n'est pas préoccupée par l'avortement ou la contraception des jeunes filles mais au contraire par leur fertilité et leur possibilité de procréation. La formule de D.Marcelli et A.Braconnier " La grossesse chez une adolescente c'est un risque d'adolescence avorté " (1999) n'a pas de sens dans une société où justement c'est la grossesse qui vaut rite de passage pour la jeune fille la faisant accéder définitivement au monde adulte<sup>5</sup>.

Je n'ai pas l'intention de remettre en cause l'ensemble des travaux qui seront exposés ici, mais simplement relativiser et recontextualiser la grossesse à l'adolescence.

En avant propos je ferai une mise au point méthodologique qui nous permettra de réfléchir hors des idéologies en cours afin de ne pas mélanger les divers niveaux d'analyse.

Puis à la lumière de certains travaux anthropologiques je proposerai des hypothèses sur les conditions culturelles qui amènent à rendre pathologique la grossesse à l'adolescence.

### **1/ Détour méthodologique : l'ethnopsychanalyse complémentariste**

Prenons comme exemple les faits bruts : chaque année, plus de 3 000 adolescentes de moins de 16 ans sont enceintes (près de 16 000 avant 18 ans). Un peu moins de deux tiers ont recours à l'IVG, les autres soit veulent garder l'enfant, soit elles ne révèlent que tardivement leur grossesse. Mais si on affine les statistiques, il y a dix fois plus de jeunes filles enceintes hors du système scolaire, la grossesse chez les adolescentes devient alors autant une question de classe (ou d'intégration) sociale que de psychopathologie (cf. G.Marcaut-F.Pierre, article plus loin).

Doit-on analyser ce fait brut d'un point de vue social et culturel, à savoir par exemple que dans certains milieux que l'on dit défavorisés, les adolescentes ne deviennent pas adultes en passant par les rites scolaires mais en mettant au monde un enfant, qui leur donne un statut social. Ou bien doit-on prendre en compte seulement le plan psychologique, en montrant par exemple que la survenue d'une grossesse traduit en général un profond malaise qui peut avoir des causes variées comme le désir d'accéder à un statut de femme adulte dans une rivalité agressive avec la mère, ou bien un enfant qui vient compenser des angoisses dépressives d'abandon, ou encore une actualisation d'un désir œdipien...

<sup>2</sup> Jean Bernard Chapelier Psychologue clinicien. Maître de Conférences en psychologie clinique et pathologique Université de Poitiers

<sup>3</sup> Les médecins donnent la pilule (contraceptive) pour les adolescentes qui ont de l'acné ! Cela participe d'une dénégation : " Ce n'est pas pour la contraception ! (mais comme cela on est tranquille) "

<sup>4</sup> Exemple : Osofsky J.D.1993

<sup>5</sup> La question se complique si on prend en compte le rite du mariage, très variable d'une société à l'autre, mais la question de l'alliance, comme nous le verrons, est très liée à la procréation



Cette question du choix de l'axe d'analyse se pose depuis le début de l'ethnopsychiatrie qui tente d'estimer la pathologie au regard de la société. Nous sommes amenés à considérer que tout acte ou comportement peut s'analyser de deux manières différentes ; soit d'un point de vue individuel, soit sous un angle culturel (et par dérivation institutionnel ou groupale).

G.Deveureux (1972) théorise plus avant cette notion de double analyse, sous la formulation de l'ethnopsychanalyse complémentariste. Cet auteur en effet montre comment un même phénomène peut être expliqué aussi bien en prenant en compte les réactions psychiques d'un individu, qu'en analysant les rapports de force sociologiques mis en œuvre. Pour lui, non seulement les deux approches sont aussi pertinentes mais pour rendre compte au mieux du phénomène, les deux analyses doivent être menées parallèlement chacune avec les modèles et théories propres à leur discipline. Il montre aussi que le rendement d'une approche diminue au fur et à mesure que l'on veut rendre compte de tous les éléments d'un phénomène et qu'il est préférable à partir d'un certain moment d'utiliser une approche complémentaire.

Les intervenants de cette journée se situant le plus souvent dans un axe psychologique (individuel) je me propose d'ouvrir quelques pistes à partir d'un abord anthropologique (culturel).

## **2/Fonctions parentales et filiation**

### **a/ Parenthood et kinship**

Tout enfant naît dans une double dépendance : celle qui renvoie à la fonction nourricière qu'assument les parents, la seconde intègre l'enfant dans un système de parenté organisé par la société. Le premier type est nécessaire à la survie et au développement de l'enfant, l'autre fait entrer celui-ci dans la filiation.

Les anthropologues utilisent deux termes anglais pour différencier ces deux types de fonctions parentales : *parenthood* et *kinship*.

-*Parenthood* désigne les diverses fonctions que les parents entretiennent avec leur enfant réel et présent (nourricière, éducative, socialisante, affective, etc.) c'est par exemple la "mère suffisamment bonne" de D.W. Winnicott.

- *Kinship* c'est le "système de parenté" qui renvoie aux différentes catégories de parents ("cousins", "oncles", "nièces", etc.), et aux types de relations que ceux-ci entretiennent entre eux (appellation, plaisanterie, évitement, interdits sexuels, etc.). C'est un cadre symbolique, variable d'une société à l'autre, qui permet de situer l'individu au sein d'un réseau social.

Ces deux fonctions parentales vont se trouver dans des rapports nouveaux à l'adolescence, car comme le fait remarquer M.Moisseeff (1992) : le *parenthood* est de moins en moins fonctionnel à l'adolescence surtout du point de vue de la sexualité car les parents ne peuvent assurer eux-mêmes l'apprentissage sexuel de leur enfant à cause de l'interdit de l'inceste. En revanche, le *kinship* se renforce en transmettant la fonction parentale qu'ils ont eux-mêmes assumée. "la puberté, en apportant à l'individu la maturité sur le plan sexuel, le transforme du même coup en un virtuel procréateur face à ses propres parents. L'adolescence ne débouche donc pas seulement sur l'accès à la génitalité adulte, aux rapports sexuels, mais aussi sur l'aptitude à devenir parent, père ou mère comme son père ou sa mère. Ainsi, la puberté opère un transfert des positions sur l'échelle des relations intra-familiales, l'enfant passant, au plan de la procréation, du statut d'objet résultant des fonctions reproductrices de ses père et mère, à celui de sujet. Les parents deviennent du même coup parents d'un enfant virtuellement parent; les relations parents/enfant s'en trouvent foncièrement modifiées."(1992, 209)

Les parents doivent accepter de changer de position dans l'ordre généalogique ce qui ne se fait pas sans résistance. Les sociétés en général proposent des procédures sociales pour





aider les adolescents à s'insérer dans la filiation et pour encourager les parents à leur faire une place.

### **b / Procédures sociales d'affiliation**

La plupart des sociétés traditionnelles valorisent l'enfantement. Ainsi dans la société Ijo du delta du Niger, une grossesse prémaritale non seulement ne porte pas à conséquence, mais aide la jeune femme à prouver sa fertilité et donc à trouver un mari (P. Densen, 1999, 326). En conséquence, les individus acquièrent habituellement un statut d'adulte lorsqu'ils accèdent à un rôle reproducteur, potentiel ou réel, c'est-à-dire à la puberté ou lors de la naissance de leur premier enfant. Les parents ont donc pour tâche de favoriser la transformation de l'enfant en adulte qui pourra avoir lui-même des enfants souvent aidés par les rituels initiatiques. Ces pratiques ne sont donc pas seulement des rituels de passage entre l'enfance et le monde adulte mais de réelles "passations des pouvoirs reproducteurs d'une génération à l'autre." (M. Moisseeff, 1992).

Nous ne pouvons ici développer les rites initiatiques à l'adolescence, nous ferons simplement remarquer la différence importante entre les cérémonies de passage pour les garçons et celles utilisées pour les filles.

Pour les garçons le plus souvent ce sont des rites qui ont une grande importance publique. Les ethnologues repèrent le plus souvent trois étapes : séparation (du milieu familiale), mort symbolique (marginalisation sociale et/ou géographique sur des durées variables), résurrection (réintégration dans un nouveau statut social). Dans la période de mort symbolique, les liens sont uniquement masculins (homosexuels) et les pratiques visent à détruire l'identité infantile de l'initié (humiliation, sévices, marques corporelles, silence, errements) mais aussi à faire connaître les secrets des hommes...Suivra la renaissance souvent désignée comme un passage par un lieu symbolisant une matrice. Cette renaissance donne au garçon une nouvelle identité indispensable pour prétendre au mariage et à la fonction de père. Ces pratiques montrent la nécessaire séparation du garçon de sa mère, et la ré-appropriation du petit homme engendré symboliquement cette fois-ci par les hommes "La maternité place l'enfant en situation d'objet dans le processus reproducteur. L'initiation le hisse à une position de sujet dans l'ordre filiatif, l'autorisant à se marier, pour produire des enfants, ses descendants." (M. Moisseeff, 1992, 212).

Les rites de passage pour la fille sont moins collectifs et ont plutôt un caractère domestique, il n'y a pas de séparation radicale avec la mère car il ne s'agit pas ici de détruire l'identité féminine de naissance, mais de souligner au contraire son lien en direct avec la gestation. Si pendant cette initiation féminine certaines sociétés renforcent à outrance la féminité (clitoridectomie), le plus souvent, c'est la transmission directe de mère à fille de la fonction pro-créative qui est au centre du rituel (souvent complété par le mariage). Ainsi, presque de façon universelle pour la fille, c'est sa fonction procréatrice qui est au centre des rituels : reconnaissance sociale des premières menstruations, le mariage et la défloration presque publique (montrer les draps...) ou même la grossesse ou l'accouchement qui sanctionne définitivement le passage à l'état adulte.

La fonction génitrice de la femme sera toujours plus évidente que celle de l'homme (en attendant le jour où il pourra accoucher) ; à ce dernier est dévolu (en compensation ?) la fonction symbolique de la filiation.

Quelque fois dans le dispositif social de filiation, les parents y participent activement, ainsi l'accession à la vie amoureuse et sexuelle des jeunes n'est pas sans remettre en question les parents, ce que certaines cultures ritualisent plus ou moins symboliquement. Par exemple chez les Samo du Burkina-Faso, les parents doivent provisoirement cesser leurs rapports



sexuels lors des premières menstruations de leur fille, puis le père fait un sacrifice sur l'autel afin de permettre à sa fille de prendre un amant; la sexualité parentale peut reprendre sous la forme du coït interrompu quand leur fille sera enceinte. Mais les parents ne peuvent retrouver une sexualité normale que si elle accouche. Ne pas respecter ces interdits entraîne la stérilité de la fille, façon de montrer que quelque chose des pouvoirs reproductifs se transmet des parents aux enfants. Chez les Mossi le mariage d'une fille interdit aussi à sa mère d'avoir d'autres enfants, voire de poursuivre une vie sexuelle (B. Glowczewski, 1995, 127)

### **c/ Fécondité, sexualité et alliance**

Si la sexualité et la fécondité sont associées, le lien le plus important se place entre la fécondité et l'alliance, car la question fondamentale est de savoir quelle place va prendre l'enfant dans la trame sociale. Ainsi très souvent, contrairement à nos sociétés, ce n'est pas le lien génétique qui est mis en avant mais le lien d'alliance. Les sociétés règlent le problème avec plus ou moins de violence. Ainsi cela peut se traduire par un infanticide à la naissance en cas de situation illégitime, mais le plus souvent, le père biologique n'a aucun droit sur ses enfants et c'est l'époux qui est considéré comme père social des enfants conçus avant ou hors mariage (adultère ou coutumes sexuelles particulières). La différence provient des mythes identitaires de l'enfant ; ainsi en Australie les enfants issus des esprits totémiques des lieux, forgent les alliances entre familles et territoires et ils sont censés choisir leurs parents (à l'exclusion de tout autre); chez les Eskimo à l'inverse, les enfants qui sont des réincarnations des morts ne dépendent pas des géniteurs et peuvent être adoptés par n'importe membre de la famille (B. Glowczewski, 1995,126)

Pour résumer, dans de nombreuses sociétés, la grossesse à l'adolescence est plutôt valorisée, mais à la différence de notre société, il y a un lien étroit entre fécondité, sexualité et alliance sociale (organisation de la parenté). Le plus souvent, procréer, s'inscrit dans le maintien d'une identité collective, avant d'être une initiative individuelle.

Différence des sexes et asymétrie dans la procréation, sont à l'origine de l'organisation sociale et de sa pérennisation, mais au-delà l'observation de cette différence est " au fondement de toute pensée : aussi bien traditionnelle que scientifique " (F.Héritier, 1996). Les sociétés s'organisent autour de ces différences mais sous des formes très variés.

### **3/Conséquence pour notre culture de la dissociation entre procréation sexualité et affaiblissement de l'alliance (par la famille).**

#### **a/ Dissociation, procréation et sexualité.**

M. Moisseff (1990) fait remarquer avec juste raison que ce qui fait le propre, ou la singularité de notre société occidentale c'est l'insistance à défendre l'indépendance entre sexualité et procréation.

Pour démontrer cette position elle établit la complémentarité entre :

-le mythe fondateur religieux : l'homme est créé par Dieu et la femme est enfanté par le corps de l'homme (la côte d'Adam), de même Jésus est enfanté par une femme mais vierge.

-la littérature depuis l'amour courtois n'a de cesse de distinguer la fonction érotique et la fonction procréative

-la médecine et la science viennent donner un label de véracité à cette vision (contraception, FIV, IAD...)

Ainsi, mythe, culture et sciences conjuguent leurs efforts dans cette conception. En conséquence, l'ensemble des représentations et de l'idéologie vont dans le sens de cette



séparation : sexualité et procréation. Cette dérive qui nous entraîne insensiblement à nous prendre pour Dieu (de notre mythe) semble de surcroît donner une plus value à l'érotisme et à la sexualité sur la procréation, ainsi les familles nombreuses ne sont plus valorisées dans l'ensemble de la société<sup>6</sup>.

### **b/Dissociation procréation - affiliation**

Notre culture, (sous la pression des psychologues ?) accentue son intérêt pour la parenthood et semble de plus en plus se désintéresser du kinship. La société édicte peu de procédures culturelles pour aider les adolescents à entrer dans la filiation et elle ne leur montre pas les moyens mis à leur disposition pour trouver leur autonomisation par rapport à la famille, qui grâce à sa qualité du parenthood retient les adolescents dans un giron sécurisant : " dans les sociétés occidentales modernes, aucune injonction sociale ne vient exiger des parents qu'ils transmettent leurs pouvoirs reproducteurs à leurs enfants...La transmission de la fonction filiative d'une génération à l'autre n'est soumise à aucun contrôle social. " (M. Moisseeff, 1995,224).

Même si toute culture a ses propres finalités, ce modèle culturel qui dissocie sexualité, procréation et filiation, ne peut pas ne pas avoir de répercussion sur l'adolescent au moment de la puberté. Car nous l'avons vu, l'ensemble des rites initiatiques de l'adolescent ne se préoccupe pas seulement de la rupture avec l'enfance et de donner un statut adulte à l'adolescent, mais ils insistent sur l'insertion du jeune dans le système filiatif.

L'adolescent est confronté aux deux facettes de la puberté à savoir la sexualité (et au plaisir) dans son lien à l'autre sous sa forme génitalisée d'un côté et de l'autre la nécessité de la filiation et de la procréation. Or en l'absence de procédure de filiation bien repérée socialement, cet adolescent se trouve devant une tâche sans doute plus difficile à surmonter que les pires rituels initiatiques qui proposent des procédures de filiation clés en main.

En reprenant le terme de F.Héritier qui considère la différence des sexes comme butoir ultime de la pensée, (ce que la psychanalyse avait introduit sous la forme des fantasmes originaires) il est possible d'imaginer que la recherche de chaque individu (ou en petits groupes) sur cette différence des sexes et sur son lien avec la filiation stimule le travail de la pensée et de l'abstraction, finalité ultime de notre culture...

Plusieurs indices pourraient aller dans ce sens (même si cette thèse nécessiterait un travail beaucoup plus important).

Ainsi, le rituel initiatique de notre monde social passe par l'école qui favorise les ruptures familiales (groupes d'adolescents avec adultes qui se présentent comme figures identificatoires déplacées), les échanges amoureux, les projets d'intégration sociale... La plainte souvent entendue que l'on demande tout à l'école, me semble dans la logique de l'orientation sociale et idéologique. Média (monde virtuel) et école sont les seuls lieux de divulgation du savoir et de la transmission du lien social. Mais cette école a une finalité plus grande encore dans le développement des espaces de pensée, de la connaissance (dont la science) ... mécanismes psychiques qui passent par l'anticipation et la temporisation.

Il serait tentant de faire l'hypothèse que la suspension temporaire de l'épreuve de la fécondité chez le jeune fille, aurait pour conséquence un accroissement de ses possibilités d'abstraction et de conceptualisation rejoignant en cela les hommes qui ont été de tout temps obligés de concevoir les systèmes symboliques les plus complexes pour suppléer à leur incertitude fécondatrice. La femme telle que Freud la concevait est en voie de disparition :

---

<sup>6</sup> Bien sûr certains milieux (très croyants) en font encore une valeur mais le plus souvent la famille nombreuse renvoie à des familles de milieux méprisés.



“ Mais l'expérience montre également que les femmes auxquelles le don de la sublimation de la pulsion n'échoit en partage que dans une faible proportion, en tant qu'elles sont les porteuses des intérêts sexuels de l'humanité ...” (1908)

Il reste les “ ratés ” de ce type de socialisation extrêmement exigeante, les exclus de l'école, les entre-deux cultures (ou plus)...Dans des sociétés complexes comme la nôtre où divers courants se côtoient, les finalités culturelles ne peuvent pas être les mêmes pour tous les groupes sociaux. Aussi la jeunesse est assez clivée entre des groupes très marginaux et violents et une jeunesse somme toute assez studieuse et non violente, et il serait peut être judicieux plutôt que de passer l'ensemble des adolescents à la moulinette sémiologique de la pathologie de les replacer dans leur contexte culturel. Cependant ce travail d'analyse et de compréhension est assez complexe à mener car selon les cas, la grossesse a une réelle fonction de rite de passage, soit comme rite “ bricolé ” selon l'expression de D.Marcelli par la famille ou un petit groupe social, soit comme recherche d'identité culturelle au travers des pratiques de filiations (issues de la culture d'origine) dans le cas d'enfants de l'émigration. Dans d'autres cas, l'adolescente recherche désespérément et de façon inadaptée à entrer dans une filiation qui lui est interdite<sup>7</sup>. Procréer est un acte important mais non pathologique autour du quel 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 chercher les dimensions pathologiques.

### Bibliographie :

DENSEN P. (1999) “ Représentations sociales de l'adolescence. Une perspective interculturelles ”, dans B.BRIL, P. DASSEN et coll. *Propos sur l'enfant et l'adolescent : Quels enfants, pour quelles cultures ?*, Paris L'Harmattan.

DEVEREUX G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris, Flammarion.

FREUD S. (1908). “ La morale sexuelle "civilisée" et la maladie nerveuse des temps modernes ” dans *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1972.

GLOWCZEWSKI B. (1995). *Adolescence et sexualité*. Paris, PUF.

HERITIER F. (1996) *Masculin/féminin. La pensée de la différence*. Paris, O.Jacob.

MOISSEEFF M. (1992). “ Enjeux anthropologiques de la thérapie familiale avec les adolescents ”. C.Gammer et coll. *L'adolescence, crise familiale*, Toulouse, Erès,

MOISSEEFF M. (1990). “ Indépendance entre sexualité et procréation : un mythe de la culture occidentale ”, Dans A. Durand et coll *Sexualité mythe et culture*, Paris, L'Harmattan,

OSOFKY J.D. et coll. (1993). “ Les enfants des mères adolescentes ”, *Psychiatrie de l'Enfant*, 36, 1, , 253-287.

RICHARD F. “ Destins de rituels d'initiation et psychopathologie des adolescents ”, *Adolescence*, 26, 151-166.

<sup>7</sup> Cf. par exemple F.Richard, 1995.



# **Une prévention possible, une prévention souhaitable : la grossesse dans la sexualité de l'adolescente.**



## **SEXUALITE GROSSESSE ET I.V.G, DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES C.Ros<sup>8</sup>**

### **1. Comportement sexuel des adolescents**

Après une baisse importante de 19.2 ans en 1972 à 17 ans en 1985, l'âge moyen des premiers rapports sexuels, égal dans les deux sexes, tend maintenant à se stabiliser ( S. Lebreton et P. Lachcar, 1995). En revanche, la distribution des âges au premier rapport montre une translation vers des âges plus jeunes : 21% des garçons et 10% des filles ont leurs premiers rapports à 15 ans ou moins. (A. Spira, N. Bajos, 1993). Entre 15 et 18 ans, 47 % des garçons et 41% des filles ont déjà eu des rapports sexuels complets. Aux Etats Unis, 56% des filles et 73% des garçons âgés de 15 à 19 ans ont eu des relations sexuelles tandis qu'environ 20% des filles et 33% des garçons ont eu des relations sexuelles avant l'âge de 15 ans. (N. Pierre, J. Cox, 1997)

Les campagnes d'information sur le risque de transmission du S.I.D.A. par voie sexuelle ont commencé en France vers 1988 quelques années après l'apparition de cette nouvelle maladie. Les pratiques de contraception lors des premiers rapports se sont progressivement modifiées, avec un usage du préservatif de plus en plus fréquent. Ainsi, la proportion des premiers rapports sexuels protégés par les préservatifs est passée de 8% en 1987 à 45% en 1993. (L. Toulemon, H. Leridon, 1999).

En 1994, les préservatifs sont devenus la principale méthode de contraception au moment des premiers rapports ; l'utilisation de la pilule ne commence souvent que quelques mois plus tard (L. Toulemon, H. Leridon, 1999). Selon N. Athea (1992), les adolescents associent le préservatif davantage à la prévention du S.I.D.A. et des M.S.T (Maladies Sexuellement Transmissibles) en général qu'à celle d'une grossesse non désirée. Toutefois avec la régularité des rapports sexuels le recours à la pilule contraceptive augmente significativement tandis que diminue l'utilisation du préservatif ( M. Choquet, S. Ledoux (1994). Lors des relations irrégulières, 71% des adolescents utilisent un préservatif contre 41% lors des relations régulières.

Parmi les jeunes sexuellement actifs, 87% déclarent avoir utilisé un préservatif au cours de la première relation sexuelle avec un partenaire. En revanche, le préservatif est nettement moins utilisé lors de la dernière relation sexuelle : 80% pour les garçons et 53% pour les filles. (I. Nisand, 1999).

Une corrélation entre l'utilisation d'une contraception orale et l'abandon du préservatif semble exister: 19% des filles continuent à utiliser un préservatif quand elles prennent un moyen de contraception oral mais lorsqu'elles ne prennent pas la pilule, elles utilisent dans 79% des cas le préservatif. Cependant, 21% des filles sexuellement actives n'utilisent aucun moyen de contraception (P. Alvin, D. Marcelli, 2000).

Selon l'enquête nationale "adolescents" réalisée en 1993, (M. Choquet, S. Ledoux, 1994), 6% des garçons et 3% des filles ont eu une expérience unique avant l'âge de 14 ans. Les relations hétérosexuelles deviennent régulières pour 33% des garçons et 38% des filles à partir de 18 ans.

Selon les mêmes auteurs, le niveau de la scolarité est un facteur qui semble influencer la régularité et le nombre des expériences sexuelles : les relations sexuelles sont plus

---

<sup>8</sup> Caroline Ros Interne Médaille d'Or SUPEA C.H.L B.P. 587 86021 Poitiers cedex



nombreuses et plus régulières chez les adolescents de lycée professionnel que ceux des lycées d'enseignement général ( 24% contre 19% chez les garçons, 34% contre 24% chez les filles).

Enfin, les adolescents à partenaires multiples sont relativement peu nombreux puisque, entre 15 et 18 ans, 12 % des garçons et 5% des filles ont eu 5 partenaires ou plus (Y. Dechrisie, A. Dannon-Grilliat, 1997).

## **2. Grossesses et naissances**

Les études démographiques et épidémiologiques quantifient les grossesses chez les adolescentes selon quatre façons.

### A. Taux de grossesse chez les adolescentes

Pour calculer ce taux, on divise le nombre de grossesses (naissances, I.V.G et fausses couches spontanées) chez les jeunes femmes de 10 à 18 ans par le nombre de femmes appartenant à ce groupe d'âge. Ce taux est exprimé pour 1000 personnes. Le taux général des grossesses chez les adolescentes a baissé dans le monde.

#### ***a. Au niveau national.***

Actuellement, le taux de grossesses chez les adolescentes âgées de moins de 18 ans est estimé à 24%, soit environ 16000 grossesses par année. Le tiers de ces grossesses seront menées à terme (C. Pawlak, 2000).

Vu l'augmentation des relations sexuelles chez les adolescentes et la baisse du taux de grossesse qui l'accompagne, nous pouvons en déduire une probable meilleure utilisation de la contraception chez les adolescentes.

#### ***b. Au niveau international***

En Grande Bretagne, en 1997, il y a eu près de 90000 grossesses chez les adolescentes de 13 à 19 ans. Trois cinquièmes de ces grossesses ont été menés à terme. (C. Frade, 1999)

Aux Etats Unis, le taux de grossesse chez les adolescentes de 15 à 19 ans est estimé à 96‰ (C. Pawlak, 2000). Chaque année environ un million de jeunes filles entre 11 et 19 ans sont enceintes, ce qui représente 11 % de l'ensemble des filles de cet âge et 22 % de celles ayant une activité sexuelle. Environ 30000 jeunes filles de 11 à 15 ans sont enceintes tous les ans. (L-M. Ware, 1999)

### B. Taux de fécondité chez les adolescentes

C'est le nombre de naissances vivantes chez les jeunes femmes de 15-19 ans par rapport au nombre total des femmes qui constituent ce groupe d'âge. Le taux de fécondité basé sur la natalité ne prend pas en compte les grossesses interrompues volontairement.

#### ***a. Au niveau national***

Le taux de fécondité est de 9 pour 1000 chez les 15-19 ans. Ce taux est en baisse depuis 1982 d'après les chiffres de l'I.N.S.E.E (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) mais cette baisse est moins sensible chez les plus jeunes (adolescentes de 16 ans et moins).



année	fécondité
1982	21.3
1992	12
1995	9.4
1997	9.3

Evolution du taux de fécondité chez les moins de 18 ans

âge	années			
	1988	1992	1995	1997
14 ans	0.5	0.6	0.5	0.5
15 ans	2.1	2	1.7	1.9
16 ans	5.6	5.3	4.4	4.4
17 ans	12.7	11.3	9.4	9.5
18 ans	25.8	22.1	19	18.6

Evolution du taux de fécondité par âge de la mère

Avec un taux de fécondité à 9 pour 1000, la France se classe en dessous d'autres pays européens comme la Grande-Bretagne et surtout très en dessous des Etats-Unis.

#### ***b. Au niveau international***

Dans la majorité des pays européens le taux de fécondité a diminué depuis les années 80 sauf pour l'Angleterre, le pays de Galles ou l'Irlande du Nord où les taux ont stagné voir même augmenté : en 1990, ces taux étaient respectivement 33.3 ; 31.9 et 29.3 pour 1000 femmes de 15-19 ans. (F. Narring et coll, 1998)

Actuellement, le taux de fécondité en Grande Bretagne est trois fois plus important que celui de l'Allemagne ou de l'Espagne et presque quatre fois plus important que celui de la France ou de l'Italie. (C. Frade, 1999)

Pourtant l'Interruption Volontaire de Grossesse en Angleterre est autorisée depuis 1967, et ce jusqu'à 24 semaines d'aménorrhée ; en outre le consentement parental est obligatoire seulement avant 16 ans. Cependant, l'éducation sexuelle serait défailante : seulement la moitié des mineures de moins de 16 ans et 2/3 des 16-19 ans utiliseraient des contraceptifs (C. Frade, 1999).

De tous les pays étudiés, la Suède est celui qui a le taux de fécondité le plus bas, bien que les adolescentes aient des rapports sexuels à un plus jeune âge (E-E. Yordan, R-A. Yordan, 1996). La Suède serait le pays le plus actif en terme de politique et de développement des programmes visant à la diminution du nombre de grossesses à l'adolescence. Depuis les années 1940, l'éducation sexuelle à l'école est une matière comme les autres. En plus de l'éducation généralisée en matière de sexualité et de contraception, le gouvernement a développé des centres associés aux écoles où les jeunes ont accès à des services de contraception et d'assistance socio-psychologique. Ces centres sont gratuits et largement répandus. La publicité est aussi autorisée pour les méthodes de contraception dans les médias, on y discute ouvertement de sexe et on peut se procurer des préservatifs dans de nombreux endroits.





Parmi tous les pays développés, les Etats-Unis sont le pays où le taux de fécondité dans la tranche d'âge des 15-19 ans est le plus élevé : 55 pour 1000. Environ la moitié de ces jeunes femmes enceintes décide de poursuivre leur grossesse et parmi celles-ci 90 à 95% choisissent d'élever leurs enfants. Il existe également un grand écart entre le taux de fécondité des adolescentes noires et celui des adolescentes blanches, ce dernier restant encore excessivement élevé. Cet écart entre les deux types de populations est d'autant plus élevé que les adolescentes ont moins de 18 ans (E-E.Yordan, R-A. Yordan, 1996).

Bien qu'on constate depuis 1991, une légère baisse du taux de grossesse et de naissances chez les adolescentes aux Etats-Unis, il y a une légère mais constante augmentation du taux de fécondité chez les plus jeunes (11 à 15 ans) (L-M. Ware, 1999)

### ***c. Au niveau du Poitou-Charentes***

Le taux de fécondité est de 8.4 pour 1000. Ce taux suit sensiblement l'évolution du taux national.

année	fécondité
1982	22.9
1992	9.4
1995	9.2
1997	8.4

Evolution du taux de fécondité dans la région Poitou-Charentes

### **C. Proportion des naissances chez les adolescentes**

C'est le nombre de naissances chez les adolescentes divisé par le nombre total de naissances.

#### ***a. 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'Interruption Volontaire de Grossesse (1975). Ces naissances diminuent en valeur absolue ce qui suit la tendance générale à tous les âges de la vie. Toutefois, nous notons une augmentation des naissances chez les filles âgées de moins de 18 ans depuis 1995.

Année	Nombre d'enfants nés de mère de 18 ans ou moins	Pourcentage des naissances par rapport à l'ensemble des naissances
1976	22065	3.6%
1986	10212	1.3%
1992	7466	1%
1993	6736	0.94%
1994	6131	0.86%
1995	6012	0.82%
1996	6191	0.84%
1997	6356	0.87%

Evolution de la proportion des naissances chez les moins de 18 ans



Une analyse par tranche d'âge permet de remarquer que la proportion des naissances chez les moins de 15 ans est en augmentation depuis 1976 par rapport à l'ensemble des grossesses chez l'adolescente.

Année	Nombre d'enfants nés de mère de 15 ans ou moins	Pourcentage de ces naissances par rapport aux naissances chez les moins de 18 ans
1976	482	2.18%
1986	381	3.73%
1992	241	3.2%
1993	232	3.4%
1994	227	3.7%
1995	240	3.9%
1996	239	3.86%
1997	246	3.87%

Evolution de la proportion des naissances chez les moins de 15 ans

En outre, la survenue de grossesse dans un contexte de violences sexuelles est en augmentation et l'auteur s'interroge sur l'éventuel lien entre inceste et grossesse très précoce c'est à dire avant 15 ans ( M. Uzan, 1998).

***b. Au niveau régional***

Le nombre de naissances durant les années 1990 à 1997 est stable en région Poitou-Charentes et dans le département de la Vienne, mais contrairement à l'évolution nationale, on note un fléchissement du nombre de naissances chez les moins de 15 ans par rapport à l'ensemble des naissances chez les mères adolescentes.

Année	Nombre d'enfants nés de mères de 18 ans ou moins	Pourcentage des naissances
1991	181	1%
1992	150	0.8%
1993	141	0.8%
1994	147	0.9%
1995	167	0.98%
1996	172	0.9%
1997	172	1%

Evolution de la proportion des naissances chez les moins de 18 ans en Poitou-Charentes



Année	Nombre d'enfants nés de mères de 15 ans ou moins	Pourcentage de ces naissances par rapport aux naissances chez les moins de 18 ans
1991	10	5.5%
1992	2	1.3%
1993	4	2.8%
1994	10	6.8%
1995	9	5.38%
1996	6	3.4%
1997	7	4%

Evolution de la proportion des naissances chez les moins de 15 ans en Poitou-Charentes

Année	Nombre d'enfants nés de mères de 18 ans ou moins	Pourcentage des naissances
1991	40	0.93%
1992	35	0.88%
1993	31	0.79%
1994	34	0.85%
1995	36	0.88%
1996	38	0.87%
1997	41	0.95%

Evolution de la proportion des naissances chez les moins de 18 ans dans la Vienne

Année	Nombre d'enfants nés de mères de 15 ans ou moins	Pourcentage de ces naissances par rapport aux naissances chez les moins de 18 ans
1991	3	7.5%
1992	0	0%
1993	0	0%
1994	2	5.8%
1995	1	2.7%
1996	1	2.6%
1997	1	2.4%

Evolution de la proportion des naissances chez les moins de 15 ans dans la Vienne

### *c. Au niveau international*

On estime à 13% le taux des grossesses à l'adolescence par rapport au nombre total des naissances aux Etats Unis, soit près de 500000 naissances chez des mères entre 11 et 19 ans. En 1995, plus de 1200 naissances provenaient de mères âgées de 11 à 15 ans. (L-M. Ware, 1999)

### D. Nombre total des naissances



En 1997, en France, on comptabilise 6356 naissances chez des mères de 18 ans et moins, dont 984 chez les moins de 16 ans. Ceci représente 0.87% de l'ensemble des naissances.

En 1997, dans la région Poitou-Charentes, il y a eu 72 naissances chez des mères adolescentes dont 41 dans la Vienne. Ce nombre est sensiblement stable depuis 1991 et il représente 1% de l'ensemble des naissances dans la région, ce qui est un peu plus élevé que la moyenne nationale.

### 3. Interruption Volontaire de Grossesse ( I.V.G. )

D'après le baromètre Santé Jeunes de 97-98, 2.8% des adolescentes de 15-19 ans ont déjà été enceintes, ce qui représente 6.2% des filles sexuellement actives de cet âge. On estime que dans deux tiers des cas ces jeunes filles font le choix de l'I.V.G..

Une grossesse sur deux aboutit à une interruption. Cependant plus l'adolescente est jeune plus l'I.V.G. est fréquente : elle concerne 8 grossesses sur 10 à 12-13 ans et 6 grossesses sur 10 à 16 ans. (M. Uzan, 1998 ; P. Alvin, D. Marcelli, 2000). En France, le nombre d'I.V.G. chez les adolescentes de 15 à 18 ans a augmenté progressivement de 1976 à 1981 passant de 957 à 14064 (ce qui ne veut pas dire qu'avant 1975, il y en avait moins, puisque l'I.V.G. était clandestine). Puis de 1981 en 1993, ce nombre a diminué régulièrement. La baisse du taux de fécondité n'étant donc pas imputable à l'augmentation du taux d'I.V.G., on peut en déduire qu'il y a une meilleure utilisation de la contraception, l'activité sexuelle ne tendant pas à diminuer. Cependant, depuis 1993, il existe une augmentation du nombre des I.V.G. chez les moins de 18 ans aussi bien en valeur absolue que proportionnellement à l'ensemble des I.V.G.

années	Nombre absolu d'I.V.G chez les 12-17 ans	Part de ces I.V.G par rapport à l'ensemble des I.V.G
1990	6077	3.5%
1991	6093	3.5%
1992	5731	3.4%
1993	5785	3.4%
1994	5899	3.6%
1995	5854	3.7%
1996	6662	4%

Evolution du nombre d'I.V.G chez le 12-17 ans

Le bulletin d'information de la direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, paru en juin 2000, apporte une donnée comparée sur la pratique de l'I.V.G. entre 1990 et 1997. (M. Le Corre, E. Thomson, 2000).

En 1997, le nombre d'I.V.G. total s'élève à 214000 soit 6% de plus qu'en 1990. Entre 1990 et 1997 par tranche d'âge, on remarque que le recours à l'I.V.G. est plutôt stable au-delà de 25-26 ans alors qu'il augmente chez les plus jeunes. Les taux les plus élevés concernent les femmes de 20 à 24 ans (24‰ en 1997, 21‰ en 1990), mais la plus forte augmentation est le fait des 18-19 ans : 19‰ en 1997 contre 15‰ en 1990. Pour les adolescentes âgées de 15 ans à moins de 18 ans, le taux atteint près de 7‰ en 1997 (6‰ en 1990).

Pour ces dernières années, la baisse de la fécondité chez les adolescentes n'est donc pas la conséquence d'une meilleure utilisation de la contraception, mais est probablement due à



une augmentation du recours à l'I.V.G.. Est-ce que cela traduit une meilleure prise de conscience chez les adolescentes des difficultés psychosociales qu'engendrent les grossesses précoces ? Ou encore est-ce que l'I.V.G. est plus "facilement" acceptée par les adolescentes qu'auparavant ? Ou encore la pression familiale, sociale ou médicale se fait-elle plus pressante en direction de l'I.V.G. ?

Quoi qu'il en soit, cette évolution des I.V.G. illustre l'importance d'une information précoce sur les moyens de contraception et d'un accès facilité pour les jeunes.

En ce qui concerne l'évolution dans la tranche d'âge 18-19 ans, M. Lecorre et E. Thomson (2000) émettent plusieurs hypothèses : tout d'abord, l'accent mis sur la prévention contre le S.I.D.A. et l'usage du préservatif a pu faire appréhender la contraception comme un élément secondaire en regard de la protection contre la maladie et ne pas inciter à des pratiques contraceptives plus systématiques ou plus sûres que le seul préservatif. D'autre part, les jeunes filles de 18-20 ans scolarisées sont couvertes par la sécurité sociale de leurs parents. Etant majeures, elles n'ont plus droit à la gratuité des consultations médicales et des contraceptifs dans les centres de planification familiale. Ayant des moyens financiers souvent limités, elles peuvent hésiter à solliciter un remboursement nécessitant d'informer leur famille.

Le terme moyen auquel est pratiquée l'interruption de grossesse est plus avancé chez les mineures que dans la population des femmes adultes (C. Blayo, 1999). 5000 femmes dont 10% de mineures partent à l'étranger pour obtenir une I.V.G. au delà de 12 semaines d'aménorrhée et ne sont donc non répertoriées dans les statistiques françaises.

Il est nécessaire de reconnaître que le taux d'I.V.G. chez des adolescentes reste, en France, relativement peu élevé comparé à celui de la plupart des pays d'Europe occidentale ; la proportion des I.V.G. pratiquées sur les femmes de 15-19 ans est inférieure à celle observée en Espagne, en Angleterre et au Pays de Galles.

Années	Nombre absolu d'I.V.G 12-17 ans	Part de ces I.V.G par rapport à l'ensemble des I.V.G
1990	166	4.6%
1991	168	4.7%
1992	107	3.5%
1993	70	4.6%
1994	143	4.5%
1995	158	5%
1996	175	5.5%

Evolution du nombre d'I.V.G chez les 12-17 ans en Poitou-Charentes



Années	Nombre absolu d'I.V.G 12-17 ans	Part de ces I.V.G par rapport à l'ensemble des I.V.G du département
1990	31	3.7%
1991	35	4.5%
1992	17	2.6%
1993	15	3.6%
1994	32	4.2%
1995	35	4.5%
1996	39	4.8%

#### Evolution du nombre d'I.V.G chez les 12-17 ans dans la Vienne

En ce qui concerne la répétition d'I.V.G., selon l'I.N.E.D (1996), le nombre absolu des I.V.G. chez les 12-17 ans est de 6662 soit 4% pour l'ensemble des I.V.G et sur cette même population des 12-17 ans, 154 adolescentes (soit 2.3%) ont déjà eu au moins une I.V.G. Le risque de répétition d'I.V.G. est plus grand lorsque la première a été effectuée avant 20 ans (M. Uzan, 1998 ; I. Nisand, 1999). Donc l'âge précoce de survenue d'une grossesse augmente le risque d'I.V.G. précoce ainsi que le risque d'itérativité.

#### **4. Les grossesses répétitives**

Le risque d'une nouvelle grossesse survenant peu de temps après la première ne doit pas être méconnu chez les adolescentes. C. Aubry et coll (1988), dans une étude réalisée à Nancy auprès de 33 adolescentes enceintes montrent que, pour 7 d'entre elles (21%) ce n'est pas la première grossesse : pour 4, il s'agit de la deuxième (2 ont un enfant vivant, 1 a fait une fausse couche spontanée, 1 une I.V.G.) ; pour 1, c'est la troisième et pour 2, c'est la quatrième. M. Uzan (1998), dans son étude auprès de 102 mineures suivies pour grossesse trouve que 11 d'entre elles ont déjà au moins un enfant, trois ont des antécédents de fausses couches spontanées, c'est à dire que 16.6% de ces jeunes filles ont des antécédents de grossesse.

Aux Etats-Unis, on estime à 50% les adolescentes ayant une grossesse dans les deux années qui suivent la première (D-C Rigsby et coll, 1998).

#### **5. La place du géniteur**

En France, ces bébés naissent dans 72% des cas d'une mère célibataire et le père est généralement plus âgé : chez les mères adolescentes de moins de 17 ans, 53% des pères ont entre 20 et 29 ans (P-J. Hoyer, 1998).

En Grande Bretagne, 13% des femmes déclarent avoir eu un enfant avant l'âge de 20 ans contre 4% des hommes : les géniteurs sont souvent plus âgés que les mères. Un an après la naissance, seule la moitié de ces mères adolescentes ont encore des contacts avec le père géniteur et 10 % seulement se marient avec lui.



## Bibliographie :

- ALVIN P., MARCELLI D. : *Médecine de l'Adolescent*. Paris, Masson ; 2000.
- ATHEA N. : Les adolescentes et la contraception. In : *Gynécologie médico-chirurgicale de l'enfant*. Paris, Doin ; 1992. 179-203.
- BLAYO C. : L'avortement volontaire en chiffres depuis la législation. In : *Avortement et contraception*. Centre de documentation du MFPP ; 1999, 8-18.
- CHOQUET M., LEDOUX S. : *Adolescents, enquête nationale. Analyse et Perspectives*. Paris, INSERM ; 1994.
- DECHRISTIE Y., DANION-GRILLAT A. : Sexualité de l'adolescente. *Annales de Psychiatrie*. 1997 ; 12, 2 : 151-56.
- FRADE C. : Niños que tienen niños. *El Mundo*, año XI, 192, 20 juin 1999.
- HOYER P.J. : Prenatal and parenting programs for adolescent mothers. *Annual Review of Nursing Research*, 1998 ; 16 : 221-49.
- I.N.E.D. (Institut National des Etudes Démographiques) : *Statistiques de l'avortement en France*. Annuaire de 1991 à 1996.
- I.N.S.E.E. (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) *Situation démographique en 1997. Mouvement de la population*. In : Beaumel C., Eneau D., Kerjose R., INSEE Résultats. Démographie société ; 1997.
- LECORRE M., THOMSON E. : DRESS : *Etudes et résultats. Les I.V.G. en 1998*. 2000, 69 : 1-4.
- LEBRETON S., LACHCAR P. : Gynécologie psychosomatique. In : *Encycl Méd Chir. Gynécologie* 167-A-10, 1995, 6 p.
- NARRING F., MICHAUD P.A., FERRON C. : Le risque de grossesse à l'adolescence. Quelques pistes de réflexion. *Le concours médical*, 1998, 120, 11 : 774-81.
- NISAND I. : L'interruption volontaire de grossesse en France. Des propositions pour réduire les difficultés des femmes. In : *Avortement et contraception*. Centre de documentation du MFPP ; 1999, 25-32.
- PAWLAK C. Grossesse à l'adolescence. In : HOUZEL D, EMMANUELLI M, MOGGIO F. *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : P.U.F ; 2000. p304-307
- PIERRE N., COX J. : Teenage pregnancy prevention programs. *Current Opinion in Pediatrics*, 1997, 9 : 310-16.
- RIGSBY D-C, MACONES G-A, DRISCOLL D-A : Risk Factors for Rapid Repeat Pregnancy Among Adolescent Mothers : A review of the literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 1998 ; 11 : 115-26.
- SPIRA A., BAJOS N. et le groupe ACSF : *Les comportements sexuels en France*. Rapport au Ministre de la Recherche et de l'Espace. Paris : La Documentation Française ; 1993.
- TOULEMON L., LERIDON H. : Les pratiques contraceptives en France. In : *Avortement et contraception*. Centre de documentation du MFPP ; 1999, 39-44.
- UZAN M. : *La prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes*. Rapport au directeur général de la santé. Paris ; 1998.
- WARE L.M. : Les grossesses des adolescentes aux Etats-Unis d'Amérique. *Devenir*. 1999 ; 11, 4 : 23-48.
- YORDAN E.E., YORDAN R.A. : An overview of Adolescent Pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 1996 ; 9 : 111-18.



## **LES DETERMINANTS SOCIAUX DE L'ACCES A LA CONTRACEPTION ET A L'IVG CHEZ LES MINEURES EN FRANCE S. Durand, N. Bajos<sup>9</sup>**

Bien que l'utilisation des méthodes médicales (pilule, stérilet) soit très répandue en France, les échecs de contraception restent fréquents. Si la proportion de femmes qui ne souhaitent pas d'enfant et qui n'ont pas de contraception demeure très faible (2,6%), il reste que 12,2% des filles (8,4 % des garçons) ont aujourd'hui leurs premiers rapports sexuels sans contraception. Mais aussi, et surtout, le fait de déclarer utiliser une méthode de contraception ne signifie pas pour autant que cette utilisation soit régulière et efficace, quelle que soit la méthode considérée. Le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est resté stable au cours de ces dernières années et le taux d'IVG est de l'ordre de 15‰ femmes en âge de procréer. Une légère augmentation a toutefois été enregistrée pour les femmes de moins de 25 ans (de 21‰ à 24‰ pour les 20-24 ans et de 6‰ à 7‰ pour les 15-18 ans). Au total, environ 210 000 IVG sont ainsi pratiquées chaque année. La France se situe à un niveau moyen par rapport aux autres pays d'Europe.

Ces données conduisent à s'interroger sur l'accessibilité et l'acceptabilité des différentes méthodes de contraception et sur les circonstances du recours à l'IVG, notamment chez les jeunes.

### *Methodologie*

L'unité 292 de l'INSERM a lancé un grand programme de recherches sur le sujet qui comprend une enquête quantitative\* auprès de 6000 femmes dont les premiers résultats seront disponibles en 2001 et une enquête qualitative\*\* dont les premiers résultats seront présentés lors du colloque. Les résultats de l'enquête qualitative ne sauraient en aucun cas être extrapolés quantitativement à la situation observée en France. Mais, parce qu'ils permettent de mettre à jour les mécanismes à l'origine des échecs de contraception, les motivations qui conduisent les femmes à interrompre leur grossesse ou encore les conditions d'accès au système de soins, ils peuvent utilement alimenter la réflexion sur le contenu et la forme de mesures publiques visant à réduire les grossesses non prévues dont l'issue est une IVG.

L'enquête qualitative a été conduite par des chercheuses en sociologie, démographie et psycho-sociologie de l'INSERM U 292, du laboratoire CSU-IRESO du CNRS, du Centre de recherches sur les enjeux contemporains en Santé Publique (CRESP), de l'Université de Saint Quentin en Yvelines et par une gynécologue clinicienne de l'hôpital Delafontaine de Saint-Denis.

L'enquête a été menée (en 1999 et en 2000) à partir d'entretiens approfondis auprès de 80 femmes ayant eu une grossesse accidentelle dans les 3 dernières années dont 13 réalisées auprès de jeune femmes (14-20 ans). Les femmes ont été recrutées par des annonces dans la presse féminine et par l'intermédiaire de médecins et de centres de planification familiale. L'échantillon est diversifié du point de vue de l'âge, du nombre d'enfants, de la situation

---

<sup>9</sup> Sandrine Durand, Nathalie Bajos INSERM Unité 292

\* avec le soutien du laboratoire Wyeth-Léclerlé

\*\* avec le soutien de la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale et de la Direction des Études du Ministère des Affaires Sociales





familiale, professionnelle, du milieu social et de la zone de résidence. Les deux tiers des femmes interrogées ont eu recours à l'IVG et un tiers a poursuivi la grossesse. Les entretiens d'environ une heure et demie ont été intégralement retranscrits et anonymisés.

Une analyse thématique de contenu a été effectuée en comparant les entretiens des jeunes femmes à ceux des autres femmes de manière à mettre en évidence la spécificité des déterminants du recours à la contraception et à l'ivg des jeunes femmes qui débutent leur vie sexuelle.

### *Hypothèses*

L'accès des jeunes femmes à la contraception, bien en deçà et au delà de l'information, est déterminé par :

- la reconnaissance sociale de leur sexualité
- les réseaux qu'elles peuvent mobiliser pour accéder à la contraception
- la disponibilité et l'accessibilité de l'offre contraceptive
- les caractéristiques de leur vie sexuelle
- la perception qu'elles ont de leur fertilité
- leur motivation à ne pas être enceinte
- le caractère dominant du risque sida
- le caractère normatif du discours sur la contraception

L'accès des jeunes femmes à l'I.V.G et le vécu de cet acte sont déterminés par :

- leur âge, à travers le caractère obligatoire de l'autorisation parentale pour les mineures
  - les normes en vigueur dans leur famille vis-à-vis de la sexualité et de l'I.V.G
  - Les réseaux mobilisables (dans et hors la famille)
  - les pratiques de l'accompagnement social et de la prise en charge médicale
- Les premiers résultats de cette recherche seront présentés lors du colloque

### **Equipe de recherche**

Nathalie Bajos (responsable de la recherche), Annie Bachelot, Christine Bove, Dominique Cèbe, Pascale Donati, Sandrine Durand, Michèle Ferrand, Danielle Hassoun, Claudine Philippe, Rim Turki, Florence Vatin.



## LA PREVENTION DE L'IVG CHEZ LES ADOLESCENTES I Nisand<sup>10</sup>

L'accès à l'interruption volontaire de grossesse reconnu par la loi de 75 reste parfois difficile pour les femmes qui rencontrent encore, en 1998, des difficultés dans l'exercice de cette liberté. Chaque femme connaît en moyenne une grossesse non désirée dans son existence et l'interrompt une fois sur deux.

Les complications médicales sont des plus réduites et les complications psychologiques encore mal évaluées en particulier chez les adolescentes.

"Il ne faut ni opposer contraception et avortement, en pensant que l'un est le substitut automatique de l'autre, ni croire qu'ils vont automatiquement de pair. La décision de recourir à l'IVG n'est pas de même nature que celle d'utiliser la pilule... **en matière de régulation des naissances, c'est la motivation qui prime sur la technique.** L'avortement reste bien l'expression d'une contradiction entre le désir des femmes et les réalités sociales, économiques et familiales.

L'analyse des femmes concernées montre que ce sont essentiellement les femmes qui vivent seules qui ont recours à l'IVG. On observe par ailleurs entre 80 et 89 une augmentation de la pratique contraceptive à tous les âges et une augmentation relative<sup>11</sup> de la proportion d'IVG chez les femmes de moins de 24 ans (dont une proportion grandissante se trouve non mariée).

**A âge et état matrimonial identiques, il y a partout diminution de la proportion des conceptions terminées par un avortement.** Les taux d'avortement aux jeunes âges, comparés à ceux d'autres pays d'Europe Occidentale, restent relativement peu élevés en France.

En, 1993, 84% des femmes utilisaient une contraception lors du premier rapport sexuel. On peut cependant isoler une catégorie de risque épidémiologique particulier, les mineures. En effet, le risque d'une utilisation répétitive de l'avortement est plus grand lorsque le premier avortement a été subi avant 20 ans.

Le problème des mineures est sans conteste le plus délicat. Dépossédée de son autonomie pour un choix qui engage son avenir, la jeune fille disposerait de l'autorité parentale quelques mois plus tard si elle conservait sa grossesse. Elle a la possibilité d'accoucher sous X sans demander l'avis des parents. Mère de famille ayant l'autorité parentale, elle doit demander l'autorisation d'avorter à ses parents si elle se trouve à nouveau enceinte avant sa majorité...

La loi reconnaît à la mineure une sexualité : la contraception est accessible gratuitement et anonymement sans aucune condition d'âge. Elle peut poursuivre une grossesse et accoucher sans autorisation parentale, mais n'a aucune possibilité de recours judiciaire pour surmonter un refus parental. On peut aussi ajouter qu'**en cas d'échec de contraception la jeune mineure se trouve plus pénalisée qu'une femme majeure.**

Ainsi, la confidentialité par rapport aux parents est impossible d'autant que l'affiliation à la sécurité sociale se fait également par leur intermédiaire. Ces difficultés incitent les jeunes à tricher<sup>12</sup> pour préserver leurs droits sur leur propre corps. Qu'une mineure décide de

<sup>10</sup>Israël Nisand. CHU de Strasbourg, Service de Gynécologie Obstétrique du CMCO-Schiltigheim

<sup>11</sup> Les grossesses non désirées sont moins fréquentes, mais lorsqu'elles surviennent, elles donnent plus souvent lieu à un avortement.

<sup>12</sup> quand ce n'est pas le corps médical (coincé entre la loi et les abus de pouvoir qui peuvent en découler) qui les incite à demi mot à produire une signature, même contrefaite.



révéler à ses parents qu'elle a une vie sexuelle est une démarche d'autonomie et de liberté. Pousser ou obliger à cet aveu une jeune fille qui ne le souhaite pas pour l'instant constitue ce qu'on pourrait appeler une violence psychologique.

**Si l'implication des parents ne pose que peu de problèmes familiaux dans la majorité des cas, la révélation de la grossesse aux parents est rigoureusement impossible dans certaines familles.**

Une conséquence dangereuse pour les mineures consiste à produire une signature (dont les médecins ne vérifient pas l'origine) et à payer en argent liquide les frais médicaux de l'IVG pour en éviter l'imputation sur les documents de sécurité sociale des parents. Il est anormal de pousser des mineures à trouver en urgence la somme nécessaire (dont on ne sait exactement comment elles se la procurent) pour pouvoir payer l'IVG de manière discrète.

**La solution réside donc plutôt dans l'affirmation d'un droit propre de la jeune fille à décider de l'IVG en lui garantissant la confidentialité de sa décision.**

## LA PREVENTION DE L'IVG

La disponibilité de la contraception d'urgence sans ordonnance constitue un progrès sensible. Une large information, tout particulièrement auprès des jeunes, doit accompagner la mise sur le marché de la contraception d'urgence. Le manque d'ordonnance pour un renouvellement de pilule figure parmi les causes d'IVG. Les échecs de la contraception sont fréquents chez les adolescents. La première raison tient à leur fécondité élevée. Une étude comparative des échecs de contraception chez les adultes et les adolescentes<sup>13</sup> montre 2 particularités :

- une proportion d'échec du préservatif significativement plus élevée chez les adolescentes (17,8% contre 11,5% chez les adultes)
- l'absence totale de contraception est elle aussi plus fréquente chez les adolescentes (9,4% contre 3,6% chez les adultes).

**Le préservatif utilisé isolément dans un but contraceptif constitue une méthode insuffisamment efficace chez les jeunes.** Les IVG dues à l'échec du préservatif comme contraception sont passées aux Etats-Unis<sup>14</sup> de 15% à 32% en quelques années.

Les deux facteurs sociologiques qui influencent le comportement contraceptif des jeunes sont<sup>15</sup> :

- l'aspect occasionnel des rapports
- l'information par les parents divise par deux l'absence de contraception lors du premier rapport.

En France, l'âge médian du premier rapport sexuel est situé à 17 ans pour les filles comme pour les garçons - une donnée qui n'a pas varié depuis plusieurs décennies. La classe d'âge située entre 18 et 20 ans représente 10 000 IVG par an en France, alors que les moins de 18 ans représentent 6 000 IVG par an. De plus, le nombre d'enfants nés de mères de 18 ans et moins était en France en 87 de 6043 et de 646 pour les mères de moins de 16 ans. **Le**

<sup>13</sup> Zufferey M.M., Schmidt N. L'échec contraceptif chez 720 adolescentes demandant une interruption de grossesse. Méd. et Hyg., 1992, 50, 1277-84.

<sup>14</sup> Henshaw S.K., Kost K. Abortion patients in 1994-1995 : Characteristics and contraceptive use. Family Planning Perspectives, 1996, 28 : 140-7 & 158.

<sup>15</sup> Le recours à la contraception se développe chez les jeunes Allemands, Epidemiologisches Bulletin, 1998, 41, 289-90, cité par APM, ap/eh/APM ac 98 21IJ1850.



**nombre de conceptions chez les adolescentes a baissé, mais, quand elles surviennent inopinément, ces grossesses aboutissent moins souvent à une naissance.**

### **Créer des structures de prévention des IVG INFO - ADO**

Il tombe sous le sens que les IVG les plus susceptibles de laisser des séquelles psychologiques sont celles des jeunes de moins de 18 ans. Elles renvoient la société française, et les adultes en général, à un certain constat de carence dans le domaine de la formation et de la prévention primaire : “On apprend aux jeunes à traverser les rues sans se faire renverser, mais on ne leur apprend pas à débiter leur vie sexuelle sans rencontrer les écueils que celle-ci peut receler”. Le médecin de famille (connu par l'enfant) est rarement consulté dans ce contexte et ce pour 3 raisons :

- les jeunes ignorent l'existence du secret professionnel
- ils ne disposent pas de l'argent nécessaire
- et ils redoutent par dessus tout l'examen gynécologique.

On peut pallier ces 3 causes d'échec de l'approche médicale, soit au niveau des praticiens soit au niveau des structures hospitalières. Des structures de prévention doivent être suggérées dans les toutes les UF d'orthogénie. Ces structures<sup>16</sup> doivent comporter 2 volets complémentaires :

- une campagne d'information dans les établissements scolaires alentour.
- un accueil quotidien aux heures ouvrables, sans rendez-vous par un médecin préparé à recevoir des adolescents qui dispose de préservatifs gratuits et de contraceptifs œstro-progestatifs gratuits.

**L'incitation des chefs d'établissements scolaires par le ministère de l'éducation nationale à accepter de telles formations (qui surclassent, et de loin, l'efficacité du distributeur de préservatifs) est donc indispensable.**

Quant aux complications psychologiques, leur évaluation est difficile et leur variabilité est extrême. On peut dire toutefois que l'incidence des complications psychologiques majeures est faible sauf chez les adolescentes où une IVG en début de vie sexuelle peut constituer une véritable agression dont le retentissement réel demeure mal connu<sup>17</sup> et dépend étroitement du contexte familial et de la dépendance affective des jeunes. **La maltraitance à l'occasion de l'IVG renforce le sentiment de culpabilité et peut blesser psychologiquement des femmes fragilisées par la période difficile qu'elles sont en train de vivre.** Ceci justifie qu'un soin particulier soit apporté à la formation des équipes médicales et paramédicales qui reçoivent les patientes, depuis l'accueil téléphonique jusqu'à la prise en charge proprement dite.

**Préparer les jeunes gens à leur future vie sexuelle plutôt que de les consoler au passage dans nos salles d'opération, un objectif facile à partager avec l'ensemble du corps médical.**

<sup>16</sup> Il n'est pas question de remplacer les structures de proximité très efficaces mais d'augmenter l'effort public en matière de prévention.

<sup>17</sup> bien que largement décrit dans la littérature psychanalytique



## **ADOLESCENCE GROSSESSE ET SEXUALITE. Une douloureuse conjonction D.Marcelli <sup>18</sup>**

La survenue d'une grossesse à l'adolescence est le plus souvent imputée à " un accident " et la réponse médico-sociale consiste en une meilleure information sur la contraception. Pourtant à y regarder de plus près, une autre logique que celle de l'accident apparaît souvent, les adolescentes exprimant, quand on les autorise à parler, un désir de grossesse ou un désir d'enfant. Pourquoi une jeune adolescente est-elle parfois envahie par ce désir au point de ne pas pouvoir le différer même temporairement, pourquoi est-elle prête à sacrifier une partie de son adolescence ?

Ce sont ces questions que nous aborderons brièvement. Nous ne citerons pas de statistiques dans la mesure où plusieurs articles de cette revue le font.

Quelle est cette autre logique, celle de l'inconscient, dans laquelle la grossesse s'inscrit de façon parfois très évidente comme un passage à l'acte révélateur. Sans méconnaître l'existence de quelques grossesses à l'adolescence qui traduisent un profond désir d'avoir un enfant<sup>19</sup> de ce géniteur particulier dans un partage amoureux assumé, le plus souvent cependant, la grossesse prend le sens d'une rupture avec la famille, le géniteur, l'enfance de l'adolescente et parfois même comme une rupture et une attaque du corps propre. Nous proposerons trois niveaux d'interprétation : la grossesse comme vérification de l'intégrité du corps et des organes de la reproduction ; la grossesse et plus encore le désir d'enfant comme recherche d'un " objet " de comblement des carences de l'enfance ; enfin la grossesse comme " prise de risque ", quasi conduite ordalique dont l'objectif est de mettre le corps en danger.

Bien évidemment, le désir de grossesse chez une adolescente doit être compris à la lumière des développements de la sexualité qui caractérise cette période de la vie : il s'agit du passage d'une sexualité dite " infantile " à une génitalité dite " adulte ". Quand on parle de sexualité infantile, on se réfère à deux composantes principales. Au plan corporel, la sexualité infantile se manifeste principalement par ce qu'on appelle le plaisir d'organe, c'est à dire le plaisir que l'enfant pré-pubère peut prendre avec son corps. On en donne comme exemple habituel celui de la succion où le bébé découvre très vite que téter non seulement apaise la faim, mais que téter est en soi source de plaisir : rapidement le bébé tète non pas parce qu'il a faim mais parce que cela lui plaît ! Ce plaisir d'organe doit être distingué de ce qu'on nomme la curiosité sexuelle ou les théories sexuelles infantiles qui, elles, ont pour objet la mise en pensées, fantaisies ou fantasmes des questions portant sur la différence des sexes, la manière de concevoir et de faire les bébés, les rapports supposés entre les parents, ce qu'on nomme " la scène primitive ", etc. L'immaturité sexuelle protège d'une certaine façon l'enfant parce qu'elle le met à l'abri du risque de réalisation sexuelle ; quant à l'absence d'orgasme, cela peut être compris soit comme un manque, un inachèvement, soit comme une protection qui épargne à l'enfant la douloureuse

confrontation à la perte de l'excitation. L'excitation dans son corps peut ne pas avoir de fin !

<sup>18</sup> Daniel Marcelli, Professeur de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent C.H.H.L SUPEA BP 587 F- 86021 POITIERS cedex

<sup>19</sup> Il s'agit en général des adolescentes les plus âgées, après 17/18 ans. Précisons que dans ce texte, par " adolescente ", nous parlons des jeunes femmes de moins de 18 ans âge de la majorité légale en France. Certes le processus psychique de l'adolescence peut déborder largement cette limite qui comme toute limite inclut sa part d'arbitraire...



L'accession à la maturité sexuelle caractérise la génitalité. On peut définir celle-ci comme la découverte de la capacité orgasmique et de reproduction. Là encore dans l'accession à cette sexualité génitale, il y a un double travail : la reconnaissance dans son propre corps de cette puissance nouvelle d'une part ; la prise en compte de la nécessaire complémentarité des sexes d'autre part. Pour faire bref on dira que le jeune adolescent est d'abord préoccupé par la reconnaissance de ce pouvoir nouveau du corps tandis que le grand adolescent va découvrir peu à peu les enjeux liés à la complémentarité des sexes. Fait essentiel, la capacité orgasmique représente une conquête mais elle impose aussi une perte relative : la perte au moins transitoire de l'excitation au décours de l'instant de la jouissance, ce qui confronte le sujet à la capacité de faire face à la solitude et à la faiblesse. Cette génitalité inscrite dans le corps, s'accompagne bien sûr de fantaisies et fantasmes ; certains ne sont que la réactivation de ceux de l'enfance mais d'autres sont plus spécifiques de l'adolescent, en particulier la crainte fantasmatique constante sur la "normalité". "Suis-je normal(e) ?" se disent presque tous les adolescents. Ce questionnement renvoie à deux domaines bien distinctes, celui de la physiologie et celui de la norme sociale ou de la morale. Le champ de la physiologie correspond aux interrogations de l'adolescent sur la fonctionnalité de ses nouveaux organes ce qu'on pourrait schématiser par la question suivante : "est-ce que ça marche ?". L'adolescent s'interroge pour savoir si ses organes sexuels sont "vrais ou faux", s'ils "marchent vraiment". Parallèlement à cette excitation somatique et peut-être poussée par celle-ci, l'excitation psychique conduit le jeune à multiplier les fantaisies sexuelles de tous ordres ce qui très vite lui fait craindre une éventuelle "anormalité". C'est un champ très différent du précédent puisqu'il s'agit ici de la "normalité morale" : "ce que je fantasme est-il bien ou mal ?" On est dans le domaine des valeurs qui est, quoiqu'on en pense, toujours hautement sollicité par la sexualité.

Cette accession à la sexualité génitale implique une organisation satisfaisante de l'identité sexuelle et des identifications. L'identité sexuelle ne surgit pas toute faite en un jour mais se "construit" progressivement au cours des étapes successives de l'enfance et de l'adolescence. Cette construction de l'identité sexuelle entrecroise subtilement une ligne que par facilité nous dirons "narcissique" où domine la question de la représentation pour le sujet de ce qu'est le sexe dans son corps et une ligne que nous appellerons "objectale" où domine la dimension relationnelle. On pourrait définir la première ligne comme le travail de mise en représentation préconsciente et consciente de la pulsion sexuelle ; cette ligne suit un long chemin déjà préparé par la résolution du complexe d'Œdipe et qui est réactivée par l'émergence de la puberté. On peut la résumer de la façon suivante :

1) **"Le sexe que j'ai"** : c'est la phase de reconnaissance de son propre sexe qui correspond à l'affirmation narcissique/phallique de son identité sexuée. Certes cette reconnaissance s'est affirmée dès l'enfance, au décours de la période œdipienne mais l'émergence pubertaire la réactualise et lui donne une réalité et une acuité tout à fait nouvelles.

2) **"Le sexe que je n'ai pas"** : c'est la phase de reconnaissance de la différence anatomique des sexes qui correspond à l'acceptation de l'épreuve de réalité dans le champ de la sexualité : "l'autre n'est pas comme moi". Là encore si ce constat de différence est en général acquis dès l'enfance (mais pas toujours) et mobilise la "curiosité sexuelle", cette différence prend à l'adolescence une autre dimension précisément parce que le corps devenant pubère ce n'est plus simplement une question de curiosité psychique mais un éprouvé corporel qui peut être source d'angoisse, de perplexité ou de sentiment de



persécution. (“ Qu’est-ce que l’autre peut bien ressentir dans un corps si différent du mien ? ”)

3) **“ Il me manque quelque chose ”** : c’est la phase d’acceptation de la castration symbolique pour l’un comme pour l’autre sexe : au-delà du constat de la différence anatomique des sexes, la puberté confronte le sujet au manque fondamental et structurel qui constitue toute personne. L’immaturité infantile avait jusque là “ protégé ” l’enfant de cette obligation de constat et lui avait donné par là même ce sentiment d’omnipotence infantile auquel l’adolescent doit précisément renoncer. C’est en ce sens que l’accession à la génitalité n’est pas seulement un gain, elle peut aussi être ressentie comme une perte relative (voir ci-après). Cette phase est spécifique à l’adolescence et il est probable que son acuité est bien plus intense à cet âge qu’elle le sera ultérieurement.

4) **“ L’autre est pourvu de ce qui me manque ”** : c’est la phase de reconnaissance de la nécessaire complémentarité des sexes et par conséquent d’acceptation de la dépendance avec l’élaboration consécutive de la position dépressive. Au moment où l’adolescent voudrait affirmer sa totale indépendance, la pulsionnalité sexuelle le confronte au “ besoin ” de l’autre, ce qui peut être éprouvé comme une menace de persécution voire même d’aliénation. Accepter cette nécessaire complémentarité des sexes revient à accepter la finitude humaine et le besoin de relation auquel nul ne peut échapper.

5) **La réalisation sexuelle** : c’est la phase au cours de laquelle le sujet se trouve confronté à ses fantasmes sexuelles à travers la scène imaginaire de l’accouplement, reprenant les scénarios de la “ scène primitive ” infantile, c’est à dire la manière dont l’enfant, à la période de la névrose infantile, pouvait fantasmer la sexualité parentale. La possible réalisation sexuelle réactualise ces fantasmes chez l’adolescent de façon d’autant plus intense qu’il aura éprouvé les phases précédentes avec un sentiment d’angoisse ou de persécution. Deux fantasmes principales apparaissent dominantes, celle de l’oralité ou celle de l’analité agressive :

5a) **“ Le vagin n’est pas dangereux pour le pénis ”** : c’est la phase de neutralisation de l’oralité agressive et de dégagement de la soumission à l’archaïque maternel dévorateur qui est symbolisée par le fantasme de la dangerosité du contenant pour tout contenu. (“ La grotte engloutit et fait disparaître tout ce qui s’y réfugie ”).

5b) **“ Le pénis n’est pas dangereux pour le vagin ”** : phase de neutralisation de l’analité agressive et de dégagement de la soumission à la violence mâle destructrice qui est symbolisée par le fantasme de la dangerosité du contenu pour tout contenant. (“ L’épée est dangereuse pour le fourreau qu’elle peut déchirer et détruire ”).

Cependant à côté de cette mise en représentation pour le sujet de sa pulsionnalité sexuelle, une seconde ligne de réaménagement doit s’opérer, celle où l’individu doit ré-élaborer sa relation à l’autre à partir de la nouveauté de sa position œdipienne post-pubertaire. En effet le “ pubertaire ” qui est au fonctionnement psychique ce que la puberté est au fonctionnement du corps (Ph. Gutton, 1991) excite l’adolescent et le contraint au travail relationnel suivant :

1) **“ Le rapproché incestueux ”** : c’est la phase qui pousse l’adolescent(e) vers son “ objet incestueux ”, le parent de l’autre sexe. Mais en même temps ce mouvement le confronte à la menace incestueuse, menace d’engloutissement mortifère. Autant pendant l’enfance ce rapproché était inoffensif et même source d’un évident plaisir, autant à l’adolescence ce rapproché, tout en étant excitant, devient menaçant.



2) **“ La soumission isogénérique ”** : c’est la phase qui pousse l’adolescent(e) à se rapprocher de son “ objet œdipien indirect ”, c’est à dire le parent du même sexe que lui, pour se protéger de la menace incestueuse (voir : 1). Mais en même temps ce rapprochement le confronte à la menace de la confusion identitaire : “ si je lui ressemble trop je risque de ne plus savoir qui je suis ”. Alors que dans l’enfance ce rapprochement confortait la construction de l’identité, soudain à l’adolescence il devient une menace potentielle pour cette même identité.

3) **“ L’alliance aux pairs ”** : au cours de cette phase l’adolescent(e) s’éloigne de son objet œdipien indirect, le parent du même sexe, pour ne pas s’y soumettre et s’y confondre (voir : 2). Désormais il va chercher et tenter de trouver auprès des pairs surtout ceux de son sexe, les étayages nécessaires marqués par la barrière des générations (il y a des choses qu’on fait entre copains qu’on ne fait plus avec les adultes et surtout avec les parents) mais qui éveille le risque de l’homosexualité par delà l’homophilie qui se caractérise par ce plaisir d’être tous ensemble et tous semblables.

4) **“ La découverte de l’objet d’amour ”** : cette phase inscrit l’adolescent(e) dans la relation à un autre différent de soi, tant au plan de la différence des sexes que de la radicale “ altérité ” d’autrui. Ainsi l’adolescent(e) se dégage de la menace homophile et homosexuelle (voir : 3) mais il est confronté à la radicale altérité de l’autre, c’est à dire au sentiment de solitude.

C’est l’ensemble de ce travail d’élaboration qui caractérise la construction de l’identité sexuelle à l’adolescence avec un entrecroisement de ces deux problématiques, celle de la mise en représentation de la pulsionnalité sexuelle dans une dimension essentiellement narcissique et celle du rapport à l’autre dans une dimension plus objectale. Bien évidemment, la nécessaire ré-élaboration des relations aux objets œdipiens constitue l’arrière plan de ce travail. La mise en acte de la sexualité au cours de cette progressive élaboration risque de faire “ immixtion dans le développement ” menaçant de point de fixation à l’une ou l’autre phase. Ce risque paraît d’autant plus grand que le jeune adolescent est naturellement enclin à se servir du sexe pour tenter de se dégager de son lien œdipien et pour affirmer sa totale indépendance<sup>20</sup> alors même qu’une composante essentielle de la sexualité réside dans l’acceptation de la dépendance relationnelle. D’une certaine manière, en apparence paradoxale, la pratique sexuelle précoce chez le jeune adolescent dans un but d’affirmation narcissique de son indépendance et de ses compétences phalliques risque d’entraver le travail d’élaboration psychique d’accession à la génitalité et de le conduire à une utilisation instrumentalisée de la sexualité et du sexe pour ne pas avoir à en éprouver la nécessaire dimension relationnelle. Cette sexualité fonctionnelle, ce qu’on pourrait appeler une “ pré-génitalité ”, de qualité plus narcissique qu’objectale, se préoccupe d’abord de la compétence et de la qualité des organes de la sexualité et de la reproduction : “ suis-je normal ? ” se demande l’adolescent (voir ci-après)...

Enfin la puberté confronte le jeune à une excitation qui le menace toujours de débordement, cet excès d’excitation ayant valeur traumatique par la dimension incontrôlable qu’elle est souvent susceptible de prendre si le jeune ne supporte pas la frustration que la nécessaire attente va imposer: les éprouvés corporels et sensoriels peuvent alors devenir des quasi persécuteurs. La recherche de la décharge par le passage à l’acte peut, pour certains

<sup>20</sup> Un exemple typique en est donné par ce que M. Laufer appelle le “ choix anti-œdipien ” lorsqu’un adolescent choisit systématiquement un objet d’amour aux caractéristiques opposées à celles de son parent œdipien ou qui entraîne une réprobation intense du même parent.





adolescents, devenir compulsive dans le but de libérer le corps de cette tension envahissante. Pendant longtemps cette voie de décharge fut essentiellement auto-érotique et masturbatoire, étayant l'activité de représentation ou à défaut, agit au travers de conduites auto-agressives (T.S., accidents, etc.). La relative liberté sexuelle actuelle permet à certains jeunes confrontés à cet excès d'excitation de trouver la voie directe de décharge dans une mise en acte du sexe, ce que nous aborderons dans la dernière partie de ce travail.

Ainsi, la toute première question que se pose le jeune adolescent, garçon comme fille, est celle de la fonctionnalité de ses organes et de la normalité de ses fantasmes. Selon le sexe, un type de questionnement prédomine sur l'autre. Pour les garçons, la réponse aux questions sur la physiologie apparaît plus facile et plus directe quand aucun évènement particulier, tel qu'une maladie chronique par exemple, n'amène le jeune à douter de son corps ; pour lui, il existe une sorte de condensation entre érection/masturbation/éjaculation/fertilité. Quand "ça fonctionne" ainsi, cela suffit au garçon ; il n'y a pas d'autre question et la crainte sur la fertilité ne se pose pas véritablement ! Cette réassurance fonctionnelle étant ainsi acquise grâce à la visibilité de ses organes, l'adolescent se posera en revanche de façon souvent critique la question de sa normalité psychique, d'autant plus que ses "fantasmes érotiques" libérées des entraves somatiques peuvent prendre des chemins qui le surprennent ! La crainte d'un désir sexuel fou dort souvent dans un petit coin de la psyché du garçon. Pour l'adolescente au contraire la réponse au questionnement sur la normalité de ses organes est en grande partie cachée. Si le plaisir d'organe est possible, si la masturbation ou la relation sexuelle peut permettre à la fille de parvenir au plaisir "terminal" c'est à dire à l'orgasme, en revanche le questionnement sur la conformité des organes de reproduction reste entière. "Suis-je fertile ?" s'interroge souvent l'adolescente. Si ce questionnement reste souvent dans ce registre abstrait, pour certaines adolescentes il peut se transformer en une question plus concrète : "puis-je avoir un enfant ?" ou encore : "j'ai envie d'un gros ventre !", symbole de grossesse et de bébé potentiel : ventre habité, rempli ou gros, mots dont la polysémie alimente les divers désirs de grossesse et leurs contre-investissements. Il est clair que l'existence de facteurs qui font douter l'adolescente de sa possible fertilité renforce ce questionnement, lequel peut alors devenir quasi obsédant ; c'est le cas lorsque la jeune fille souffre d'une maladie chronique. Par ailleurs comme chacun le sait, les chemins de l'orgasme sont tortueux, pas toujours faciles à trouver, rarement du premier coup ! Il n'est pas rare pour ne pas dire fréquent que l'adolescente n'éprouve pas tout de suite, dès la ou les premières relations sexuelles, un plaisir orgasmique. Tandis que pour le garçon éjaculer/jouir/être fertile forme un bloc à l'apparence rassurante, chez la fille non seulement elle ne peut pas vérifier *de visu* la conformité de ses organes mais en plus l'absence initiale du plaisir orgasmique peut venir renforcer ses craintes sur la conformité de sa sexualité et de ses organes ! La crainte de la folie de son ventre dort souvent dans un coin de la psyché d'une jeune fille. Il y a là un véritable cercle vicieux qui peut exacerber l'impatience de certaines adolescentes face à l'absence temporaire de réponses et à la nécessité d'en supporter la frustration.

Mais la question des grossesses à l'adolescence ne se limite pas aux interrogations d'une jeune fille sur sa sexualité ou sa fertilité. Le résultat d'une grossesse, c'est un bébé, tout le monde le sait ; de plus, quand on a un bébé dans les bras on devient une maman, c'est à dire un adulte, c'est du moins ce que pense l'adolescente... Elle n'a d'ailleurs pas complètement tort puisque le législateur lui octroie des droits d'adulte sur certains points. A côté du désir de grossesse, le désir d'enfant s'impose souvent à l'adolescente, comme une solution à ses



diverses difficultés. Devenir une maman et donc accéder apparemment au statut d'adulte, c'est d'abord faire disparaître l'enfant que la jeune fille est encore peu ou prou. C'est ensuite acquérir le statut de mère, donc s'identifier à la mère que l'adolescente a eu dans son enfance. Toutes les enquêtes sans exception montrent que les jeunes mères mineures ont souffert dans leur enfance de conditions de vie difficiles et de mauvaises relations avec leurs parents, la mère en particulier. On peut alors se demander pourquoi la jeune adolescente cherche à s'identifier à la personne avec laquelle elle a eu de mauvaises relations dans l'enfance ? On aura une partie de la réponse si on considère que, par cette grossesse, d'une part l'adolescente "met à mal" son enfance, elle la malmène et la tue, et d'autre part elle "attaque" sa mère en s'appropriant son statut, manière de pousser celle-ci du côté de la vieillesse. La grossesse à l'adolescence condense dans cette "attaque" du corps propre un double mouvement agressif : attaquer son enfance, attaquer sa mère. L'énoncé conscient de cette dynamique en général inconsciente prend la forme suivante : "ce bébé, au moins, il m'aimera !", ce besoin d'amour ne faisant que dévoiler *a contrario* la carence massive dans laquelle cette jeune adolescente a vécu.

Nombreuses sont les enquêtes qui démontrent cette dimension de comblement narcissique de la grossesse et du bébé chez des adolescente au passé carenciel ou violent. Nous citerons simplement le travail de Herrenkohl E.C. et Col. (1998) parce qu'un des plus récents et des plus exemplaires. Dans une étude prospective, ces auteurs ont comparé 92 adolescents, garçons ou filles, qui sont devenus parents avant l'âge de 20 ans à 297 adolescents appariés pour les diverses variables, y compris les conditions socio-économiques, qui n'ont pas accédé au statut de parent avant cet âge. Les sujets ont fait l'objet d'entretiens et d'évaluation à trois reprises entre 1976 et 1992 dans l'enfance, en début d'adolescence et à 20 ans. Les violences physiques ainsi que la carence et la négligence éducative pendant la petite enfance et l'enfance apparaissent fortement corrélés avec la parentalité précoce chez les garçons comme chez les filles. Une mauvaise estime de soi dans l'enfance et à l'adolescence est également corrélée de façon très forte avec la parentalité précoce, de façon encore plus significative chez les filles que chez les garçons. Cette mauvaise estime de soi est plus fortement liée à la carence et à la négligence précoce qu'elle n'est liée aux sévices physiques. De façon très éclairante, les sévices physiques isolés, sans antécédent précoce de carence ou de négligence éducative semblent avoir un effet moins néfaste sur l'estime de soi. Dimension essentielle, une estime de soi positive apparaît comme un facteur de protection et de résilience majeure pour la parentalité précoce, surtout chez la fille. En revanche, contrairement à ce qui est souvent mis en avant, les antécédents d'abus sexuels dans l'enfance n'apparaissent pas comme un facteur de risque significatif de parentalité précoce, même si ce facteur apparaît un peu plus important chez les filles que chez les garçons. Parmi les conditions associées à la parentalité précoce, ces auteurs relèvent en particulier les points suivants : la rupture scolaire, des conduites agressives, des consommations abusives. Ils proposent plusieurs niveaux d'explication en fonction des facteurs de risque : le désir de bébé semble étroitement lié à une mauvaise estime de soi tandis que la survenue d'une grossesse surtout chez la jeune adolescente (13-15 ans) semble corrélée à la dimension d'impulsivité et d'agressivité.

Cette dernière remarque conduit à la troisième proposition. De nombreuses grossesses à l'adolescence, surtout chez la toute jeune adolescente, semblent être l'expression d'une conduite agressive directement dirigée contre le corps. L'accession à la genitalité confronte nécessairement le sujet à la frustration : du moment où le corps devient pubère, le sujet ne peut plus faire n'importe quoi avec celui-ci. Sa jouissance rencontre désormais une double



limite, celle de l'orgasme qui, comme nous l'avons dit, met fin à l'excitation donc confronte le sujet à la perte de sa force, c'est à dire la faiblesse (les psychanalystes disent le manque : c'est ce que le pervers ne veut pas prendre le risque de rencontrer), celle de la nécessaire complémentarité des sexes qui impose au sujet la dépendance à autrui et le confronte à sa relative solitude. Pour l'adolescent accéder à la sexualité génitale, c'est faire l'expérience d'une frustration qui vient de l'intérieur même du corps et pas seulement de la réalité externe. Pouvoir tolérer la frustration devient alors une dimension essentielle d'une sexualité génitale assumée et partagée. On comprend alors aisément que le corps soit parfois vécu comme un objet de persécution et que l'adolescent puisse chercher à l'attaquer parce qu'il est le symbole même de ce qui le fait souffrir : les adolescents très impulsifs ou agressifs retournent souvent cette violence sur leur corps parce qu'ils ne tolèrent pas l'attente et la frustration inhérentes à cette sexualité qui ne peut plus se résumer à la recherche du plaisir d'organe mais qui impose une rencontre potentielle et un partage. M. et E. Laufer ont proposé le concept de rupture pour comprendre le sens de ce retournement pulsionnel contre le corps propre : l'adolescent attaque son corps, son corps sexué en particulier, parce que celui-ci représente la source de ses souffrances. Les garçons "choisissent" les conduites de risque sociales tels que les accidents de circulation, ce qui était le thème du colloque de l'année précédente, ou les comportements violents. Les filles se tournent plus volontiers vers l'attaque directe de leur corps comme dans les tentatives de suicides ou les troubles du comportement alimentaire. La grossesse fait incontestablement partie de ces moyens d'attaquer le corps : le lien fréquemment observé avec une T.S. peu avant ou peu après la grossesse est là comme un éclairage significatif. En général ces grossesses impulsives surviennent dans le cadre d'une sexualité non protégée et à risque et s'inscrivent comme des passages à l'acte : c'est ce qu'on constate chez ces jeunes filles qui ont des relations sexuelles avec un inconnu au cours d'une fugue, qui choisissent constamment des partenaires à risque, toxicomanes en général, ou qui de façon systématique, engagent leur corps quasi immédiatement dans une relation sexuelle dès le début d'une rencontre.

Ne voir dans la grossesse de l'adolescente que le résultat d'un accident ou du destin, c'est réduire singulièrement la signification d'un tel événement. C'est en particulier méconnaître la souffrance de l'adolescente, méconnaître les difficultés de cette jeune fille à prendre soin d'elle, prendre soin de son corps, à assumer les tensions psychiques inhérentes à la sexualité, à tolérer d'attendre. Une grossesse chez une femme, c'est un désir qui s'accomplit, une satisfaction qui s'offre, un plaisir qui se partage. Rien de tout cela chez l'adolescente enceinte en général isolée, angoissée, en colère... Cette souffrance, nous devons la prendre en charge pour que, si cette jeune fille fait le choix de son adolescence et demande une interruption de grossesse, il n'y ai pas une récidence immédiate et si elle choisit l'enfant aux dépens de son adolescence, elle puisse être aidée car élever un enfant donne certes beaucoup de plaisir mais confronte aussi le parent à la capacité d'attendre et de tolérer la frustration.

### Bibliographie :

1. ALVIN P., MARCELLI D. : Les pratiques sexuelles et la sexualité à l'adolescence In : *Médecine de l'Adolescent*, Masson éd., Paris, 1999.
- 2.- BLIN-ZBIEGIEL E. : *Histoires d'adolescentes : de la grossesse manquante à la pilule manquée*. Mémoire du D.I.U. Médecine et Santé de l'Adolescent, Poitiers, 1999.
- 3.- CULP R.E., CULP A.M., OSOFSKY J.D., OSOFSKY H.J. : *Adolescent and older mothers' interaction patterns with their six-month-old infants*. Journal of adolescence, 1991, 14, 195-200.
- 4.- 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, 44-50.



- 5.- DESCHAMPS J.P., ALVIN P. : La grossesse, la maternité et la paternité. In : *La santé des adolescents*. Sous la direction de P.A. Michaud et P. Alvin, Doin éd., 1997, 1 vol., 302-317.
- 6.- FRACHON A. : Les lycéennes-mamans de Baltimore. *Le Monde*, 14 Juin 1993.
- 7.- GEADAH R.R. : Splenn et espérance d'un voyageur de Pâque(s) : traumatisme, migration et acculturation. *Rivages*, 1993, 2, 81-120.
- 8.- GUTTON Ph. : *Le Pubertaire*, PUF éd., Paris, 1991, 1 vol.
- 9.- HERRENKOHL E.C., HERRENKOHL R.C., EGOLF B.P., RUSSO M.J. : The relationship between early maltreatment and tennage parenthood. *Journal of Adolescence*, 1998, 21, 291-203.
- 10.- HOCKADAY C., CRASE S.J., SHELLEY M.C., STOCKDALE D.F. : A prospective study of adolescent pregnancy. *Journal of Adolescence*, 2000, 23, 423-438
- 11.- KONIAK-GRIFFIN D., LOMINSKA D., BRECHT M.L. : Social support during adolescent pregnancy : a comparison of three ethnic groups. *Journal of Adolescence*, 1993, 16, 43-56.
- 12.- MARCELLI D., BRACONNIER A. : Grossesse à l'adolescence In : *Adolescence et Psychopathologie*, 5e éd, Masson éd., Paris, 1999.
- 13.- NICOLLE O., BYDLOWSKI M. : Méthodologie d'évaluation des interactions de la mère adolescente avec son bébé. In : *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et son partenaire*. Sous la direction de S. LEBOVICI, P. MAZET et J.P. VISIER, Eschel éd., Paris, 1989, 367-378.
- 14.- OSOFSKY J.D., EVERHART-WRIGHT A., WARE M.L., HANN D.M. : Les enfants de mères adolescents : un groupe à risque du point de vue de la psychopathologie. *Psychiatrie de l'Enfant*, 1993, 36, 253-287.
- 15.- PAJOT O. : L'a-maternité adolescente. *Adolescence*, 1984, 2, 2, 377-382.
- 16.- ROCHETTE J. : Au temps des relevailles : un groupe mères-bébés pour contenir le chaos de la naissance. In : DUGNAT M., DUGNAT A., LALANNE J., MARINOPOULOS S., MELLIER D., ROCHETTE J. : *Des bébés exposés : séparation, placement, abandon*. Erès éd., 1 vol., 57-77.
- 17.- ROCHETTE J. : Une attention au groupal : Au temps des relevailles : un groupe mères-bébés pour contenir le chaos de la naissance. *Les cahiers du C.R.P.P.C., Cliniques du Bébé*, 2000, 8, 22-29.
- 18.- WARE L.M., OSOFSKY J.D., EBERHART-WRIGHT A., LEICHMAN M.L. : « Challenges of Home Visitor Intervention with Adolescent Mothers and their Infants ». *Journal of Infant Mental Health*, 1987, 4, 109-119.
- 19.- WARE L.M., OSOFSKY J.D., EBERHART-WRIGHT A.E., LEICHTMAN M.L. : Mères adolescentes et interventions à domicile. In : *Psychiatrie du bébé, nouvelles frontières*. Sous la direction de B. CRAMER, Eshel éd., Paris, 1988, 257-273.
- 20.- WARE L.M. : Les grossesses des adolescentes aux Etats-Unis d'Amérique. *Devenir*, 1999, 11, 4, 23-48.



**Etre enceinte à 15/16 ans.  
Quelles conséquences ?  
Quels choix ?**



## ASPECTS PARTICULIERS DES IVG CHEZ LES MINEURES

M.Lavielle<sup>21</sup>

Deux rapports récents (Rapport Uzan 1998 et Rapport Nisand 1999) soulèvent de multiples interrogations sur la prévention des grossesses non prévues chez les plus jeunes.

Il nous a paru intéressant d'observer au sein du CIVG<sup>22</sup> de Bicêtre la population des mineures en demande d'IVG et de repérer, au-delà des histoires singulières, quelques notions qui puissent éclairer ce questionnement.

### 1/Le cadre de la loi

En France, l'IVG est possible jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée, soit 10 semaines de grossesse<sup>23</sup>. Pour les mineures, la demande d'IVG est soumise à l'autorisation de l'un des deux parents ou d'un représentant légal (tuteur, juge pour enfants).

Préalablement à la consultation médicale, les jeunes filles sont reçues pour l'entretien légal soit par les psychologues, soit par une assistante sociale. Elles sont reçues seules ou avec leur compagnon ou avec le membre de la famille qui les accompagne.

### 2/Epidémiologie

On établit en France le nombre des grossesses non prévues chez les mineures à 10 000 par an. 6 600 aboutiront à une IVG. Les statistiques les plus récentes évaluent à 220 000 le nombre d'IVG réalisées chaque année.

On observe entre 1980 et 1990 une diminution du nombre de conceptions pour 100 femmes, témoin de l'augmentation de la pratique de la contraception à tous les âges et une augmentation relative de la proportion d'IVG chez les moins de 24 ans : les grossesses non prévues sont moins fréquentes mais lorsqu'elles surviennent, elles donnent plus souvent lieu à une IVG.

De 1990 à 1997, le taux de recours à l'IVG chez les 15/18 ans est passé de 6 pour mille à 7 pour mille.

### 3/Etude des données du CIVG de Bicêtre, de 1996 à 1999.

L'hôpital de Bicêtre est situé dans la proche banlieue sud de Paris, dans le département du Val-de-Marne. Le CIVG existe depuis 1978. C'est un centre autonome au sein de l'AP-HP. Toutes les méthodes d'IVG y sont pratiquées : aspiration sous anesthésie locale ou générale ; IVG médicamenteuses.

3214 femmes ont été reçues en demande d'interruption de grossesse entre 1996 et 1999 dont 177 mineures, soit 5,5 % des demandes.

Sur cet échantillon de jeunes filles les critères observés sont :

l'âge,

le terme de la grossesse au moment de la demande,

les origines familiales et culturelles,

la situation familiale,

le degré de scolarisation,

le mode de contraception,

la présence ou non du partenaire ou d'un des parents à la consultation.

<sup>21</sup> Docteur Maïté Lavielle CIVG de Bicêtre

<sup>22</sup> Centre d'interruption volontaire de grossesse

<sup>23</sup> Un projet de Loi vise à étendre les délais à 14 semaines d'aménorrhée et à 12 semaines de grossesse



#### Analyse des résultats :

l'âge moyen est de 16-17 ans. Plus l'âge est bas, plus il importe d'être vigilant sur l'origine de la grossesse et les situations de maltraitance.

les mineures n'ont pas plus de retard que leurs aînées pour formuler leur demande d'IVG,

le degré de scolarisation est majoritairement faible,

le mode d'intervention choisi est massivement celui de l'aspiration sous anesthésie générale.

#### **4/ Complications médicales**

La médicalisation de l'IVG a permis d'observer une chute spectaculaire des complications dans les années qui ont suivi l'entrée en vigueur de la loi.

Il n'y a pas de spécificité de complication liée au jeune âge des patientes. Il faut donner priorité au dépistage et au traitement préalable des infections (chlamydiae).

L'IVG est une intervention sûre et sans conséquence sur l'avenir obstétrical des femmes : pas d'augmentation du risque de stérilité ; pas d'augmentation du risque de GEU ; pas d'augmentation du risque de fausse couche spontanée ni de prématurité.

#### **5/ Contrainte juridique : l'autorisation parentale**

La spécificité de l'IVG chez les mineures est donc inscrite dans la loi : c'est l'obligation de l'obtention de l'autorisation parentale.

Les trois-quarts des jeunes filles rencontrées ont déjà annoncé la grossesse à l'un des parents. Les autres se présentent en difficulté pour le dire. Pour celles-là, un véritable travail de médiation est nécessaire afin de dissiper des craintes excessives et de relancer la dynamique des relations familiales.

Cependant pour une petite minorité, il sera nécessaire de saisir le juge pour enfants afin de passer outre l'impossibilité d'obtenir l'accord parental ou mettre en œuvre des mesures de protection.

Il existe des familles à tradition et religion prohibant toute relation sexuelle avant le mariage. La révélation de la grossesse peut signifier déchéance et bannissement provoquer des risques réels de passage à l'acte (tentative de suicide, avortement clandestin...).

#### **6/ Ce qui émerge des entretiens**

a/. Face à la survenue de la grossesse deux types d'attitude possible.

Pour certaines, c'est la surprise, l'incrédulité, la panique. L'événement est inattendu et subi comme si elles découvraient que l'acte sexuel peut être assorti d'une conception.

La pensée magique (« ça ne peut pas m'arriver à moi ») se heurte à la réalité biologique de la grossesse. Les jeunes filles témoignent parfois de fantasmes de stérilité, de dysfonctionnement, de malformations, de malédiction, d'incrédulité face aux informations contraceptives reçues et comprises mais qu'elles ne peuvent s'approprier. La prise de conscience de leur complétude et de leur « bon état de marche » par la survenue de la grossesse favorisera l'accès à une contraception plus efficace.

D'autres ont pressenti la grossesse. Elles ont parfois mis en œuvre des méthodes contraceptives aléatoires, ou pris la pilule du lendemain. Il existe une relation consciente à cette grossesse plus ou moins attendue, mais non voulue.

Par besoin de vérifier sa fécondité, sans désir d'enfant,

Parce qu'il existe un projet conjugal plus ou moins élaboré.



Par la fascination d'un autre enfant survenu dans l'entourage.

Par désir d'acquérir un statut social dans l'absence de projet scolaire ou professionnel.

Avec un désir d'enfant pour combler la carence de soin et d'affection dont elles se sentent victimes.

A ces désirs, plus ou moins conscients, de grossesse et d'enfant viennent se superposer des enjeux autour de l'émancipation face aux parents.

Elles ne sont pas complètement différenciées psychiquement : elles connaissent la contraception, elles ont un partenaire, elles ne s'autorisent pas à utiliser la pilule, parce que leur mère est contre (la pilule/la sexualité). A l'inverse certaines refusent d'obéir à l'injonction de leur mère d'utiliser la pilule.

b/ Face à la décision d'I.V.G.

Dans la majorité des cas la demande a déjà été discutée avec le compagnon et/ou les parents. Qui demande quoi ? Les adolescentes se trouvent trop petites, trop jeunes, dépendantes des adultes avec des obligations propres à leur âge : scolarité, loisirs, sorties.

Elles éprouvent un décalage entre leur maturité biologique et les maturités affective ou sociale. Lorsqu'elles parlent de leur couple, le compagnon est évoqué de plusieurs façons :

-soit comme partenaire du désir d'enfant qui se range avec elle aux conditions de réalité.

-soit il se désiste de la grossesse et du projet d'enfant les laissant seules face aux parents.

Certaines jeunes filles attribuent la demande d'IVG à la pression familiale, réelle ou subjective. Ce discours permet à l'adolescente de ne pas porter la totalité de la décision de l'IVG et d'en attribuer la responsabilité aux « parents ». Elle fait l'économie du sentiment d'ambivalence et peut être alors « victime de son âge ».

### **7/ Difficultés contraceptives**

Du point de vue de la contraception, il existe, certes, des lacunes d'information, des approximations sur les méthodes, des difficultés d'accès (méconnaissance de la gratuité du Planning familial, problème de la confidentialité) des *a priori* sur la contraception (le discours des copines et des mères est prégnant). Le message contraceptif a pu être brouillé par les campagnes d'information sur le SIDA. Ceci justifie les poursuites de toutes les actions d'information et de prévention. Il ne s'agit pas toujours d'une méconnaissance des moyens de contraception mais d'un manque de savoir global et objectif.

Le comportement contraceptif est largement conditionné par la relation au partenaire. Les jeunes filles débutent leur vie sexuelle et amoureuse : les rapports sexuels ne sont pas toujours désirés. C'est le plus souvent le garçon qui est porteur du désir. Elles n'ont fait que passer à l'acte sexuel sans avoir eu le temps de le vouloir, elles testent parfois la solidité de l'investissement du garçon dans la relation : un projet contraceptif s'inscrit difficilement dans ce mode de relation à la sexualité, d'un autre côté, la puissance de l'élan amoureux et la vitalité adolescente s'accrochent mal des contraintes et obligations liées à la contraception.





## 8/ La mise en jeu d'une équipe

Ce qui nous a d'abord frappé dans la réalisation de cette étude, c'est la distorsion entre le sentiment général de toute l'équipe d'être « envahi » par les demandes d'IVG des mineures et la réalité des chiffres : 5%, c'est, ni plus ni moins, la moyenne nationale.

Force est donc de reconnaître l'intensité de la mobilisation requise de tous les membres de l'équipe pour prendre en compte ces demandes dans un climat souvent dramatisé :

- par la confrontation aux limites de la loi (assez fréquente),
- par la confrontation à des situations d'extrême détresse psycho-sociale (rares),
- par l'effort permanent de mise à distance de nos propres représentations de parents face aux situations exposées, être en juste interaction avec les jeunes filles et rester en cohérence entre nous,
- par la présence de parents parfois traumatisés.

## Conclusion

Cette étude, en cours, met en évidence un paradoxe. A l'âge « incertain » de l'adolescence, la survenue de la grossesse provoque une crise au niveau individuel, une crise dans les rapports à la famille, et une crise dans les rapports au proche environnement socio-culturel. Cependant, cette épreuve est fondatrice de son autonomie. L'événement grossesse/IVG, sans conséquences sur le plan médical, doit être transformé en expérience subjective et personnelle. Tel est l'objectif du travail d'accompagnement.

Ce qui peut constituer un traumatisme, ce sont les attitudes stigmatisantes de la famille ou du personnel soignant. De même la banalisation empêche l'élaboration psychique.

## Orientation bibliographique

GINIES (M.), « L'autorisation parentale et ses bouleversements sur le système familial. Paroles de professionnel », in *Douze journées d'étude sur l'avortement et la contraception*, ANCIC, Marseille, 6 et 7 juin 1997.

LEMPERT (B.), « Pour que la loi protège l'intime », in *Douze journées d'étude sur l'avortement et la contraception*, ANCIC, Marseille, 6 et 7 juin 1997.

UZAN (M.), *Prévention et prise en charge des grossesses chez les adolescentes*, Rapport à la DGS, avril 1998.

NISAND (I.), *Rapport sur l'IVG en France. Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes*. Rapport à la DGS, février 1999.

CESBRON (P.), *L'IVG depuis la loi Weil. Bilan et perspectives*, Médecine-Sciences, Paris, Flammarion, 1997.

BLAYO (C.), « Le point sur l'IVG en France », in *Douze journées d'étude sur l'avortement et la contraception*, ANCIC, Marseille, 6 et 7 juin 1997.

CONSEIL NATIONAL DU SIDA, *L'accès confidentiel des mineures aux soins. Rapport, avis, recommandations*, mars 2000.

DREES, *Les IVG en 1998, études et résultats*, n°69, juin 2000, ministère de l'Emploi et de la Solidarité.



## LA CONTRACEPTION D'URGENCE E.Aubeny<sup>24</sup>

La contraception d'urgence (dénomination reconnue par l'OMS) ou du lendemain est une méthode contraceptive à utiliser après un rapport non protégé ou mal protégé. C'est donc une méthode de contraception d'exception, de rattrapage, qui ne doit pas remplacer une contraception habituelle car elle est moins efficace et moins bien tolérée.

### Indication

Elle est particulièrement utile pour les adolescentes dont la caractéristique est de passer rapidement à l'acte, d'avoir des rapports non prévus, sur un coup de cœur "je ne pensais pas que l'on irait si loin"...

- Ces rapports sont alors non protégés. La contraception d'urgence qui s'utilise après les rapports peut éviter nombre de grossesses non désirées.

- Quant aux adolescents qui utilisent la contraception, ils ont souvent des problèmes avec celle-ci :

- . accidents de préservatifs : rupture, ou il reste dans le vagin, non mis en place emporté par l'action ou promesse non tenue par le garçon de le mettre ;

- . oubli de pilule, arrêt prématuré de la plaquette (1) par exemple non emportée en week-end.

En fait, il est difficile de prendre la pilule de manière régulière quand on a des rapports épisodiques, car les relations très espacées chez les adolescents sont fréquentes par exemple pour les adolescentes qui vivent chez leurs parents.

Dans tous ces cas la contraception d'urgence est d'un grand secours.

La contraception d'urgence est donc indiquée en cas :

- de rapport non prévu et donc non protégé,
- de retrait trop tardif,
- de problème avec un préservatif : préservatif qui a craqué ou qui est resté dans le vagin,

- d'oublis de pilule : dans ce cas il faut continuer la plaquette, prendre des précautions mécaniques jusqu'à la reprise de la nouvelle plaquette; ne pas s'inquiéter des possibles pertes de sang qui sont dues à l'oubli des pilules,

- de rapport forcé, ce qui est relativement fréquent chez les adolescentes,

- de viol.

En cas de doute sur l'utilité de prendre la contraception d'urgence, il vaut mieux utiliser celle-ci plutôt que d'avoir à interrompre une grossesse non désirée.

### L'efficacité

L'efficacité de la contraception d'urgence est évaluée en se référant au nombre de grossesses réellement arrêtées. Ce nombre est calculé en comparant le chiffre donné par les tables de Dixon (2) qui permettent d'évaluer le nombre probable de grossesses suivant le moment du rapport dans le cycle, et celui des grossesses évolutives trouvées après utilisation de la méthode.

---

<sup>24</sup> Dr Elisabeth. Aubény Présidente de l'Association Française pour la Contraception (AFC) Centre d'Orthogénie, Hôpital Broussais, 96 rue Didot, 75014 PARIS.



## Les méthodes

Il existe actuellement :

A/- deux méthodes hormonales,

B/- une méthode mécanique.

### A/ Les méthodes hormonales

Deux types d'hormones sont actuellement utilisés dans cette indication.

#### 1 - Un progestatif : le lévonorgestrel (NorLévo)

Depuis le début des années 80 le lévonorgestrel est utilisé dans la contraception d'urgence dans les pays de l'Europe de l'Est, en particulier en Hongrie, à la dose de 0,75 mg prise deux fois à 12 heures d'intervalle, dans les 72 heures suivant un rapport non protégé. Il est vendu dans ces pays sous le nom de Postinor (Laboratoire Gédéon Richter). Il est largement prescrit.

En France, le lévonorgestrel est disponible sous forme de comprimés à 0,03 mg (Microval). Il faut donc prendre, en cas d'utilisation de celui-ci comme pilule d'urgence, 25 comprimés de Microval 2 fois à 12 h d'intervalle dans les 72 h suivant le rapport non protégé; toutefois le Microval n'a pas d'AMM pour la C.U.

Depuis quelques années l'OMS a entrepris des essais avec le lévonorgestrel menés suivant les normes actuelles de la recherche. Ils ont confirmé l'intérêt de ce produit dans la contraception d'urgence.

Le premier essai (7) a été fait en 1993. 410 femmes reçurent 0,75 mg de lévonorgestrel pris deux fois à 12 heures d'intervalle dans les 48 heures suivant un rapport non protégé. Le taux d'efficacité fut de 75 %, le pourcentage de nausées de 16,1 %, de vomissements de 2,7 %. 14,9 % des patientes eurent un retard de règles > à 3 jours ; 85 % eurent leurs règles à la date prévue.

Une large étude multicentrique portant sur plus de 2000 femmes a repris ce protocole en 1995, en portant le délai d'utilisation à 72 heures (8). Le taux de succès fut de 85 %, le pourcentage de nausées de 23 %, de vomissements de 5,6 %. 13 % des patientes eurent un retard de règles de plus de 7 jours, 15 % de 3 à 7 jours, 57 % eurent leurs règles à la date prévue, 15 % en avance.

Donc ces essais ont montré que le lévonorgestrel, qui n'a aucune contre-indication médicale, a un taux de succès dans cette indication égal à celui de la méthode de Yuzpe, mais que sa tolérance est meilleure que celle de cette dernière.

Une AMM pour le lévonorgestrel (comprimé à 0,75 mg) en contraception d'urgence a été obtenue en mars 1999. Il s'agit de deux comprimés de lévonorgestrel à 0,75 mg pris deux fois à 12 heures d'intervalle dans les 72 heures suivant le rapport non protégé.

Ce produit commercialisé sous le nom de NorLévo (Laboratoire HRAPharma), est distribué par le Laboratoire Besin. Il est depuis le 1er juin 1999 en vente dans les pharmacies sans ordonnance médicale, il n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale.

*L'efficacité est de 75 à 85 %.*

## Les effets secondaires



Les troubles digestifs sont relativement peu fréquents : nausées 23 %, vomissements 5,6 %. La tolérance est meilleure que celle de la méthode de Yuzpe (diminution de 50 % des effets secondaires).

Les contre-indications sont inexistantes.

*Avant la prise de ce produit aucun examen n'est nécessaire.*

## **2 - L'association œstrogène et progestatif dite "méthode de Yuzpe" (3) (Tétragynon).**

Elle est constituée de 0,1 mg d'éthinyl-oestradiol associé à 1 mg de norgestrel ou 0,50 mg de lévonorgestrel, pris deux fois à 12 h d'intervalle. Cette association doit être prise dans les 72 h suivant le rapport non protégé.

Cette méthode qui a reçu une AMM est commercialisée par le laboratoire Schering sous le nom de Tétragynon (fin décembre 1998).

On peut aussi utiliser 2 comprimés de Stédiril pris ensemble deux fois à 12 h d'intervalle, dans les 72 h suivant un rapport non protégé, ou sachant que 0,25 mg de lévonorgestrel équivalent à 0,50 mg de norgestrel, 4 comprimés d'Adépal (comprimés blancs ou roses) ou 4 comprimés de Minidril ou de Trinordiol (comprimés jaunes ou blancs).

Ces médicaments ne sont délivrés que sur ordonnance médicale et sont remboursés par la Sécurité Sociale.

Les autres pilules oestro-progestatives qui ne contiennent ni lévonorgestrel ni norgestrel n'ont jamais été évaluées dans la contraception d'urgence.

L'efficacité de cette méthode est, d'après J.Trussel (4) qui a poolé 10 études, de 74 % ; pour M. Creinin (5) qui a poolé 7 études, de 75 % environ. Une seule étude publiée par l'OMS (4) trouve un taux de 56 %.

Les contre-indications sont rares. Il s'agit essentiellement des antécédents personnels de thrombose veineuse, d'embolie. Il est aussi prudent de ne pas prescrire la méthode de Yuzpe aux femmes ayant des antécédents familiaux directs d'accidents thrombo-emboliques étant donné nos connaissances actuelles sur le rôle favorisant de certains déficits immunitaires souvent héréditaires.

Les autres contre-indications des pilules oestro-progestatives ne sont pas à retenir car elles sont liées à un traitement de longue durée.

La prescription de cette méthode, qui a peu de contre-indications, ne nécessite pas d'examen gynécologique ; un interrogatoire bien conduit sur les antécédents personnels, familiaux et sur la date des dernières règles pour éliminer une grossesse évolutive, est suffisant.

### **Les effets secondaires**

Il n'y a pas d'effet tératogène connu actuellement si la grossesse se poursuit. Une étude (6) faite sur 119 enfants nés après l'utilisation de la méthode de Yuzpe n'a pas montré d'augmentation des malformations. La prise de pilule d'urgence n'est pas une indication, si la grossesse se poursuit, à un avortement thérapeutique.

### **Sur le plan tolérance générale**

Il existe des nausées dans 50 % des cas, des vomissements dans 25 % des cas. Des antiémétiques peuvent être prescrits systématiquement, la patiente s'en servant en cas de besoin. Des céphalées et des mastodynies peuvent survenir parfois.

Cette méthode est de moins en moins utilisée car pas très bien tolérée, elle est remplacée par le lévonorgestrel.



### 3 - Remarques sur ces deux méthodes hormonales

*Elles sont d'autant plus efficaces que prises rapidement après le rapport non protégé (7) (essai de l'OMS, août 1998). Méthode de Yuzpe prise dans les 24 h après le rapport non protégé : 77 % d'efficacité, prise dans les 48 à 72 h après : 31 % ; lévonorgestrel pris dans les 24 h après le rapport non protégé : 95 % d'efficacité, pris entre 24 h et 48 h : 85 %, pris entre 48 h et 72 h : 58 %.*

Elles protègent uniquement des rapports ayant eu lieu dans les 72 h auparavant. Elles ne protègent pas des rapports antérieurs ou qui auront lieu ensuite. Il faut prendre des précautions mécaniques pour les autres rapports jusqu'aux prochaines règles.

Les règles, après ces traitements, surviennent (8) dans 15 % des cas en avance, 57 % des cas dans les 3 jours autour de la date prévue, dans 15 % des cas avec un retard de 3 à 7 jours et dans 13 % des cas avec un retard de plus de 7 jours. Au-delà de 5 jours de retard, il faut suspecter une grossesse évolutive et demander un dosage d'HCG.

Leur utilisation répétée est possible sans inconvénient. Toutefois dans ces cas d'utilisation répétée de la contraception d'urgence, il est important d'informer la patiente de la moindre efficacité de la méthode par rapport à une contraception classique et d'essayer de comprendre pourquoi cette femme ne suit pas une contraception plus efficace.

La consultation pour prescription de contraception d'urgence peut être une occasion de faire le point sur la contraception ultérieure.

Les méthodes hormonales de contraception d'urgence n'interrompent pas une grossesse implantée même si les prises sont répétées.

### B/ La méthode mécanique : le stérilet

Comme contraception d'urgence la méthode est peu utilisée chez les adolescentes car en cas d'infection, celle-ci pourrait évoluer plus vite entraînant des complications tubaires. Cependant le stérilet est extrêmement efficace, 99 % de succès (8), et il peut être utilisé au-delà des 72 heures de la contraception d'urgence hormonale.

Il peut être utilisé pour quelques jours chez des jeunes filles, vues tardivement après un rapport non protégé, qui veulent absolument prévenir une grossesse.

### Les recherches

*Elles portent sur le mode d'action des méthodes hormonales.*

*Leur mode d'action est mal connu. Plusieurs hypothèses ont été émises. L'ovulation pourrait être retardée ou perturbée lorsqu'elle est sur le point de se produire, des études récentes faites sur des volontaires avec l'association oestrogène-lévonorgestrel semblent renforcer cette hypothèse (9). L'endomètre pourrait être modifié et rendu impropre à la nidation, hypothèse la plus fréquemment évoquée jusqu'ici mais maintenant battue en brèche par des essais récents (10).*

Elles portent sur l'utilisation de nouvelles molécules.

- L'antiprogestérone mifépristone (RU 486)

La mifépristone, utilisée pour l'avortement jusqu'à 49 jours d'aménorrhée, a donné lieu à d'importantes recherches dans le domaine de la contraception d'urgence.

Deux premiers essais faits en Angleterre en 1992 étaient extrêmement encourageants, 100 % d'efficacité, excellente tolérance (11,12).

Un essai plus récent mené par l'OMS (13), avec des doses de 10, 50 ou 600 mg de mifépristone, a donné, quelle que soit la dose utilisée, globalement un taux de succès de 85 %.



Cependant une analyse plus détaillée des résultats montre que si l'on considère uniquement le rapport sexuel pour lequel la mifépristone a été prescrite, sans tenir compte des grossesses survenues plus tard dans le cycle le taux de succès pourrait être de 99 %.

Un essai complémentaire, qui sera terminé vers le deuxième trimestre 2001, est mené par l'OMS actuellement pour évaluer plus complètement la mifépristone dans la contraception d'urgence.

La mifépristone est extrêmement bien tolérée mais donnée avant l'ovulation elle entraîne un blocage de celle-ci, d'où des retards de règles pouvant aller jusqu'à 6 semaines, très inquiétants pour les patientes qui ne sont vraiment rassurées que par la survenue de leurs règles.

Les recherches portent sur la simplification de la méthode : une seule prise de médicament dans la méthode de Yuzpe et avec le lévonorgestrel.

### **La distribution de la contraception d'urgence hormonale**

Sa prescription est une véritable urgence car pour les deux méthodes l'efficacité diminue rapidement 24 h après le rapport non protégé. Il faut donc que les patientes puissent les utiliser très vite.

Il faut aussi que les patientes puissent se les procurer facilement si l'on veut qu'elles l'utilisent. En effet il est difficilement accepté de bousculer tout un emploi du temps pour un risque de grossesse seulement hypothétique.

Pour répondre à ces deux impératifs des solutions nouvelles ont été mises en place.

1/- Prescription préventive par les médecins en particulier chez les patientes utilisant des préservatifs. Mais cette prescription préventive de la contraception d'urgence fait craindre à certains que celles-ci abandonnent leur contraception habituelle.

Un essai anglais montre qu'il n'en est rien (14). La comparaison de l'utilisation de la contraception d'urgence a été faite chez 549 femmes (groupe traité) qui avaient reçu celle-ci en préventif, et 522 femmes (groupe témoin) qui devaient venir chercher une prescription pour la contraception d'urgence si elles en avaient besoin. Les femmes à qui on avait donné la contraception d'urgence en préventif n'en usèrent pas plus que celles du groupe témoin et la contraception habituelle ne fut pas différente dans les deux groupes. Par contre il y eut légèrement moins de grossesses indésirées dans le groupe traité que dans le groupe témoin, l'utilisation de la contraception d'urgence étant plus précoce.

Il semble donc bien qu'une disponibilité immédiate de la contraception d'urgence ne fait pas abandonner aux femmes leur contraception habituelle, mais peut réduire le taux de grossesses indésirées.

2/- Vente dans les pharmacies sans prescription médicale pour le lévonorgestrel (NorLévo) qui n'a pas de contre-indications médicales. La vente du lévonorgestrel sans prescription médicale dans les pharmacies, qui sont présentes en France dans de très nombreuses localités et qui sont ouvertes jour et nuit, devrait largement faciliter l'utilisation de la contraception d'urgence.

3- Distribution par les infirmières scolaires dans les collèges et lycées en cas d'urgence.

C'est une mesure réaliste, les adolescentes ont des rapports et il faut les aider à se protéger.



C'est une mesure de justice. Les adolescentes qui ont les moyens financiers ou des parents compréhensifs, qui vivent en ville en externes peuvent se procurer la contraception d'urgence facilement. Il n'en est pas de même avec les adolescentes qui sont dépourvues de moyens financiers, qui ne peuvent en parler à leurs parents, qui vivent à la campagne ou qui sont internes. Dans ces cas-là l'infirmière scolaire, en ayant la possibilité de distribuer le NorLévo, permet d'éviter une grossesse non voulue.

C'est une mesure de prévention. Pour ces adolescentes qui viennent d'avoir un problème de contraception c'est un moment privilégié pour faire le point sur celle-ci et d'avoir un adulte référent pour poser toutes leurs questions personnelles.

4/- Distribution sur délégation médicale par les infirmières des centres de contraception, des urgences des hôpitaux ; celle-ci semble aussi tout - à - fait souhaitable.

Mais l'utilisation de cette méthode est freinée par une information peu précise des femmes et des adolescentes sur la contraception.

Une enquête menée dans trois centres d'orthogénie (Hôpital Broussais Paris, Corbeil, Amiens) du 1.3 au 1.6.1999 auprès de toutes les femmes venant demander une IVG durant ce laps de temps soit 523, a montré que 77,8 % connaissaient la contraception d'urgence. Mais 73,8 % de celles-ci ne l'avaient pas utilisée car elles ne pensaient pas pouvoir être enceintes au moment où elles avaient eu un rapport non protégé. Une information sur la non fiabilité de la méthode Ogino doit être donnée aux adolescentes et aux femmes.

### **En conclusion**

La contraception d'urgence est une méthode de rattrapage qui est très adaptée aux adolescentes. Elle peut leur éviter nombre de grossesses non désirées qui se terminent très souvent par des I.V.G toujours douloureusement vécus.

Mais c'est une véritable urgence. Pour qu'elle soit utilisée de manière efficace son accès doit donc être facile et rapide.

Toutefois elle ne remplace en rien la contraception habituelle, elle doit rester exceptionnelle.



## Bibliographie :

- 1/ Agence Française du Médicament.
- 2/ Dixon GW, Schlesselman JJ, Ory HW, Bleye RP. Ethinyl-estradiol and conjugated estrogens as post-coital contraceptives. *JAMA* 1980; 244 : 1336-9.
- 3/ Yuzpe AA, Thurlow HJ, Ramzy I, Leyson JI. Post-coital contraception. A pilot study. *J. Reprod. Med*; 13 : 53-58.
- 4/ Trussel J, Ellerson C, Steward F. The effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Fam.plan. perspect.* 1996; 28 : 58-64, 87.
- 5/ Creinin M. A reassessment of efficacy of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Hum. Reprod.* 1997;12 : 436- 498.
- 6/ Cardy GC. Outcome of pregnancies after failed hormonal post-coital contraception – an interim report. *The British Journal of Family Planning.* 1995; 112-5.
- 7/ Van Santen MR, Haspel A. Interception by post-coital IUD insertion, a review. *Contraception Deliv, Syst.* 1981; 2 : 189 - 200.
- 8/ Task Force on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352 : 428-38
- 9/ Swahn ML, Wseltund P, Johannisson E, Bygdeman M. Effect of post-coital contraceptive methods on the endometrium and the menstrual cycle. *Acta Obstet. Gyne. Scand.* 1996: 75 : 738-744
- 10/ Kubba AA, White JO, Guillebaud J, Elder MG. The biochemistry of human endometrium after two regimens of post-coital contraception :a dl-norgestrel/ethinylestradiol combination or danazol. *Fertil Steril* 1986; 45 : 512–516.
- 11/ Glasier A, Thong KJ, Deward M, Makied M, Baird D. Mifepristone (RU 486) compared with high dose oestrogen and progesteron for emergency post-coital contraception. *New Engl. J. Med.* 1992; 327 :1041-4.
- 12/ Webb A, Russel J, Elstein M. Comparison of Yuzpe regimen, danazol, and mifepristone (RU 486) in oral post-coital contraception. *BMJ* 1992; 305 : 927 - 31.
- 13/ Task Force on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of three single doses of mifepristone as emergency contraception : a randomized trial. *Lancet* 1999; 353 : 697-702
- 14/ Glasier A, Baird D. The effect of self administering emergency contraception. *New Engl. J. Med.* 1998; 329 :1-4.





## GROSSESSE CHEZ L'ADOLESCENTE G.Marcault et F.Pierre<sup>25</sup>

La précocité des premières relations sexuelles est aujourd'hui une donnée incontournable et la diminution de l'âge moyen du premier rapport sexuel s'est accentuée dans les années 70.

Aux USA, la fréquence des premiers rapports entre 15 et 19 ans s'est accrue de 64 % dans cette décade. En 1979, 71,4 % des filles de plus de 15 ans avaient déjà eu au moins un rapport. Dans les années 80, l'on a assisté à une stabilisation de ce taux (1,2).

En France, en 1980, 34 % des adolescentes avaient eu un premier rapport avant 16 ans, 70 % avant 18 ans.

Le résultat en est, dans bien des pays, une accentuation du nombre de grossesses chez les adolescentes, aboutissant à un cortège de complications : accentuation de la morbidité et de la mortalité maternelle, que ce soit dans le cadre des grossesses poursuivies ou interrompues, ou néonatales en cas d'accouchement ; enfin, une dégradation des conditions socio-familiales très souvent.

Une recherche bibliographique (Medline) montre, à l'évidence, que ce sujet était, à priori, une bien plus grande préoccupation pour les médecins au cours des années 80 que dans la dernière décade. Ce n'est cependant pas pour autant que la prise en charge de ces grossesses est correctement assurée, autant que leur prévention. En France, c'est sous ce dernier éclairage, à l'occasion des récents débats sur la contraception d'urgence et l'interruption volontaire de grossesse, que les préoccupations concernant les grossesses chez les adolescentes "refont surface".

### 1). La fréquence de survenue de grossesse chez les adolescentes (1,2,3) :

La fréquence de survenue d'une grossesse chez les jeunes de moins de 18 ans est très différente selon les pays, dépendant, semble-t-il, de la prise en charge médico-sociale de cette tranche d'âge (Organisme de Protection Maternelle et Infantile en France).

Ainsi, aux USA, après une nette augmentation entre les années 1950 et 1975, aboutissant à la survenue de 8 % des grossesses recensées chez les moins de 18 ans, l'on assiste à une relative stabilité, voire à un petit infléchissement de cette fréquence puisque dans les années 1980, ce taux n'était plus que de 6 % (2).

Une enquête de la fédération internationale de Pédiatrie, menée pour la période des années quatre vingt, montrait une très grande différence entre les taux de grossesse chez les adolescentes dans 11 pays européens, avec le plus haut taux en Allemagne fédérale (16 % en 1985, jusqu'à 21 % en 1987, pour redescendre à 13 % en 1989), en Grande Bretagne (8,6 % en 1989), alors qu'il n'atteignait dans la même période que 0,9 % aux Pays Bas ou au Danemark (4).

En France ce taux serait bien moindre et si l'on associe les résultats collectés dans les Maternités et les Centres d'interruption de grossesse, l'on peut estimer que moins de 2 % des grossesses recensées surviennent chez une femme de moins de 18 ans. Les chiffres sont encore bien moindre si l'on ne considère que les grossesses aboutissant à une naissance (en excluant les chiffres des interruptions volontaires de grossesse). En effet, si l'on calcule la prévalence des naissances survenant chez des femmes de moins de 18 ans dans différentes séries disponibles dans les pays européens, la fréquence de ces naissances est de : 1,2 % des naissances à l'hôpital St Antoine à Paris entre 1977 et 1983, mais avec une très forte incidence de la population africaine composée de femmes mariées (5) ; 0,5 % des naissances

<sup>25</sup> Ghislaine Marcault, Sage femme, CHU Poitiers Fabrice Pierre, Professeur, gynécologue- obstétricien, CHU Poitiers



issues de primipare dans une série suisse entre 1983 et 1991 (6) ; 0,7 % des naissances dans notre service entre 1995 et 1999 (données non publiées).

## **2). Environnement et circonstances de survenue des grossesses (1,5,7,8)**

### **• Environnement socio-familial (5,7,8,9)**

80 % des adolescentes enceintes proviennent de familles nombreuses désunies et socio-économiquement défavorisées. D'après Aubry, dans plus de la moitié des cas, il s'agit d'enfants issus de couples désunis ou dont un parent est décédé, issus de familles nombreuses avec une moyenne de 5,3 enfants. La position dans la fratrie n'a pas de rôle. L'exemple maternel ne semble pas avoir d'incidence (7).

50 à 65 % sont célibataires (5). En cas de régularisation pendant la grossesse, 3/4 ne resteront pas unies plus de 5 ans. Le père est souvent plus jeune... et lorsqu'il est inconnu, il faut savoir évoquer l'éventualité d'un inceste.

Dans notre expérience, au cours des cinq dernières années, parmi les 81 grossesses survenant chez des adolescentes, 75 % étaient célibataires, et seulement 2/3 de celles-ci " disaient connaître " le père de l'enfant ...(données non publiées).

### **• Conditions scolaires ou professionnelles.**

2/3 des adolescentes enceintes ne sont pas scolarisées au moment de la grossesse ou n'ont pas de qualification professionnelle. Pour certains auteurs, ce taux est même bien supérieur : 83 % (6), près de 100 % (7).

### **• le profil psychologique**

les grossesses ne peuvent être considérées comme des accidents. Souvent elles représentent une forme de réponse à des conditions de vie difficile. La grossesse peut être une tentative d'intégration sociale. Il existe une transgression des interdits avec en particulier un rejet des objets parentaux. La grossesse peut aussi être une quête d'identité sexuelle avec la crainte d'être stérile et la réassurance narcissique de se sentir femme, fertile et donc adulte.(10,11).

### **• Le risque de récurrence.**

Dans le même sens que la constatation de Boisselier (5), qui retrouve 20 % des adolescentes enceintes ayant déjà eu au moins une grossesse, le risque de récurrence est important après l'aboutissement de l'actuelle grossesse, qu'elle soit poursuivie ou interrompue.

## **3). Le devenir de la grossesse.**

Il semble exister une différence importante entre les motivations des patientes optant pour l'interruption volontaire de grossesse et celles poursuivant la grossesse.

Une décision d'avortement survient plus souvent chez les jeunes patientes qui avaient un partenaire occasionnel, sans contraception régulièrement prise, et avec un environnement familial plus constant.

La poursuite de la grossesse est plus fréquente dans deux situations:

- rarement dans un mariage ou un concubinage établi, aboutissant à une grossesse souhaitée et abordée de façon usuelle ;
- plus souvent, la volonté pour une adolescente d'acquiescer un statut social qu'elle n'a pas



obtenu autrement. Dans ce cas la grossesse "semble" de découverte tardive, permettant d'éviter la confrontation avec l'entourage qui serait favorable à son interruption. L'alternative de la poursuite, bien que vécue avec angoisse et sans projet ultérieur précis, ne semble pas souhaitée par l'adolescente. Lorsque dans ce contexte, une interruption volontaire de grossesse est encore possible et finalement réalisée, le risque de récurrence est majeur. C'est dans ces cas là que la déclaration de grossesse est tardive, ayant pour conséquence l'absence ou l'insuffisance de suivi de celle-ci et une très nette accentuation des complications obstétricales et néonatales.

#### **4). Les difficultés de suivi de la grossesse.**

En fait, 20 à 30 % des grossesses sont mal suivies. L'absence de consultations adéquates est souvent due à une découverte tardive de la grossesse.

Dans l'expérience américaine, le terme de la première consultation obstétricale chez les adolescentes est de 16,2 semaines contre 12,7 chez l'adulte. Seulement 15% des adolescentes auront une consultation avant 10 SA. Dans 2 à 3% des cas la grossesse ne sera pas suivie (12).

En France, 10 à 25 % des grossesses ne sont déclarées qu'au deuxième, voire au troisième trimestre, avec un terme moyen de déclaration de grossesse aux alentours de 6 mois pour ces adolescentes (8). Pour d'autres, 5 à 10 % des grossesses sont méconnues jusqu'à l'accouchement et 20 à 30 % sont méconnues ou mal suivies (13,14)

Dans notre expérience, au cours des cinq dernières années, 43 des 81 grossesses survenant chez des adolescentes (soit 53 %) n'ont été suivies qu'à partir du 3<sup>e</sup> trimestre, voire pas du tout avant l'accouchement pour une seule ; et seulement 7 (soit seulement 9 %) ont été prise en charge dès le 1<sup>er</sup> trimestre (données non publiées).

Il faut tout particulièrement insister sur le fait que c'est d'ailleurs la plus grande fréquence des complications obstétricales (25 à 30 %) survenant dans cette petite portion de la population qui est suivie tardivement, mal, voire pas du tout, qui influe défavorablement sur le taux global de complications obstétricales recensées dans les populations d'adolescentes des différentes séries.

Blondel a bien montré que les patientes consultant moins de trois fois au cours de leur grossesse avaient significativement plus de complications au cours de leur grossesse, et qu'il y avait notablement plus de très jeunes femmes dans cette population là (15).

#### **5). Les complications en cours de grossesse.**

Elles dépendent de très nombreux facteurs (socio-professionnels, alimentaires) et rendent ainsi très difficile l'évaluation précise de la seule influence de l'âge par rapport à d'autres primipares.

Ainsi, pour Boisselier, dans le cadre des grossesses régulièrement et précocement suivies, il n'y a pas d'incidence particulière du jeune âge, sauf une incidence statistiquement significative sur la menace d'accouchement prématuré (22,2 % contre 10,75 % pour la population générale) et l'accouchement prématuré (11,5 % contre 6 %), sans qu'il soit certain que ce soit l'âge lui-même, plus que d'autres facteurs intercurrents, qui en soit responsable (5).

Pour Vinatier, dans le cadre des grossesses non suivies, l'ensemble des complications de la grossesse survient avec des taux nettement accentués : 4 fois plus d'hypertension artérielle, 2 fois plus de retard de croissance intra-utérin et 2 fois plus d'accouchements à un terme prématuré que dans la population générale (8).



Le même constat a été fait en terme de prématurité (12,3 %), au cours des cinq dernières années, parmi les 81 grossesses survenues dans notre service chez des adolescentes, (données non publiées).

Enfin, il y aurait une grande différence de déroulement de la grossesse selon le contexte d'acceptation familiale de la grossesse, ainsi que de l'ethnie à laquelle appartient la jeune adolescente enceinte (16).

Il nous faut rappeler que de nombreuses carences et intoxications exogènes découlent des conditions socio-économiques et familiales souvent défavorables au cours de ces grossesses : carences alimentaires protéiques, alors que ces patientes jeunes ont souvent des besoins protéiques encore élevés, tabagisme pour un tiers des patientes (confirmé pour 35 % des 81 adolescentes enceintes suivies au cours des 5 dernières années dans notre service), drogues très souvent aux USA (3 des 81 adolescentes enceintes suivies au cours des 5 dernières années dans notre service reconnaissent une toxicomanie injectable), tous ces éléments ayant une influence majeure sur le défaut de prise de poids maternelle, la survenue d'un retard de croissance intra-utérin, d'une menace d'accouchement prématuré ou d'une hypertension artérielle.

Détaillons plus certaines pathologies :

- **L'hypertension artérielle.**

La survenue d'hypertension artérielle pendant la grossesse chez les adolescentes varierait de 3 à 18 % selon les auteurs. Son taux est d'autant plus élevé que la grossesse est peu encadrée et l'isolement d'un sous-groupe de grossesses déclarées tôt et bien suivies ne montre pas de différence significative avec l'ensemble des femmes enceintes. De même, aux Etats-Unis, l'on ne retrouve qu'un taux de 5 % d'hypertension artérielle dans les grossesses encadrées dans un programme de prévention, alors qu'il est de 17 à 35% en l'absence de prise en charge.

- **Le risque de prématurité.**

Avant de parler de prématurité, il convient de savoir si la datation est précise, tant cliniquement qu'échographiquement, et il faut rappeler que celle-ci est d'autant plus difficile que le diagnostic de la grossesse a été tardif (avec alors absence d'échographie permettant une datation convenable). Pour Blondel, le taux de prématurité serait multiplié par quatre dans cette population (17).

Si l'on retrouve des taux élevés de prématurité (22 à 42 % de menaces d'accouchement prématuré, 10 à 15 % d'accouchements prématurés) dans des séries globales ou concernant des patientes dont la grossesse n'a pas été encadrée et suivie dès le début, c'est plus du fait du poids de nombreux facteurs de risques dus au profil socio-familial : célibat, difficultés financières, difficultés d'habitation, tabagisme, carences alimentaires, etc...

- **Le retard de croissance intra-utérin.**

A terme, il dépend en grande partie de la prise de poids maternelle et des carences alimentaires.

## **6). Des particularités à l'accouchement ?**

Il ne semble pas y avoir de différence au cours du travail pour les patientes de plus de 15 ans.

La durée du travail et de l'expulsion ne présentent pas de spécificité à part une durée d'expulsion plus longue par rapport à celle de l'adulte.



Il faut souligner tout particulièrement l'intérêt de l'utilisation de la péridurale, qui, même si elle ne diminue pas l'anxiété fréquente face au travail et à l'accouchement, calme l'agitation qui en découle.

Les études comparant le mode d'accouchement des adolescentes à celui des femmes adultes, montrent dans l'ensemble plus d'extractions instrumentales et moins de césariennes chez les jeunes filles. Ainsi pour Boisselier, le taux de césariennes n'est pas plus fréquent chez les adolescentes, et même parfois moindre (5). Dans notre expérience, au cours des cinq dernières années, parmi les 81 accouchements survenant chez des adolescentes, le taux de césarienne était moindre (6 %) et celui d'extraction instrumentale peu différent (18 %), par rapport à notre population globale (données non publiées).

Le taux d'épisiotomie est par contre très élevé dans toutes les séries.

Quant à la 3<sup>e</sup> phase du travail, Konje trouve 5,5% d'hémorragie de la délivrance contre 4,8% chez les femmes de 20-24 ans. L'hémorragie de la délivrance n'est donc pas une spécificité de l'accouchement de l'adolescente (18).

#### **7). Le pronostic maternel à l'issue de ces grossesses.**

D'un point de vue purement médical, il est bon, mais il semble très défavorable sur l'avenir socio-affectif : interruption de la scolarité, avec 50 à 75% abandonnent l'école au cours de la grossesse. La moitié d'entre elles n'y retourneront jamais (19).

Si celle-ci était encore poursuivie, l'insertion professionnelle est souvent compromise du fait de la prise en charge du nouveau-né, et des impossibilités matérielles et éducatives.

Enfin l'avenir familial est incertain puisque nous avons vu que même si une union se forme à l'occasion de cette grossesse, dans 3/4 des cas, elle sera rompue dans les 5 ans.

Ces difficultés socio-affectives seront d'autant moindres qu'une orientation et une facilitation de l'organisation, sans prise en charge excessive, auront été appliquées. D'autres auteurs, encore plus, apportent des arguments qui feraient penser que ce support social, s'il veut être efficace, non seulement pour la grossesse concernée, mais aussi pour la prévention de récédive trop rapide, doit être prolongé pendant plusieurs années... ! (20).

#### **8). Le pronostic fœtal et néonatal.**

- Il est classiquement très défavorable, avec un taux de mortalité périnatale d'environ 3,25 % dans l'ensemble des séries publiées dans les années 80, tandis que pour la même période, il n'était que de 12,3 ‰ pour la population générale (8). En fait, il s'agit d'un amalgame des résultats de toutes les grossesses, bien ou mal suivies, ce qui donne peu de valeur à ces chiffres. De plus, nous ne disposons pas de séries suffisantes sur ce sujet pour les années 90, car malheureusement, autant le Réseau périnatal Audipog, que la dernière enquête nationale périnatale de 1998 ont considéré la tranche d'âge " moins de 20 ans " dans son ensemble, ne permettant pas d'individualiser des chiffres pour les seules adolescentes.

- Il y aurait une incidence plus forte des anomalies malformatives fœtales qui atteint dans certaines séries citées par Vinatier (8) en 1980, 3 à 4 fois le taux de la population générale qui était évalué à 2,6 % en 1981. De nombreux facteurs, et en particulier la plus fréquente consanguinité et des carences protéiques et vitaminiques, auraient un rôle favorisante.

- Mais le risque pour l'enfant dépasse la période périnatale, puisque l'on retrouve un excès de mortalité infantile : 39,4% chez les adolescentes de 16 ans et moins ; et 36,1% pour



les 17-19 ans (21). Parmi ces mêmes enfants, il existe un taux supérieur d'accidents domestiques divers ; sans oublier le risque de maltraitance, qui est plus fréquent dans cette population, et qui aboutit, pour plus d'un quart des enfants, à une prise en charge rapide par un organisme de protection maternelle et infantile (8).

- Enfin, n'oublions pas la possibilité d'un consentement à l'adoption, qui est l'option retenue dans 6 à 10 % des accouchements chez les adolescentes, permettant une adoption précoce de ces enfants, plutôt qu'un abandon plus tardif rendant plus difficile une réinsertion familiale correcte. Rappelons enfin qu'une femme mineure peut reconnaître son enfant.

### 9). Le pronostic socio-économique.

Il est le plus souvent défavorable : 50 à 75 % d'abandon de scolarité, difficultés à trouver un emploi, problèmes financiers, rupture avec la famille, séparation avec le père de l'enfant.

L'enfant est cinq fois plus exposé au risque de mort subite, d'infections, d'accidents, de sévices et de troubles psycho-comportementaux, du fait des perturbations précoces des interrelations mère-enfant (22)

### 10). La prévention.

L'action préventive, tant sur le risque de survenue d'une grossesse chez une adolescente que sur le bon déroulement de celle-ci, passe par trois niveaux :

#### • La prévention primaire.

Elle a pour but de différer le moment où commence l'activité sexuelle, et c'est un rôle d'information que se partagent la famille, le milieu scolaire et le médecin généraliste.

L'on voit, étant donné le profil des patientes qui sont enceintes, la fréquente difficulté d'atteindre les populations à risque.

En fait, les attitudes vis à vis de la sexualité semblent, d'après l'expérience américaine, peu influencées par ces programmes d'information scolaire. Il faut revenir alors sur le rôle de l'éducation au sein de la famille....

#### • La prévention secondaire.

Elle s'adresse aux adolescents "actifs" et consiste en la mise en place d'une contraception efficace. 20 % seulement des adolescentes ont une contraception (18 % oestro-progestative et 2 % locale) et 50 % ont un premier rapport sans méthode contraceptive. Il faut 6 à 12 mois pour qu'une adolescente "active" commence à utiliser une méthode contraceptive. Il faut tout particulièrement insister sur le fait que le préservatif est une méthode efficace de prophylaxie des maladies sexuellement transmissibles (MST), mais moins comme contraception.

Il faut tout particulièrement insister sur :

- la facilité d'accès aux moyens contraceptifs, d'urgence comme de longue durée. Depuis 1975, les Centres de Planification et d'Education Familiale peuvent donner des consultations, faire des prélèvements et délivrer des contraceptifs aux mineures sans autorisation des parents, gratuitement, et mettre une équipe psychosociale à leur disposition en cas de besoin.

- l'absence de contre-indication vérifiée au cours d'une consultation initiale (avec recueil des antécédents personnels et familiaux, examen physique somatique et gynécologique) est un impératif pour la poursuite d'une contraception.

- le fait que la méthode contraceptive de choix est la pilule oestro-progestative combinée. Le préservatif restera une contraception d'exception, ou un moyen prophylactique complémentaire par rapport aux MST.



- enfin, ne pas oublier la possibilité d'avoir recours à une "contraception d'urgence", en veillant à ce qu'elle ne se substitue pas à une contraception régulière : le NORLEVO®, ou le TETRAGYNON®. La tolérance et l'efficacité en semblent bonnes.

### • La prévention tertiaire (1,5,8,9)

Elle a pour but d'éviter la survenue de complications pendant la grossesse, afin de réduire la morbidité et les conséquences néonatales.

Elle réside dans l'instauration d'une surveillance prénatale efficace, avec donc un diagnostic précoce des grossesses et une aide psychosociale et financière efficace dès le début. Ce point semble fondamental pour de nombreux auteurs (4,23). C'est par ce biais là, comme on le voit dans les séries les plus récentes, que l'on peut assurer, d'une part un choix adapté aux circonstances et à la volonté réelle des gestantes pour la poursuite ou la non poursuite de la grossesse, et d'autre part une surveillance adéquate et une hygiène alimentaire adaptée.

En France, diverses dispositions permettent de faciliter l'encadrement social de ces grossesses (PMI), seul garant d'un bon suivi médical :

- possibilité pour une mineure sans couverture sociale, après un rapport social, de bénéficier d'un suivi médical gratuit (Convention pilote PMVCHR en Indre et Loire).
- hébergement et prise en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance (Maisons Maternelles).

**En conclusion**, il faut rester conscient que cette idéalisation du suivi de la grossesse des adolescentes est un vœu pieux, étant donné la difficulté "d'infiltration" des milieux d'adolescentes à risque par les travailleurs sociaux, même si les résultats sont plus encourageants en France qu'aux USA.

Il est donc primordial, d'identifier rapidement ces adolescentes enceintes et de les confier chaque fois que possible à des structures pluridisciplinaires d'aide à la gestion de leur grossesse, à l'accouchement et à la période post-natale. Ce type de prise en charge suppose un travail en partenariat de plusieurs professionnels, théoriquement facilité par le travail en Réseau (sages-femmes et puéricultrices de PMI, sages-femmes, gynéco-obstétriciens, médecins traitants, psychologues, assistantes sociales, diététiciennes....).

Il faut impérativement éviter l'isolement pendant la grossesse et la période post-natale. Pour cela, des places doivent être réservées dans les maisons maternelles, ou des unités spécifiques (de type mère-enfant), et il convient de mettre en œuvre tous les moyens permettant d'éviter la déscolarisation avant et après l'accouchement, de faciliter le retour précoce à l'école et à la reprise d'un projet professionnel (priorité pour l'accueil en crèche des enfants de mère adolescente, par exemple). Ce n'est que par une véritable politique de prise en charge de ses patientes que ces objectifs pourront probablement être atteints. Encore faudra-t-il en évaluer l'efficacité à long terme.

## Bibliographie :

1. Mc Anarney ER, Hendee WR.
  - ① Adolescent pregnancy and its consequences.
  - ② The prevention of adolescent pregnancy. JAMA 1989 ; 262, 74-82.
2. Maciak BJ, Spitz AM, Strauss LT, Morris L, Warren CW, Marks JS. Pregnancy and birth rates among sexually experienced US teenagers -1974, 1980 and 1983. JAMA 1987 ; 258 : 2069-71.
3. Rumeau-Rouquette C, Dumazabraun C, Rabarison Y. Naître en France. Dix ans d'évolution. INSERM. Dom Ed., Paris, 1984.
4. Creatsas GC. Adolescent pregnancy in Europe. Int J Fertil Menopausal Stud 1995 ; 40 Suppl 2 : 80-4.



5. Boisselier Ph, Hajali B, Boyer F, Talbot A, Tison E, Chouraqui A, Barrat J. La grossesse chez l'adolescente. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1985 ; 14 : 607-11.
6. Krahenmann F, Bruhwiler H. Adolescent primiparous women, 17-years-old and younger. *Gebrtshilfe Frauenheilkd* 1992 ; 52 : 539-43.
7. Aubry C, Schweitzer M, Deschamps JP. Désir d'enfant et grossesse dans l'adolescence. *Arch Fr Pédiatr* 1988 ; 45 : 845-9.
8. Vinatier D, Patey-Savatier P, Monnier JC. Généralités sur la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente. *Encycl. Méd. Chir. (Paris, FRANCE), Obstétrique*, 5016 D10, 1987.
9. Blondel B, Kaminski M, Saurel-Cubizolles MJ. Poverty and teenager pregnancy. *Brit Med J* 1987 ; 294 : 645.
10. Lachcar P. Aspect psychologiques de la grossesse. *Contracept Fertil Sex* 1989 ; 17 : 951-954
11. Lachcar P. Grossesses des adolescentes. *Contracept Fertil Sex* 1990 ; 16 : 17-19
12. Van Winter JO, Simmons PS. A proposal for obstetric and pediatrics management of adolescent pregnancy. *Mayo Clin Proc* 1990 ; 65 : 1061-1066
13. Jourdain C. Entretiens de Bichat. Les mères adolescentes et leur bébé , 1988 : 189-192
14. Leroy Billard M, Chatane A, Puech F. La grossesse chez la très jeune fille. *MPN Médecine* 1991 ; (suppl 178) : 14-15
15. Blondel B, Duthil P, Delour M, Uzan S. Poor antenatal care and pregnancy outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993 ; 50 : 191-6.
16. Van Enk WJ, Gorissen WH, van Enk A. Teenage pregnancy distribution by ethnicity in the Netherlands, 1990-1993. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999 ; 143 : 465-71.
17. Blondel B, Marshall B. Les femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1996 ; 25 : 729-36.
18. Konje JC, Palmer A, Watson A, Hay DM, Imrie A, Ewings P. Early teenage pregnancies in Hull. *Br J Obstet Gynaecol* 1992 ; 99 : 969-73.
19. Guibert E, Forget G, Charbonneau L, Frappier JY, Gaudreault A, Marquis N. Etre adolescent et fertile : une responsabilité personnelle et sociale. *Contracept Fertil Sex* 1988 ; 16 : 977-981
20. Jones ME, Mondy LW. Lessons for prevention and intervention in adolescent pregnancy : a five-year comparison of outcomes of two programs for school-aged pregnant adolescents. *J Pediatr Health Care* 1994 ; 8 : 152-9.
21. Klein L. Early teenage pregnancy, contraception and repeat pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1974 ; 120 : 249-256
22. Delassus J.M . Maternités adolescentes et dysfonctionnements maternels précoces. Actes des Journées d'Etudes Nationales sur les maternités adolescentes des 15 et 18 décembre 1990
23. Leppert PC, Namerow PB, Barker D. Pregnancy outcome among adolescent and older women receiving comprehensive prenatal care. *J Adolesc Health Care* 1986 ; 7 : 112-7.





## L'ENVIRONNEMENT PSYCHOSOCIAL DE LA GROSSESSE A L'ADOLESCENCE D. Neuman<sup>26</sup>

Le travail que je vais vous présenter s'inscrit dans la lignée du travail effectué à l'hôpital Jean Verdier à Bondy dans le service de gynécologie obstétrique du Professeur Michèle Uzan dans lequel je travaille depuis 6 ans. Cet hôpital est un établissement de l'Assistance Publique, Hôpitaux de Paris, et est situé en Seine Saint-Denis.

Le Professeur Uzan, à la demande du Professeur Joël Ménard, Directeur Général de la Santé a conduit un rapport, paru en avril 1998 qui s'intitule "La prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes".

C'est de ce rapport que je vais extraire un certain nombre de données épidémiologiques sur la base desquelles je développerai à partir d'exemples cliniques le thème qui m'a été proposé, à savoir :

### L'environnement psychosocial de la grossesse à l'adolescence.

Rappelons que sur le plan juridique, une mineure est émancipée par le mariage, possible à partir de 15 ans et 3 mois avec le consentement d'un des parents. Elle n'est pas émancipée quand elle devient parent si elle est célibataire. Sans le consentement de ses parents, elle peut accoucher et reconnaître son enfant sur lequel elle a l'autorité parentale. Elle peut aussi accoucher sous X ou confier son enfant à l'Aide Sociale à l'Enfance.

#### Données épidémiologiques:

*(chiffres extraits du rapport de M.Uzan)*

Activité obstétricale recueillie sur 42 mois à la maternité de l'hôpital Jean Verdier du 1/9/94 au 28/2/98 (comparaison adolescentes – adultes )

Année	Nombre de mois	Adolescentes	Adultes	Pourcentage
1994	4	15	575	2,6 %
1995	12	25	1546	1,6 %
1996	12	33	1659	2 %
1997	12	19	1452	1,3 %
1998	2	10	262	3,5 %
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>102</b>	<b>5494</b>	<b>1,85 %</b>

Parallèlement sur la même période, il y a eu 158 IVG d'adolescente soit plus de 3 IVG pour 2 grossesses.

On peut donc extrapoler l'analyse suivante sur 1000 femmes enceintes consultant dans le service :

- 5% sont des adolescentes qui ont recours à l'IVG.
- 1,85% sont des adolescentes qui mènent leur grossesse, soit 6,8% d'adolescentes enceintes. (moyenne nationale 5%)

#### Origine ethnique des 102 adolescentes enceintes :

Métropolitaines 22, DOM 3	25 soit 1/4
Gitanes	36 soit 1/3

<sup>26</sup> Dr Dominique Neuman .Psychiatre Hôpital Jean Verdier. 93143 BONDY



Afrique noire	22 soit 1/5
Afrique du Nord	8
Autres	19

#### Scolarisation :

Elle est de 26% chez les adolescentes chez qui la grossesse se poursuit, et de 58% quand le choix se porte sur l'IVG.

#### Parité :

89 sont des primipares  
 8 sont secondipares  
 5 sont multipares, soit 12,7% de non primipares.

#### Antécédents :

IVG : 3%  
 FCS : 3%

#### Suivis de grossesse :

13 ont consulté au 1<sup>er</sup> trimestre  
 31 ont consulté au 2<sup>ème</sup> trimestre  
 17 ont eu une grossesse non suivie et arrivent à la maternité pour accoucher.

On peut donc dire que 58% des grossesses adolescentes sont peu ou pas suivies, avec pour conséquence le taux de prématurité qui s'en suit. 0,2% en France et 0,4% en Seine Saint-Denis.

#### Situation familiale :

42 % sont mariées ou vivent en couple  
 58 % sont célibataires et les 2/3 connaissent le père de leur enfant.

#### Couverture sociale :

42 % sont assurées sociales contre 86 % dans la population du service de gynécologie obstétrique.

#### Conduites addictives :

Usage régulier du tabac : 15 %  
 Toxicomanie : 1 %  
 Alcool : 0 %

En résumé, ces chiffres sont le reflet de l'extrême précarité de ce groupe, de sa vulnérabilité et c'est sur cette notion de vulnérabilité que je voudrais insister maintenant.



## La vulnérabilité de l'adolescente enceinte

Rappelons d'abord que les études faites à Jean Verdier par Michèle Uzan ont montré que pour 42 % de la population adolescente concernée, il ne semble pas y avoir un problème majeur. Il s'agit de jeunes femmes mariées ou vivant en couple, qui choisissent de débiter une grossesse. Ce sont la plupart du temps des jeunes femmes chez qui le mariage précoce est culturel, qui sont soutenues par leur famille et pour lesquelles la relation mère – enfant se passe bien.

Ceci mérite d'être souligné afin de nuancer un peu le discours alarmiste que nous allons tenir dans les pages qui suivent.

En effet, la grossesse de l'adolescente peut être une grossesse à risque pour la mère et l'enfant. Il ne s'agit pas d'un risque médical, obstétrical ou pédiatrique. Michèle Uzan souligne dans son rapport qu'une étude de l'Université du Texas a montré que ces grossesses étaient beaucoup moins pathologiques que ce qui était régulièrement dit. Il s'agit beaucoup plus d'un risque psycho-social lié, je le répète, à la grande vulnérabilité de l'adolescente tant au plan social que psychologique. Au plan psychologique on peut avec Serge Lebovici résumer cela ainsi : "Leur grossesse a été prématurée comme leur vie. Elle n'ont pas fini d'être filles qu'elles sont déjà mères"<sup>27</sup>

La grande vulnérabilité psychique tient à ce que l'adolescente doit faire face à une double crise maturative, la crise de l'adolescence et la crise de la maternité. C'est Racamier<sup>28</sup> qui souligne le rapprochement des processus mis en œuvre dans les 2 cas à savoir une transformation corporelle et hormonale, un changement de statut social, d'importantes fluctuations pulsionnelles, la réaction et le remaniement de conflits infantiles, la transformation du sentiment d'identité personnelle et la remise en cause des symptômes défensifs organisés.

A l'adolescence, la puberté ne se superpose pas aux processus psychiques en cours. Le pubertaire – équivalent psychique de ce qui est dans le corps – est différent de la puberté. L'adolescence est un processus psychique, un organisateur. Le devenir-mère, la maternité ne se superposent pas non plus à l'état de grossesse. Cette double crise vécue par l'adolescente enceinte est source d'insécurité et de déstabilisation.

Que dire par ailleurs du désir d'enfant de ces adolescentes ? Pour beaucoup il est à dissocier du désir de grossesse. Il s'agit d'un enfant qui vient combler tous les manques, remplir le vide : "Au moins lui, il me donnera toute l'affection que je n'ai pas eue" me dira Laura qui a choisi après avoir traversé un épisode dépressif sévère et fait plusieurs tentatives de suicide, de "faire un bébé toute seule" avec un étranger rencontré par hasard dans un train et qu'elle ne reverra jamais.

Monique Bydlowski<sup>29</sup> parle d'un appel à la mère du début de la vie, de la tendresse "d'un désir d'enfance qui vient faire irruption dans la réalité du corps plutôt que le désir d'un enfant."

Il s'agit encore aussi pour certains d'un rite initiatique, d'un rite de passage, une façon de marquer le corps, de faire un bébé pour se prouver qu'on n'en est plus un, de devenir mère comme la mère.

<sup>27</sup> Serge Lebovici, "Le nouveau né, la mère et le psychiatre", PUF, 1983.

<sup>28</sup> P.C.Racamier, "Mère meurtrière, mère mortifiée", Ed ESF, La vie de l'enfant, Paris, 1984

<sup>29</sup> Bydlowsky Monique, " Etre parents face aux amours adolescentes". Gynecol.Psychosom.5, 1992



Il s'agit de transgresser des interdits, de refuser une norme, celle des adultes, celle de la contraception, avec des actes au lieu de discours, de révéler sa sexualité.

Au plan social, comme le souligne la sociologue Charlotte Levan<sup>30</sup> : "La grossesse est synonyme d'isolement social, de condition de vie et d'hygiène défailante, d'inadaptation sociale, de dislocation des liens familiaux et scolaires, de monoparentalité, d'incapacité professionnelle, de problème de logement, d'absence de ressources financières ou encore de maltraitance ... Elle est désignée comme un handicap supplémentaire. »

Les exemples cliniques recueillis dans ma pratique quotidienne à la maternité de l'hôpital Jean Verdier vont dans ce sens. Ils illustrent l'intrication du social et du psychologique.

**Le 1<sup>er</sup> cas est celui de Leila**, une jeune fille scolarisée en seconde dans un lycée de la banlieue parisienne.

*Vendredi :*

Premier entretien avec cette jeune fille de 17 ans qui a accouché seule chez elle dans la nuit en présence de sa maman qui est toujours à côté d'elle.

Quand j'arrive dans la chambre, elle me demande où est son bébé. Renseignements pris, il est encore en salle, dans l'attente de résultats de prélèvements sanguins. Je lui propose de passer le soir avec elle ; elle est d'accord. Le bébé, une petite fille, est dans une couveuse ; une sage femme le présente à la maman et lui dit qu'elle peut le caresser ...ce qu'elle fait immédiatement. Leila me dit alors qu'elle a l'habitude des bébés parce qu'elle s'occupe beaucoup de sa petite soeur de 14 mois... et que "*ça fera une copine pour sa petite soeur*".

Nous quittons la salle de naissance pour retrouver la maman et nous avons alors un entretien à trois.

C'est la maman qui parle le plus. Elle ne laisse pas beaucoup de place à sa fille. Elle dit "*qu'un orage est tombé sur la maison*", qu'elle ne comprend pas comment elle a pu ne rien voir, ajoutant, que quand elle rentre à la maison, sa fille se change tout de suite pour mettre "un pyjama" - et elle précise que ce pyjama est une grande robe qui descend jusqu'aux pieds ... comme c'est la coutume chez eux.

Elle raconte ensuite la soirée ; elle est rentrée à la maison à 18H30. Sa fille avait mal au ventre... elle s'est occupée du bébé... puis elle est repartie finir sa journée de travail pour ne rentrer à la maison qu'à 20H30. A cette heure là, Leila était dans sa chambre. Sa sœur aînée a dit qu'elle avait toujours mal au ventre. Puis il y a eu le repas... et tout le monde est allé se coucher.

La mère a été réveillée la nuit par sa fille aînée - "*maman, il s'est passé quelque chose*" - Elle a tout de suite pensé qu'il était arrivé un malheur, que sa petite dernière était morte. Elle raconte alors qu'elle a perdu un petit garçon de mort subite à 14 mois, il y a 10 ans - qu'elle ne s'est jamais remise de cette mort, ajoutant que si elle a eu son dernier enfant, c'est qu'elle était encore en âge d'avoir un bébé et qu'elle pensait ainsi se remettre plus facilement.

<sup>30</sup> Charlotte Levan, "*Les grossesses à l'adolescence. Normes sociales, réalités vécues*". Ed L'Harmattan, 1998



Non, il n'était rien arrivé de pareil. C'était Leila qui venait d'accoucher dans sa chambre, toute seule. Le bébé avait pleuré, alertant ainsi la grande soeur qui était allée voir ce qui se passait.

Le père qui dormait avec la mère se réveille alors . *"Ce n'est rien, c'est Leila, elle a ses règles et elle saigne beaucoup. Il faut l'emmener à l'hôpital ..."*. *"C'est une affaire de femmes"* dit-elle en me regardant, *"mon mari ne s'en est pas mêlé et il s'est rendormi"*.

Elles ont alors appelé le SAMU, les pompiers et Leila est arrivée avec son bébé à Jean Verdier. Elle dit que le cordon s'est coupé tout seul ...

A ce moment dans l'entretien, intervient un moment très intense :

La mère regarde sa fille et lui dit : *"Tu n'es pas obligée de me répondre mais j'ai une question à te poser : "Est-ce-que tu avais pensé que tu pourrais ne laisser aucune trace de ce qui s'était passé ? Tu comprends ce que je veux dire ?"* - et la petite baisse la tête en répondant : *"j'ai pensé à tout ... le bébé a crié ... et puis il était gros. Je ne savais pas, je ne savais plus."*

La mère alors reprend pour dire à nouveau que le ciel lui est tombé sur la tête cette nuit, mais qu'il ne faut surtout pas que son mari sache : *"Vous comprenez, je le connais, s'il l'apprend il va faire sa valise et il va partir ... et il ne peut pas partir parce que nous venons d'acheter un pavillon, avec un gros crédit - et moi toute seule je ne pourrais pas m'en sortir - je serais dans une situation sans issue"* . Elle se retourne vers sa fille qui se met à pleurer : *"Je savais bien que j'allais vous mettre dans les soucis..."*.

La mère reprend alors : *"Mais pourquoi tu ne me l'as pas dit ? On aurait pu trouver une solution"*. Elle se tourne vers moi pour me dire qu'elle a de très bonnes relations avec ses enfants, qu'elle ne comprend vraiment pas... Maintenant elle est prête à tout faire pour aider sa fille, mais surtout il ne faut pas que son mari le sache.

Elle imagine des solutions ... pour sauver la face : Placer l'enfant en pouponnière... et reprendre sa fille à la maison - Le temps pour elle de se réorganiser, de lui trouver un logement pour elle et son bébé. Elle va jusqu'à parler de la marier au Maroc, d'imaginer que le copain de sa fille pourra reconnaître l'enfant... Elle évoque aussi l'abandon de ce bébé, en disant qu'il ne lui semble pas possible ... *"On a toujours ça dans la tête après..."*. Mais si sa fille pense que c'est mieux, alors elle la soutiendra.

Elle raconte alors son histoire à elle. Elle a été enceinte de sa première fille d'un homme qu'elle n'a jamais revu... s'est mariée à 2 mois de grossesse avec un autre homme qui, dit-elle, *"n'a jamais su qu'il n'était pas le père de cet enfant"*. Elle a eu avec lui deux filles, la seconde étant Leila.

Cet homme était violent ; elle l'a quitté quand Leila avait 7 mois, a placé ses deux filles à l'ASE dans une famille d'accueil, le temps de se trouver un logement et un travail. Cela a duré une dizaine de mois et elle a repris ses filles. Elle s'est alors remariée avec l'homme avec qui elle vit actuellement.

Ca se passe bien . Cet homme est gentil, il aime beaucoup les 2 aînées, *"surtout Leila"* dit-elle et elle se reprend : *"mais s'il apprend, il va partir ... Il ne dira rien, il partira, même si ce n'est pas sa fille, il ne pourra pas supporter le regard des autres, la honte sur la*



*famille. Il ne faut pas qu'il sache."* Elle ajoute en regardant sa fille : *"On va trouver une solution. Je t'aiderai et c'est toi qui décideras ce que tu veux faire."*

2<sup>ème</sup> entretien : avec la jeune fille seule, en présence de l'assistante sociale.

Le même jour, nous revoyons Leila, seule. Elle adopte le discours de sa mère, il ne faut pas que son père sache... il partirait, elle en est sûre.

Nous reparlons de sa grossesse. Elle a très vite compris qu'elle était enceinte, elle n'en a parlé à personne ... *"Je pensais qu'il se passerait quelque chose, qu'il y aurait un miracle - que ça ne pouvait pas m'arriver. J'ai pensé ça jusqu'au bout"*.

L'IVG, elle y a pensé mais ça lui paraissait trop compliqué. Elle ne savait pas où ni à qui s'adresser.

Elle a raconté une histoire de viol quand elle est arrivée aux urgences de la maternité ; c'est une histoire qui "court dans le service" depuis le matin.

*"Ce n'est pas vrai, mais la sage femme me posait trop de questions, alors j'ai raconté n'importe quoi"*. Elle sait qui est le père, lui n'est pas au courant.

Elle souhaiterait que tout s'arrange, et, comme elle l'a dit le matin même, que sa fille soit une copine pour sa petite soeur, mais elle sait qu'elle a mis sa famille dans une vilaine situation et elle ne veut pas faire du mal à sa mère, elle lui en a fait assez comme ça.

L'assistante sociale reprend avec elle les possibilités de solution pour elle et son bébé. Elle va réfléchir ...et en parler avec sa mère. Elle sera bientôt majeure, c'est à elle de prendre la décision : elle va bientôt avoir seule la responsabilité de sa fille. Elle dit alors que ça fait bizarre d'entendre cela, qu'elle a une fille, qu'elle en est responsable.

*Le lundi qui suit :*

Je la revois seule. Dans le service, on la trouve très fermée, elle ne parle à personne, disent les puéricultrices. Avec son bébé, elle est d'un naturel étonnant ... comme si elle avait toujours fait cela. Le bébé à qui elle a choisi un prénom va bien. Elle lui ressemble étonnamment.

Avec moi, elle se détend. Elle raconte qu'elle faisait partager son secret à sa petite soeur de 14 mois. Elle soulevait son pull et lui montrait son ventre, en lui disant : "il y a un bébé" et la petite s'est mise à dire "mamie" ... ça la fait sourire. Elle raconte aussi sa journée de jeudi au lycée, juste avant l'accouchement. Il y avait sport, et elle avait les jambes gonflées. Le prof de gym lui a dit que ce n'était rien - sans doute une petite entorse - et l'a dispensée "!" *"Heureusement"*, dit-elle. Elle parle aussi du père de sa fille. C'est Djamel, son copain... à qui elle n'a pas encore téléphoné pour lui annoncer la nouvelle. Elle a l'intention de le faire. Elle pense qu'il ne se doute de rien. Ses parents à lui ne l'aiment pas, elle. Elle est marocaine, ils sont algériens. Cela lui semble une explication suffisante.

Elle a reparlé avec sa mère et semble décidée à confier son bébé à une assistante maternelle, le temps de trouver une solution, de terminer son année scolaire. Elle redouble sa



seconde et cette année ça marche très bien ; elle s'est mise à travailler beaucoup plus que les années précédentes. Elle voudrait bien reprendre le lycée à la rentrée des vacances.

### *Mercredi matin*

Leila va bien, s'occupe complètement de son bébé, dessine dans sa chambre - de jolis dessins pour le bébé qui va bien, grossit et semble parfaitement à l'aise. Toutes les deux sont bien ensemble. L'ASE n'a pas voulu accepter la solution de la famille d'accueil pour le bébé - et veut en référer au juge pour un placement de Leila et de son bébé en foyer maternel. Leila semble accepter cette idée sans trop de réticence, et c'est vrai qu'on a du mal à imaginer qu'elle pourrait se séparer de sa fille : *"Je crois que j'aurais ennuyé tout le monde et que je serais allée la voir tous les jours."* dit-elle en parlant de la famille d'accueil.

Sa mère est moins présente. Je ne l'ai pas revue depuis la semaine précédente.

Djamel a été prévenu. Il n'est pas encore venu : *"il a peur"*, me dit-elle. - *"Peur de quoi ?"* - *"Il veut venir avec un copain, pas tout seul"*.

### *Mercredi après-midi*

Leila a eu la visite de Djamel qui est venu avec son copain. Comme elle, il a dit que ça faisait bizarre, il n'est pas resté longtemps mais reviendra. Elle ajoute : *"Si vous le voyez, vous verrez comme sa fille lui ressemble, vous dites qu'il me ressemble à moi... mais c'est parce que vous ne l'avez pas vu."*

### *Vendredi*

Djamel est revenu ... et il a donné le biberon à sa fille.

Le père de Leila ne sait toujours rien... . Il travaille beaucoup et il n'a pas le temps de s'occuper d'elle !

Le juge ne veut pas se saisir de ce dossier qu'il renvoie à l'ASE. L'inspectrice de l'ASE est en vacances, il faut attendre lundi...

*"Je ne serai pas au lycée pour la rentrée"* dit-elle, tout en caressant délicatement sa fille.

### **Que nous apprend cette histoire exemplaire ?**

La grossesse de l'adolescente est le plus souvent une grossesse cachée, vécue dans la culpabilité et la solitude : *"je savais bien que j'allais vous mettre dans les soucis"...* dans l'angoisse ou la terreur ; *"j'ai pensé à tout ..."*. Ce peut être aussi une grossesse ignorée. Nous en avons eu plusieurs exemples

Par ailleurs, Leila explique comment et pourquoi elle n'a pas recours à l'IVG. Ça lui semblait trop compliqué, elle ne savait même pas à qui s'adresser. Elle a préféré garder cette grossesse... dans l'attente d'un miracle qui ne s'est pas produit.

À noter aussi l'absence du père de Leila ; *"c'est une affaire de femmes"*, il travaille beaucoup, il n'est jamais là et c'est à peine s'il se rend compte de l'absence de sa fille hospitalisée depuis une semaine. La mère quant à elle, elle même dans un travail de deuil, est fragilisée ; elle a du mal à soutenir sa fille. Elle évoque aussi la honte, le regard des autres.

Ce qui est notable aussi et que l'on retrouve dans beaucoup d'histoires est l'identification à la mère, la répétition. La mère racontant son histoire à elle, raconte l'histoire de sa fille.



**J'ai choisi maintenant de vous parler de Fatou.** L'histoire de Fatou est celle d'une jeune fille qui contrairement à Leila est en rupture avec sa famille et a vécu "des galères". A son sujet, on parlerait de "vulnérabilité sociale" et familiale.

Je rencontre Fatou dans l'unité pour adolescents du service de pédiatrie où elle a été hospitalisée pour une tentative de suicide médicamenteuse.

Fatou est africaine – originaire du Congo. Elle est née en France, l'aînée d'une fratrie de trois. Le père n'est plus là. Il est parti dans un autre pays d'Europe, il y a quelques années et ne donne plus de nouvelles. La mère a élevé seule ses trois enfants. Il vivaient dans une maison de la banlieue parisienne. Puis la mère a rencontré un homme que Fatou appelle son beau-père et avec lequel elle ne s'entendait pas : "*je le déteste*" dit-elle. L'année dernière la mère a déménagé pour aller vivre avec cet homme. Fatou n'a pas suivi. Elle a juste 18 ans. Elle est restée seule à la maison jusqu'à en être expulsée : "*Il fallait rendre les clefs*".

Elle a vécu plusieurs jours dans la rue, a fréquenté un peu les foyers du SAMU social, a fait beaucoup de rencontres, a vécu dans des squatts, puis a rencontré "son copain", qui vivait lui chez sa mère.

Ensemble ils faisaient des projets : "*On voulait beaucoup d'enfants, mais pas tout de suite*" dit-elle. Ce désir d'enfants peut se comprendre de sa part comme un besoin d'affectivité et de stabilité face à l'instabilité familiale.

Fatou ne prenait pas la pilule ; "*je ne la supportais pas*" dit-elle... tout en expliquant que si elle ne la supportait pas ce n'était pas tant pour des raisons physiques que pour des raisons psychologiques : "*je ne voulais pas, ça me faisait bizarre*".

Fatou est enceinte. Elle s'en rend compte très vite, en parle à son ami qui ne veut pas de cet enfant. Ils prennent rendez-vous dans un centre de planning familial, mais Fatou ne peut se résoudre à l'IVG. Elle gardera cette grossesse malgré son ami qui lui dit : "*Tu te débrouilleras...*" et la quitte après une dispute que Fatou qualifie de "*fatale*".

Elle garde l'enfant, vérifiant ainsi ce que disait H.Deutsch : "*Le souhait d'enfant conscient ou inconscient peut s'avérer plus fort que les arguments rationnels, à caractère social qui s'y opposent.*"<sup>31</sup>

Mais, enceinte, sans logement, avec un travail précaire de 2 heures par jour, (elle doit quitter le squatt dans les jours qui viennent), sans soutien de famille, Fatou se sent complètement perdue. Elle va alors voir son frère et sa sœur dans le nouvel appartement de sa mère en l'absence de celle-ci et avale tout ce qui lui tombe sous la main dans la pharmacie maternelle.

Après cela elle se rend aux urgences de l'hôpital car elle a mal au ventre : "*Je n'aurais pas dû venir à l'hôpital. Au moins je serais morte maintenant*" me dit-elle !

Nous la gardons quelques jours. Sa mère vient la voir, mais elle ne fait rien pour l'accueillir chez elle. D'ailleurs Fatou ne veut pas. Elle en veut à sa mère d'avoir choisi son beau-père contre elle. Elle veut sortir, sans même savoir où aller et l'assistante sociale et moi-même avons beaucoup de mal à la persuader de rester jusqu'à ce qu'on lui trouve une place en foyer... ce qui est fait en quelques jours.

Elle garde le contact avec nous, a trouvé du travail. Sa grossesse évolue bien. Le bébé est attendu pour janvier.

Je terminerai cet exposé par un dernier cas clinique qui pose la question de la décision à prendre pour l'avenir de l'enfant et de l'accompagnement nécessaire dans cette décision.

<sup>31</sup> H.Deutsch, "*Les filles mères*", in La psychologie des femmes, PUF, Paris, 1973





**L'exemple choisi est celui de Lucile** qui a tout juste 18 ans. La première fois que je la vois, c'est à la consultation d'obstétrique où elle arrive avec sa mère pour accoucher sous X.

C'est la mère qui prend l'initiative face à sa fille qui ne cesse de pleurer. Il est impossible d'entrer en contact avec elle. La mère omniprésente fait barrage. Toutes les tentatives des infirmières de la consultation puis du médecin gynécologue pour lui faire rencontrer un psychiatre sont vaines. Lucile arrive pour sa part en consultation à 33 semaines de grossesse, une grossesse méconnue par cette jeune fille "*qui a toujours eu ses règles*" selon la mère. Je ne la reverrai qu'à la maternité, le jour même de l'accouchement. Elle est seule dans sa chambre et elle raconte : - le copain originaire d'Afrique du Nord – la grossesse ignorée puis découverte par la maman – l'interdit familial : "*si encore tu avais fait ce bébé avec un français*" ! Lucile n'a pas eu son mot à dire, pas eu le courage non plus d'affronter son père qui ne voulait pas entendre parler de cet enfant. Ce sont les parents qui ont imposé cet accouchement sous X.

Lucile a voulu voir le bébé à la naissance, une petite fille à qui, comme le prévoit la loi, elle a donné trois prénoms...et elle est déjà retournée la voir plusieurs fois dans l'unité où elle se trouve.

Au fil des jours, elle s'attache à elle, allant jusqu'à la garder avec elle à plein temps. Ses parents sont absents pour le moment ; ils ont dû partir en province. Sa mère l'appelle tous les jours et invariablement Lucile ment et dit qu'elle ne voit pas sa fille.

Jusqu'au jour de la sortie. Ce jour-là ses parents viennent la chercher. En les attendant, Lucile demande qu'on lui reprenne sa fille. Elle refuse que l'assistante sociale rencontre ses parents. Il lui faut du temps pour affronter son père ; elle exprime son désir de garder sa fille, mais elle n'est pas prête pour le moment à négocier avec ses parents. Elle a un travail, elle peut être autonome.

Elle quitte donc la maternité en laissant le bébé, demandant spontanément qu'on la prévienne s'il part en pouponnière. Elle laisse un numéro de portable sur lequel l'assistante sociale laisse un message quelques jours après, malgré l'opposition de l'ASE. La petite fille part en pouponnière. Lucile sait qu'elle a deux mois pour prendre sa décision.

Quelle que soit cette décision, il est important d'offrir une relation d'aide et de proposer un accompagnement. Aucune décision n'est à prendre d'urgence. J.P.Deschamps souligne "*On comprend qu'il soit difficile à une adolescente enceinte de prendre la décision d'abandonner son enfant. [...] Finalement peu d'enfants de jeunes mères célibataires sont confiés pour adoption et il apparaît clairement que celles qui consentent à l'adoption sont les adolescentes les plus mûres et celles qui ont pu parvenir à un véritable projet centré sur l'enfant*".<sup>32</sup>

Que se passera-t-il pour elle, pour sa fille ? Je ne le sais pas, mais cet exemple pose le problème de l'accompagnement nécessaire dans la décision à prendre.

### Conclusion

La maternité adolescente représente pour la mère et pour l'enfant, parfois aussi pour le père, un risque indéniable.

La prévention primaire est difficile, pour les raisons que nous avons vues, ces jeunes filles arrivant tardivement dans les maternités. Il faut souligner l'importance des mesures d'aide tant sociale que psychologique qui vont permettre d'assurer le meilleur avenir pour tous. Michèle Uzan termine son rapport par un certain nombre de propositions dont je

<sup>32</sup> J.P.Deschamps, "*La jeune mère célibataire et son enfant*", in Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, .dir. Lebovic, .Diatkine, .Soulé. 1<sup>ère</sup> édition. PUF, Paris, 1985.



retiendrai le point quatre : *"Il est donc essentiel toujours grâce aux réseaux que l'on développerait, d'identifier rapidement ces adolescentes enceintes et de les confier chaque fois que possible à des structures pluridisciplinaires d'aide à la gestion de leur grossesse, à l'accouchement et à la période post natale.*

*Ces structures pluridisciplinaires impliqueraient des équipes de terrain, des réseaux associatifs, les services de PMI, les services hospitaliers et les services socio-éducatifs.*

*Pour rompre l'isolement de ces adolescentes enceintes, des places doivent leur être réservées dans les maisons maternelles en plus grand nombre. [...] Il faut mettre en œuvre tous les moyens permettant d'éviter la déscolarisation avant et après l'accouchement, de faciliter le retour précoce à l'école et la reprise d'un projet professionnel. Une véritable politique de priorité pour l'accueil en crèche des enfants de mère adolescente doit permettre là aussi d'éviter un isolement, une marginalisation et une déscolarisation."*



# **Avoir des parents mineurs : quels enjeux pour le bébé ?**



## LES PETITES MARIONNETTES A. Paget<sup>33</sup>

Elles vont, viennent, virevoltent et puis s'en vont. Elles réapparaissent parfois à la consultation prévue, quelques semaines plus tard ou pour leur accouchement.

Les grossesses d'adolescentes sont inattendues et restent imprévisibles. Elles suscitent l'étonnement, le désarroi ou la sidération. Chaque consultation, chaque accouchement provoque d'intenses mouvements émotionnels et des commentaires immédiats :

- « Elle est si jeune... ce n'est pas possible qu'elle puisse s'occuper d'un bébé ».
- « Il faut lui laisser.. »
- « Elle pourrait être ma fille ! »

A l'inverse, leur arrivée peut-être entourée d'un silence pesant cachant une impossibilité à penser. Ces adolescentes nous bousculent au plus profond de nous-mêmes, nous angoissent, font obstacle à tout essai de mentalisation.

Dans ce milieu majoritairement féminin, elles font resurgir en chacun de nous des souvenirs enfouis, des interrogations actuelles et/ou passées dans une grande violence.

Il est vrai qu'elles sont déconcertantes ces adolescentes, soit dissimulées sous leur grand pull, ventre rentré et l'air boudeur, soit le ventre en avant, l'air réjoui et triomphateur à l'idée de l'enfant messie qui s'annonce. La rencontre n'est pas toujours facile d'autant plus que l'entretien psychologique a été accepté du bout des lèvres. Combien de fois nous sommes-nous trouvés impuissants en tentant d'engager un échange dans la crainte d'être intrusif devant tant de souffrance montrée ou à l'inverse, d'apparente normalité. Nos préoccupations les concernant ne semblent pas être les leurs, chaque partenaire a dans sa tête un scénario différent. Pour la plupart, ces toutes jeunes femmes ne demandent rien... pourquoi tant d'intérêt pour elles, de questionnements ? Certaines avec un petit sourire nous affirment : « Il y en a eu d'autres avant moi et je ne serai pas la dernière...! »

Quelle conscience ont-elles de l'enfant à naître ? Pourtant même si la grossesse n'a été ni déclarée, ni suivie, elles ont en grande majorité connaissance de leur état depuis la conception. Quelques unes affichent un bonheur débordant car elles désiraient ce bébé depuis leur enfance.

« Je me suis toujours dit que dès que je pourrais, j'en aurai un pour moi, rien qu'à moi, que j'aimerai plus que tout ».

Ces jeunes femmes le plus souvent carencées, issues d'un milieu défavorisé sont dans un besoin d'enfant, d'enfance et de tendresse. Le bébé est porteur d'une lourde mission : réparer sa mère. Parfois, elles sont accompagnées de leur ami, père du bébé et ensemble ils cherchent à construire une famille, celle qui a fait défaut. Lorsque l'ami est plus âgé, plus mature il peut être étayant et apaisant pour cette jeune mère. Cette grossesse à leurs yeux les fait accéder à une normalité et leur permet une intégration dans une société jusque là rejetante.

Les autres, celles qui n'en voulaient pas, « n'y ont pas cru » comme elles le disent. Elles espéraient que magiquement la grossesse n'irait pas à son terme. Elles s'inscrivaient dans une temporalité de « l'ici et maintenant » uniquement, ne pouvant imaginer la naissance de leur enfant.

Si le corps de ces adolescentes est le reflet de leur psychisme, alors il parle pour elle. C'est à peine si on distingue une rondeur dans un jean trop étroit. Repliées sur elles, le cou engoncé dans les épaules, elles subsistent tant bien que mal. Les plaintes somatiques sont

<sup>33</sup> Agnes Paget, Psychologue clinicienne, SUPEA CHL BP 587 86021 POITIERS cedex et UME CHU Tour J.BERNARD La Milètrie 86021 POITIERS



fréquentes et nombreuses. Elles se trouvent moches, grosses et souhaitent vivement se débarrasser au plus vite de cette partie d'elles-mêmes, qu'elles perçoivent comme un ajout inquiétant.

Ce n'est pas un être naissant dans l'autre mais bien une chose étrangère grandissante, collée à l'autre jusqu'à les phagocyter. Ne pas y penser mobilise toute leur énergie tant l'idée d'un bébé est angoissante. Il ne doit pas prendre trop de place car d'abord elles veulent poursuivre leur vie et leurs « expériences » d'adolescente comme avant. Il y a méprise... double méprise comme nous le dit M. Bidlowsky. La jeune adolescente enceinte n'est déjà plus le presqu'enfant qu'elle était. Elle n'a pas eu le temps dans cette trajectoire si violente, de développer à l'égard du bébé qu'elle fut jadis, la nostalgie qui seule lui permettrait d'en désirer la renaissance. C'est à la mère d'autrefois qu'elle lance un appel, « la mère de tendresse » qui est le fantasme narcissique indispensable à la vie. C'est l'histoire d'une mère et d'une fille où la fille ne peut trouver son identité de femme qu'en devenant mère parce que cette dernière ne lui a pas donné les clefs de la féminité mais seulement le fardeau de la maternité.

Le père n'a pas de place, n'a aucun rôle à jouer ni dans la rencontre amoureuse à l'origine de la conception ni dans sa fonction paternelle. Il est le fruit du hasard, pris et lâché.

Pendant ces grossesses, les relations mère-fille sont généralement conflictuelles, ruptures, rejets se succèdent. Le discours manifeste est rempli de haine alors qu'une espérance folle d'inventer une mère transparait à travers ses propos. A l'opposé, quelques dyades mères-filles s'installent dans une alliance idyllique, illusionnante et confusionnante pour tous.

Alors que je rencontrais pour la première fois une adolescente de 16 ans au 6<sup>e</sup> mois de grossesse et sa mère, je ne savais laquelle des deux était enceinte tant elles étaient « agglutinées » l'une à l'autre, indifférenciées l'une de l'autre :

« Nous sentons bien le bébé bouger ».

« Nous avons fait tous les préparatifs ».

« Nous attendons l'échographie pour savoir si c'est une fille ou un garçon... ».

Mère et fille radieuses, s'échangeaient des sourires complices et s'interrogeaient malicieusement sur l'intérêt de consultations psychologiques, la mère m'assurant de son soutien pour sa fille. Nadège avait fugué quelques mois auparavant suite à de virulentes disputes avec sa mère car elle voulait vivre sa vie. Elle était réapparue à trois mois de grossesse au domicile maternel. Pour qui, pour quoi ce bébé ? Quelle représentation sa mère en avait-elle ?

Histoire caricaturale certes mais bien illustrative de nos propos. Le bébé à naître est-il là le support de la haine de l'adolescente enceinte pour sa propre mère, sera-t-il le cadeau empoisonné qu'elle lui fera à la naissance ? Aussi l'enfant à naître prend des significations différentes selon le niveau d'interprétation où on se situe.

Bébé normalisant, réparateur d'une histoire, messenger... le bébé sert toujours à quelque chose, il est celui par qui l'adolescente tente de résoudre sa problématique, mais il n'existe pas pour lui-même.

Autant les entretiens psychologiques proposés à une population tout-venant lors de consultations prénatales se sont révélées d'une grande richesse autant ils sont pauvres et banalisés pour ces adolescentes enceintes.

Habituellement, les futures mères se souviennent de leur enfance, se questionnent, se laissent aller à la rêverie ; elles rêvent leur enfant à venir, le modèle, le crée dans un jeu intime mais aussi dans un jeu à deux avec le père. Le nouvel investissement narcissique envahit progressivement leur psychisme pour l'habiter totalement.



A l'opposé, les adolescentes sont dans la fuite, le passage à l'acte... le bébé de l'intérieur est manquant. Elles évoquent quelquefois, de façon fugitive leur enfance, petite enfance mais ne s'y attarde pas par crainte de s'effondrer et affirment alors leur compétence et leur capacité à être mère.

Pourquoi une grossesse d'adolescente comporterait-elle plus de risques ? me demandait une jeune femme un tantinet provocatrice dans une attitude de prestance...

Au plan pratique, si elles n'ont pas encore préparé layette et biberon, elles le feront en temps et en heure dans un plaisir naïf de petite fille qui confectionne la garde-robe de sa poupée préférée. Ce sera le plus bel enfant, celui qui sera montré, exhibé aux uns et aux autres. Il possédera toutes les qualités. Il doit panser toutes les plaies, combler les failles narcissiques de sa jeune mère. C'est le bébé imaginaire dont elles ont rêvé enfant en jouant à la poupée. Quand elles peuvent se représenter le bébé, c'est toujours une petite fille de 3-4 ans riieuse, lui tendant les bras... le double d'elle-même. Aucun projet n'est fait à long terme car dorénavant elles vont s'occuper de leur bébé. Ces entretiens nous laissent une grande impression de vide. Au fur et à mesure que l'accouchement approche, leur peur de souffrir, de voir leur corps se déformer est verbalisée. Quelques-unes ont besoin d'être rassurées sur l'état de leur bébé.

L'accouchement est rapide pour des primipares, la rapidité du travail obstétrical serait-il révélateur de l'absence d'un travail psychologique nécessaire à l'adaptation au bébé réel naissant ? De même aucune adolescente rencontrée n'a présenté de baby-blues alors que 50 % au moins des femmes primipares en présentent un.

Pour certains auteurs, Guedeney, Lebovici..., cet épisode d'émotivité intense fait de sentiments émoisés et contradictoires, provoqués par une forte poussée hormonale, serait aussi une conséquence de la confrontation au bébé réel. En revanche, les mères adolescentes sont éblouies par leur bébé. Ce petit être, dont elles ont peine à croire qu'il est le leur, les enchante, les ensorcelle. Pour lui, elles sont prêtes à tous les changements... à tous les sacrifices. Elles sont méconnaissables. Le moindre mouvement de bouche, clignement d'yeux les séduit. En réalité, l'absence de représentation préalable favorise cet instant d'éblouissement. Dans ses premières heures de vie le nourrisson n'est ni très actif, ni très demandeur, malheureusement il s'éveille, s'anime et exprime ses besoins par des pleurs... : c'est un être vivant différent d'elle-même.

Le téléphone sonne, les copains passent, le feuilleton de 18 H n'est pas différé... Contrairement à la poupée d'autrefois, le bébé demande une attention soutenue. L'illusion cesse aussi vite qu'elle est apparue, dès que le bébé réel, ce bébé qui demande son dû, prend forme.

Ordinairement, les mères tout-venant développent à cette période un état très spécifique que Winnicott a appelé « la préoccupation maternelle primaire ».

Cet état d'hypersensibilité leur permet de s'adapter aux besoins de leur nourrisson avec une grande délicatesse en s'identifiant à lui et lui apporte un sentiment continu d'exister nécessaire à son bon développement psychique.

Elles sont imprégnées de leur petit enfant. A l'écoute de leur émotion, de leur souvenir, elles deviennent mères, trouvent les réponses adéquates au fur et à mesure de leur questionnement et de leur tâtonnement. C'est avec leur doute qu'elles se construisent une identité maternelle. Les mères adolescentes sont dans l'incapacité de douter d'elles-mêmes tant elles sont fragiles et toutes-puissantes à la fois. Se laisser aller à être empathique avec leur bébé serait se confronter à leur vécu, se rapprocher d'une mère haïe et enviée, gérer l'ambivalence de leur sentiment. Elles ne sont pas dans un devenir d'être mère mais uniquement dans l'affirmation de l'être mère. Elles détiennent un savoir et nous le montre.



En effet, au plan de la puériculture, elles sont particulièrement compétentes. Elles apprennent vite et bien. Le petit, entre leurs mains est manipulé adroitement, habillé prestement. La main sans être vraiment brusque, parfois douce même, ne s'attarde guère aux caresses, insensible le plus souvent aux réactions sensori-motrices de leur partenaire. Il subit, ballotté entre leurs mains expertes. Tantôt elles réalisent les soins dans un silence abandonnique, tantôt elles leur parlent, jouent et rient.

La verbalisation est alors spécifique. Elles n'utilisent pas le babillage « bêtifiant » des mères tout-venant, à la mélodie répétitive et interrogative qui laisse place à l'interlocuteur en devenir au contraire elles instaurent un dialogue d'égal à égal où l'incertitude fait défaut. Aucun signe ne peut nous faire anticiper ni la forme ni le contenu interactif de la dyade.

Elles vont, viennent, virevoltent et puis s'en vont au gré de leur disponibilité et de leur fantaisie.

Ce n'est pas sans nous rappeler la fillette jouant à la poupée. Celle-ci peut la dorloter, la câliner puis l'oublier dans un coin pour la reprendre quelques heures plus tard. Elle est la confidente, la consolatrice mais aussi le souffre-douleur responsable de ses malheurs. En revanche, cette insouciance, cette spontanéité, les rendent inventives quand elles jouent avec leur bébé. Que de plaisirs partagés... elles savent avec malice et richesse susciter et maintenir leur intérêt. Le bébé s'anime, est tout à elle, séduit par cette mère qu'il dévore des yeux. Mais le jeu peut devenir si excitant qu'elles ne peuvent contenir ce débordement, elles le lâchent alors comme elles le faisaient autrefois avec leur poupée ou la soeur plus jeune. « J'en ai assez ». Il est alors confronté au vide.

Les mères adolescentes apprécient ces temps de rencontre mais par delà l'instant la continuité des besoins est difficile à pourvoir. Une adolescente dont la fille avait tout juste 9 jours m'expliquait : « Pour le jeu, il n'y a pas de problème, on rit bien toutes les deux mais je ne sais pas pourquoi elle détourne tout le temps la tête dès que je lui donne le biberon et le repousse ». La tétée les plonge dans un face à face qu'elles ne peuvent soutenir, elles s'évadent jusqu'à oublier leur nourrisson... cherchant un centre d'intérêt différent, un autre partenaire, pour les rassurer et les étayer. Le bébé est de nouveau seul. Comment peut-il se construire une enveloppe, une identité ?

### Bibliographie :

- AUBERT-GODART A. : *La prime parentalité*, Dunod éd., Paris, 1999.
- BIDLOWSKI M. : *Je rêve un enfant*, Jacob éd., Paris, 2000.
- MARCELLI D., BOINARD S., PAGET A., TOURRETTE C. : Attitudes des mères durant la passation d'une échelle d'évaluation du comportement néonatal. *Devenir*, 1995, 7, 3, 35-51.
- MAZET Ph. LEOVICI S. : *La psychiatrie périnatale*, PUF éd., Paris, 1998.
- PAJOT O. : L'a-maternité adolescente, *Adolescence*, 1984, 2, 377-382.
- STERN D. : *La constellation maternelle*, Calmann-Levy éd., Paris, 1997.
- WINNICOTT D. : *De la pédiatrie à la psychanalyse*, PBP éd., Paris, 1969



## **LES INTERACTIONS MERE ADOLESCENTE-ENFANT : l'expérience d'un service de Placement Familial F.Dellile-Henriquez<sup>34</sup>**

*L'accueil en famille : une alternative aux centres maternels.*

C'est pour répondre à une nécessité de prise en charge spécifique des mères mineures et de leur bébé que notre Placement Familial s'est créé en 1986.

Un accueil en famille, cette alternative aux structures collectives tels que les centres maternels, a donc été mis en place pour prendre en charge des adolescentes âgées de 12 à 17 ans, enceintes ou avec leur enfant.

Ces « jeunes filles », ces « jeunes femmes », sont à l'âge de l'adolescence. Et c'est avec un enfant qu'elles doivent se situer dans cette période conflictuelle et pleine de remaniements. Pendant cette période, il nous est apparu pertinent de permettre la confrontation à des substituts parentaux chaleureux et porteurs de limites.

Ce qui fait la particularité de notre structure, c'est donc de proposer à la jeune mère et à son enfant, une prise en charge au sein d'une même famille d'accueil.

En ce qui concerne notre propos d'aujourd'hui sur les relations mère-adolescentes / enfant, il est clair que ce mode de prise en charge va influencer, et même modifier la relation de la jeune mère avec son enfant. Il est impossible d'isoler les liens qui se sont tissés entre l'adolescente et son enfant de ceux qui unissent l'assistante maternelle à la jeune mère mais également à son enfant. Les observations que je vais dégager sont empreintes de cette coloration très particulière d'une parentalité à l'adolescence étayée par une famille d'accueil et une équipe de placement familial.

### **Les mères-adolescentes accueillies à JONAS - ECOUTE**

Il est difficile de parler de façon générale de la grossesse à l'adolescence tant cela recouvre des situations diverses. Il y a cependant une observation qui demeure au fil des années et des prises en charges : la grossesse des jeunes mineures est de nature différente suivant l'âge où elle survient .

- Pour les plus âgées, leurs grossesses peuvent faire partie d'un projet, quelque chose qui consisterait à se constituer une famille lorsque la sienne a souvent fait défaut, acquérir un nouveau statut, etc.....

- - Pour les plus jeunes, leurs grossesses sont généralement subies; elles sont la plupart du temps, la résultante d'un passé extrêmement lourd de mauvais traitements, d'abus sexuels, ou de troubles psychopathologiques graves des parents etc..

Il semblerait que quinze ans, à quelques mois près, soit l'âge charnière entre ces deux profils bien distincts

Nous constatons par ailleurs que :

Certaines des très jeunes mères ne trouvent pas dans un Centre Maternel la réponse appropriée à leur situation,

<sup>34</sup> Florence.Dellile-Henriquez, Psychologue, Paris





- soit qu'elles aient déjà un parcours institutionnel fait d'échecs et de passages à l'acte, et supportent de moins en moins bien la vie en collectivité,

- soit qu'elles soient trop immatures pour prendre en charge leur bébé, et ce malgré l'assistance éducative proposée dans les Centres Maternels

- De fait, malgré la diversité des prises en charge, ce que nous retrouvons chez la plupart de ces adolescentes précocement mères, c'est un vécu de carences affectives important, liée à des histoires infantiles chaotiques.

Pour un grand nombre de ces adolescentes, les rapports qu'elles entretiennent avec leurs parents semblent avoir été caractérisés par la discontinuité, marqués par des mouvements d'alternances de proximité et de séparation, brusques et inexplicables pour l'enfant qu'elles étaient.

Ces carences affectives qu'elles ont connues se transmettent de génération en génération, si personne ne s'interpose en tiers étayant.

Quelques mots du cadre dans lequel nous observons ces relations mère-adolescente / enfant et du dispositif mis en place pour permettre un étayage de leur parentalité si particulière.

### **Quel projet pour le couple mère-enfant ?**

La jeune qui est accueillie à Jonas souhaite assumer sa maternité sans pour autant vouloir renoncer à sa vie d'adolescente.

L'accueil au sein d'une même famille de la mère-adolescente et de son enfant est soutenu simultanément par:

- Le désir de la jeune mère de ne pas être séparée de son bébé

- la nécessité d'une sécurité pour l'enfant

- Dans ce choix de vie commune en famille d'accueil, deux logiques différentes sont cependant à concilier:

- la logique de la jeune mère prenant en compte l'évolution psychique à l'adolescence

- et celle de l'enfant qui prend en compte le développement psychique du tout petit.

En ce qui concerne la logique de l'adolescente, on pourrait dire en schématisant que :

La grossesse de ces adolescentes peut être assimilée à un passage à l'acte, mode de communication privilégié chez ces très jeunes femmes particulièrement carencées sur le plan narcissique. Or, la présence de l'enfant introduit des particularités pesantes dans la dynamique psychique de l'adolescente.

Se construire un projet de vie, repérer ce qui lui appartient en propre, lui demande une grande liberté de gestes et d'actions. Son statut de mère entrave ce projet même si, progressivement la présence de l'enfant finira par modifier les modalités de ce projet.

On entrevoit déjà bien la contradiction entre logique de l'adolescente et logique de l'enfant.

On sait qu'un tout petit a besoin de continuité, d'attention, et de proximité de sa mère pour pouvoir un jour s'en éloigner.

Sa mère adolescente, en revanche, est capable de se retrancher par moment, envahie soudain par le besoin d'être tout à elle-même : l'enfant n'y trouve pas toujours son compte. Il peut même parfois se sentir littéralement « lâché ».

C'est la famille d'accueil qui va jouer un rôle de tiers rendant possible la cohabitation des deux logiques, celle de la mère-adolescente et celle de l'enfant lorsqu'elles deviennent contradictoires.

### **Le rôle de la famille d'accueil**

#### **Repères identificatoires pour la jeune mère**



Ce que nous retrouvons chez la plupart de ces jeunes femmes précocement mères, c'est un vécu de carences affectives important, lié à des histoires familiales peu structurantes, ce qui leur permet très peu de repères identificatoires. La famille d'accueil va offrir des repères : un couple stable, la prise en compte de la différence des générations, un mode de communication autre que l'agir. Ces repères sont essentiels pour qu'elles puissent à leur tour jouer leur rôle maternel auprès de l'enfant.

### **Soutien du lien mère-enfant**

Concrètement il consiste à aider l'adolescente à assumer son rôle de mère sans le faire à sa place.

Mais aussi, la famille d'accueil favorise la relation mère-enfant en offrant à l'adolescente la possibilité de vivre pour elle-même, en ne l'enfermant pas dans sa maternité.

Avant que la jeune mère se sente asphyxiée par son contact permanent avec un bébé qui émet des signaux qu'elle ne parvient pas encore à déchiffrer, lui demande ce qu'elle ne peut ou ne sait encore donner, un bébé qui l'angoisse, ou bien qui lui pèse, il est nécessaire pour qu'elle n'en vienne pas à haïr son bébé, qu'elle puisse s'en décharger auprès de l'assistante maternelle. En allant retrouver des copains, en allant chercher à l'extérieur des loisirs, en pouvant se distraire de son nourrisson sans être jugée, elle pourra dans ces conditions vivre son enfant non plus comme un fardeau, une corvée, mais aussi progressivement comme quelqu'un qu'on retrouve avec plaisir, qu'on peut aimer. Quels que soient les aléas de la relation de la jeune mère avec son enfant, la famille d'accueil aide à la continuité nécessaire au développement psychique du jeune enfant en palliant aux carences maternelles si elles se révèlent.

#### **La restauration narcissique**

Au début de leur prise en charge, l'adolescente ne peut verbaliser son vécu angoissé : soit elle l'agit, soit elle le parle - mais avec son corps. Ce cortège de maux diffus peut se comprendre comme une demande d'être prise en charge comme le nourrisson, sachant qu'en même temps, elle revendique d'être considérée comme une adulte.

Quand les gestes positifs de la part de la mère et du père d'accueil ont été répétés au fil des jours, des semaines, des mois, l'expérience nous montre que la jeune mère devient progressivement capable de donner à l'enfant un peu de ce qu'elle aura reçu.

La restauration narcissique, la consolidation du Moi, la création de réseaux relationnels sont essentielles pour favoriser secondairement l'accès à une parentalité qui ne saurait être une imitation du rôle de la « bonne mère »...

### **Les relations mère-adolescente / enfant**

S'il est difficile de parler de la grossesse à l'adolescence d'une manière générale, il en est de même pour la maternité à l'adolescence. Autant de situations singulières que de couple mère-adolescente / enfant, cependant là encore nous avons pu repérer, quelques constantes qui se dégagent de nos quinze ans d'expérience.

Les séparations précoces d'une mère et de son enfant sont toujours préjudiciables quant à l'établissement des liens d'attachement entre eux. Avec une mère adolescente et son nouveau-né il est encore plus vital de ne pas les séparer, car l'adolescente a encore plus de mal à établir ce lien hors de la proximité immédiate de son bébé.

La relation que les mères-adolescentes établissent avec leur enfant est souvent fonction de leur âge. Lorsqu'elles sont très jeunes : 12,13,14 ans, elles adoptent une relation de type « fraternelle » avec leur enfant (plusieurs d'entre elles disent, par exemple, à des personnes qui ne connaissent pas leur situation de placement familial: « je vis chez mes grand-parents



avec mon petit frère » ). Elles appliquent souvent très bien les conseils de puériculture qui leur sont donnés mais ne semblent pas porter psychiquement leur enfant. A mesure qu'elles prennent de l'âge, gagnent en maturité, mais aussi que leur enfant grandit et prend de l'autonomie, elles revendiquent une position plus « maternelle ». Cela se manifeste notamment dans une rivalité plus grande avec l'assistante maternelle, et plus particulièrement sur le plan éducatif.

Les relations que les mères-adolescentes développent avec leur enfants ont l'empreinte, nous l'avons dit précédemment, des modes de relation qui se sont créés avec la famille d'accueil. Quant à l'évolution du lien mère-enfant il sera fonction de ce qu'elles-mêmes ont construit avec leur propre mère mais aussi de ce qui va se jouer avec la famille d'accueil.

Jean-Pierre Deschamps, qui a écrit un ouvrage sur les questions de maternité à l'adolescence, évoque des études selon lesquelles les relations péjoratives entre maternité à l'adolescence et évolution défavorable ultérieure sont dues à la médiocrité des conditions sociales, et non à l'âge. la prise en compte des facteurs sociaux ne permettrait donc plus de distinguer les maternités d'adolescentes des autres.

Il dit encore que la plupart des études sur le sujet mentionne que le manque d'accompagnement pendant la grossesse, au moment de la naissance et dans les premiers mois de la vie de l'enfant, constitue un élément péjoratif pour le pronostic. Il ajoute que l'accompagnement exige une continuité, de part et d'autre de la naissance et bien au delà de la naissance, et par conséquent une certaine unicité des acteurs de la prise en charge. « *Trop souvent, dit-il, l'adolescente aura en face d'elle une multiplicité d'intervenants assurant chacun une partie de la prise en charge et pour un temps limité : à l'évidence l'accompagnement nécessaire ne peut alors être réalisé* ».

Les enfants qui ont grandi avec leur mère en famille d'accueil, lorsqu'ils sont à l'âge de l'école maternelle, sont des enfants qui, dans la quasi totalité des cas, vont bien ;(plusieurs directrices, institutrices de Maternelle disent que si elles ne le savaient pas, elles n'auraient jamais pensé que l'enfant soit en famille d'accueil) Ils sont alors la source d'immense valorisation pour leur jeune mère. Plus tard dans une installation autonome avec leur mère, ils ont souvent acquis un attachement « suffisamment sécure » à celle-ci pour pouvoir traverser quelques turbulences sans que cela compromette gravement leur équilibre

Certaines situations nécessitent des séparations. Lors d'interactions négatives entre la jeune mère et son bébé, allant jusqu'à un dysfonctionnement grave de la relation, la distanciation entre la mère-adolescente et l'enfant devient nécessaire. Protéger l'enfant, même au prix de cette distanciation douloureuse pour l'adolescente, sera parfois la seule façon de lui permettre de construire un lien véritable avec son enfant qu'elle aura pu confier à d'autres pour son éducation.

Il est difficile de ne pas évoquer les pères : ils ont 15,16,17,20 25,30, 60 ans et là encore il s'agit d'histoires singulières à chaque fois. Je voudrais évoquer ici les pères adolescents pour lesquels nous avons souvent fait le constat clinique suivant : pour peu que les adultes autorisés (parents, enseignants, éducateurs) introduisent l'espace nécessaire à ces très jeunes pères pour qu'ils puissent « tricoter » leur relation avec le bébé et sa mère, les processus de paternalité sont très riches et laissent une empreinte psychique, qui modifie profondément la trajectoire du sujet.



## LE BEBE DE MERE ADOLESCENTE, à qui appartient-il ?

D.Sibertin-Blanc<sup>35</sup>

**Résumé :** *Ces bébés inattendus, nés souvent dans des configurations familiales, sociales et psychologiques insécurisantes sont des bébés « à risques psychiques », exposés à une grande incertitude quant au devenir de leur liens avec leur mère, souvent isolée ; d'autant plus que celles-ci sont plus surveillées et jugées qu'aidées à poursuivre leur double itinéraire : celui inachevé de leur adolescence et celui engagé trop tôt dans le processus de parentalité. Le champ est alors souvent libre pour laisser à d'autres le soin d'occuper une fonction parentale souvent mal défendue par des mères convaincues de leur insuffisance. Ces bébés risquent alors de grandir séparés de leur unique parent dans l'inquiétude du lendemain et l'incertitude de leurs origines, sans pouvoir développer en eux un sentiment d'appartenance familiale sinon comme héritier d'une honte maternelle.*

**Mots-clé :** Grossesse à l'adolescence - Sexualité à l'adolescence - Conduites à risque - troubles de la maternalité - liens mère-bébé - Secret des origines.

### Introduction.

Ces bébés ne sont plus voués à périr d'infanticide et leurs mères à expier leur faute dans l'enclos éloigné d'un couvent, d'une institution charitable ou d'une maison de redressement. Après le bannissement des « filles-mères » au siècle précédent, figure profanatrice de l'image sacrée de la Mère, les mères adolescentes ont désormais le droit d'élever dignement leur bébé, de lui donner leur nom, de disposer de l'autorité parentale, autrement dit d'être des « mères ordinaires », avec des devoirs équivalents pour leurs enfants. Si le mouvement féministe a sans doute contribué à cette heureuse évolution pour les mères, le développement des connaissances sur le nourrisson largement diffusées auprès des professionnels de l'enfance et dans l'opinion l'a ensuite relayé au profit de leurs enfants. Certains principes sont maintenant en effet solidement admis dans les institutions : le respect de la continuité des liens avec l'objet d'attachement, le soutien des jeunes parents en difficulté par des aides individualisées plutôt que par le placement de leur bébé, le recours d'exception à une séparation entre la mère et son bébé, visant une mise à distance protectrice et préparatoire à la reprise des liens. Mais leur application ne va jamais de soi dans des contextes où les difficultés sociales, familiales, psychologiques sont souvent intriquées, où le dispositif institutionnel lui-même tend à se perdre dans les règlements et à reproduire en son sein les déchirements de ces mères-adolescentes à l'égard d'elles-mêmes et de leur bébé (8). Leur désespoir est parfois contagieux. Et le regard sur ces mères jeunes n'est sans doute jamais très loin de celui porté autrefois sur les filles-mères dans une société où l'interdit de la sexualité précoce s'est déplacé sur l'interdit de la procréation précoce en faisant des grossesses à l'adolescence des signes stigmatisant de déviance psychologique ou sociale. Nombreuses parmi ces mères adolescentes, par la peur qu'elles inspirent et les soupçons que leurs comportements font naître sont ainsi plus surveillées et jugées qu'aidées à poursuivre leur double itinéraire : celui inachevé de leur adolescence et celui engagé trop tôt et souvent bien mal dans le processus de la parentalité. Et leurs enfants, « des enfants d'enfants », sont

<sup>35</sup>Daniel Sibertin-Blanc, Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Faculté de Médecine de Nancy, Centre Psychothérapeutique de Nancy et Maternité Régionale et Universitaire de Nancy. Adresse : C.M.P., 1 avenue Voltaire, Lunéville, 54. 300.



des candidats idéaux pour tomber dans les logiques administratives de ceux qui au nom de « l'intérêt de l'enfant » veillent à leur protection. Le champ est souvent libre pour occuper une fonction parentale souvent mal défendue par des parents convaincus d'avance de leur indignité. Mais leurs enfants risquent alors de grandir séparés de leur unique parent dans l'inquiétude du lendemain et l'incertitude sur leurs origines, sans pouvoir développer en eux un sentiment d'appartenance familiale sinon comme héritier de la honte maternelle. L'interdit de l'infanticide, signe de notre modernité, n'a pas pour autant fait place à la tendresse ni empêcher la violence de s'exercer contre eux, sous des avatars qui la rende moins visible. Sans doute les propos de Bruno Durieux, alors Ministre Délégué de la Santé, à la tribune d'un colloque national consacré aux maternités adolescentes, n'ont rien perdu de leur actualité. C'était il y a exactement 10 ans, en Décembre 1990 : « 600 mères adolescentes de moins de 16 ans chaque année, c'est un nombre considérable, mais ce n'est pas un enjeu insurmontable pour les institutions sanitaires et sociales de la France » (3).

### **Premières rencontres à la maternité.**

Rien n'est en effet insurmontable. Et c'est ce que nous rappellent aussi assez régulièrement les adolescentes au moment d'être mères, lorsque nous les rencontrons dans le cadre de notre activité de psychiatre de liaison au sein d'une maternité.

Ce qu'elles nous donnent à voir ou à entendre de leur situation n'est jamais encourageant pour l'avenir, le leur comme celui de leur bébé. Celui-ci, en effet, a souvent déjà été exposé à une grossesse négligée, cachée, ou déniée, a échappé miraculeusement à des manoeuvres abortives, aux tentatives de suicide ou aux conduites toxicomaniaques de leur mère, ou a parfois survécu à un accouchement prématuré réalisé dans l'urgence ou la clandestinité ; sans compter le passé transgénérationnel douteux, souvent amputé de celui du père, disparu, inconnu, ou tenu secret, que lui offre sa mère en guise de mémoire familiale ; une mère souvent elle même démunie socialement, en rupture scolaire, enfermée dans une spirale de l'échec et une fuite en avant après une enfance jalonnée d'expériences de carence affective, de ruptures, de deuils, de violences familiales et sexuelles (4).

Mais le pire n'est jamais sûr et la plupart nous étonnent toujours par la rapidité avec laquelle elles s'installent dans leur rôle maternel, fières, émerveillées, apaisées et converties par leur bébé. Elles s'en étonnent souvent elles-mêmes, surprises par des afflux émotionnels jusque là jamais éprouvés, exprimés ou partagés, qui surgissent dans leurs premiers contacts avec lui et animent leurs premières émotions de mère, leurs premières angoisses aussi. Lorsque Adeline, 16 ans, a donné pour la première fois le sein à Alice son bébé, elle s'est soudain effondrée en larme en enfouissant son visage dans le creux de ce corps agité et vagissant qu'elle tenait maladroitement contre elle, tandis qu'il suffoquait sous la masse de cheveux qui tombaient sur lui. Quelques heures plus tard, acceptant de nous rencontrer, elle nous parla avec ses mots de « son bonheur » mais aussi de la honte qui l'accablait après deux I.V.G « ratés » dont, pensait-elle, Alice porterait à jamais la trace. Elle venait de réaliser, ajouta t-elle, combien elle tenait à ce bébé, combien aussi elle craignait d'en être séparée, qu'on lui enlève ou qu'elle le perde.

Les premières rencontres avec un premier bébé sont évidemment toujours pour une mère un moment crucial de vérité, une mise à l'épreuve d'elles-mêmes, de son désir d'enfant, de ses désirs pour l'enfant, avec des moments de doute venus de loin d'où s'échappent des pensées indicibles de mort ou de meurtre de l'enfant. Elles sont heureusement tempérées par



des tiers, ses proches qui l'entourent, resserrent les liens autour d'elle, le père de l'enfant qui fait de son enfant aussi le sien, l'inscrit sans sa lignée en lui donnant son nom. Mais pour les mères adolescentes, qui accèdent à la maternité dans la solitude, après une grossesse niée, cachée, et poursuivie le plus souvent pour avoir dépassé les délais légaux, c'est un moment de vérité plus cru voir cruel : un passage qui annonce non l'espoir d'un renouveau mais la certitude de catastrophes à venir. Il met à l'épreuve non ses désirs pour l'enfant mais ses désirs de vivre avec celui venu l'arracher à son existence, avec une seule alternative : ou l'adopter au risque d'une rupture avec les siens ou le quitter au risque d'une souffrance éternelle. Quant au bébé que personne n'attendait, c'est sa filiation qui est d'emblée mise en question et parfois laissée en suspens.

### **Un bébé au service de sa mère.**

«J'ai tout perdu ! Je n'ai plus que lui ! », nous dit Adeline désemparée, au 5<sup>ème</sup> jour de son accouchement, alors que ses parents venaient de lui signifier leur refus de l'accueillir avec son bébé : « ce sera lui ou nous ! » lui avaient-ils dit. Ce sera donc lui ! Son bébé a su alors au cours des jours suivants se montrer irrésistible, la consolant de cet ultime malheur, se faisant pardonner d'en avoir été la cause. Au moins a-t-il pu ainsi se glisser dans sa vie. Mais sans doute n'aurait-il pas pu y parvenir sans la présence des aides-puéricultrices et des sages-femmes qui ont alors fait cercle autour de sa mère et qui par leur attention sans la juger ni la trahir, lui ont transmis leur savoir, leur expérience, en restaurant en elle un peu d'espoir, en l'ancrant dans son destin de mère.

Quelques jours plus tard, j'ai retrouvé en effet Adeline apaisée. Une solution d'hébergement dans un foyer maternel se dessinait. Tous autour d'elle lui reconnaissaient de grandes qualités maternelles. Son bébé faisait l'admiration des équipes. Un nouvel espace s'ouvrait devant elle comme à l'intérieur d'elle-même. Adeline se mit alors à se raconter plus librement, évoquant son passé récent d'adolescence chaotique, ses longues fugues, ses actes de délinquance, ses longs passages à vide, ses tentatives de suicide, qui l'avaient conduite à fréquenter éducateurs, psychiatres, juges d'enfants, policiers... Jusqu'à ce qu'elle tombe sur Aristide, éphémère passion amoureuse, dont il lui est resté ce bébé. « Tout était beau chez lui, son corps, son histoire, ses origines... » Il était originaire d'îles lointaines, ensoleillées... C'est aussi un peu de cette beauté qu'elle avait recherchée pour elle-même à travers des conduites à risque l'année précédant sa grossesse et qui en révélaient en partie le sens : une tentative de solution vitale pour exister, sortir d'elle-même, changer de vie ou changer sa vie, rompre avec les relations aliénantes de son enfance, combler un sentiment de vide interne, court-circuiter le temps de l'adolescence, retrouver des raisons de vivre et d'espérer ( 6).

Au moins cet espoir n'avait pas été perdu en cours de route et Alice, après avoir été son fossoyeur, semblait maintenant en être devenue l'unique et précieux dépositaire. Adeline la regardait avec fierté, disait qu'elle la trouvait belle, commençait à faire des projets pour elle. Dans cette difficile expérience du vivre de sa mère, Alice semblait avoir gagné au moins sa place auprès d'elle mais avec comme impossible tâche celle de l'aider à résoudre son problème : celui d'exister (11).

### **Faire naître sa mère prise dans les tourments de l'adolescence.**



J'ai reçu ensuite Adeline régulièrement pendant un an, à sa demande. Elle vivait avec son bébé dans un foyer maternel, avait repris le chemin du lycée, assez décidée à poursuivre ses études avec un nouveau projet : celui de devenir sage-femme... Elle ne revoyait que très épisodiquement ses parents, sans avoir renoncé à d'éventuelles retrouvailles. Mais les difficultés n'étaient pas pour autant résolues pour Adeline et Alice, prisonnières l'une de l'autre dans un lien de mutuelle dépendance dont chacune s'accommodait difficilement en particulier Alice qui après s'être manifestée par des coliques idiopathiques présentait des épisodes de refus alimentaire. Ils entraînaient de la part de sa mère des conduites de forçage préoccupantes. Au cours d'une séance, alors qu'Alice avait 6 mois, Adeline me raconta un rêve répétitif qui l'angoissait : « elle se trouve dans un paysage inconnu, au bord d'un fleuve avec de puissants rapides. Poussée par un inconnu, elle tombe dans l'eau, s'efforce de rejoindre la rive, n'y parvient pas. Les berges sont trop hautes. Elle pense qu'elle va se noyer. Elle décide alors de nager vers l'autre rive où elle distingue une forme humaine immobile qui l'attire, sans doute un corps féminin, telle « une statue resplendissante » dont les traits du visage se précisent peu à peu en s'en rapprochant. Il lui sourit alors qu'elle s'épuise dans le courant... Elle sait qu'elle ne peut en attendre aucune aide. Puis elle croit reconnaître ce visage, peut-être sa mère mais en plus jeune... Ensuite, elle ne sait plus... et se réveille « en nage »...

Ce rêve mieux que tout discours, traduit sans doute assez bien la violence éprouvée à la fois physiquement et psychologiquement par certaines adolescentes emportées par les transformations pubertaires dans un vécu d'effondrement, rééditant d'autres expériences traumatiques primitives ; le passage à l'acte sexuel et son corollaire inattendu, le passage à la maternité, étant là un moyen pour les retrouver, les affronter, leur survivre et tenter de les maîtriser : faire vivre l'enfant en elle à tout prix. Ce vécu et ce combat intérieur n'ont pas disparu avec la maternité. Ils se sont seulement déplacés sur le terrain nouveau de la parentalité, avec comme partenaire un bébé ; un partenaire indocile, versatile, tour à tour allié, rival ou ennemi, passant du rang d'objet idéal à celui de bébé impitoyable dès qu'il résiste à sa mère et la met en échec. Alice, par ses comportements, mettait en effet souvent Adeline hors d'elle, mais au sens littéral, en la jetant hors d'elle-même, en lui faisant perdre toute contenance interne, en la précipitant dans un état d'impuissance et d'effondrement, sans objet auquel se raccrocher, comme le traduisait bien son rêve. L'affirmation de tout signe d'autonomie de la part de son bébé, le moindre mouvement de révolte, entraînait chez sa mère une détresse qu'elle était bien en peine de contenir et heureusement sans lui manifester de rancune excessive.

Ou plutôt sa rancune s'apaisa peu à peu au fur et à mesure des entretiens au cours desquels elle prit mieux conscience de ce qui se jouait alors en elle dans ces moments de détresse : des moments « déchirants » certes, mais des moments d'ouverture sur elle-même, où elle reprenait contact avec un noyau de souffrance ancienne ramenant de très loin les tourments oubliés de son enfance. Et elle prit peu à peu conscience de cette continuité, de ce qu'il lui appartenait de résoudre désormais par elle-même et qu'elle avait opportunément chargé son bébé de faire à sa place; ce qui du même coup allégea ce bébé de son fardeau. Elle comprit les conduites d'opposition d'Alice non plus comme une attaque contre elle-même, mais comme des manifestations légitimes de protestation et d'inconfort qu'il lui fallait elle-même en tant que mère accepter et résoudre. Ses accès de rage qui survenaient lorsque par exemple Alice jetait son dévolu sur la nourriture que lui offraient les éducatrices, en se détournant ostensiblement de celle qu'elle lui présentait, la quittèrent peu à peu.



Mais il lui fallait « exister » par elle-même mais faire exister ce que Alice lui demandait: d'être sa mère, d'être une « vraie » mère appartenant au monde des mères aimantes, maternelles « celles qui sont bonnes pour les enfants »; un monde d'où elle se sentait encore bien éloignée, installée de fait mais comme usurpatrice. Ce monde des mères était encore pour elle aussi le territoire de sa propre mère, une mère enviée, redoutée et hostile, mais qu'elle n'avait pas envie encore de détrôner, comme pour préserver l'illusion de rester encore un enfant. La reconnaissance légale et officielle de mère par la naissance de son bébé n'avait pas suffi à ce qu'elle se reconnaisse elle-même mère de son bébé, mère légitime parmi les autres mères. Après six mois, très honorables d'ailleurs, de son travail de mère, cette identité de mère n'était pas encore perçue par Adeline dans une dimension positive, créatrice et surtout intégrable à sa propre expérience et la renouvelant. Comme dans son rêve, entre ses deux rives, elle était encore comme entre deux mères, l'une d'où elle avait été « éjectée » par sa maternité et l'autre cette figure maternelle lointaine, à la beauté « resplendissante », inaccessible, cette « adulte-mère » idéale, une mère de rêve qu'elle avait rêvé d'avoir pour elle et qu'elle rêvait d'être pour son bébé. « Je me sens encore trop jeune », ne cessait de dire Adeline, d'elle-même, répétant souvent que depuis la naissance d'Alice « elle ne sait pas où elle en est et où elle va »...« Tais-toi et nage », dit-elle alors en riant, pour conclure un entretien; une formulation lapidaire pour évoquer les tâches qu'il lui restait à accomplir : faire le deuil de son enfance, assumer son étrange folie qui l'avait poussé à faire ce bébé, continuer à avancer dans cette traversée difficile de l'adolescence, en attendant des jours meilleurs...

### **Dyades en péril**

Tous les bébés revendiquent impérieusement l'amour de leur mère. Et ils ne peuvent attendre longtemps ce que leur mère n'est pas en état de leur offrir sans risquer de devenir les artisans d'autres malheurs pour elle (5). A cet égard, les bébés dont les mères sont encore adolescentes, sont en terrain particulièrement propice; non que l'âge de la mère ait à voir avec les 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 conjugent alors souvent pour en empêcher le déploiement.

L'expérience clinique comme les études statistiques nous offrent à cet égard une vision plutôt pessimiste de ces dyades ainsi constituées et nous apprennent que les liens mère-bébé résistent plutôt mal à l'épreuve du temps (9). L'investissement du bébé est en effet souvent en concurrence avec bien d'autres tâches que la mère avait avant lui mais que sa présence va dangereusement compliquer : des problèmes familiaux, personnels, scolaires avec souvent une nécessaire reconversion professionnelle, la fréquente rupture avec le père du bébé, entre autres, car ces bébés ne font pas de leurs géniteurs des parents nécessairement heureux et solidaires. Elles doivent en plus subir les effets que l'arrivée inopinée de cet enfant produit sur la scène familiale : un « effet tragique », pourrait-on dire. Venu en intrus sa présence va déclencher autour de lui et surtout contre lui, les sentiments les plus extrêmes, plongeant sa famille dans une crise en réveillant ses intrigues jusque là silencieuses ou tenues secrètes. Il prend à sa manière possession de la famille mais en diviseur, entre ceux qui vont se liguier contre lui et ceux qu'il va rallier à sa cause, tel frère ou soeur de la mère, la grand-mère, contre son mari, mal résolu à se laisser hisser au rang de grand-père par ce nouveau-venu. Ce





bébé devenu alors son unique famille, son objet unique et précieux, risque ainsi de coûter très cher psychologiquement à sa mère.

D'autre part ces liens mère-bébé, à leur origine, à l'état natif et quasi « sauvage », ne sont encore que force d'attraction et véritable « pulsion d'attachement » douée alors d'un effet de saisissement sur les mères. Cet effet peut être qualifié de « magique » au sens littéral du terme d'ensorcellement, par les transformations qu'il opère alors en elles, par les malentendus futurs en germe qu'il contient. C'est particulièrement vrai chez celles qui comme Adeline ont été arrachées brutalement à leur vie d'adolescente par la maternité, dans un moment d'inadvertance, de négligence, une passion amoureuse, souvent aussi par méconnaissance de leur corps et de leur propre sexualité; des raisons actuelles qui en actualisent bien sûr d'autres plus anciennes plongeant dans les racines inconscientes d'expériences liées aux figures parentales, principalement maternelles. Comme l'a souligné B. Iger, « elles conduisent ces filles devenues adolescentes à choisir la voie de la maternité et non celle de la sexualité » (7). Mais ce « choix » se révèle vite désastreux, les précipitant plutôt vers un monde inconnu et destructeur plutôt que vers une maternité créatrice d'un changement qu'elle refuse, en les laissant sans direction, sans projet, livrées à elles-mêmes, tel un projectile incontrôlable échappant à ses auteurs. Elles en mesurent très vite la nature « catastrophique » sous le coup des ruptures que cette destination leur impose : rupture avec elles-mêmes, avec leurs projets scolaires ou professionnels, souvent avec leur propre famille, au point de cacher leur grossesse ou la nier, ce qui rend plus douloureux, plus désastreux encore sa révélation au grand jour. Dépassées par la situation, certaines décideront de rompre d'emblée avec cette expérience impensable, inassimilable. Elles coupent court à cet acte insensé qui a l'allure d'un acte manqué, en coupant à la naissance tout lien de filiation avec le bébé. Elles accouchent dans l'anonymat et le confient à l'adoption; un « geste d'amour » (1), mais aussi un geste libérateur pour elles-mêmes qui par la naissance du bébé va permettre à sa mère de se libérer de sa présence, en l'expulsant de sa vie - mais pas toujours de ses pensées - aussitôt après l'avoir expulsé de son corps. D'autres vont le garder : alternative souvent décidée dans l'instant de la première rencontre, retenue et saisie par la sensualité vécue dans ce premier contact avec le bébé. Il diffuse en elles comme un baume unifiant venant les rassembler, leur faire vivre un sentiment d'unité qui semblait à jamais perdu, leur redonner un sentiment d'existence, celui indicible que peut conférer à tout être humain l'expérience du lien à la mère.

Le chaos torturant vécu au cours de la grossesse avec le bébé imaginaire semble alors remiser très loin dans d'obscurs placards. Après la haine, l'effondrement, la déréliction, c'est l'émerveillement pour ce bébé vivant et vivace, touché, regardé, caressé et qui, rescapé de ses fantasmes infanticides, de sauvé devient pour leur mère un sauveur. Elle s'y accroche d'autant plus.

Mais ces liens entre ces deux partenaires d'infortune, inscrit dans une mutuelle symbiose doivent ensuite s'ajuster aux transformations internes inhérentes au développement même de chacun des deux protagonistes, engendrant souvent des tensions douloureuses entre eux sur leur route conjointe : quand par exemple les besoins de dépendance de l'un s'imposent à l'autre comme une entrave, quand les aspirations à l'autonomie de l'un sont ressenties par l'autre comme un lâchage, quand s'adapter aux besoins de l'autre signifie le sacrifice des siens, quand ils sont l'un pour l'autre le seul horizon sans relation tierce pour moduler leurs affects ou leur servir d'instance médiatrice. Cette proximité peut être en effet intolérable



pour ces mères et surtout leur bébé. En prise directe et sans doute dès leur vie foetale, aux projections infanticides du vécu maternel, ces bébés risquent en effet d'être confrontés ensuite directement au fonctionnement adolescent de leur mère, à ses projections et ses passages à l'acte ou ses passages à vide, à ses mouvements régressifs ou dépressifs, à son ambivalence parfois incontrôlable. Et si ces situations s'éternisent, ces bébés risquent bien sûr d'être en grande difficulté pour construire leur propre sentiment de cohérence et de continuité, pour expérimenter leur pouvoir d'agir sur l'autre sans craindre de l'endommager ou d'être endommagés par lui, de différencier leurs sensations internes de celles produites par l'objet maternel externe. Vivre, exister, se développer en toute sécurité s'apparente pour eux à un défi.

### **Être un bébé de mère adolescente : des risques et une chance**

Ces risques ne sont pas, bien sûr, spécifiques aux bébés de mère adolescente et sont communs à bien d'autres situations maternelles ou parentales prédisposant à la maltraitance : lorsque les mères sont indisponibles, imprévisibles, trop absorbées par leurs propres pensées pour s'ajuster aux besoins de leur bébé, pour s'identifier à lui; lorsque l'investissement maternel du bébé s'établit sur un mode fusionnel et projectif, en lui attribuant des sentiments, des fantasmes, des intentions qui sont les siennes, sans possibilité de différencier les effets de leurs causes. Ces risques justifient surtout que ces adolescentes et leur bébé soient accompagnés le plus longtemps possible, avec un souci d'éviter toute attitude systématique qui repousserait et pour longtemps toute possibilité de construire une alliance avec elles. Face à certaines situations rendues inextricables, où les troubles de l'un activent ceux de l'autre selon des mécanismes auto-entretenus devenus incontrôlables, il faut parfois savoir aussi faire le choix de mettre une distance suffisante entre les bébés et leurs mères, grâce à un dispositif de substitution, un placement en famille d'accueil, par exemple pour les protéger les uns des autres, offrant ainsi du temps à chacun pour se construire et leur permettre ensuite de renouer leurs liens dans de meilleures conditions sans les détruire ni se détruire (8). C'est un dispositif provisoire qui peut évidemment parfois s'avérer être une machine infernale, si à leur tour ceux qui les gèrent sont pris dans cette même problématique de contrainte et de malentendu à l'égard de la mère et de son bébé.

Pour autant, ces bébés à risque ont aussi une chance : celle d'avoir une mère adolescente, autrement dit avec une personnalité qui n'est pas encore figée, qui reste inscrite dans une dynamique de changement que le télescopage avec le processus de la parentalité n'a pas interrompu, même s'il en a modifié certains paramètres et alourdi les enjeux. Il faut évidemment alors compter sur le fait qu'elles sont encore disponibles pour des remaniements identificatoires, pour s'approprier activement les transformations intérieures subies passivement auxquelles les soumet leur corps en pleine mutation, sur leur avidité identificatoire qui leur permet de s'enrichir des objets nouveaux rencontrés, de remanier leur identité et de se défaire des modèles anciens, de tenir compte des expériences nouvelles que la vie leur apporte. Et c'est à condition bien sûr que ceux qui les accompagnent le reconnaissent et ne s'imposent par des discours ou des interventions qui ne les identifient que comme des mères déssemparées, incertaines et potentiellement dangereuses pour leur bébé ou pire comme des malades mentales. La difficulté est bien de traiter ces mères adolescentes sur deux fronts souvent contradictoires : d'une part au niveau de leur identité de mère dont on a bien vu les résistances qu'elles lui opposaient ; d'autre part au niveau de leur identité de femme, enjeu de leur adolescence. Le risque est de leur apporter une aide



matérielle, éducative, sociale qui sans les dessaisir de leur autorité parentale légitime s'imposerait à elles sous une forme contraignante, qui ne ferait qu'attiser leur méfiance, leur passivité, mais aussi leur honte et leur culpabilité, qui saperait leur aspiration à l'autonomie, en les infantilisant, alors que l'enfant a besoin lui d'une mère à part entière pour se développer.

C'est un univers dyadique menacé autant que menaçant auquel est confronté le psychothérapeute en charge de ces situations, porté par l'espoir cependant que son travail soit l'occasion à la mère de penser ses mouvements internes à distance, de les élaborer en se racontant, de rétablir une frontière entre elle et son bébé, de prendre sa place de pare-excitant maternel pour le bébé et de l'aider à élaborer un par-excitant pour elle même, de renoncer aussi à ce qu'il soit un bébé parfait et elle même une mère parfaite, sans renoncer non plus à ses propres aspirations d'adolescentes. C'est par un lent et difficile travail de déconstruction que les liens peuvent alors se construire peu à peu entre ces mères et leurs bébés, même s'il reste encore néanmoins difficile d'anticiper l'avenir, tant ces situations sont à l'image de beaucoup d'autres, mouvantes, instables, difficiles à penser selon un modèle général et selon des critères prédictifs bien établis. Les fantômes ne sont jamais très loin et toujours prompts à réapparaître dans la chambre de l'enfant (5).

Et lorsque ces bébés présentent des signes de souffrance psychique, la difficulté est de savoir qui est malade et qui est traitable : le bébé, sa mère, son environnement familial ou le dispositif de soin ou social mis autour de lui.

### **A qui appartiennent ces enfants ? (2)**

L'avenir de ces bébés reste une question évidemment essentielle et qui justifie d'ailleurs le suivi précoce de leur mère et le dispositif institutionnel mis en place. Sans m'aventurer ici sur un problème aux ramifications multiples, certains enfants rencontrés plus tardivement dans nos consultations, dont les mères étaient adolescentes au moment de leur naissance, nous laissent entrevoir que ces circonstances peuvent aussi exercer une influence après coup sur l'agencement de leurs représentations. Certes du temps a passé en apportant son cortège d'événements nouveaux, imprévus et qui ont pu même être heureux : par exemple les rencontres que leur mère a pu faire en contribuant à son épanouissement de femme et même de mère et en permettant au couple originaire mère-bébé de se fondre au sein d'une famille stable et sécurisante, offrant au bébé devenu enfant un père légal établissant avec lui des liens de filiation affective, mais aussi des demi-frères ou des demi soeurs, bref une famille presque ordinaire. Mais d'autres ont eu moins de chance, quelque peu malmenés par une mère n'ayant pu affronter son état de mère prématurée, ou qui y a été insuffisamment aidée, et qui débordée, incertaine, voire maltraitante, s'est éclipsée, sans laisser de trace, par suicide éventuellement, ou en poursuivant son itinéraire chaotique d'adolescente prolongée, parfois en rééditant une ou d'autres maternités impossibles pour tenter à nouveau sa chance, mais en laissant derrière elle un enfant livré aux désirs sinon aux compétences de ceux qui croisent sa route. Il est ainsi devenu un enfant adopté, placé, oublié, à moins qu'il ait été récupéré entre temps par son père ou des grands parents dévoués et secourables qui prenant la place laissée vacante par les parents, s'efforcent de l'élever au mieux, mais en brouillant parfois en lui l'histoire de ses origines et ses liens de filiation. C'est un itinéraire chaotique régi par les services sociaux, sous leur protection vigilante et leur pouvoir discrétionnaire. Surtout il grandit dans un monde qui fait de son origine une différence et de plus en plus avec le



temps, lorsque des troubles du comportement viennent compliquer l'existence de ceux qui les ont en charge, en mettant à l'épreuve la solidité de leurs liens.

C'est dire la diversité de destin de ces enfants, rendant difficile une vue d'ensemble sur leur évolution et en tout cas interdisant de les classer selon une catégorie particulière. Mais au-delà de cette diversité d'expérience, de l'hétérogénéité clinique qu'ils présentent - beaucoup parmi ceux que nous ne rencontrons pas vont certainement très bien - certains d'entre eux nous transmettent des traces de leur expérience initiale d'enfant de mère adolescente, parfois simple empreinte colorant leurs relations sociales scolaires, intrafamiliales, mais parfois en laissant son empreinte sur leur fonctionnement mental.

A qui appartiennent ces enfants ? De qui sont ces enfants ? Telles sont les questions qui spontanément nous viennent à l'esprit lorsque nous les rencontrons alors dans nos consultations, amenés par des travailleurs sociaux, des grands parents, des proches épuisés, saturés, une mère débordée qui ne sachant plus quoi faire pour eux, après avoir tout essayé veulent croire que ces enfants rebelles à leurs efforts éducatifs et pédagogiques n'ont plus leur place chez eux . Telles semblent être aussi les questions que ces enfants eux-mêmes se posent, sous des formes indicibles et difficiles à entendre à travers des comportements dont l'anamnèse révèle la précocité. Au risque d'en proposer un modèle schématique qui aurait en plus tendance à consacrer le discours de leur entourage, qui est souvent d'en faire des êtres à part, des marginaux de leur lignée. Leurs relations scolaires, sociales ou intra-familiales, leurs discours, leurs jeux, leurs dessins quand ils veulent bien en produire témoignent de leur difficulté à s'inscrire dans des projets d'avenir, à accepter les règles sociales et communautaires, à entrer dans le monde des autres et quitter celui de leur mère. Ces enfants sont des écorchés vifs, des révoltés qui font de leur révolte un art de vivre et de la mise en échec des intervenants une manière d'exister; comme si la magie initiale qui avait fondé leurs liens avec leur mère persistait mais sous une forme négative et nostalgique, faisant de ces enfants des enfants du refus; celui de leur mère de les avoir eu, puis celui de s'en séparer, enfin celui de subir leur investigation et leur jugement sur elles-mêmes. Les actes ont remplacé les mots mais contiennent encore des restes de leur recherche active d'une autorité suffisamment ferme et contenante qui donnerait du sens à ce qu'ils éprouvent. Ce n'est pas tant d'affection ou de principe éducatif dont ils ont été privés mais de sens dans les liens dont ils ont fait l'expérience; ces liens sensés, organisés, qui normalement fondent le sentiment d'appartenance à une famille, à un groupe social, à une culture, d'où procède le sentiment d'identité. Leur histoire leur a en effet été soustraite. Le récit sur les origines leur a été transmis sous des formes tronquées, laissant se développer en eux un roman imaginaire déformé par leur fantasmes où circulent des figures parentales énigmatiques, grandioses et menaçantes. Ils butent sans cesse sur une scène originaire d'où ils ont toujours été exclus, finissant par douter de leurs qualités, de leur intelligence, de leur possibilité d'établir des liens avec les autres, d'en attendre quelque chose et d'être entendus (10). A la longue leur curiosité, leur désir d'autonomie se sont érodés, enfouissant en eux cette quête obsédante de leurs origines, du désir et de la peur d'un savoir qui leur était interdit, s'interdisant à jamais de pénétrer ce qu'ils ont toujours ressenti comme une effraction du territoire maternel, une mise en danger de leur mère, un réveil de souvenir douloureux auquel ils avaient participé. Ils se sont adaptés à ses exigences comme ils l'ont toujours fait dans leur rôle de bébés thérapeutes, soucieux de protéger leur mère pour se protéger eux-mêmes et maintenir ainsi un semblant de lien.



L'investigation de l'histoire maternelle au cours des entretiens, le récit de son enfance, de son adolescence, de sa grossesse se heurtent elle-même au même mur d'interdits, de non-dits et de secrets appartenant à la mémoire familiale, exposant le clinicien à ressentir la souffrance de l'enfant de n'en rien connaître, en le remplaçant rapidement dans un rôle d'intrus ou de thérapeute décevant. Et cela conduit évidemment à être prudent pour aider l'enfant à tisser le fil de l'histoire qui lui a été donné, pour qu'il se réapproprie à travers sa mise en récit ce tissu relationnel et fantasmatique que lui ont transmis ses proches pour qu'il s'autorise à réélaborer les intrigues et les énigmes de ses origines en les décontaminant de leurs représentations fantasmatiques.

### **Un problème de psychiatrie péri-natale ?**

Après avoir été un problème de police du fait de leur mère, pour devenir un problème de santé publique du fait de leur nombre, puis un problème de médecine péri-natale du fait des risques encourus par ces grossesses négligées, le destin de ces bébés est en passe d'être reconnu aussi comme un problème de psychiatrie péri-natale avec comme objectifs la prévention et la promotion de la santé mentale, la leur mais aussi celles de leur mère dont ils sont tributaires; non pour faire du destin de ces bébés et de leur mère un problème psychiatrique, d'en faire des cas cliniques avérés ou potentiels et de revenir ainsi très loin en arrière, dans une logique de désignation et d'exclusion, mais au contraire de parfaire leur approche, leur accompagnement, de mieux soutenir les aptitudes maternelles de ces très jeunes mères qu'elles récusent bien souvent elles-mêmes, par des interventions indirectes, souvent à travers les professionnels de l'enfance qui sont à leur contact. Cela suppose aussi que les nombreux intervenants médicaux, sociaux, d'obédience diverse et déjà nombreux à s'y impliquer cherchent à se relier à des équipes psychiatriques et que celles-ci soient elles-mêmes partie prenante. C'est un projet d'envergure qui exige un important travail de coordination à l'échelon local pour l'inscrire dans la durée, mais aussi le soutien d'une politique à la hauteur de l'enjeu à l'échelon national. C'est dire le chemin qu'il reste encore à parcourir au niveau des pratiques soignantes et institutionnelles.

Un psychiatre de liaison travaillant dans une maternité se rend compte aussi assez vite à quel point chaque situation est prise dans une conjoncture dense qui interroge non seulement la problématique adolescente mais la société sur certaines de ses contradictions à son égard; entre autres : celui de l'augmentation de la durée de l'adolescence et de l'infantilisation des adolescents, avec en amont une aptitude de plus en plus précoce à la procréation et en aval un accès de plus en plus tardif à des responsabilités adultes; celui de la famille en pleine mutation avec de nouveaux modèles de parentalité mais où beaucoup d'enfants grandissent dans la solitude, sans repères consistants; celui des inégalités des chances dans un environnement socio-économique de plus en plus contraignant, valorisant la performance et la compétitivité, mais avec ses nombreux laissés pour compte, tout particulièrement chez les jeunes; enfin celui d'une politique d'aide à la parentalité, de soins et de prévention en faveur de la petite enfance proclamée avec insistance, mais qui se heurte à des restrictions budgétaires, aux cloisonnements institutionnels, aux conflits de pouvoir et à une forte tradition chez les professionnels de l'enfance crispés sur les responsabilités que l'autorité judiciaire ou administrative est amenée à leur confier, pour se substituer aux parents les plus en difficulté. C'est en effet dans ce contexte que le psychiatre doit souvent réfléchir à ses interventions pour aider ces bébés et leurs mères.



## Bibliographie :

- 1 - Bonnet C.** : Geste d'amour, 1990, Paris, O. Jacob. éd.
- 2 - Cyrulnik B.** : A qui appartient l'enfant ? Introduction. *Nouv. Rev. Ethnopsych.* 1993, n°27, 7-12.
- 3 - Durieux B.** : Ouverture des Journées d'études nationales du 17 et 18 Déc. 1990 sur les Maternités adolescentes. Actes du congrès, p 13-16. Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité. CNIDFF éd.
- 4 - Dayan J.** : Les maternités adolescentes, p 37 - 45, 8, 1998, Spirale, Erès éd.
- 5 - Fraiberg S., Adelson E., Shapiro V.** : Fantômes dans la chambre des enfants. *Psychiatrie de l'Enfant*, 1983, XXVI, 1, 58-98.
- 6 - Guillaumin J.** Besoin de traumatisme et adolescence. *Adolescence*, 1985, 2, 1, 127 - 137
- 7 - Iger B.** : Être mère avant 18 ans : projet pour soi-même et/ou pour l'enfant ? In : « Parents », p 131 - 140, 1984, Les Textes du Centre Alfred Binet.
- 8 - Molénat F.** : Elaboration du lien mère-enfant. Les premières séparations. Journées d'études nationales du 17 et 18 Déc. 1990 sur le Maternités adolescentes, p 95-97 Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité. CNIDFF éd.
- 9 - Osofsky J. D., Eberhart-Wright A., Ware L. M et al.** : Les enfants de mères adolescentes :un groupe à risque du point de vue de la psychopathologie. *Psychiatrie de l'Enfant*, 1993, XXXVI, 1, 253-287.
- 10 - Tisseron S.** : Les transmissions familiales de la honte. In : La honte. Psychanalyse d'un lien social, p 83-108, 1996, Dunod éd.
- 11- Winnicott D.W.** : 1989. De la pédiatrie à la pschanalyse. Paris, Payot éd.



## **« LUI ou NOUS », quelques questions sur les parents des adolescentes devenant mères N. Steinberg<sup>36</sup>**

Dans les travaux habituels sur l'accès des adolescentes à la maternité, des personnages essentiels nous semblent particulièrement absents : nous voulons parler des parents de la jeune mère qui, brutalement changent eux aussi de statut et de place... en devenant grands-parents.

Dans un travail précédent, nous avons évoqué (1) l'aspect de « crise existentielle lié au devenir grand-parent, en nous intéressant au travail psychique accompagnant cette mutation, aux effets cliniques possibles de l'échec de cette assumption et aux questions liées à la fonction grand parentale.

Bien sûr, les consultations en pédopsychiatrie démontrent que ce n'est pas le passage du temps à lui seul, qui en assure le déroulement harmonieux : quelque que soit l'âge des mères que nous rencontrons, nombreuses sont celles qui sont encore des « petites filles » dans leurs liens familiaux inconscients et dans la place qu'elles occupent dans les représentations de leurs parents. Pourtant la situation de parents d'une adolescente enceinte confronte à la nécessité d'un travail psychique important, des sujets qui n'ont pas eu le temps d'élaboration nécessaire pour s'y préparer ni traverser les étapes symboliques habituelles (traversée de la sortie d'adolescence, séparation dans la vie quotidienne, mariage...).

Si devenir mère pour une adolescente, c'est se retrouver au cours du tourbillon des questions identitaires, qu'en est-il de ces mêmes questions chez ses propres parents ?

L'absence relative de ces questions dans les études contraste avec la présence écrasante de ces personnages, en particulier les mères d'adolescentes, dans la clinique, qu'on observe sous deux formes :

-D'une part, les grands-mères sont, dans la réalité, souvent sollicitées par les travailleurs médico-sociaux pour occuper une place centrale comme interlocuteur et comme garant d'une situation qui paraît fragile. Nous sommes souvent frappés de la demande qui leur est faite de « rassurer » l'entourage surtout si la jeune mère se montre difficile et cela nourrit parfois des confusions de rôles préjudiciables.

-D'une part, sur un plan plus singulier, les enjeux se formulent souvent sous la forme brutale assénée au lit de la jeune mère, de cette phrase que nous avons choisie pour titre : « c'est lui ou nous », et qui est illustrée parfaitement dans le cas d'Adeline décrit dans le texte précédent par Mr le Pr Sibertin-Blanc. Cette injonction somme la mère de choisir entre deux positions apparemment inconciliables aux yeux de la « devenant grand- mère » : Rester « la » fille ou devenir « la » mère.

Cette parole, dont la part de haine est décrite avec brio dans un roman comme « les Noces Barbares » de Y. Queffelec, fait écho aux rares contes et aux contenus habituels de nombre de mythes (grecs) (2) où apparaissent des figures grand-parentales. Comme c'est bien connu, l'oracle annonce au futur grand-père sous cette forme « c'est lui ou toi » une alternative où la naissance de l'enfant suppose, entraîne la mort de l'aïeul ou de son royaume.

Dès lors se pose la question des enjeux conflictuels inconscients d'une telle formulation?

Nous proposons l'hypothèse, liée à la particularité de la fonction grand-parentale, d'une destitution de l'illusion fondatrice d'être « le » père ou « la » mère.

<sup>36</sup> Docteur Nicole.Steinberg.,CHS.13,route du Krafft BPF 67152 Erstein Cedex



Si la figure du grand-parent est bien une des formes possibles de ce qui est pour la psychanalyse la fonction paternelle, elle en illustre l'aspect diachronique, lié à la temporalité et à la mort ; elle se différencie, nous semble-t-il de l'autre aspect, lié au désir sexuel et à l'interdit, porté par la figure du père.

Renoncer à l'illusion d'être fondateur, reprendre la place dans la lignée, font revivre aux parents, sur une scène nouvelle, le théâtre oedipien.

C'est à ces bouleversements chez ses parents, écho à ses propres mouvements psychiques qu'est confrontée la jeune mère adolescente, nouvelle donne qui apparaît sous des formes multiples dans la clinique.

L'issue favorable de ce conflit se rapproche de ce que M. de Certeau (3) définit comme « opération historique » et dont il souligne l'ambivalence : opération qui permet que la place qu' « elle taille au passé soit également une manière de faire place à l'avenir ».

C'est sur la nécessité de la prise en compte de cet aspect du « devenir mère adolescente » que nous avons souhaité attirer l'attention.

### **Bibliographie :**

1. STEINBERG N., CURIEN A. : *Oh Mère Grand que vous avez de grandes dents*, Le Coq-Héron, Avril 2000. GRIMAL D. : *Dictionnaire de mythologie grecque et romaine*, PUF, Paris, 1969.
2. CERTEAUX (de) M. : L'opération historique. In : *Faire de l'histoire*, Tome I, nouveaux problèmes (1968), Folio histoire, Paris, 1986.
3. CAHEN R., WEIL D. : Du rôle pathologique de certaines grands mères d'enfants psychotiques, *Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile*, 1972, 20, 1, 23-27.





## GROSSESSE DE L'ADOLESCENTE : ETHIQUE ET DROIT. G. Raymond<sup>37</sup>

Traiter des rapports de l'Ethique et du Droit à propos de la grossesse de l'adolescente est à la fois stimulant et risqué. Stimulant parce qu'il s'agit des questions fondamentales, celles auxquelles tout un chacun est un jour confronté, la vie, la mort, la sexualité. Risqué parce que le débat est passionné voire passionnel à raison même des enjeux très personnels que ces débats recouvrent.

Devant ces questions on ne peut qu'être incité à beaucoup d'humilité. A quelques réflexions que conduisent l'Ethique et le Droit, ces deux sciences humaines se heurteront toujours à la complexité psychologique de l'adolescence, aux difficultés vécues par les adolescentes, leurs parents et ceux qui les accompagnent.

Il serait facile de prendre prétexte de toutes ces raisons pour occulter ces rapports dérangeants, mais, la confusion est trop souvent faite entre l'Ethique et le Droit pour passer sous silence les divergences, mais aussi les convergences qui peuvent exister entre ces deux normes de référence de toute décision humaine (<sup>38</sup>).

Paradoxalement, la fin du XX<sup>e</sup> siècle a été l'occasion d'une redécouverte de l'Ethique et en même temps d'un envahissement du Droit dans des matières qui ne relevaient jusque là que de la conscience individuelle (<sup>39</sup>).

Les situations délicates créées par les nouvelles technologies confrontent les chercheurs, les scientifiques, les médecins et en définitive chaque citoyen, à des questions qui dépassent chaque individu. D'où la nécessité d'un éclairage plus large donné par des personnalités qualifiées de "Sages". C'est le rôle dévolu au Comité Consultatif National d'Ethique qui donne un avis sur les grandes questions qui se posent aux hommes et aux femmes d'aujourd'hui. Le CCNE ne donne d'ailleurs qu'un avis, le législateur, pas plus que les citoyens, ne sont obligés de s'y confirmer : les avis du CCNE n'ont pas de valeur contraignante et pourtant, ils sont peut-être mieux respectés que les lois, notamment par la communauté scientifique.

Situation nouvelle, technologie nouvelle, rien de tout cela dans le thème qui nous occupe ici. La grossesse des adolescentes ne datent pas d'aujourd'hui, les moyens de l'empêcher ou de l'interrompre non plus. Certes, il y a de nos jours des moyens nouveaux, mais ils ne font que se substituer à des procédés anciens, sans doute moins efficaces, mais ayant la même finalité. Peu importe le procédé technique, au regard de l'Ethique et du Droit, les questions posées par la grossesse de l'adolescence sont identiquement les mêmes que dans les époques antérieures.

Pourtant le climat dans lequel se posent ces questions est très différent et c'est bien ce qui en renouvelle l'intérêt.

<sup>37</sup> Professeur à la Faculté de Droit et des Sciences Sociales de POITIERS

<sup>38</sup> .- Sur la distinction entre Ethique et Droit, et pour des opinions pas nécessairement convergentes : V. M. Villey, *Morale et Droit* in *Seize essais de philosophie du droit*, éd. Dalloz 1969.- X. Dijon, *Droit naturel*, T. 1, les questions de droit, PUF, coll. *Thémis*, 1998.- Lemoyne Desforges, *Le respect de la vie entre la loi morale et la loi civile* in *D'Onorio, Le respect de la vie en Droit français*, éd Téqui 1997. V. aussi, G. Raymond, *Ombres et lumières sur la famille*, éd. Bayard-Centurion 1999, chapitre 1.

<sup>39</sup> .-V. par exemple à propos des lois bioéthiques, N. Lenoir, avec la collaboration de B. Sturlèse : *Aux frontières de la vie : une éthique biomédicale à la française* : Doc. française 1991.



L'impact social de la grossesse de l'adolescente n'est plus le même. Il y a encore une quarantaine d'années lorsqu'une adolescente était enceinte, c'était le mariage qui s'ensuivait lorsque le père était connu<sup>(40)</sup> et si le mariage n'était pas possible, la jeune mère était le plus souvent rejetée par le milieu familial. Il ne faut pas oublier en effet les articles 144 et 145 du Code civil :

Article 144.- "L'homme avant dix-huit ans révolus, la femme avant quinze ans révolus, ne peuvent contracter mariage".

Article 145.- "Néanmoins il est loisible au procureur de la République d'accorder des dispenses d'âge pour motifs graves". Sous l'expression "motifs graves" se cache pudiquement la grossesse de l'adolescente. Jusqu'en 1970, c'est le président de la République qui accordait la dispense, mais à cause du trop grand nombre de demandes, pour des raisons de rapidité et de proximité, en 1970 une loi transfère compétence au procureur de la République.

Aujourd'hui, la question que se pose le législateur ce n'est pas celle de savoir qui donne la dispense d'âge pour se marier, mais celle de savoir qui doit autoriser l'usage de la pilule du lendemain ou l'interruption de grossesse.

Jusqu'à une époque relativement récente, les autorités publiques ne se posaient pas la question de la grossesse d'une adolescente. Aujourd'hui, alors que les grossesses d'adolescentes sont en diminution de 36% en 17 ans<sup>(41)</sup>, la question est posée à partir de considérations de santé publique. La grossesse de l'adolescente est traitée comme une maladie, comme l'échec d'une contraception qui aurait dû être utilisée et a été mal employée ou pas utilisée du tout. De six à dix mille IVG par an, selon les sources<sup>(42)</sup>, subies par des adolescentes, les autorités chargées de la santé ne peuvent s'y résoudre et il faut trouver les moyens d'éradiquer ce qui apparaît comme un fléau national, ce qui n'est d'ailleurs pas contestable si l'on veut bien considérer les drames humains qui se vivent ou se vivront dans l'avenir.

Devant ces questions anciennes, renouvelées par des perceptions nouvelles, resurgissent les questions du bien et du mal, du licite et de l'illicite. Or, l'Éthique et le Droit n'abordent pas les questions de la même manière.

L'éthique se situe au plan du "savoir-être" : comment chaque personne concernée peut-elle prendre, dans la situation qui est la sienne, la meilleure ou la moins mauvaise décision possible? Cette décision éthique personnelle est évidemment influencée par les principes d'éthique sociale.

Le droit se situe au plan du "que faire?" Comment, sans oublier les principes généraux du Droit fondés sur une certaine éthique de la personne humaine, répondre à la question que révèlent les statistiques, autrement dit quelles règles générales faut-il établir pour diminuer ou éradiquer les interruptions de grossesse des adolescentes?

L'éthique et le Droit se rejoignent, in fine au plan de leur réception car leurs mise en oeuvre dépend de la capacité qu'aura chaque personne concernée à apprécier la licéité de sa décision et à accéder à une réflexion éthique. En effet, si la règle de droit est générale et impersonnelle, s'il existe une éthique universelle qui aujourd'hui repose essentiellement sur l'idée de dignité de l'homme, la décision éthique reste avant tout une décision personnelle,

<sup>40</sup>- M. Crubellier, L'enfance et la jeunesse dans la société française, 1800-1950, éd. A. Colin, coll. U 1979, insiste sur le nombre de grossesses prénuptiales dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle.

<sup>41</sup>- H. Kafé et N. Brossard, Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans : Population et société, octobre 2000.

<sup>42</sup>- même référence



une décision en conscience. Mais ici apparaissent les limites de l'Ethique et du Droit. Que faire, face à une adolescente en état de déni par rapport à sa grossesse, peu consciente des motivations profondes qui l'ont conduites en cet état? Que faire face à une adolescente traumatisée par son état inavouable dans son milieu familial ou social? De quelle liberté de décision dispose-t-elle vraiment? A-t-elle véritablement une autonomie de décision? La grossesse de l'adolescente soulève les questions de Droit et d'Ethique que la grossesse pose à toute femme d'aujourd'hui. Mais parce qu'il s'agit d'une adolescente, des particularismes apparaissent qui tiennent avant tout à la liberté dont celle-ci peut disposer et c'est seulement sous cet angle que l'on abordera les repères que tentent de poser le Droit et l'Ethique.

De l'exercice de la liberté par les adolescentes, de la mise en oeuvre de cette liberté, tels sont les deux pôles autour desquels s'articuleront les développements qui suivent.

## I.- DE L'EXERCICE DE LA LIBERTE PAR LES ADOLESCENTES.

Parler de la liberté des adolescents ou des adolescentes, suppose que l'on définisse des seuils d'âge. Or le droit ne sait pas bien ce qu'est l'adolescence <sup>(43)</sup>. Ici, parce qu'il y a grossesse, on peut dire à coup sûr que l'adolescence commence avec la puberté. Or, si l'âge de la puberté légale est fixé à 15 ans, on sait très bien qu'il ne s'agit là que d'une présomption simple que les faits peuvent démentir. Au delà, quand finit l'adolescence? Des spécialistes en psychologie n'hésitent pas à dire ou à écrire que des adolescences se prolongent indéfiniment. En droit la question ne se pose pas dans les mêmes termes : dès lors que la majorité civile est atteinte la personne acquiert son autonomie juridique de décision, même si l'autonomie psychologique n'est pas acquise, sauf à intégrer ce nouveau majeur parmi les incapables des articles 490 et suivants du Code civil.

Il faut donc considérer que, en droit, la grossesse à l'adolescence, c'est la grossesse des mineures.

Ces seuils d'âge étant précisés, c'est vers l'exercice de la liberté des adolescentes qu'il faut maintenant s'orienter. La formulation du titre peut paraître ambiguë car elle semble faire peser tout le poids de la responsabilité uniquement sur la jeune femme. Or la grossesse de l'adolescente ne survient pas par procréation médicalement assistée et il ne faut pas se taire sur le rôle du géniteur, surtout s'il s'agit d'un adolescent. Or, si les aspects juridiques et éthiques peuvent indifféremment s'envisager du côté masculin et féminin en ce qui concerne la liberté sexuelle, c'est parce qu'il y a grossesse que ces mêmes aspects doivent être envisagés prioritairement du point de vue de l'adolescente en ce qui concerne la liberté du don de la vie.

### A.- Sexualité et liberté

De la liberté sexuelle des jeunes on a tout dit, tout écrit, sans avoir vraisemblablement une juste vision des choses. L'INED a établi en effet que l'âge moyen de la première relation sexuelle n'avait pas changé depuis des années, il se situe entre 17 et 18 ans pour les filles, un peu plus jeune pour les garçons <sup>(44)</sup>. Le contexte environnemental a lui été modifié, car la

<sup>43</sup>.- G. Raymond, A la recherche du concept d'adolescence en droit français, in P. Ligneau, Les orientations du droit pour les adolescents en difficultés : Trav. Faculté de droit de Poitiers, éd. PUF 1993.

<sup>44</sup>.- H. Kafé et N. Brouard, op. cit. - N. Bozon, L'entrée dans la sexualité adulte. Le premier rapport et ses suites : Population 1993/5, p. 1317-1352.



confrontation des jeunes à leur liberté sexuelle se vit en relation avec une certaine presse et certains feuillets télévisés où l'on ne cesse de dire qu'il faut faire ses expériences très jeune, à tel point que la question est souvent posée par des adolescents et adolescentes : "A 16 ans, je n'ai pas encore fait l'amour, suis-je normal?"<sup>(45)</sup>. L'idée d'une sexualité précoce est véhiculée dans l'air du temps et cela rend plus difficile encore une décision éthique de la part des jeunes qui doivent non seulement se décider par rapport à leurs envies ou leurs pulsions, mais aussi par rapport à une pression médiatique.

Face à cette liberté sexuelle, l'Éthique et le Droit n'ont pas la même attitude.

a).- L'attitude éthique.

Le CCNE ne s'est pas prononcé sur l'exercice par les jeunes de leur liberté par rapport à leur sexualité. Il n'y a donc pas de règles officielles d'éthique. Cela ne veut pas dire cependant qu'il faille considérer que l'éthique sociale n'existe pas en ce domaine. Mais, cette éthique n'est pas la même aujourd'hui qu'hier.

Au XIX<sup>e</sup> et à la fin du XX<sup>e</sup> siècle, c'est l'honneur des parents qui est en cause. Pascale Quincy-Lefebvre<sup>(46)</sup> écrit : " (la jeune fille) ne doit pas fréquenter à un âge jugé trop avancé ou sans l'autorisation de ses parents. Son comportement doit révéler son innocence des questions sexuelles. Son physique, ses activités prêtent le flanc à la critique si elles laissent supposer une information, un désir ... Certains parents vivent dans l'attente de la faute, dans le soupçon perpétuel, et cette crainte explique, par ailleurs, l'importance des placements préventifs dans des institutions congréganistes". Cela n'empêche pourtant pas la pratique du maraîchinage en Vendée<sup>(47)</sup> ou d'autres analogues dans d'autres régions<sup>(48)</sup>. Aujourd'hui, il ne s'agit plus d'une question d'honneur, mais B. Germain et P. Langis<sup>(49)</sup> écrivent : "Les parents redoutent souvent l'éventualité qu'une réputation de fille facile ou dévergondée ne vienne hypothéquer l'avenir de leur fille et ternir l'image de la famille. La pression sociale prend souvent le dessus sur la considération des besoins de l'enfant. Si par exemple, les enfants ont des relations sexuelles à la maison ou si l'un des enfants démontre des tendances homosexuelles, certains parents réagissent négativement et s'interposent de peur d'en être tenu pour responsables".

L'éthique sociale ne va pas dans le sens d'une sexualité précoce, ou peut-être, plus exactement, dans le sens d'une parentalité précoce. La tendance en fait serait peut-être celle de l'autruche, "faites ce qui vous plaît pourvu qu'il n'y ait pas de grossesse". En réalité, ce que révèle l'éthique sociale c'est une grande ignorance des parents face à la sexualité de leurs enfants et un grand désarroi entre trop de liberté et trop d'autorité.

Si l'on considère maintenant l'éthique individuelle, force est de constater qu'il est bien difficile pour un adolescent d'accéder à un exercice lucide de sa liberté face à sa propre sexualité. D'où l'intérêt des dispositifs destinés à assurer une formation des jeunes en ces domaines afin d'éviter que la relation sexuelle à cet âge se confonde avec un passage à l'acte.

Les questions de fond sont de trois ordres :

<sup>45</sup>.- P. et D. Stagnara : L'éducation affective et sexuelle en milieu scolaire, Privat 1992.- Aimer à l'adolescence, Dunod 1998.

<sup>46</sup>.- P. Quincy-Lefebvre, Familles, Institutions et déviances, Une histoire de l'enfance difficile 1830-fin des années trente, éd. Economica 1997.

<sup>47</sup>.- V. M. Gautier, Amours d'autrefois, éd. Geste Editions 1998.- V. aussi M. Valière, Amours paysannes, éd. Geste éditions 1996.

<sup>48</sup>.- Crubellier, préc.- V. aussi, Y. Verdier, Façons de dire, façons de faire, éd. Gallimard, NRF 1981.

<sup>49</sup>.- B. Germain et G. Langis, La sexualité Regards actuels, éd Etudes vivantes Montréal, 1990, p. 435



- d'abord une question de sens : que signifie pour moi, jeune homme ou jeune fille avoir une relation sexuelle? Est-ce simple exercice physique ou physiologique? Comment s'intègre-t-elle dans mon histoire et dans ma vie? Est-ce un engagement à l'égard du partenaire? Comment est-ce que je considère le partenaire : un objet ou une personne? Q

- ensuite une question de liberté : suis-je libre d'accepter ou de refuser la relation sexuelle qui m'est proposée?

- enfin une question d'avenir qui, en réalité, est double. D'abord, est-ce que je prends le risque de concevoir un enfant? Est-ce que je préviens la conception possible par l'utilisation de méthodes contraceptives efficaces, ou est-ce que je m'en remets au hasard ou à la pilule du lendemain? Est-ce que j'accepte la possibilité de concevoir un enfant avec toutes les conséquences que cela entraînera pour moi, pour nous?

L'autre aspect de la question d'avenir, c'est le souci de sa propre santé et de la santé de l'autre : est-ce que je prends le risque de contracter ou de transmettre une MST et en particulier le SIDA?

Si l'Éthique doit aboutir à ces questions, comment réagit le Droit?

#### b.- L'attitude du Droit

L'attitude du Droit est beaucoup plus normative, même si le législateur sait très bien que les comportements ne se conforment pas nécessairement aux règles qu'il édicte. Le Droit est impliqué de deux manières : au plan pénal car des interdictions sont prononcées et au plan civil car l'adolescent demeure sous l'autorité de ses parents jusqu'à sa majorité.

Au plan pénal, il convient de rappeler que, d'une manière générale et à l'égard de quiconque, majeur ou mineur, sont prohibées les relations sexuelles imposées avec violence, telles que le viol ou les agressions sexuelles.

Par ailleurs, le Code pénal établit un seuil d'âge à quinze ans, âge qui marque une certaine autonomie sexuelle. Si l'adolescent ou l'adolescente a moins de quinze ans, tout partenaire sexuel majeur encourt une peine de deux ans d'emprisonnement et une amende de 200 000 francs (C. Pén. art. 227-25), peine qui peut être aggravée si le partenaire est un ascendant ou une personne ayant autorité (C. Pén. art. 227-26). Si le partenaire est lui-même mineur, l'article 227-25, précité, n'énonce pas de sanctions. Cela revient donc à dire que, même en dessous de quinze ans, les relations sexuelles consenties entre deux mineurs ne sont pas punissables pénalement. En dessous de quinze ans, la liberté sexuelle n'est donc limitée par le droit pénal que dans le choix du partenaire : une adolescente de moins de quinze ans ne peut avoir de relations sexuelles consenties avec un majeur sans que celui-ci puisse être poursuivi pour atteinte sexuelle sans contrainte.

Si l'adolescente a plus de quinze ans, sa liberté est plus grande puisque le droit pénal interdit seulement les relations avec un partenaire ayant la qualité d'ascendant ou ayant autorité sur elle (C. Pén. art. 227-27). La Cour de cassation a eu l'occasion de dire que la seule qualité de frère ne suffisait pas à établir la circonstance aggravante de personne ayant autorité<sup>(50)</sup>. On sait malheureusement, et l'actualité est là pour nous le rappeler, que le droit pénal ne peut à lui seul empêcher tout débordement sexuel de majeur à mineur. Mais ces infractions appellent deux types de réflexion : d'abord qu'est-ce, pour une adolescente, qu'une relation sexuelle consentie, ou, comme le dit l'article 227-25 du Code pénal, une relation sans contrainte, menace ou surprise? Ensuite pour que la sanction pénale soit

<sup>50</sup>.- Cass. crim. 17 sept. 1997 : Dr. pén. 1998, comm. 2, note Véron.



applicable, il faut qu'elle soit portée à la connaissance des autorités judiciaires, cela suppose une parole de l'adolescente, cette liberté de parole existe-t-elle vraiment? Déjà lorsqu'une adolescente est victime d'un ascendant ou d'une personne ayant autorité il lui faut du temps pour se déculpabiliser et saisir la justice, qu'en sera-t-il lorsque l'adolescente ne sait pas trop quel était le degré de son consentement?

Au plan civil, deux notions apparaissent qui peuvent limiter l'exercice par les mineurs de leur liberté : d'une part l'autorité parentale, d'autre part l'assistance éducative.

Parmi les prérogatives que le Code civil confère aux titulaires de l'autorité parentale, figure le droit et le devoir de garde. Le droit permet aux parents de surveiller les fréquentations de leurs enfants, d'en interdire certaines, d'en tolérer d'autres ; les parents ont donc le droit de prohiber les relations d'une adolescente avec son partenaire qu'il soit lui même mineur ou majeur. Ils pourront en particulier, se fondant sur les articles 227-25 et 227-27 du Code pénal, saisir le procureur de la République de faits qui leur paraissent répréhensibles. Les parents ont aussi devoir de garde, c'est à dire qu'ils ont l'obligation de surveiller les relations de l'enfant : à eux de savoir ce qu'ils peuvent tolérer, mais si l'enfant est en danger, le juge des enfants pourra prendre une mesure d'assistance éducative sur le fondement de l'article 375 du Code civil. Le juge des enfants aura en particulier à intervenir lorsque les parents, ou l'un d'eux, manquent gravement à leurs devoirs en étant eux-mêmes les auteurs du danger encouru par l'adolescente (inceste ou prostitution). Il paraît évident qu'une mesure d'assistance éducative n'interviendra pas pour une mineure de plus de quinze ans qui a des relations sexuelles avec son partenaire, surtout s'il s'agit d'un adolescent car la société est aujourd'hui plus tolérante qu'hier face à cette sexualité adolescente. Mais, pour des adolescentes de moins de quinze ans, ou pour des comportements qui s'apparentent plus à la prostitution qu'à la relation amoureuse, le juge des enfants sera amené à apprécier si l'enfant est en danger, si ce danger justifie une mesure d'assistance éducative et laquelle.

Le Droit n'a donc pas la même attitude que l'éthique face à l'exercice de la liberté sexuelle : il est à la fois plus contraignant et plus tolérant. Plus contraignant car il interdit des comportements sexuels, plus tolérant car il ne se préoccupe pas du contexte personnel des relations. Le droit contraint par la sanction, l'éthique responsabilise l'adolescente et son partenaire : l'approche n'est pas la même.

Considérons maintenant ce qu'il en est en ce qui concerne le don de la vie.

#### B.- Don de la vie et liberté.

Toute relation sexuelle d'une adolescente n'entraîne pas une grossesse, surtout si elle utilise des moyens contraceptifs efficaces. Mais, il faut ici considérer le fait que la jeune femme est enceinte. Comment réagit le droit? Quelles sont les questions que pose l'éthique?

##### a.- Le droit et la liberté du don de la vie

Face à la grossesse d'une adolescente, comme d'ailleurs à l'égard de toute grossesse, le droit ouvre trois possibilités à l'intéressée : accepter grossesse et naissance, accoucher mais abandonner l'enfant, interrompre la grossesse. Le droit prohibe, ce qu'il était convenu



d'appeler dans l'ancien Code Pénal, l'infanticide qui est aujourd'hui un meurtre avec circonstances aggravantes (C. Pén. art. 221-4).

L'acceptation de la grossesse et de la naissance conduit à établir un lien de filiation entre l'enfant et sa mère et éventuellement son père. C'est la solution, qui, au plan du droit, soulève le moins de difficulté, car, dans ce cas, le droit de la filiation est appliqué, que les parents soient majeurs ou mineurs. Chacun des parents pourra établir volontairement un lien de filiation à l'égard de l'enfant. Si le père ne le fait pas, la mère aura la faculté d'exercer une action en recherche de paternité naturelle, sauf s'il s'agit d'un enfant incestueux <sup>(51)</sup> auquel cas, elle ne pourra agir que sur le fondement de l'action à fins de subsides ou de la responsabilité civile.

La deuxième hypothèse qu'envisage le droit c'est l'accouchement suivi de l'abandon de l'enfant en vue de son adoption. Pour ne pas être répréhensible, l'abandon de l'enfant doit se faire dans les conditions légales. En effet, le délaissement d'enfant est punissable, surtout si ce délaissement entraîne des séquelles pour la santé de l'enfant (C. Pén. art. 227-1 et 227-2). En revanche, si l'abandon d'enfant se déroule dans les conditions prévues par le Code civil pour l'adoption ou par le Code de la famille et de l'aide sociale pour la remise au Service de l'Aide sociale à l'enfance <sup>(52)</sup>, aucune condamnation n'est possible. L'abandon peut se faire soit de manière anonyme (sous X), soit avec indication du nom de la mère et éventuellement du père.

La troisième hypothèse est l'interruption de grossesse qui peut être volontaire ou médicale. L'IVG peut être pratiquée jusqu'à la fin de la dixième semaine de grossesse dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 et suivants du Code de la santé publique. L'IMG peut être pratiquée à toute époque de la grossesse, après avis de deux médecins experts dans les cas prévus à l'article L. 2213-1 du Code de la santé publique <sup>(53)</sup>. Dans les deux cas, l'interruption de grossesse ne peut être imposée à la femme sous peine d'un emprisonnement de cinq ans et de 500 000 francs d'amende (C. Pén. art. 223-10 et C. santé publ. art. L. 2222-1).

Le droit permet donc à l'adolescente d'opter entre ces trois hypothèses licites. Il ne faut cependant pas se cacher que, les conditions de l'IVG étant moins contraignantes dans d'autres pays voisins, notamment en ce qui concerne les délais, des adolescentes ayant dépassé les dix semaines de grossesse peuvent se rendre dans un pays étranger pour y subir un avortement.

Le Droit ne définit qu'un cadre légal dans lequel l'adolescente va devoir prendre une décision engageant le devenir de cette grossesse et quelque chose de son propre avenir. Cette décision souvent prise dans l'urgence, peut-elle être étayée par l'éthique?

#### b.- Ethique et liberté du don de la vie.

Bien souvent, en pareil cas, les adolescentes se trouvent confrontées à des questions qui les prennent de court. Il est rare en effet qu'une adolescente puisse prendre seule une décision aussi importante concernant la vie et la mort. Et il est regrettable que, trop souvent, le géniteur soit exclu de cette décision, même si on peut comprendre que, selon les circonstances, cela ne soit pas toujours possible.

<sup>51</sup>.- Guéry, L'inceste, étude de droit pénal comparé : D. 1998, chr. p. 47.

<sup>52</sup>.- V. G. Raymond, , avec la collaboration de C. Barreateau-Raymond : Droit de l'enfance et de l'adolescence, Litec 1996.

<sup>53</sup>.- Ce n'est pas le lieu ici de traiter des aspects juridiques de l'IVG qui, sous réserve de quelques règles spécifiques à la mineure envisagées ultérieurement, s'appliquent à l'adolescentes comme à toutes les autres femmes.



La réflexion éthique commence sans doute par la prise de conscience par l'adolescente que la considération de sa seule vie n'est plus le seul facteur décisionnel : il y a en effet deux vies en cause, la sienne et celle de son enfant. Ce que l'Éthique condamne, rejoignant en cela le droit pénal, c'est le meurtre de l'enfant nouveau-né.

Mais, pour l'adolescente, et pour l'enfant qu'elle porte, l'acceptation de l'enfant et sa prise en charge peut ne pas être la bonne solution. A l'opposé, il ne faudrait pas en venir à banaliser l'IVG et à considérer que toute grossesse d'adolescente doit se terminer par une interruption de grossesse en France ou à l'étranger.

Il est évident que toute décision éthique sera fonction de la capacité de l'adolescente à assumer la situation en responsabilité, de l'aide que l'adolescente pourra recevoir pour poursuivre son projet de vie et, de la manière dont ses propres parents pourront se situer par rapport à cette jeune mère et à l'enfant.

Autant de considérations qui ne permettent pas d'imposer une solution éthique absolue quelles que soient par ailleurs les positions personnelles que l'on peut avoir à l'égard de l'IVG ou de l'IMG. Du point de vue de l'Éthique la décision ultime revient à l'adolescente. Il n'appartient à quiconque de prendre une décision, dans un sens ou dans un autre, à sa place ou de faire pression sur elle; c'est, quelle que soit sa décision, son avenir de femme adulte qui est en cause ; c'est à elle seule de prendre ses responsabilités, même si elle a besoin qu'on l'aide à y voir plus clair. L'adolescente doit aussi pouvoir compter sur un accompagnement psychologique, social, affectif qui malheureusement lui fait trop souvent défaut dans les circonstances difficiles qu'elle est appelée à vivre. Si, à l'évidence, cet accompagnement doit se prolonger au delà de la décision prise lorsqu'elle décide d'assumer sa grossesse et la naissance, il semble bien que cet accompagnement soit aussi nécessaire lorsqu'elle décide d'interrompre sa grossesse ou d'abandonner son enfant. On le voit donc, l'adolescente est confrontée à des choix et des décisions difficiles. Lorsque la grossesse de l'adolescente était vécue comme une faute qui devait se réparer par le mariage ou qui provoquait le rejet de la fille-mère (l'expression est utilisée volontairement car c'est celle de l'époque), la loi ne s'intéressait pas vraiment à la question. Ce n'est que tardivement que la loi a permis la recherche de paternité naturelle ou est venue en aide à ces femmes en difficulté. Aujourd'hui, le législateur se préoccupe des grossesses d'adolescentes. Et toute la question est de savoir comment la loi permet la mise en oeuvre de cette liberté de l'adolescente. Qu'en est-il de cette liberté dans les textes? Le Droit rejoint-il l'Éthique dans la prise de décision responsable?

## II.- DE LA MISE EN OEUVRE DE LA LIBERTE DE L'ADOLESCENTE

Il est conforme à l'Éthique de dire que l'adolescente doit exercer sa liberté et prendre des décisions responsables, mais cela est-il possible? Il est difficile de se prononcer sur le degré de liberté que laissent à l'adolescente ses propres paramètres psychologiques. Il s'agit seulement ici de rechercher quels sont les moyens légaux mis à la disposition de l'adolescente pour lui permettre cette prise de décision. N'y a-t-il pas antinomie entre la minorité de l'adolescente, donc son incapacité civile et l'autonomie de décision souhaitable? Le droit rejoint-il l'éthique?

Pour que l'adolescente puisse prendre une décision responsable, il est nécessaire qu'elle ait été informée et mise en mesure de réfléchir aux conséquences de ses actes. Que dit le Droit par rapport à cette nécessaire éducation à la sexualité? Face à sa grossesse, l'adolescente a aussi une décision à prendre, quelle part de liberté la loi lui laisse-t-elle, alors qu'elle est encore sous l'autorité de ses parents jusqu'à sa majorité?





## A.- Le Droit et l'éducation affective, relationnelle et sexuelle.

On peut s'étonner que le Droit s'intéresse à de telles questions d'éducation qui paraissent relever avant tout de la famille. Mais, il se trouve que beaucoup de familles sont défaillantes sur ce point particulier de l'éducation des jeunes et qu'il est préférable que des informations exactes soient données par des personnes compétentes plutôt que, comme cela se passait dans les temps anciens, par les confidences des uns ou des autres. De l'information à l'éducation il y a un pas qu'il est parfois difficile de franchir et pourtant, le législateur n'a pas hésité à poser des principes en ce domaine visant à ne pas dissocier l'affectif et le sexuel<sup>(54)</sup>. Il ne suffit pas en effet, pour que l'adolescente aboutisse à une décision éthique qu'elle soit parfaitement au point sur les techniques de contraception, d'IVG ou autres. Deux séries de textes sont ici à prendre en considération : les premiers relèvent du Code de la santé publique, les autres émanent de l'Education nationale.

### a.- Education et Code de la santé publique.

Deux lois ont ici une particulière importance, toutes les deux ont d'ailleurs été intégrées dans le récent Code de la santé publique, au moins partiellement, la loi n° 67-1167 du 28 décembre 1967 et la loi n° 73-639 du 11 juillet 1973.

L'article L. 2312-1 du Code de la santé publique dispose : "L'information de la population sur les problèmes de la vie est une responsabilité nationale.

L'Etat y participe notamment par l'aide qu'il apporte, dans le respect des convictions de chacun, aux associations et organismes qui contribuent à cette mission d'information conformément aux lois de la République".

L'article suivant, 2312-2, crée un Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale. Ce conseil propose aux pouvoirs publics les mesures à prendre en vue de :

- favoriser l'information des jeunes et des adultes sur les problèmes de l'éducation familiale et sexuelle, de la régulation des naissances, de l'adoption et de la responsabilité des couples ;
- promouvoir l'éducation sexuelle des jeunes dans le respect du droit des parents ;
- soutenir et promouvoir des actions de formation et de perfectionnement d'éducation qualifiée en ces matières.

L'article 4 dernier alinéa de la loi du 28 décembre 1967<sup>(55)</sup> dispose : "Les pouvoirs publics reconnaissent et soutiennent la mission des associations familiales et des autres mouvements qualifiés pour la préparation lointaine et proche des jeunes au mariage et à la vie adulte, ainsi que pour l'information objective des adultes aux divers problèmes de la vie du couple, de la famille et de l'éducation des jeunes". En application de cette disposition, plusieurs textes réglementaires (notamment le décret n° 72-318 du 24 avril 1972) prévoient la mise en place d'établissements d'information de consultation ou de conseil familial avec en particulier la possibilité de délivrer une attestation de formation "Education à la vie" dans les termes de l'arrêté du **22 novembre 1998**.

<sup>54</sup> .- X. Lacroix, L'avenir c'est l'autre, éd du cerf 2000. Dans un chapitre intitulé : l'éducation sexuelle est-elle possible écrit : "Le rapprochement des corps est une confiance, un risque, un aveu". Du même auteur, V. Les mirages de l'amour, Ed. Bayard-Éditions Novalis, 1997.

<sup>55</sup> .- Cet article n'a été ni abrogé ni codifié par l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000. Il est donc toujours en vigueur.



## b.- Education et textes de l'Education nationale.

L'Education nationale est au premier chef concernée par ces questions de l'éducation affective relationnelle et sexuelle. Un premier changement dans l'approche de cette éducation est apparue dans une circulaire de 1995 <sup>(56)</sup>. Cette circulaire ayant été partiellement annulée par le Conseil d'Etat une autre circulaire du 19 novembre 1998 <sup>(57)</sup>, dans laquelle différents niveaux d'éducation sont prévus pour la maternelle, le primaire et les autres niveaux scolaires, lui a été substituée. Il est notamment dit dans cette circulaire : "Si la sexualité humaine est inséparable des données biologiques, elle intègre également des dimensions psychologiques, affectives, socioculturelles et morales qui, seules, permettent un ajustement constant aux situations vécues des hommes et des femmes, dans leurs rôles personnels, parentaux et sociaux. Dans ce cadre, l'éducation à la sexualité a pour principal objet de fournir aux élèves les possibilités de connaître et de comprendre ces différentes dimensions de la - et de leur - sexualité, dans le respect des consciences et du droit à l'intimité. Cette éducation, qui se fonde sur les valeurs humanistes de tolérance et de liberté, du respect de soi et d'autrui, doit en outre aider les élèves à intégrer positivement des attitudes de responsabilité individuelle, familiale et sociale" .

Enfin comment ne pas rappeler et ne pas approuver la fin de la lettre de la ministre déléguée chargée de l'enseignement scolaire du 29 décembre 1999 aux proviseurs de lycées et principaux de collèges. En effet si cette lettre et le protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles publiques et les établissements publics locaux d'enseignement ont été annulés par le Conseil d'Etat <sup>(58)</sup>, ce n'est que dans la mesure où ils annoncent la mise en place d'un dispositif de distribution par les infirmières d'un produit de contraception d'urgence. Les autres éléments de ces documents administratifs demeurent valables et on peut lire dans la lettre de la Ministre : "L'éducation à la sexualité doit aller au-delà des objectifs de prévention des risques et d'information sur la contraception. Je souhaite que, dans le cadre de ma circulaire du 19 novembre 1998, se développe une authentique démarche éducative, qui passe par l'affirmation que la sexualité précoce n'est pas une conquête, que la relation sexuelle engage la personne toute entière et qu'elle doit être replacée dans sa dimension affective, fondée sur les valeurs d'estime de soi et de respect de l'autre. La sexualité est indissociable de la liberté de choix, la contrainte physique, psychologique ou morale n'y a pas sa place. Vous veillerez donc aux actions de sensibilisation contre les violences sexuelles. C'est une culture de responsabilité qu'il convient de faire partager aux élèves afin qu'ils vivent avec bonheur la rencontre avec l'autre et les différentes étapes du parcours amoureux qui construisent l'homme ou la femme qu'ils seront demain...."

En la matière, les principes énoncés dans notre corpus juridique sont donc parfaitement concordants avec les considérations éthiques. Mais, de l'énoncé des principes à la mise en oeuvre, il y a souvent un abîme.

En effet, la mise en oeuvre de ces principes suppose des moyens dont ne disposent pas toujours et en suffisance les associations qui participent à cette éducation affective, relationnelle et sexuelle. Il est regrettable que de telles associations en soient réduites à une

<sup>56</sup>.- BOEN, n. Spécial 5, 9 mars 1995.

<sup>57</sup>.- BOEN n° 46, 10 déc. 1998

<sup>58</sup>.- Cons. d'Etat, 30 juin 2000 : Dr. adm. 2000, comm. 183. V. C. Radé et O. Dubos, La pilule du lendemain exclue des établissements scolaires (à propos de Cons. d'Etat, 30 juin 2000, Association Choisir la vie) : D. 2000, chr. p. 545.



mendicité organisée auprès des différents détenteurs de financement : on aimerait que les beaux discours se transforment en espèces sonnantes et trébuchantes...

Il faut d'autre part rester réaliste. Même avec une éducation à une sexualité responsable, conforme aux principes énoncés, et pour des raisons que le juristes ignore, mais sur lesquelles les psychologues, psychiatres et psychanalystes peuvent peut-être apporter quelques lumières, toutes les grossesses d'adolescentes ne disparaîtront pas. Cela ne saurait pour autant dispenser de poursuivre les actions éducatives préconisées par les textes. Mais alors, en quels termes se posent les questions de responsabilité et d'autonomie de l'adolescente face au don de la vie?

#### B.- . L'autonomie de l'adolescente face au don de la vie.

La confrontation à ces questions sera moins difficile si déjà, au préalable, par une éducation conforme aux principes sus-énoncés, avant même la puberté, les adolescentes ont pu réfléchir aux diverses possibilités qu'offre la loi.

Mais la véritable difficulté est celle de l'autonomie de décision d'une jeune femme mineure, donc sous autorité parentale, par rapport à l'utilisation de contraceptifs ou par rapport à l'acceptation ou au refus de la grossesse. Bien évidemment, cette autonomie de décision suppose maturité et les "psy" sont bien placés pour savoir que la décision sera l'aboutissement d'un faisceau d'éléments complexes et enchevêtrés. Mais, le juriste est obligé de simplifier et de se référer aux notions de capacité et de consentement. Par définition, le mineur est un incapable, mais le Code civil laisse entrevoir dans ses articles 389-3 et 450 que ce mineur n'est pas entièrement privé de l'exercice de ses droits. La loi peut lui accorder, en certains domaines, une autonomie de décision et c'est effectivement ce qui se produit en ce qui concerne le recours à l'utilisation de produits contraceptifs ou le recours à l'interruption de grossesse.

#### a.- Autonomie et contraception

La question de l'autonomie de l'adolescence par rapport à la contraception se pose en terme de compatibilité entre différentes règles de droit, celles du droit civil relatives à l'autorité parentale, celles du droit pénal relatives à la possibilité de relations sexuelles, celles du Code de la santé publique relatives à la distribution des médicaments.

Les éventuelles limitations de la liberté des mineurs quant à l'accès à la contraception ne concernent que les dispositifs pouvant être délivrés sur prescription médicale. En effet, aucune interdiction de la vente de préservatifs aux mineurs n'existe dans nos textes. En revanche, en ce qui concerne les contraceptifs ne pouvant être délivrés que sur prescription médicale, les questions sont plus délicates. En effet, le traitement médical ou chirurgical d'un mineur exige, en théorie, si ce n'est en pratique, l'accord, au moins tacite des parents, ou au moins de l'un d'entre eux. En principe un mineur ne peut accéder sans l'accord des parents à un contraceptif nécessitant une prescription médicale. Si le Code de déontologie médicale demande au médecin de tenir compte, dans la mesure du possible, de l'avis de l'enfant dans le traitement médical ou chirurgical, il ne le dispense pas de l'accord des parents. Pourtant, l'utilisation de contraceptifs médicamenteux en dehors de l'avis des parents est tacitement admis par l'article L. 2311-4 du Code de la santé publique puisque les centres de



planification et d'éducation familiale sont habilités, sur prescription médicale, à délivrer des contraceptifs "aux mineurs désirant garder le secret".

C'est bien cela qui a motivé la décision du Conseil d'Etat relativement à la distribution dans les infirmeries scolaires de la pilule du lendemain : "ce produit, qui constitue un contraceptif hormonal au sens de la loi du 28 décembre 1967 et ainsi n'entre pas dans le champ de la loi du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse, ne peut en application des dispositions précitées de l'article 3 de la loi du 28 décembre 1967, être prescrit que par un médecin et délivré qu'en pharmacie ou dans les conditions posées par l'article 4 de la loi, par un centre de planification ou d'éducation familiale..."

On aurait aimé que le Conseil d'Etat n'ait pas à intervenir et que la Ministre ait pu écouter des juristes suffisamment compétents pour ne pas avoir ainsi à subir les foudres de la haute juridiction alors que l'interprétation de la loi ne soulevait pas de difficultés. Quoiqu'il en soit, la loi sera vraisemblablement modifiée et il sera sans doute légalement permis aux infirmières scolaires de délivrer la pilule du lendemain, avec ou sans l'accord des parents (<sup>59</sup>). A l'heure où ces lignes sont écrites, les débats au Sénat et à l'Assemblée Nationale ne sont pas terminés. Il n'en reste pas moins que du point de vue éthique deux interrogations surgissent par rapport à cette loi. La première est celle d'une désresponsabilisation des adolescents et adolescentes face à l'utilisation de contraceptifs. Pourquoi se prémunir contre un éventuel risque de grossesse, puisqu'il sera toujours possible d'avoir recours à la contraception d'urgence? C'est aussi la prévention des MST et du SIDA qui est, d'une certaine manière, remise en cause.

La deuxième question est celle des conséquences psychologiques sur les adolescentes. Les utilisatrices de cette pilule du lendemain vivront-elles ce recours comme une contraception ou comme une interruption de grossesse? Certes, les autorités médicales affirment qu'il s'agit d'un contraceptif non d'un abortif, le Conseil d'Etat va dans le même sens, mais ces positions ne se justifient que parce que ce produit empêche la nidation d'un ovule fécondé. D'autres pensent, et les juristes sont invités à aller en ce sens par l'article 311 du Code civil relatif à la présomption de durée de la grossesse, que le début de la grossesse se situe au jour de la fécondation, non de la nidation. Comment l'adolescente vivra-t-elle psychologiquement ce recours à la contraception d'urgence? Là encore, un accompagnement psychologique sera nécessaire pour que l'adolescente assume sa décision et s'oriente vers une contraception plus responsable.

#### b.- Autonomie et interruption de grossesse

Ici, nous disposons de textes plus clairs, au moins pour le moment, car il n'est pas certain que le projet de loi annoncé relatif à l'IVG aille dans le sens de la clarification. Tout d'abord, la mineure enceinte est libre de poursuivre sa grossesse, et d'établir un lien de filiation avec son enfant par une reconnaissance d'enfant naturel. Elle n'a pas besoin de l'accord de ses propres parents pour reconnaître cet enfant, y compris pour une reconnaissance anté-natale. Il en va de même pour le géniteur mineur. Par ailleurs, l'article 340-2 du Code civil accorde à la mère, même mineure, la possibilité d'agir en justice pour établir un lien de filiation à l'égard du père de l'enfant. L'action en recherche de paternité naturelle appartient à la mère seule, même si elle est mineure.

<sup>59</sup>.- A juste titre des sénateurs ont posé la question de savoir s'il était normal de laisser les parents dans l'ignorance de l'utilisation de la contraception d'urgence par leur fille. Que dira le texte en définitive?



La Cour de cassation a admis aussi qu'une jeune femme mineure pouvait accoucher sous X et remettre l'enfant à l'Aide sociale à l'enfance <sup>(60)</sup>.

En ce qui concerne l'interruption de grossesse, c'est l'article L. 2212-7 du Code de la santé publique qui, dans sa rédaction d'aujourd'hui, dispose : "Si la femme est mineure célibataire, le consentement de l'une des personnes qui exercent l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est requis. Ce consentement devra être accompagné de celui de la mineure célibataire enceinte, ce dernier étant donné en dehors de la présence des parents ou du représentant légal".

Le premier élément de convergence à retenir entre l'Ethique et le Droit pour ces trois partis que peut prendre l'adolescente, c'est la nécessité d'une décision de la mineure qui doit, dans tous les cas, exprimer son consentement. La loi essaie de donner au maximum les garanties d'une décision libre. C'est vrai pour la reconnaissance d'enfant qui suppose une démarche auprès de l'officier de l'état civil et l'on voit mal comment elle pourrait être contrainte et forcée, surtout si cette reconnaissance est anté-natale ; c'est vrai pour l'abandon d'enfant qui laisse un droit de repentir de deux mois, délai sans doute trop court pour une adolescente, mais qui donne malgré tout le temps de réfléchir ; c'est vrai enfin pour l'interruption de grossesse puisque le consentement de l'adolescente doit être donné par écrit et hors la présence des parents.

Convergence encore entre le Droit et l'Ethique en ce qui concerne l'interruption de grossesse puisque les entretiens préalables à l'interruption de grossesse ont précisément pour but de permettre à la femme de prendre une décision responsable.

Ces convergences entre l'Ethique et le Droit ne sont sans doute pas entièrement satisfaisantes. On sait en effet que le cheminement psychologique est lent, que les délais légaux sont courts, que des pressions dans un sens ou dans un autre s'exerceront sur l'adolescente, que ce n'est souvent que plusieurs années après, que la prise de conscience psychologique se réalise, parfois à l'occasion d'une nouvelle grossesse désirée celle-là. Pourtant le droit ne peut indéfiniment allonger les délais de réflexion. Il faut donc admettre que l'adolescente sera amenée à prendre une décision irréversible dans des délais rapides. C'est pourquoi il faut insister à nouveau sur la nécessaire éducation à une sexualité responsable pour que des repères soient déjà présents afin de baliser les décisions ultérieures prises dans l'urgence.

La nécessité du consentement de l'un des parents exerçant l'autorité parentale fait apparaître d'autres difficultés.

Le consentement des parents peut soulever des conflits graves entre l'adolescente et ses parents notamment lorsque la jeune femme est issue de milieu intégriste de quelque religion qu'il s'agisse. La vie physique ou psychologique de la jeune adolescente peut être compromise. Difficulté encore lorsque l'autorité parentale est exercée par un seul des parents puisque l'adolescente ne peut avoir recours qu'à ce parent sans que l'autre puisse intervenir. On croit répondre à ces difficultés en allongeant les délais où l'IVG est possible, mais surtout en demandant à la jeune femme de suppléer l'autorisation parentale par l'accompagnement d'un adulte responsable.

Cette disposition n'est pas éthiquement acceptable. En effet,

- ou bien on admet que la jeune femme est capable de prendre une décision autonome, elle est véritablement amenée à la réflexion au cours des entretiens sérieusement faits

<sup>60</sup>.- Cass. 1<sup>ère</sup> civ., 5 nov. 1996 : JCP 1997, éd. G, II, 22749, note Ardeef, cassant CA Agen 14 déc. 1995, même référence.



préalablement à l'IVG et il n'est nul besoin de suppléance ni d'autorisation parentale. Il faut alors admettre que l'adolescente est suffisamment mature pour avoir eu des relations sexuelles et en assumer les conséquences quelle que soit sa décision. On pourrait d'ailleurs admettre aussi que la reconnaissance de l'enfant né vaut émancipation comme le mariage. - ou bien on considère que l'adolescente ne peut pas, compte tenu de son immaturité psychologique, prendre une décision en conscience et alors, il y a une certaine hypocrisie à lui demander de désigner un substitut parental qui ne sera là que pour entériner la décision immature qu'elle a prise. S'il y a immaturité et danger pour l'adolescente du fait du conflit potentiel avec ses parents, deux possibilités sont actuellement offertes : la désignation d'un administrateur ad hoc ou le recours au juge des enfants qui est le protecteur désigné des enfants en danger. La décision de ce dernier ne sera pas facile car il y a en réalité deux enfants en danger : l'adolescente et l'enfant in utero, mais c'est le sort des juges des enfants d'être confrontés à ces décisions difficiles.

Peut-être faut-il que la loi établisse un seuil d'âge à quinze ans. Les mineures de plus de quinze ans seraient présumées capables de consentir seules en ce domaine, alors que les mineures de moins de quinze ans ne le seraient pas. Si l'âge de quinze ans pouvait être un seuil d'âge en la matière, c'est parce qu'il correspond déjà à une certaine majorité sexuelle en droit pénal, parce que c'est dans le Code civil l'âge du mariage pour les femmes. Mais, on pourrait aussi envisager l'âge de seize ans, âge auquel est possible l'émancipation par décision de justice. Si un tel seuil d'âge devait être établi, cela supposerait que, aussi bien dans le cas de la pilule du lendemain que dans le cas de l'IVG, des entretiens sérieux soient conduits par des personnes compétentes et formées à cet effet. Ces entretiens ne doivent pas devenir purement formels et consister simplement dans la signature d'une attestation d'entretien. Ils devraient conduire la mineure à une double réflexion : la première relative à la décision à prendre et ce n'est qu'à cette condition que l'on peut parler d'une décision responsable, la seconde relative à la relation de l'adolescente avec ses parents pour élucider les difficultés qui se présentent et voir quel peut être le devenir de cette relation. Il faudrait enfin, un accompagnement psychologique post décisionnel afin que l'adolescente puisse assumer ensuite sa vie de femme sans que pèse sur elle le poids de sa décision d'adolescente.

Les convergences entre Droit et Ethique sont heureusement fréquentes. C'est le plus souvent le cas lorsque la loi demeure dans sa fonction normative, lorsqu'elle énonce des principes qu'elle tente ensuite d'adapter aux réalités vécues par les citoyens. Il en est par exemple ainsi dans l'article 16 du Code civil, repris dans l'article L. 2211-1 du Code de la Santé publique : "La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de la vie". Dans le domaine qui nous occupe aujourd'hui, respecter la dignité de la personne, cela passe aussi par une éducation à la responsabilité ; ce que souhaite le Droit en définitive, c'est que chaque adolescent soit capable d'une décision éthique.

Les divergences surgissent lorsque ce sont les faits qui dictent les lois, lorsque des lois sont votées dans l'urgence pour répondre à des situations urgentes. Il en est ainsi dans les deux textes qui sont actuellement en discussion au Parlement sur la contraception d'urgence et sur la modification des délais d'intervention en matière d'IVG. La loi ne peut résoudre toutes les difficultés concrètes que rencontrent les citoyens. Le positivisme juridique n'inspire pas toujours la bonne solution, il ne doit être utilisé qu'à bon escient pour adapter les principes généraux qui gouvernent notre société.

Ce qui marque la société d'aujourd'hui, c'est sans doute de penser l'avenir en fonction de l'immédiateté, plus que sur le long terme, en fonction des intérêts individuels, plus qu'en considération de l'intérêt général actuel et futur. C'est vrai dans le domaine de la vie, c'est



aussi vrai dans le domaine de l'environnement. Il nous faut retrouver le sens de la règle de droit, et conjuguer ensemble Droit et Ethique. Il y a un énorme effort à mener pour une éducation à la responsabilité personnelle mais solidaire. A l'Etat, aux collectivités locales, selon leur compétence, de permettre le développement de ces actions éducatives pour le plus grand bien des personnes et de la société toute entière.



# POST-FACE





## GROSSESSES PRECOCES : ENTRE NATURE ET CULTURE P.Alvin<sup>61</sup>

« Mais l'homme en général n'est pas fait pour rester toujours dans l'enfance.  
Il en sort au temps prescrit par la nature et ce moment de crise,  
bien qu'assez court, a de longues influences ».

*J.J Rousseau, l'Emile, livre IV, 1762*

« On est confronté à des IVG chez des gamines de 12-13 ans.  
C'est grave, cela veut dire qu'à l'école, en famille, partout, personne ne fait son boulot ».  
*Un gynécologue obstétricien, Libération, 4 oct 2000*

Si l'homme n'était qu'un mammifère, un colloque comme celui d'aujourd'hui n'aurait guère de sens. Les jeunes humains, femelles et mâles, seraient naturellement prêts à leur tâche reproductive « au temps prescrit par la nature », c'est à dire dès leur puberté achevée et sans que cela ne gêne qui que ce soit. Oui mais voilà, un tel scénario est tout simplement inconcevable. Si l'Homme est certes bien « fait comme » un mammifère, il ne vit pas tout à fait comme lui car outre une intelligence plus performante, il possède la culture. Dans le domaine de la sexualité, sans doute le plus « naturel » de tous, cette culture l'a toujours conduit à réglementer ou différer et finalement tenter de contrôler les unions, la reproduction et la filiation, à l'aide d'artifices aussi divers que variés.

Chez le mammifère parvenu à maturité, l'apprentissage sexuel et reproductif *passé par l'acte*, selon des lois neuro-hormonales et groupales qui le gouvernent et lui échappent ; chez l'adolescent, pour reprendre Rousseau, « cette orageuse révolution s'annonce par le murmure des passions naissantes ». Des phénomènes biochimiques spécifiques et une transformation des rôles sociaux sont également à l'œuvre mais n'ont pas les mêmes conséquences. Chez l'Homme, maturité physiologique n'est pas majorité sociale et l'apprentissage des choses de la vie *passé par l'éducation*, selon des règles et rituels socio-familiaux plus ou moins compliqués, plus ou moins étirés dans le temps. Le sentiment amoureux, lorsqu'il advient dans ce processus, apparaît comme facteur d'excitation ou à l'inverse de sublimation.

L'adolescence, en tant que transition inévitable dans nos sociétés modernes, provoque un porte-à-faux entre nature et culture. Les grossesses dites précoces dans ce contexte - au-delà d'une entorse à la règle ou aux conventions - surgissent comme autant de rappels voire de défis jetés par la nature à notre culture... Si bien qu'au-delà de la problématique de leur prévention et à défaut, de leur accompagnement (Alvin et Marcelli, 1999a), ces grossesses sont toujours l'occasion très privilégiée de s'interroger sur la « nature » paradoxale d'un adolescent dans nos sociétés et en même temps sur la place tout aussi paradoxale faite par la société à ce même adolescent, particulièrement en tant qu'être sexué et être désirant.

Chaque année, une nouvelle vague d'enfants entre dans l'adolescence et à 12-13 ans, une fille sur deux est déjà réglée. Tous ces enfants, sous l'effet de la puberté et de ses bouleversements physiologiques, voient leur émotionnalité subir de profonds changements dans le domaine des pulsions, des attitudes et des comportements sexuels (Alvin, 1999b). Contrairement à certaines affirmations, l'âge moyen de la puberté est demeuré assez constant au cours des dernières décennies. Certes, le syndrome de « l'enfant pressé » (Elkind, 1981) est une caractéristique bien réelle de notre société contemporaine, mais ce phénomène est

<sup>61</sup>Patrick Alvin, Pédiatre, chef du service de médecine pour adolescents Fédération de pédiatrie - Hôpital Bicêtre



indépendant de la maturation. Il faut simplement souligner la grande dispersion chronologique de la puberté qui explique que des enfants se retrouvent plus précocément exposés que les autres à cette transformation et à ses conséquences (Courtois et coll 2000). Cette remarque étant faite, la sexualité des adolescents en tant que fait social est une réalité aujourd'hui reconnue et dans l'ensemble tolérée, quoi qu'encre diversément acceptée. A ce propos d'ailleurs, la « dérive sexuelle » des jeunes est un mythe (Alvin et Marcelli, 1999b) : l'âge moyen du premier rapport sexuel complet (coït) n'a guère évolué ces 20 dernières années – il est de 17 ans – et plus de la moitié des adolescents âgés de 15 à 19 ans se définissent comme encore vierges. Ce qui donne peut-être le change par rapport à autrefois, c'est une plus grande visibilité de la période de flirt entre adolescents avant l'acte sexuel, cette période débutant plus tôt et se prolongeant plus longtemps. La vie sexuelle proprement dite des adolescents, une fois initiée, est discontinuée et reste caractérisée par un profil de « monogamie en série ».

Pour ce qui est des conséquences de la sexualité, la majorité des adolescents ont été bien sûr « préparés » ou naturellement conditionnés à l'interdit de grossesse, considérée par la majorité d'entre eux comme la faute suprême « tant qu'on n'a pas fini les études, tant qu'on n'a pas de travail, tant qu'on n'est pas encore adulte, pas encore marié, etc. ». Pour preuve, parmi les filles françaises sexuellement actives âgées de 15 à 19 ans (soit la moitié du total des filles de cette tranche d'âge), 6% « seulement » ont déjà été enceintes<sup>62</sup>. Et lorsqu'une grossesse est survenue, elle a été interrompue quatre fois sur cinq. Il est rare en effet qu'en dehors d'une situation de couple stable, une fille jeune décide en pleine conscience d'être enceinte et de poursuivre cette grossesse, en tout cas lors d'une première grossesse. Les grossesses menées à terme sont surtout le fait d'adolescentes plus âgées, souvent mariées. Le recours à l'IVG semble avoir augmenté depuis 20 ans alors même que la proportion des filles qui se retrouvent enceintes a diminué. Ceci pourrait indiquer le souhait plus affirmé des adolescentes de différer une maternité non voulue et trop précoce (Kafé et Brouard, 2000). Mais les chiffres ne nous disent rien sur le vécu de ces interruptions, dont on sait qu'elles obéissent encore beaucoup à la logique familiale et sociale de l'interdit de maternité précoce. Certes, cette logique est souvent aussi celle de l'adolescente, du moins en surface, mais pas toujours et l'ambivalence reste très souvent présente ; ses effets ne se feront pas forcément sentir sur l'instant, mais parfois bien plus tard...

Ce qu'on ne dit certainement pas assez, c'est que la proportion des premiers rapports sexuels forcés ou encore « volontaires mais non consentis » est beaucoup plus importante parmi les filles ayant connu leurs premiers rapports précocement (moins de 16 ans) que parmi les autres. On ne dit pas non plus que les « initiateurs » masculins peuvent être des aînés dominants de plusieurs années, des adultes parfois. Or des études récentes ont bien montré que la non utilisation d'une protection contraceptive lors des premières expériences sexuelles est justement, entre autres, liée à la précocité d'âge ainsi qu'à la différence d'âge avec le partenaire (Abma, 1998). Ces données sont évidemment très embarrassantes eu égard à l'épineuse mais incontournable question des « responsabilités » en cas de grossesse. Elles nous renvoient aussi au « personne ne fait son boulot » récemment lancé par ce

<sup>62</sup> Donnée la plus récente, issues du Baromètre santé jeunes 97/98. C'est encore trop mais finalement assez peu si l'on songe qu'au terme d'une année sans protection, une femme sexuellement active a normalement 90% de chances de connaître une grossesse.



gynécologue-obstétricien face aux « IVG chez des gamines de 12-13 ans »<sup>63</sup>. Plutôt que de réduire le problème à une question d'information ou d'éducation, il y aurait là tout un champ de recherche à approfondir sur la phénoménologie des débuts précoces de la vie sexuelle, leurs déterminants personnels et sociaux, leur ambivalence et leur contexte de dominance relationnelle, en lien avec le degré de capacité de ces filles jeunes à contrôler la transaction sexuelle et ses conséquences.

Quel est donc ce monde qui aujourd'hui attend ces vagues de nouveaux adolescents ? Comme chacun sait, ce monde est « libéré » ou en tout cas se présente ainsi normé : il abonde en messages, images et stimuli sensoriels, érotiques et sexuels, eux-mêmes « justifiés » par le progrès d'une séparation qui se voudrait étanche entre sexualité et procréation. Ce qui veut dire en clair que pour les jeunes filles, ce monde est très excitant et en même temps ne reconnaît pas le droit à l'ambivalence du désir d'enfant, ou du désir de grossesse. Lors des rencontres avec les professionnels de santé, la question est d'ailleurs jugée à ce point incongrue ou potentiellement subversive qu'elle n'est pratiquement jamais posée. La prescription contraceptive chez une adolescente, du préservatif à la dernière pilule à 15 gamma en passant par le Levonorgestrel de rattrapage (Alvin, 1999a), va de soi et point final. Considérée comme l'outil libérateur par excellence, on en oublie que la contraception puisse être en même temps vécue par certaines comme une figure imposée, une contrainte prématurée faisant écho à la pression normative ambiante sur la mise en acte de la sexualité, pression amplifiée *via le discours sur les moyens de se protéger des conséquences de la sexualité*. Tout se passe comme si la finalité fondamentale de la contraception à cet âge : non simplement « éviter de tomber enceinte » (comme on éviterait de tomber malade en période d'épidémie) mais essentiellement « différer le projet d'un enfant désiré » - avait été oubliée ou pire, interdite d'évocation.

Aujourd'hui, l'adolescente enceinte est d'abord jugée coupable de n'avoir pas su gérer son « devoir contraceptif ». Ensuite, elle reste tout de même peu ou prou moralement fautive, comme autrefois, d'avoir fait une « bêtise », c'est à dire de s'être « exposée », de n'avoir pas su résister à la pression ou à l'envie d'aller jusqu'au bout. On revient au message paradoxal dominant qui n'est plus l'idéaliste « faites l'amour, pas la guerre », mais un pragmatique et un tantinet hypocrite « sexe oui, enfant non », qui permet à certains adultes de continuer à rêver que tant que les enfants ne font pas d'enfants, on peut faire comme si les enfants n'ont pas vraiment de sexualité. Car face à une grossesse chez une jeune adolescente, l'entourage - qu'il soit familial, scolaire, institutionnel, etc. - reçoit trois mauvaises nouvelles simultanément à la face : la première, c'est : « elle a une vie sexuelle ». La deuxième, c'est : « elle est enceinte ». La troisième et non des moindre, c'est : « ...et si jamais elle l'avait voulu ? ». L'entourage se sent donc forcément coupable de n'avoir pas su protéger l'enfant du premier, du deuxième ou du troisième volet de ce très mauvais scénario. On se met alors à regretter l'absence d'un bon principe moral interdictif (le fameux « just say no » par exemple) ou à défaut une « contraception de masse » type vaccination qui permettrait à tous ces jeunes de « jouer à la sexualité » tout en restant sagement à l'abri (MST comprises...) de la cour des grands... Bref, à l'adolescence, ce n'est plus tant la sexualité (tant qu'elle reste inoffensive et dans le discours officiel) qui constitue une transgression que la grossesse et

<sup>63</sup> Rappelons à ce propos que pour la loi, soucieuse de protéger les plus jeunes, un rapport sexuel avant 15 ans ne peut être accepté comme consenti. C'est ce qu'on appelle familièrement la « majorité sexuelle » à 15 ans, âge à partir duquel il est justement possible pour une fille de se marier.



plus encore la maternité, ce d'autant que la prévention existe, à portée de main de tous, ce message étant depuis longtemps suffisamment rabâché.

On comprend alors mieux pourquoi ces grossesses dites précoces se voient si facilement attribuer le qualificatif, voire le substitutif, de « non désirée » (je plaiderais plutôt pour un « non programmée »...). On comprend aussi pourquoi on leur propose souvent une explication technique simple qui résumerait l'affaire : « immaturité cognitive » alias « inconscience », « échec de contraception » alias « oubli de pilule, faux-pas contraceptif, irresponsabilité », etc. En cas d'IVG, on escamotera d'autant plus la question du deuil de l'enfant qu'il ne devait pas y avoir d'enfant, en tout cas d'enfant « désirable » ; en cas de grossesse poursuivie, on aura du mal à comprendre qu'une très jeune mère puisse refuser d' (aban)donner son bébé à l'adoption, que le seul « geste d'amour » qui vaille pour elle soit au contraire de le garder...

On comprend surtout mieux pourquoi sont opposées à ces grossesses toute une gamme de résistances plus ou moins explicites, issues du consensus socioculturel dominant et des parents, mais aussi et en bien des occasions du monde médical (Athea, 1993). Dans ce dernier domaine, tout un argumentaire a été développé confortant la « contre-indication médicale » de la grossesse à l'adolescence. L'argument le plus classique veut qu'une grossesse à cet âge représente un danger grave pour le bébé (mortalité, prématurité, etc). On omet simplement de préciser que sorties de la clandestinité et activement suivies, ces grossesses ont un pronostic comparable à celles des femmes plus âgées. Autrement dit, le risque inhérent à ces grossesses n'est pas tant médical que social, avec des conséquences médicales éventuelles. Un autre argument, tout aussi alarmant, décrit les multiples dangers psychosociaux inhérents à ces maternités précoces : c'est ainsi que la « fille-mère » est représentée sans qualifications ni ressources, encline à abandonner son enfant, à mal s'en occuper voire à le maltraiter, destinée à de nouvelles « récurrences » de grossesses, etc. Grossesse ou maternité précoces sont même parfois assimilées à une conduite de rupture, d'auto-sabotage.... C'est un fait que les adolescentes enceintes qui poursuivent leur grossesse ont un passé plus lourd, sont en moyenne plus vulnérables, moins soutenues et plus nombreuses à manquer de perspectives d'avenir que les autres (Breakwell, 1997). Mais à présenter les choses de façon si pessimiste, on confond un peu trop rapidement les causes et les effets tout en oubliant que l'idéal de la grossesse « merveilleuse », faite de bonheur et d'harmonie, n'est certainement pas la règle pour toutes les femmes et que les grossesses démunies ou mal suivies se rencontrent *aussi* chez des femmes adultes (Blondel, 1994). Surtout, on se base sur les années d'adaptation les plus éprouvantes pour une jeune mère, à savoir celles de l'adolescence. Des données plus récentes ont considérablement nuancé les constats initiaux, qu'il s'agisse d'études ayant montré que bien entourées, les mères adolescentes sont capables d'une bonne attitude parentale, ou d'études sur le très long terme ayant mis en évidence l'extrême *diversité interindividuelle* du devenir de ces situations (Furstemberg, 1987 ; Hoffman, 1998).

On dit des enfants devenus pubères qu'ils ont acquis un corps sexué « puissant », en référence à leur nouveau pouvoir de procréation. Le problème est que l'acquisition de cette puissance, dans le contexte socioculturel que nous connaissons, devance parfois de beaucoup les autres acquisitions nécessaires au déploiement d'un adulte. Les adolescents vivent ainsi de plein fouet ce télescopage entre nature et culture. En d'autres termes, les adolescents se retrouvent capables de diversement subir ou exercer une certaine autorité de choix sur ce que la nature leur permet de réaliser tout en n'étant pas à même d'assumer ou en ne revendiquant



pas encore la responsabilité des conditions culturellement imposées sur ces choix. Ils évoluent dans un espace tout à fait unique ou à une extrême, ils peuvent être projetés par accident (ex : violences sexuelles suivies de grossesse) dans un intolérable simulacre d'expérience d'adulte ; à l'autre extrême, ils peuvent adopter une conduite d'adulte (grossesse sciemment poursuivie avec projet de maternité) qui n'est autre qu'une stratégie d'adaptation (Deschamps 1997) dans un contexte pourtant culturellement (idéologiquement ?) hostile à cette expression prématurée et donc illégitime d'un rôle d'adulte. Entre ces deux extrêmes se situent de nombreux intermédiaires, en particulier toutes ces filles « sous contraception », pour la plupart observantes et silencieuses, nos « adolescentes libérées des temps modernes » dont on aurait pourtant bien tort de penser qu'elles ne rêvent jamais de leur ventre... un ventre à respecter mais décidément objet de bien de soucis, de bien de conflits d'autorité à cet âge particulièrement sensible.



## Bibliographie :

- . Abma J, Driscoll A, Moore K. Young women's degree of control over first intercourse : an exploratory analysis. *Fam Plann Perspect* 1998 ; 30 (1) : 12-18
- . Alvin P. Les pédiatres et la pilule du lendemain. Doivent-ils en parler aux adolescents ? *Arch Pédiatr* 1999a ; 6 : 1152-54
- . Alvin P, Marcelli D. Les grossesses précoces. In : Alvin P, Marcelli D. *Médecine de l'adolescent*. Paris : Masson, 1999a : 248-52
- . Alvin P, Marcelli D. Les pratiques sexuelles et la sexualité à l'adolescence. In : Alvin P, Marcelli D. *Médecine des adolescents*. Paris : Masson 1999b : 31-38
- . Alvin P. Questions sur la physiologie de l'émotionnalité à l'adolescence. *Adolescence*, 1999b ; 17 (2) : 223-41
- . Athea N. La grossesse comme facteur de violences à l'adolescence. In : Pasini W, Béguin Fr, Byldowski M, Papiernick E. *L'adolescente enceinte (actes du 6<sup>ème</sup> colloque sur la relation précoce parents-enfants)*. Genève : Med & Hyg, 1993 : 53-63
- . Blondel B. Les femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse (étude sur 21 départements). Rapport de la Direction Générale de la Santé, INSERM U 149, Services départementaux de PMI, sept. 1994
- . Breakwell GM. La sexualité à l'adolescence. In : Rodriguez-Tomé H, Jackson S, Bariaud F. *Regards actuels sur l'adolescence*. Paris : PUF 1997 : 179-206
- . Courtois R, Bariaud F, Turbat J. Relation entre la maturation pubertaire et la sexualité chez les adolescents. *Arch Pédiatr* 2000 ; 7 (10) : 1129-31
- . Deschamps JP. La grossesse dans l'adolescence : une stratégie d'adaptation ? *JPOP* 1997, les cahiers de l'AP-HP. Paris : Doin, 1997 : 70-72
- . Elkind D. *The hurried child : growing up too fast too soon*. Reading, Mass : Addison-Wesley, 1981
- . Furstemberg FF, Brooks-Gunn J, Morgan SP. Adolescent mothers and their children in later life. *Fam Plann Perspect* 1987 ; 9 : 142-51
- . Kafé H, Brouard N. Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ? *Population & Sociétés* 2000 ; 361 : 1-4
- . Hoffman SD. Teenage childbearing is not so bad after all... or is it ? A review of the new literature. *Fam Plann Perspect* 1998 ; 30 : 236-43