



Appel d'offre ouvert 2020 de l'Observatoire National de la Protection de  
l'Enfance

## RAPPORT FINAL – Novembre 2022

# ÉTUDE QUALITATIVE DE L'EXPERIENCE SUBJECTIVE DE LA MATERNITE CHEZ DES ADOLESCENTES ACCUEILLIES EN CENTRE MATERNEL FRANCILIEN

### Équipe de recherche :

Pr Bernard Golse (coord. scientifique)

Charlène Guéguen

Pr Sylvain Missonnier

Marie Kaci

Avec la participation de Gabrielle Lesvenan

*Étude qualitative de l'expérience subjective de la maternité  
chez des adolescentes accueillies en centre maternel francilien*

**Mots clés :** Maternité précoce – Adolescence - Interactions mère-enfant – Prévention - Prise en charge psychologique et médico-sociale – Centre maternel

**Équipe de recherche :**

- L'Association Olga Spitzer : Arnaud Gallais, directeur Général ; Marie Kaci, Responsable du projet, directrice du Service d'Écoute Psychologique Parents-Enfants Donald W. Winnicott (ass. Olga. Spitzer) ;
- Le Laboratoire PCPP de l'Université de Paris Cité : Professeur Sylvain Missonnier, directeur du laboratoire ; Charlène Guéguen, chercheuse associée du laboratoire et post-doctorante ;
- L'institut Paris Brune : Bernard Golse, Professeur Émérite de l'enfant et de l'adolescent (Université Paris Cité) ;
- La Maison du bébé, Hôpital Delafontaine Saint-Denis : chef de service Docteur Jean-Pierre Benoit, Responsable de la Maison du bébé ; Gabrielle Lesvenan, Pédopsychiatre, Praticien Hospitalier responsable de la Maison du Bébé et du Centre de jour les Marronniers, secteur de Pédopsychiatrie du centre hospitalier de Saint Denis 93IO1

## Remerciements

Cette recherche a été rendue possible grâce au financement de l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance dans le cadre de l'appel d'offre 2020. Nous remercions sincèrement les partenaires et acteurs de cette institution, pour leur confiance tout au long de cette recherche.

Nous remercions la Fondation Mustela pour sa contribution financière et son soutien à cette recherche.

Nous remercions toutes les institutions qui nous ont ouvert leurs portes et donné leur confiance pour nous permettre le recrutement de notre échantillon : le Centre parental de l'Association HEVEA, Le Centre maternel « La Villa Jeanne » de la Fondation Droit d'Enfance, Le Centre maternel « Le Vert Logis » de l'Association Joséphine Butler, le Centre maternel « Accueil Samarie » de la Fondation des Apprentis d'Auteuil et le Service d'Accueil de Familles en Appartement (SAFA) de l'Association AVVEJ.

Nous remercions également les structures qui ont accepté d'échanger avec nous sur ce projet et pour leur précieux conseils : LA DASES de Paris et la SEAPPE et notamment Madame Hamon et son équipe ; les Services d'Accueil Familial (DASES de Paris) ; Madame Versini, Maire adjointe à la protection de l'enfance de Paris ; l'Observatoire parisien de la protection de l'enfance et notamment Madame Flore Capelier.

Enfin, nous remercions chaleureusement les parents et leurs enfants pour nous avoir accordé leur confiance en acceptant de participer à la recherche.

## Table des matières

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>6</b>
<b>REVUE DE LA LITTÉRATURE.....</b>	<b>7</b>
<b>I. Devenir mère .....</b>	<b>8</b>
1. Le désir d'enfant .....	9
2. La crise de la maternité .....	9
3. Les interactions précoces mère - enfant.....	10
<b>II. Les grossesses adolescentes.....</b>	<b>12</b>
1. Contexte sociologique et historique des maternités adolescentes .....	12
2. Données statistiques actuelles.....	15
3. La grossesse chez les adolescentes, un processus teinté de multiples significations .....	16
4. La grossesse chez les adolescentes, une situation à risque avec des enjeux importants .....	18
<b>LE CADRE DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>22</b>
<b>I. Justification du projet.....</b>	<b>23</b>
<b>II. Objectifs de l'étude .....</b>	<b>23</b>
1. Objectif primaire .....	23
2. Objectif secondaire .....	24
3. Objectif tertiaire.....	24
4. Développements attendus.....	25
<b>III. Méthodologie .....</b>	<b>26</b>
1. Population et échantillonnage des sujets .....	26
2. Lieux de recrutement .....	28
3. Outils utilisés dans la recherche.....	33
L'Entretien semi-structuré pour analyse IPA .....	33
Questionnaire de Recueil des données socio démographiques .....	34
Le BDI-2 - Inventaire de dépression de Beck .....	35
L'échelle d'Anxiété – Trait – Etat de Spielberger (STAI-Y) .....	36
Le Coding Interactive Behavior (CIB).....	37
4. Protocole .....	39
<b>IV. Dimension éthique de la recherche.....</b>	<b>40</b>
<b>PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS .....</b>	<b>42</b>
<b>I. Illustrations cliniques.....</b>	<b>43</b>
1. Katie et sa fille Délhia .....	43
a. Présentation générale .....	43
b. Analyse thématique du verbatim .....	43
c. Qualité de l'interaction.....	43
d. Questionnaires.....	45
2. Imane et son fils Nassim.....	47
a. Présentation générale .....	47
b. Analyse thématique du verbatim .....	47
a. Questionnaires.....	47
3. Fanny et son fils Zack.....	49
a. Présentation générale .....	49
b. Analyse thématique du verbatim .....	49
a. Qualité de l'interaction.....	49
b. Questionnaires.....	51

4.	Delphine et son fils Léo .....	53
a.	Présentation générale .....	53
b.	Analyse thématique du verbatim .....	53
a.	Qualité de l'interaction .....	53
b.	Questionnaires.....	55
5.	Laura et sa fille Mahée .....	57
a.	Présentation générale .....	57
b.	Analyse thématique du verbatim .....	57
c.	Qualité de l'interaction .....	57
d.	Questionnaires.....	59
6.	Maéva et son fils Kylian .....	61
a.	Présentation générale .....	61
b.	Analyse thématique du verbatim .....	61
c.	Questionnaires.....	61
<b>II.</b>	<b>Analyses transversales.....</b>	<b>63</b>
1.	Les axes thématiques des entretiens.....	63
a.	L'investissement de la maternité .....	64
	La signification de la grossesse .....	64
	Le vécu de la grossesse .....	67
	Les représentations de l'enfant .....	74
b.	Le contexte familial et social .....	76
	Les défaillances familiales .....	76
	La conjugalité .....	77
	La scolarité et l'insertion professionnelle .....	79
c.	Les prises en charge .....	82
	Pluralité des prises en charge et discontinuités.....	82
	Contenance et fonction substitutive parentale de la prise en charge.....	83
2.	La qualité des interactions mère-enfant.....	86
	Synthèse de la qualité des interactions dyadiques au CIB .....	86
	L'anxiété et la dépression maternelle : corrélations au CIB, à la STAI et au BDI-2.....	88
<b>DISCUSSION</b>	<b>.....</b>	<b>90</b>
	Les facteurs de vulnérabilité associés à la maternité adolescente .....	91
	Le double accompagnement : de l'adolescente et de la mère .....	92
	Les collusions entre les discontinuités familiales et les discontinuités de prise en charge .....	94
<b>LIMITES ET PERSPECTIVES DE LA RECHERCHE</b>	<b>.....</b>	<b>96</b>
<b>I.</b>	<b>Limites de l'étude.....</b>	<b>97</b>
<b>II.</b>	<b>Perspectives de la recherche.....</b>	<b>98</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>.....</b>	<b>100</b>
<b>Liste des tableaux et figures du rapport</b>	<b>.....</b>	<b>101</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>.....</b>	<b>102</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>.....</b>	<b>107</b>

## INTRODUCTION

La grossesse adolescente interpelle et inquiète la société et le monde scientifique. Notre société n'encourage pas à donner la vie trop tôt du fait de la maturité psycho-affective que nécessite la prise en charge et l'éducation d'un enfant. Ces maternités parfois mal acceptées peuvent générer une forme de déni et les lieux de prise en charge à l'accueil de ces jeunes parents et de leur bébé sont souvent inadaptés.

Bien qu'il existe autant de grossesses adolescentes que d'adolescentes enceintes (Bydlowski, 1993) et qu'il ne s'agit donc pas d'une population homogène, de nombreuses études nous indiquent que les adolescentes enceintes forment une population cumulant plusieurs facteurs de vulnérabilité psychosociale. Bien que la maturité physiologique soit précoce, la maturité psychosociale est plus tardive. La grossesse chez la jeune fille vient court-circuiter la transition entre la puberté et l'âge adulte. Deux étapes importantes se télescopent, l'adolescence et la maternité, occasionnant une plus grande vulnérabilité psychique et confrontant l'adolescente à une double crise maturative. Lebovici disait : « *Leur grossesse a été prématurée comme leur vie. Elles n'ont pas fini d'être filles qu'elles sont déjà mères* » (1983). Ainsi les jeunes mères présentent fréquemment des troubles psychiques telle que la dépression et ont fréquemment des comportements inadaptés ayant des répercussions négatives importantes et durables sur le développement psycho-affectif de l'enfant.

Lorsque l'enfant naît, la loi donne toute sa force pour que le lien mère-enfant puisse se constituer dans les meilleures conditions, la protection de la mère et du bébé doivent être au centre de nos préoccupations en matière de protection de l'enfant et ceci notamment lorsque la mère est adolescente. Pour y parvenir, il est nécessaire d'offrir à l'adolescente et au bébé, un espace favorable pour répondre à leurs besoins et permettre à la jeune mère de développer les représentations psychiques indispensables à la constitution d'un lien de bonne qualité avec le bébé en incluant lorsque cela est possible le père et les grands-parents.

Concilier les exigences de sa propre croissance psychique en tant que mère adolescente avec celles de l'adaptation aux besoins du bébé nécessite souvent des appuis dans un cadre adapté.

Cette recherche a eu pour but de mettre en perspective les processus psychodynamiques à l'œuvre chez la jeune mère et d'évaluer la qualité de la relation mère-bébé 15 à 24 mois après la naissance de l'enfant dans le cas de maternité adolescente afin de répondre aux objectifs de mise en œuvre des outils de prévention et de protection de l'enfance qui concernent ces jeunes mères et leur bébé. Nous nous sommes intéressés pour cela à des dyades accueillies en centre maternel dans la région francilienne et nous avons notamment porté notre attention sur la qualité de leur l'environnement et des possibilités de prises en charge médicales et sociales.



## Chapitre 1

### REVUE DE LA LITTÉRATURE



## I. Devenir mère

Le devenir parent renvoie à un ensemble de processus psychiques de « parentalité » ou de « parentification », notions développées dans les années 2000 par les travaux de Houzel (2002). À l'origine, le néologisme « parentalité » remonte aux travaux de Racamier (1961) sur les psychoses du post-partum. Ce dernier y a défini le terme de *maternalité* comme « l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité » (Racamier, 1961, p. 532), processus qu'il décrit comme l'équivalent d'une crise identitaire telle qu'on peut la retrouver à l'adolescence :

« Pour le mouvement qu'elle impose à la personnalité, la maternalité pourrait se comparer à l'adolescence. Elle est, au sens d'Erikson, une crise d'identité » (Racamier, 1961, p. 532).

Il avait alors suggéré de rajouter, dans la continuité de la notion de *maternalité*, les termes de *paternalité* et de *parentalité*. Houzel décrit le processus de parentalité comme impliquant des « niveaux conscients et inconscients du fonctionnement mental » (Houzel, 2002, p. 62), ce qui impliquerait des processus plus complexes que le simple lien génétique ou statutaire. Houzel a décrit trois axes fondamentaux renvoyant aux fonctions parentales : l'exercice de la parentalité, l'expérience de la parentalité et la pratique de parentalité.

L'exercice de la parentalité renvoie aux « aspects juridiques de la parentalité, de la filiation » (Houzel, 2002, p. 64). Comme le précise l'auteur, cet axe a été amené à fortement évoluer avec l'évolution des mœurs mais aussi le développement de la procréation médicalement assistée, évolutions sociétales qui tendent à dissocier de plus en plus lien biologique et juridique. L'axe de l'expérience de la parentalité, quant à lui, renvoie à « l'expérience subjective consciente et inconsciente de devenir parent et de remplir des rôles parentaux » (Houzel, 2002, p. 65). L'expérience de la parentalité comprend notamment la notion de désir d'enfant et les processus de parentification tels que la *préoccupation maternelle primaire* (Winnicott, 1956) ou encore la *transparence psychique* de la grossesse (Bydlowski, 1991). Enfin, la *pratique de la parentalité* concerne « les tâches quotidiennes que les parents ont à remplir auprès de l'enfant » (Houzel, 2002, p. 68). Il s'agit ainsi des soins parentaux qui comprennent à la fois les soins physiques mais également les soins psychiques.

Pour Houzel (2002), la famille assure une fonction d'inscription des « trois différences fondatrices que tout psychisme humain doit affronter et résoudre : la différence de soi et de l'autre (altérité), la différence des sexes et la différence des générations » (Houzel, 2002, p. 70).



## 1. Le désir d'enfant

Le désir d'enfant est un processus conscient et inconscient présent chez la femme comme chez l'homme et qui va recouvrir des modalités d'expression différentes chez l'un et l'autre. Il se construit depuis la petite enfance individuellement, influencé par le complexe d'Œdipe mais aussi par tout le matériel générationnel, et va trouver des voies de réalisation à travers la relation génitale adulte.

Freud situe le désir d'enfant autour de deux axes principaux. Selon le premier, le désir d'enfant permettrait un prolongement narcissique des parents à travers la naissance de « *His majesty the Baby* » :

Il accomplira les rêves de souhait que les parents n'ont pas réalisés, il sera un grand homme, un héros, à la place du père ; elle épousera un prince, dédommagement tardif pour la mère (...). L'amour parental, si touchant et, au fond, si enfantin, n'est rien d'autre que le narcissisme des parents qui vient de renaître et qui, malgré sa métamorphose en amour d'objet, révèle à ne pas s'y tromper son ancienne nature (Freud, 1914, pp. 234-235).

Le second axe met en lien le désir d'enfant et la résolution du complexe d'Œdipe. Le désir d'enfant est aussi la résultante de toute la dimension inconsciente du lien du couple, en fonction de la dynamique inconsciente collusive et des résonances générationnelles entre les deux partenaires. Ainsi, le désir d'enfant est étroitement entremêlé entre l'axe intersubjectif et la dimension intrasubjective.

## 2. La crise de la maternité

Une crise est définie par Kaës comme « *le changement brusque et décisif dans le cours d'un processus* » (Kaës, 1979, p. 14). Pour l'auteur, le dépassement de la crise nécessite une sécurité interne suffisamment importante.

Or, la période du devenir mère a été assimilée par plusieurs auteurs à une période de crise déjà bien avant les développements de Kaës. En effet, dès la fin des années 50, Bibring évoque la notion de crise pour décrire les processus psychiques de la grossesse, faisant le parallèle avec les transformations psychiques et physiques de la crise pubertaire (Bibring, 1959). Par la suite, Racamier (1961) évoque également une grande similitude entre les transformations physiologiques et psychologiques de l'adolescence et du devenir mère. Ainsi, il décrit la notion de *maternalité* pour rendre compte de la crise d'identité à l'œuvre au moment du devenir mère et qu'il définit comme « *l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité* » (Racamier, 1961, p. 532). Lorsque ce passage se passe bien, la maternalité constitue un moment de crise maturative à travers d'une part les transformations corporelles, d'autre part le changement de statut social et enfin les fluctuations pulsionnelles importantes à la source d'une réactivation des conflits infantiles. La maternalité est une crise d'identité au même titre que l'adolescence. C'est une transformation ample, potentiellement maturative, lorsque ce processus se fait dans les

meilleures conditions. C'est une nécessaire rupture de l'équilibre antérieur débouchant sur un nouvel équilibre.

Deux notions faisant état de processus psychiques particuliers du devenir mère peuvent être considérés comme contribuant à cette crise maturative (Riand, 2012) : le concept de *préoccupation maternelle primaire* (Winnicott, 1956) et celui de *transparence psychique* (Bydlowski, 1997). En effet pour Winnicott, le dernier trimestre de la grossesse et les premiers mois de la vie de l'enfant constituent un tel bouleversement psychique que l'état de la mère peut s'apparenter à une maladie mentale, de par la centration extrêmement exclusive sur le bébé au détriment de tout autre investissement, et notamment de sa vie conjugale. Cette état d'hypersensibilité lui permet ainsi de « *s'adapter aux tout premiers besoins du petit enfant avec délicatesse et sensibilité* » (Winnicott, 1956, p. 288) à travers le mécanisme prédominant de l'identification (Riand, 2012). Bydlowski (1991), quant à elle, décrit un état de perméabilité des représentations inconscientes bien spécifique à la femme enceinte se caractérisant par « *un état particulier du psychisme, état de transparence où des fragments du préconscient et de l'inconscient viennent facilement à la conscience* » (Bydlowski, 2001, p. 41).

Dès les premières semaines de la grossesse, la transparence psychique est de repérage aisé car l'équilibre habituel de la jeune femme est ébranlé. Un état relationnel particulier se développe, un appel à l'aide latent, ambivalent et quasi permanent, tout comme à l'adolescence (Bydlowski, 1997, p. 94).

### 3. Les interactions précoces mère - enfant

L'interaction se caractérise par les liens de communication, à différents niveaux, entre deux ou plusieurs partenaires dont l'expérience et les compétences diffèrent (Leclère, 2015). La notion d'interaction se décline en dimensions comportementale, affective et fantasmatique.

Les interactions précoces représentent un objet d'étude majeur par son versant théorique et cliniquement préventif. Leur étude repose sur le postulat que le nouveau-né est capable de liens aux autres dès la naissance et qu'il prend une part active dans les interactions avec son entourage : « *Un bébé (sous-entendu seul), ça n'existe pas !* » (Winnicott, 1940). Ainsi, dans la continuité des travaux de Winnicott, l'observation directe a pu se concevoir progressivement comme un outil clinique et diagnostique. Les travaux d'Ernst Kris et d'Anna Freud donnaient une importance toute particulière à l'observation directe de l'enfant comme étant complémentaire de l'analyse de la mère. L'enfant n'étant plus considéré comme un seul objet de soin mais également comme un sujet actif dans la relation (Couvert, 2011).

Les théorisations successives et les applications cliniques de l'observations des interactions précoces se sont appuyées sur l'influence de multiples courants. Les théories de l'attachement contribueront notamment à développer la notion de modèles internes

opérants qui vont venir influencer le style interactif que propose le parent. Ainsi, Ainsworth définit différentes modalités d'attachement mises en évidence par des situations d'interactions standardisées comme la Situation Étrange (Ainsworth et al., 1978) ou encore le « Visage impassible » ou « Still Face » (Cohn et Tronick, 1987).

Dans une approche systémique, la dyade parent-enfant est envisagée non comme l'addition de deux individus mais bien comme une entité à part entière dont l'équilibre répond au concept d'homéostasie : « *les interactions constituent un ensemble de réactions réciproques de deux phénomènes qui évoluent dans un même système* » (Leclere, 2015, p. 52).

Dans une visée préventive, les modalités interactives constituent un outil permettant de repérer un des premiers indices de l'installation de difficultés ou troubles chez l'enfant (Mazet et al., 2001).

Différents types d'interactions peuvent être décrits :

- *Les interactions fœto-maternelles :*

Elles se poursuivent à un moindre degré après la naissance et notamment à travers l'allaitement.

- *Les interactions préverbaux et les interactions protosymboliques :*

Parmi ces liens préverbaux figurent les liens d'attachement (Bowlby, 1978), l'accordage affectif (Stern, 1989), l'empathie, l'imitation, les identifications projectives normales (Bion, 1962), le fonctionnement du système des neurones-miroir, les figurations présymboliques (Golse) ou encore le dialogue tonique (Golse, 2011).

Les interactions protosymboliques font référence à l'interprétation par les parents de certains comportements du bébé comme ayant une valeur communicative : « *La volonté de communication attribuée au bébé fait de lui un partenaire ayant un intérieur psychique, alimentant la vie fantasmatique parentales* » (Alvarez et Golse, 2020, p. 52).

- *Les interactions comportementales :*

Ce sont les interactions les plus directement observables et elles s'expriment à travers la modalité corporelle (les gestes, le toucher, la posture) ; la modalité visuelle (les échanges de regard ou les évitements) et la modalité vocale.

L'interaction comportementale peut être unimodale c'est-à-dire lorsqu'elle concerne une même modalité entre les partenaires (réponse verbale de la mère à une vocalisation de l'enfant) ou transmodale lorsque les partenaires utilisent des canaux différents (vocalisation de la mère en réponse à l'agitation motrice de l'enfant par exemple).

- *Les interactions affectives :*

Elles représentent la tonalité affective globale. Un des partenaires communique ses affects et perçoit ceux de l'autre partenaire.

- *Les interactions fantasmatiques :*

Elles correspondent à « *l'influence réciproque du déroulement de la vie psychique de la mère et de celle du bébé dans leurs aspects imaginaires, conscients et inconscients* » (Lebovici et Cupa Perard, 1994). Les interactions fantasmatiques s'expriment à un niveau souvent plus inconscient et sont plus difficilement observables.

Différentes méthodes d'évaluation des interactions précoces ont été progressivement développées. Ainsi, parmi elle, nous pouvons citer le Care-Index (Crittenden, 1998) qui évalue plusieurs dimensions, notamment l'alternance à l'intérieur des séquences de jeu, mais également la grille d'évaluation des interactions précoces de Bobigny qui évalue les interactions corporelles, visuelles, vocales et les sourires (Leclere, 2015). Enfin, le CIB, Coding Interactive Behaviour (Feldman et Keren, 1998) que nous avons choisi d'utiliser dans ce travail de recherche, permet l'intégration dans une même échelle de dimensions relatives à la mère, à l'enfant et la dynamique dyadique. Cet outil présente des qualités psychométriques majeures validé à maintes reprises (Leclere, 2015).

## II. Les grossesses adolescentes

### 1. Contexte sociologique et historique des maternités adolescentes en France depuis le début du XXe siècle

Pour commencer l'abord du sujet des maternités adolescentes, il convient de faire un détour par l'étude du processus de leur construction sociale au cours de l'histoire. Ainsi, comme le souligne Le Den (2014), il est intéressant de constater que l'analyse historique du phénomène des grossesses adolescentes est particulièrement récente puisque ce concept n'est apparu dans la littérature seulement à partir des années 70. Les études historiques se penchaient en effet jusqu'alors sur la « maternité illégitime » ou le « phénomène des filles-mères ».

« L'âge des futures mères a longtemps été insignifiant contrairement à leur statut matrimonial qui conditionnait leur droit à être mère : seules les femmes mariées étaient autorisées à enfanter et les mères célibataires étaient alors extrêmement stigmatisées. Ce n'est qu'à partir de la fin des années des années 1960 que les préoccupations publiques et politiques changent et se portent progressivement sur l'âge des futures mères, faisant alors apparaître le problème des grossesses chez les adolescentes » (Le Den, 2014, p.17).

Au début du XXe siècle, la fécondité des adolescentes ne constituent pas une préoccupation en tant que telle. C'est la question de la légitimité de la naissance qui importe,

mariage et maternité étant indistinctement reliés. Ainsi, pour les médecins, le couple marié représente l'entité synonyme de stabilité nécessaire à l'accueil d'un enfant mais aussi un « *moyen de lutte contre le risque de décadence du peuple* », le célibat étant associé à la débauche engendrant des risques de propagation des maladies vénériennes et de l'alcoolisme (Le Den, 2014).

Les préoccupations sociétales liées aux grossesses à l'adolescence sont également liées à la récente apparition historique de cette période de la vie. En effet, jusqu'au XVIIIe siècle, l'adolescence n'apparaissait pas comme période de vie distincte, on passait sans transition de l'enfance à l'état adulte. Ce n'est qu'à partir du milieu du XIXe siècle que la notion d'adolescence apparaît dans les sociétés occidentales dans une visée de catégorisation de la société. Ce statut est dans un premier temps réservé aux fils élites de la bourgeoisie pour finalement s'élargir à l'ensemble de la population au début du XXe siècle. Le passage de l'adolescence à la vie adulte se caractérisant alors par le service militaire et l'entrée dans la vie active pour les garçons devenant hommes et par le mariage et la maternité pour les filles devenant femmes.

Pour les jeunes femmes, le mariage et la maternité étant intimement reliés, le statut du célibat est quant à lui associé à la virginité, « *la sexualité féminine ne pouvant être que « la conséquence de l'instinct de maternité (...). La virginité s'impose alors comme la norme prémaritale* ». Cette vision de la sexualité féminine répond à la prédominance des courants religieux catholiques mais également à la préoccupation majeure de l'État à cette époque : relever la natalité. Ainsi, la maternité illégitime est considérée comme ne répondant pas à cet objectif étant donné les risques de mortalité infantile associés. En revanche, les rapports sexuels de la femme mariée sont considérés comme indispensables dans une visée reproductive, considérée comme un devoir dans la société.

Comme le souligne Le Den (2014), la situation démographique très défavorable au début du XXe siècle va tout de même pousser les médecins à s'intéresser aux filles-mères et à leur potentiel procréatif pour la société :

« Si les filles mères ne sont pas « idéales pour la nation », elles représentent tout de même « un appoint d'importance pour la sauvegarde de la race » (rapporté par Maruye Querlin dans *Les ventre maudits, les filles mères* (1934) » (Le Den, 2014, p.69).

Pour autant, la situation des filles-mères est considérée à hauts risques, la prise en charge de l'enfant étant notamment réputée difficile. En effet, celles-ci sont considérées comme appartenant à des milieux sociaux populaires et souvent présentées comme ayant des grossesses à haut risque de mortalité infantile. Ce constat médical de l'époque peut être considéré comme étant biaisé, comme le souligne Le Den (2014), « *rare sont les médecins à aller enquêter dans les cliniques privées ou à domicile alors que c'est là que les jeunes célibataires des milieux aisés sont le plus susceptible d'accoucher (...)* les familles aisées, pour

*éviter la honte et le déshonneur social, tentant par tous les moyens de cacher leurs fille » (Le Den, 2014, p. 76).*

Pour la société de l'époque, ce sont les filles-mères des milieux défavorisés qui sont désignées comme étant incapables de répondre aux besoins de leur enfant. Ainsi, la réhabilitation des filles-mères va se développer non pas tellement pour elles mais plutôt dans une visée d'amélioration des destins des enfants qu'elles mettent au monde. Dans une optique nataliste, les filles-mères vont être de plus en plus prises en charge notamment sous la Troisième République et le Régime de Vichy avec la création de structures destinées à des tâches « sociales » pour ces maternités vulnérables :

« Ces structures sont multiples et prennent le nom d'asiles pour femmes enceintes, maisons maternelles, pouponnières, refuges ouvroirs, asiles de convalescence, etc. Ces établissements sont chargés de l'accueil des mères sans ressources et dans le besoin, mais rapidement, l'intérêt se porte sur les mères illégitimes et plus particulièrement les « filles-mères » dont la situation inquiète » (Le Den, 2014, p. 81).

Ainsi, c'est à cette même période que sont mis en place des maisons maternelles, présentes dans chaque département parmi les moyens du service d'aide social à l'enfance. L'objectif est double : démographique et sanitaire d'une part, à travers la prise en charge de l'enfant, et moral d'autre part en favorisant le « relèvement moral » de ces filles.

« La nomination de ces femmes comme « filles-mères » participe également de ce processus de construction sociale, elle contribue à la définition du problème car elle présume son caractère paradoxal : être fille et mère à la fois ne va pas de soi » (Le Den, 2014, p. 87).

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, la tension démographique apparaît moins forte et les normes de la maternité sont redéfinies. Les années 1950 sont marquées par le phénomène du baby-boom et les revendications des femmes se tournent de plus en plus vers une préoccupation de la limitation des naissances. Dans ces années d'après-guerre, une nouvelle conception de la jeunesse se dessine peu à peu notamment par le développement croissant des productions médicales sur l'« adolescence » et psychologisation du concept. Ainsi, les manifestations de la puberté sont de plus en plus considérées comme étant pathologiques : *« c'est désormais au nom du bon développement psycho-affectif des adolescentes que l'on souhaite repousser l'âge des premiers rapports, au prétexte qu'il convient d'attendre cette fois la maturation psychique »* (Le Den, 2014, p. 124). Ainsi, malgré un mouvement de libéralisation sexuelle à partir de la fin de années 60, notamment par la distinction qui apparaît de plus en plus forte entre la fonction érotique d'une part et la procréation d'autre part, les adolescentes mineures restent exclues des avancées relatives à la vie sexuelle des femmes, notamment par un accès à la contraception dépendant de l'accord des parents. Dans ce contexte, la maternité illégitime de la fille-mère reste plus que jamais stigmatisée :

« L'âge biologique de la mère n'est plus au cœur du débat, il est remplacé par la question de la maturité psycho-affective des géniteurs » (Le Den, 2014, p. 127).

La notion d'illégitimité perd progressivement de son importance dans les décennies 60/70 même si le problème des mères non mariées continue d'inquiéter la société. C'est à présent sur les « mères célibataires » que les médecins se penchent plus particulièrement, le concept de monoparentalité remplaçant celui d'illégitimité. Ces mères restent considérées comme défaillantes et à « risques psycho-sociaux ».

Les « mères célibataires mineures » sont quant à elles perçues comme des mères hors norme. Ainsi, les études de différentes disciplines, médicales, sociales et psychologiques, se développent abondamment dès la fin des années 70 sur cette catégorie de mère.

« La précocité effraie car elle renvoie à l'adolescence qui est synonyme de crise, de troubles, de perturbations, et par là même considérée comme période pathologique. (...)

En miroir à la « fille-mère » sexuellement débauchée, la sexualité des mères mineures est elle aussi problématique, mais cette fois, ce n'est pas la faible moralité des filles qui est avancée mais plutôt leur lourd passif affectif et éducatif durant l'enfance » (Le Den, 2014, p. 142).

Ce n'est plus tant la faible moralité de ces filles qui est avancée mais plutôt leur lourd passif affectif et éducatif durant l'enfance qui y sont associés. La vulnérabilité psychique de ces situations repose sur la coexistence d'une double crise : la crise de l'adolescence et la crise de la maternité comme nous le développerons à présent.

## 2. Données statistiques actuelles

Les maternités adolescentes restent en France un phénomène relativement modéré et stable depuis quelques décennies.

Le discours public concernant la sexualité des jeunes et la question des grossesses précoces s'orientent massivement autour de deux thèmes, contraception et IVG, laissant dans l'ombre la réalité du vécu de ces jeunes mères mineures.

La tendance observée en France entre 1980 et 2000 d'un recours plus fréquent à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en cas de grossesse chez les mineures (d'un à deux tiers des conceptions) s'est encore accentuée aujourd'hui.

Les IVG représentent 75 % des conceptions en 2011 chez les jeunes femmes de moins de 18 ans (chaque année environ 4500 naissances sont observées contre 11000 en 1980) (Aubin C., 2009 ; Filou A., 2011 ; Nisand I, 2006, Dugeny F, 2008 ; Galaup K., 2012).

### **En 2019 en France**

- 12 000 mères avaient 20 ans ou moins

### **En 2018 en France :**

- 680 mères étaient âgées de 16 ans
- 1177 mères étaient âgées de 17 ans
- 2339 mères étaient âgées de 18 ans

### **En Île-de-France en 2018 :**

- 1324 mères avaient moins de 20 ans<sup>1</sup>

### **En 2016, à Paris :**

2 mères âgées de 15 ans ont donné la vie, 6 de 16 ans, 28 de 17 ans, 49 de 18 ans ; 83 de 19 ans et 138 de 20 ans. Ce qui porte à 306 le nombre de mères âgées de moins de 20 ans ayant donné la vie dans le seul département de Paris l'année 2016<sup>2</sup>

Il est à noter également que depuis 2005, les recours à l'IVG n'ont cessé de diminuer chez les femmes de 20 ans, atteignant, en 2020, 15 IVG pour 1000 femmes chez les 18-19 ans et 5 pour 1000 parmi les mineures. À l'inverse, depuis 1995, les recours à l'IVG ont augmenté parmi les femmes âgées de 25 ans ou plus<sup>3</sup>.

### **3. La grossesse chez les adolescentes, un processus teinté de multiples significations**

La grossesse à l'adolescence constitue deux formes de crise identitaire majeures. Leur rencontre est ainsi susceptible de provoquer « *une collusion conflictuelle, voire explosive* » (Konichek, 2006). Les adolescentes enceintes vivent une double naissance : celle de l'enfant et celle de la sexualité génitale. Konichek s'interroge sur les fonctions de la grossesse et de la maternité pour ces jeunes filles. Ainsi, il accentue notamment son propos sur les enjeux narcissiques inhérents à la maternité adolescente. Les capacités d'enfantement apportent une forme de réparation aux blessures infligées par la puberté : « *être enceinte et avoir un enfant donneraient l'impression d'une puissance susceptible de dénier toutes sortes de diminutions, de renoncements et de souffrance* » (Konichek, 2006, p. 182). La grossesse à l'adolescence permet également de recréer des liens nouveaux réparateurs : les liens premiers à la mère tels qu'ils pouvaient être souhaités. Ainsi, les jeunes mères chercheraient à recréer un lien maternel qui ne répèterait pas les souffrances qu'elles même ont endurées (Letendre et al. 2003 ; Pajot, 1984).

---

<sup>1</sup> INSEE

<sup>2</sup> Cellule des certificats de santé, Service de la protection maternelle et infantile, DFPE Paris.

<sup>3</sup> Femmes et hommes, l'égalité en question – Insee Références – Édition 2022



Bettoli (2003) énonce que la grossesse peut avoir des significations diverses :

- La grossesse peut venir combler un vide existentiel.
- Elle peut être vécue comme un prolongement de soi-même.
- La grossesse peut être vécue comme une manière de se détacher du domicile parental.
- La grossesse peut être vécue comme une réparation. Bettoli suppose aussi que la grossesse peut être marquée par un facteur de répétition maternelle.
- La grossesse peut être aussi pour lui un besoin de vérifier la fertilité.

La sociologue Charlotte Le Van insiste sur la notion non-catégorielle des grossesses adolescentes à travers l'existence d'une pluralité de situations différentes. Elle dégage différentes typologies que nous rencontrons également dans la pratique quotidienne : la grossesse accidentelle ; la grossesse comme rite d'initiation : faire comme ses pairs ; la grossesse SOS, comme appel à l'aide, une manière d'attirer l'attention sur elle pour qu'on s'en occupe ; la grossesse insertion, comme quête d'une reconnaissance sociale et enfin la grossesse identité : par elle, la jeune fille se trouve une identité (Le Van, 1998).

Marcelli (2001) évoque trois niveaux d'interprétation pouvant expliquer la survenue d'une grossesse chez une adolescente :

- La fréquence dans ces grossesses d'une tentative de vérification de l'intégrité du corps et des organes conceptionnels,
- Du désir d'enfant comme recherche d'un objet de comblement des carences de l'enfance,
- De la grossesse comme prise de risque, quasi conduite ordalique souvent dans l'espoir de conquérir un statut social plus autonome, d'échapper à un malaise existentiel, individuel, familial et/ou social (Marcelli, 2001).

Enfin, soulignons également les travaux de Faucher qui suppose qu'environ un tiers des grossesses menées à terme résulte d'un projet d'une jeune fille ou d'un jeune couple (Faucher, 2002). De la même façon Dadoorian a mis en avant que ces grossesses pouvaient souvent résulter d'un réel désir des adolescentes : *« il est très fréquent d'entendre l'adolescente dire qu'elle est heureuse d'être enceinte et qu'elle souhaite avoir l'enfant qu'elle porte. De fait, la grossesse est désirée par ces jeunes et elle est la conséquence d'une série de facteurs psychosociaux »* (Dadoorian, 2012, p. 204).

Ainsi, la grossesse peut répondre à des modalités inconscientes du désir parfois multiples, parfois contradictoires (Marcelli, 2001 ; Marcelli, 2003). Dans ce contexte, c'est *« un désir d'enfance qui vient faire irruption dans la réalité du corps plutôt que le désir d'un enfant »* écrit Monique Bydlowski (1992).

#### 4. La grossesse chez les adolescentes, une situation à risque avec des enjeux importants

Comme le relève Konicheckis (2006), il existe des propos contradictoires pour déterminer si la grossesse chez une adolescente peut être différenciée d'une grossesse chez une femme adulte. Ainsi, Bydlowski insistait sur le fait que les mères adolescentes ne représentaient pas une population homogène : « *Il existe autant de grossesses adolescentes que d'adolescentes enceintes* » (Bydlowski, 1993).

Il ne s'agit donc pas de proposer un tableau nosographique qui caractériserait de manière rigide la grossesse et la maternité à l'adolescence mais de faire part d'enjeux récurrents qui peuvent y être associés.

#### **Enjeux psychosociaux**

Toutes les études épidémiologiques et notamment les travaux de Osofsky et al (1993), le rapport du professeur Michèle Uzan ainsi que le congrès organisé par Daniel Marcelli en 2000 ont largement montré les dangers psychosociaux des grossesses adolescentes. Dans son rapport le Professeur Michèle Uzan note que la grossesse adolescente peut intervenir : soit dans un contexte où le mariage des adolescentes est un usage socialement encadré, soit alors que l'adolescente vit au domicile des parents ou soit dans un contexte de rupture familiale.

En post-partum, la scolarité et la maternité devront coexister, augmentant les risques de marginalisation et d'isolement avec les pairs. Le temps bousculé crée progressivement un décalage avec le monde perdu de l'adolescence. À noter l'analyse sociologique de Chapelier qui montre sans ambiguïté combien la proportion de grossesses adolescentes augmente avec la déscolarisation : il y a dix fois plus d'adolescentes enceintes en dehors du système scolaire. (Chapelier, 2000).

#### **Enjeux périnataux**

La littérature tend à démontrer que les grossesses adolescentes sont caractérisées essentiellement par un risque majeur d'accouchement prématuré et de naissance d'enfants de faible poids (Khashan et al., 2010 ; Berrewaerts, 2006 ; Godeau, 2008 ; OMS, 2007 ; Sheidegger, 2007 ; Moutquin, 2003). Ce phénomène s'expliquerait par l'immaturité biologique de ces jeunes filles (leurs corps et la capacité à porter la vie n'est pas physiologiquement mature).

Selon le chercheur A.S. Khashan, la majorité de ces adolescentes a découvert sa grossesse tardivement et n'a pas effectué les examens nécessaires au bon déroulement de l'accouchement. L'incidence de ces risques s'infléchit sous l'influence d'un suivi optimal pendant la grossesse (2010).

## **Enjeux psychiques pour la jeune mère**

En 1997, Monique Bydlowski présente le concept de transparence psychique pendant la grossesse. Cette « authenticité particulière de la vie psychique » est perceptible dès les premières semaines de la gestation. L'état de conscience paraît modifié et le seuil de perméabilité à l'inconscient comme au préconscient abaissé. Ainsi, d'anciennes réminiscences et des représentations fantasmatiques affluent à la conscience sans rencontrer la barrière du refoulement. Pourtant, la densité des représentations disponibles au seuil de la conscience durant cette période ne saurait être considérée comme pathologique. Elle apparaît au contraire nécessaire au travail de réélaboration psychique qui précède la venue d'un enfant.

Chez les adolescentes enceintes, au fait de devenir adulte s'ajoute le fait de devenir parent. Deux transitions ont lieu au même moment. L'adolescence et la maternité constituent deux formes de crises identitaires. Leur rencontre, extraordinaire, risque de provoquer une collusion conflictuelle, voire explosive. Ces deux moments correspondent à des nouveautés absolues, qui ont pu être imaginées et exister dans les fantasmes, mais qui, par définition, n'ont pu être expérimentées précédemment. En même temps, l'adolescence et la grossesse impliquent des événements irréversibles ainsi qu'un saut dans la succession de générations.

Une troisième crise survient en même temps, celle de l'arrivée au monde du bébé. Molénat (1992) propose d'aborder l'adolescente comme une mère potentielle, pour « plus tard », et de lui offrir un espace-temps favorable pour développer ses besoins personnels ainsi que les représentations pour être en lien avec son bébé.

Nous relevons une association entre grossesse adolescente et dépression. Dans les études récentes, on observe plus de dépression du post-partum chez les adolescentes que chez les femmes adultes (Siegel, 2014). 50% des adolescentes enceintes présentent des troubles dépressifs patents selon Osofsky et al., (1993) bien qu'il soit difficile de savoir si la grossesse suit ou précède la dépression. Par ailleurs, les abus de substance sont plus fréquents (Siegel, 2014). Enfin, des études montrent une présence plus importante de stress parental chez les adolescentes enceintes que chez les adultes enceintes (Torres, 2017).

## **Enjeux sur la relation mère bébé**

L'étude de Siegel montre aussi un style parental plus sévère chez les adolescentes (Siegel, 2014). Après la naissance, les adolescentes ont un langage opératoire et rigide vis-à-vis de leur bébé. Elles présentent des gestes assez stéréotypés et automatisés.

On peut faire l'hypothèse que le nourrisson mobilise ses ressources pour tenter de tirer son épingle du jeu et qu'il doit s'hyper-adapter à sa mère, respecter ses points de

fragilité, éviter le conflit pour tenter de maintenir le lien. Cela peut nous questionner sur la présence des répercussions à moyen et à long terme sur la construction des interactions parents-bébé, la qualité de l'attachement, la vie affective du bébé et sa propre construction psychique. En effet, l'enfant de la réalité pour ces adolescentes va se montrer très différent de l'enfant rêvé, l'enfant magique de leurs fantasmes, les renvoyant à leurs cruelles défaillances. Une étude montre que les relations avec l'enfant peuvent être rendues difficiles par des attentes maternelles irréalistes, la méconnaissance du développement du bébé et de ses besoins ainsi que les préoccupations égocentriques de la mère liées à son âge et à l'absence de sollicitude maternelle (Karraker et Evans, 1996).

Lors de la première année de suivi, la mère adolescente a souvent du mal à anticiper l'avenir et les difficultés à venir. Le discours est surtout centré sur l'immédiateté et le concret. Elles savent ce que représente un bébé mais ne savent pas se représenter son devenir. Le processus de filiation et d'appartenance se fait petit à petit après la naissance.

La dépressivité de l'adolescente et le risque accru de dépression maternelle (Osofsky et coll., 1993) prédisposent à la dysharmonie interactive, d'autant que la mère adolescente a du mal à décoder les signaux émis par son bébé et à reconnaître ses capacités propres. Cette entrave au parentage intuitif (Papousek H. et M., 1987) s'accompagne d'un désir impérieux d'être l'objet d'amour de son enfant : l'enfant qui ne s'y soumet pas s'expose au rejet voire à la maltraitance. J. Osofsky et coll. (1993) utilisent la qualité de l'échange émotionnel précoce comme critère d'évaluation du développement précoce de l'enfant.

### **Enjeux sur le développement de l'enfant**

On note plus de retard de développement psychomoteur chez les enfants issus de grossesse mineure comparés aux enfants issus de grossesse adulte (Goossens, 2015). Une étude conduite autour de 45 mères adolescentes a retrouvé un taux de maltraitance de 33% après 2 ans seulement (Flanagan et al., 1995).

Une étude longitudinale sur des enfants de la naissance à leur dix-huit ans (prenant en compte les variables de confusion) a montré que l'essentiel du comportement maltraitant est associé au fait d'avoir été maltraité et non d'avoir été une mère adolescente et qu'une prise en charge de qualité peut éviter une répétition du comportement maltraitant (Noria et al, 2007).

Les enfants de mères adolescentes sont des enfants à risque du point de vue de la psychopathologie (Osofsky et coll, 1993), du fait notamment que de nombreuses mères adolescentes ne sont pas en mesure de fournir à l'enfant le soutien émotionnel essentiel à un développement favorable.

**En conclusion, les enjeux sont multiples sur le plan de la protection de l'enfance et se retrouvent sur un double versant ;**

- **D'une part vis-à-vis des adolescentes qui deviennent mère étant donné les risques psychopathologiques (dépression, addictions) ; sociaux (décrochage scolaire, insertions professionnelles plus difficiles, ruptures familiales) ainsi que médicaux (rupture des soins, grossesses non suivies) ;**
- **D'autre part, nous relevons les risques concernant les enfants de ces jeunes mères notamment concernant la mise en place de premiers liens mère-enfant plus vulnérables et de la présence de troubles psychopathologiques plus fréquents. Les études menées sur les facteurs de vulnérabilité de ces situations mettent en avant un manque accru de prises en charge spécifiques.**



## Chapitre 2

### LE CADRE DE LA RECHERCHE



## I. Justification du projet

Il n'y a pas eu en France d'étude qualitative, rétrospective axée sur la dynamique psychique des adolescentes ayant connu une grossesse, au regard de la trajectoire qu'elle a induite dans leur parcours de vie. Nous souhaitons montrer dans l'après-coup, chez des dyades accueillies en centre maternel, comment cette grossesse a été vécue et dans quel contexte psycho-social ; quelle est la qualité actuelle de la relation mère-enfant ; quelle est la qualité actuelle de l'environnement de la mère et de l'enfant ; quels sont les dispositifs de prévention et de protection mis en œuvre dans cette situation qui peut impliquer un risque psycho-social.

Dans ce contexte, nous souhaitons également évaluer les caractéristiques des parcours de prise en charge psychologique et médico-sociale de ces adolescentes et de leurs enfants qui ont été mis en place pendant la grossesse et jusqu'aux deux ans de l'enfant.

## II. Objectifs de l'étude

La thématique de la présente étude est de décrire l'expérience de la grossesse chez des adolescentes et de sa prise en charge périnatale dans l'après coup afin de dégager les processus psychodynamiques de l'émergence de la maternité, la mise en place des liens précoces mère-enfant et des parcours de soins associés.

Il s'agit d'une recherche exploratoire qui porte plus particulièrement sur des profils de mères adolescentes ayant bénéficié d'une prise en charge psycho-sociale et ayant été accueillies en centre maternel. Leur profil n'est donc pas significatif de la grande diversité de contextes existants concernant les grossesses à l'adolescence mais permet d'étudier de façon approfondie l'impact de la prise en charge dans ces situations à risque.

### 1. Objectif primaire

L'objectif primaire est d'étudier l'expérience subjective rétrospective et actuelle de la maternité, et son évolution au cours des deux premières années de vie de l'enfant. Nous cherchons à mieux connaître le vécu de ces jeunes femmes concernant la construction de leur identité de mère et la façon dont elles se sentent et se perçoivent en tant que mère. Pour répondre à cet objectif, nous nous appuyons entre autres sur l'étude de la qualité des représentations maternelles.

Les représentations parentales recouvrent les représentations de la conception, de la grossesse, de l'arrivée au monde du bébé, du bébé et de l'enfant à venir et de sa place en tant que parent. Il s'agit de révéler à la conscience, l'expérience vécue grâce à une méthode qualitative phénoménologique. Nous avons donc pour objectif d'étudier les représentations

conscientes des participants dans une visée rétrospective et actuelle. Nous n'avons pas les moyens d'accéder aux représentations inconscientes des participants, leurs représentations conscientes et préconscientes nous permettent seulement d'approcher les fantasmes sous-jacents.

## 2. Objectif secondaire

L'objectif secondaire est d'évaluer les facteurs de vulnérabilités psycho-sociaux de la mère et de son parcours de prise en charge, au moment de la grossesse de façon rétrospective et au moment de la recherche, deux ans après la naissance de l'enfant.

Nous cherchons ainsi à déterminer le parcours psychologique et médico-social que la mère adolescente a connu : l'existence de prises en charge spécifiques, les ruptures éventuelles de ces prises en charge, leur multiplicité et leur domaine d'intervention (social, psychologique...). Nous cherchons à mettre en avant les facteurs de vulnérabilité communs à ces jeunes mères.

La vulnérabilité sociale sera évaluée à l'aide d'un questionnaire de recueil des données sociodémographiques qui permettra de recueillir des informations sur la situation sociale ou encore l'entourage familial de ces jeunes femmes. La vulnérabilité psychologique pourra notamment être évaluée grâce à l'utilisation de l'*Inventaire de dépression de Beck (BDI-2)* et de la *State Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)*<sup>4</sup>.

## 3. Objectif tertiaire

L'objectif tertiaire est d'évaluer au moment de la recherche, soit environ deux ans après la naissance de l'enfant, la qualité des interactions mère-bébé. Ces interactions pourront être étudiées à l'aide de séquences de jeu et grâce notamment à l'utilisation du CIB (*Coding Interactive Behavior*). Cet axe d'étude nous permettra de mieux connaître les conséquences des maternités précoces sur la mise en place des premiers liens et sur le développement de l'enfant dans ses premières années. Ces résultats seront mis en lien avec les éléments recueillis concernant le vécu subjectif de la maternité, les facteurs de vulnérabilité et les parcours de soins de ces jeunes femmes.

**La problématique thérapeutique est de perfectionner la prise en charge des adolescentes et de leur bébé dans ce contexte de maternité précoce et de déterminer les besoins de prise en charge psychologique et sociale de ces dyades.**

**Cette recherche pourrait contribuer à apporter des réflexions autour de la prise en charge de ces adolescentes et de leurs enfants.**

---

<sup>4</sup> Cf. partie III. 3 Outils utilisés



#### 4. Développements attendus

**Sur l'axe conceptuel** : cette recherche exploratoire vise à dégager certains processus psychodynamiques concernant l'expérience de la grossesse et de sa prise en charge périnatale dans l'après coup d'une maternité adolescente. Nous visons également une meilleure évaluation de la mise en place des liens précoces mère-enfant.

**Sur le plan de l'amélioration des pratiques professionnelles et institutionnelles** : nous cherchons à mettre en avant des spécificités du vécu subjectif de la maternité pendant l'adolescence et les facteurs de vulnérabilité qui l'accompagnent à travers l'étude singulière de plusieurs récits d'adolescentes. A partir de ce repérage, nous espérons pouvoir perfectionner le suivi des adolescentes et de leur bébé dans ce contexte, et déterminer les besoins de prise en charge spécifiques psychologiques et sociaux de ces dyades. Cette recherche vise à prévenir les risques psychosociaux des mères et de leurs enfants et s'inscrit dans une double démarche de protection de l'enfance : du côté des mères adolescentes et du côté de leurs enfants.

*Cette étude fera l'objet de communications et publications.*

### III. Méthodologie

#### 1. Population et échantillonnage des sujets

L'adolescence est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme la tranche d'âge allant de 10 à 19 ans (OMS). C'est la période qui débute avec l'apparition des premiers signes pubertaires. Sa fin est plus difficile à déterminer, elle est fonction de la maturité psychique, affective, sociale et sexuelle de chaque individu. Dans notre étude, nous nous sommes intéressés aux femmes mineures civilement au moment de leur accouchement.

Il s'agit d'une étude multicentrique. La population d'étude a été recrutée sur le territoire francilien via des partenariats avec des institutions et structures de soin que nous détaillerons ci-après.

Six mères ont participé à la recherche. Cette étude a privilégié la dimension qualitative des données recueillies à travers une approche d'analyse clinique singulière. L'objectif de recueil de données statistiquement significatives n'était donc pas poursuivi en première intention. Il s'agit d'une étude exploratoire sur un sujet novateur sans données disponibles dans la littérature.

Les **critères d'inclusion** retenus pour notre cohorte étaient les suivants :

- Femmes âgées au moment de l'étude de moins de 20 ans (enfant né avant que l'adolescente ait atteint l'âge de 18 ans / âge de l'enfant au moment de l'étude : entre 15 mois et 24 mois) ;
- Inclusion de leur enfant pour la séquence de jeu filmée, nécessitant l'autorisation du père s'il est détenteur de l'autorité parentale ;
- Une bonne maîtrise de la langue française ;
- Ayant accepté de participer à l'étude (signature du formulaire de consentement) ;
- Accord des représentants légaux si le sujet est mineur au moment de l'étude.

Les **critères de non-inclusion** retenus pour notre cohorte étaient les suivants :

- Problématique somatique ne permettant pas la participation à la recherche ;
- Troubles psychiatriques aigus rendant la mise en place de soins psychiques prioritaires par rapport à l'inclusion dans la recherche ;
- Sujets ou responsables légaux dans l'incapacité de donner leur consentement.

Prénom des mères	Katie	Imane	Fanny	Maéva	Laura	Delphine
Âge	18	18	18	17	19	18
Âge lors de la survenue de la grossesse	16	16	16	15	17	17
Lieu de vie	Centre maternel	Centre maternel	Centre maternel	Centre maternel	Centre maternel	Centre maternel
Situation familiale	Célibataire	En couple	Célibataire	En couple	En couple	En couple
Situation scolaire/ professionnelle	Formation CAP	En recherche d'emploi	Formation lycée	Formation lycée	Formation lycée	Salariée (employée)
Sexe de l'enfant	Féminin	Masculin	Masculin	Masculin	Féminin	Masculin
Prénom de l'enfant	Délhia	Nassim	Zack	Kylian	Mahée	Léo
Âge de l'enfant	15 mois	23 mois	15 mois	24 mois	16 mois	16 mois

Tableau 1 : Caractéristiques de la cohorte

*Dans une optique de préservation de l'anonymat, les prénoms des mères et des enfants ont été modifiés.*

Sur l'ensemble des six dyades recrutées, **l'âge moyen** est de 18 ans pour les mères et de 18 mois pour les enfants.

La majorité de la cohorte est en formation (pour quatre mères). Une des mères est en recherche d'emploi et une autre est employée.

Concernant la **situation familiale**, la majorité des mères rencontrées est en couple (dont trois sur quatre avec le père de leur enfant). Les deux autres mères sont célibataires.

Concernant **le sexe des enfants**, sur les six dyades, quatre enfants sont de sexe masculin et deux enfants de sexe féminin.

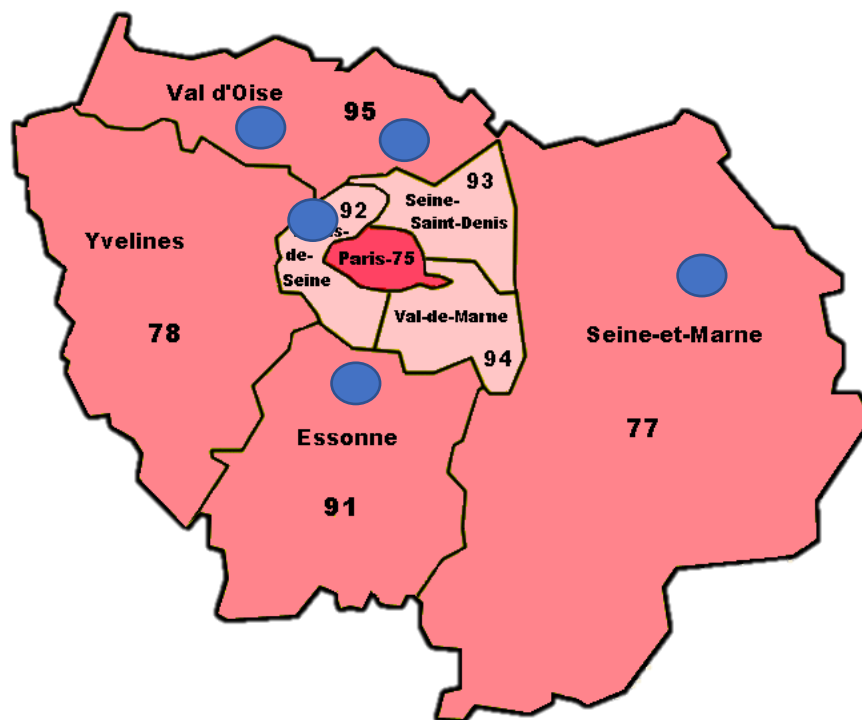
Les dyades sont toutes admises au sein d'un centre maternel de la région francilienne.

## 2. Lieux de recrutement

Dans l'objectif de créer une cohorte de mères ayant eu leur enfant pendant leur adolescence et qui bénéficient d'un parcours de prise en charge, nous avons cherché à entrer en contact avec des structures ayant l'habitude d'accueillir des jeunes femmes étant devenues mère alors qu'elles étaient encore mineures.

Le contexte de la crise sanitaire du covid a représenté un frein majeur dans les possibilités de rencontre avec ces institutions. En effet, le règlement concernant les visites a souvent constitué un obstacle à l'organisation de temps d'échange avec les professionnels et a retardé significativement nos recrutements. Ainsi, les recrutements ont débuté en moyenne avec huit mois de retard sur notre calendrier initial.

Les six dyades de notre étude ont été recrutées sur cinq structures différentes, quatre centres maternels et un centre parental répartis dans quatre départements de la région francilienne :



*Répartition sur l'ensemble de l'Île de France des structures de recrutement pour la recherche*



### **Centre parental de l'Association HEVEA (Val d'Oise)**

Le centre parental HEVEA relève de la Protection de l'Enfance et a pour mission centrale le soutien à la parentalité. Il s'agit du soutien du lien parents-enfant et l'accompagnement des parents vers leur autonomie sociale.

Le centre parental accueille 17 familles (familles mono-parentales ou couples) et leur enfant. Les jeunes parents doivent avoir entre 17 et 26 ans. L'admission peut se faire à compter du 7<sup>ème</sup> mois de grossesse et le séjour peut durer jusqu'aux 3 ans de l'enfant. Il s'agit de jeunes parents fragilisés, au parcours souvent difficile (errance, précarité, isolement, etc.).

Le centre parental propose un hébergement en appartement individuel sur la ville de Cergy essentiellement. L'équipe pluridisciplinaire accompagne les enfants et leurs parents sur l'ensemble des axes de la vie (professionnel, logement, santé, famille, etc.). L'accueil est conditionné par un accord de financement de l'Aide Sociale à l'Enfance.



### **Centre maternel « La Villa Jeanne » de la Fondation Droit d'Enfance (Essonne)**

Le centre maternel de la Villa Jeanne héberge 27 jeunes mères en grande vulnérabilité, isolées et parfois mineures.

- 12 studios dans l'établissement
- 15 appartements-relais dans les communes avoisinantes.

La Villa Jeanne les accompagne sur leur projet de vie et de protection pour leur(s) enfant(s). La Villa Jeanne apporte ainsi une réponse sécurisante qui permet à ces jeunes femmes de prendre le temps de se reconstruire et de se projeter dans l'avenir (l'accueil est possible jusqu'aux 3 ans du plus jeune enfant).

Le projet de soutien à la parentalité du centre maternel Villa Jeanne vise l'épanouissement personnel des jeunes mères et celui de leur enfant. Leur insertion sociale et professionnelle y est envisagée comme moyen d'accès à l'autonomie.

Le financement est assuré par les services départementaux de l'ASE.



**Centre maternel « Le Vert Logis » de l'Association Joséphine Butler (Val d'Oise)**

Le Vert Logis est un centre maternel géré par une association loi 1901, l'association Joséphine Butler qui est devenue une fondation abritée au sein de la Fédération de l'Entraide Protestante en 2012.

Le Vert Logis accueille des jeunes femmes de 14 à 25 ans enceintes (à partir du 5<sup>ème</sup> mois) ou avec un enfant de moins de trois ans.

L'association a passé une convention avec le département du Val d'Oise qui assure le fonctionnement et le contrôle de l'établissement par l'intermédiaire de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Le centre maternel comprend 15 chambres dans la partie collective du centre et 6 studios externes.



**Centre Maternel Accueil Samarie de la Fondation des Apprentis d'Auteuil (Seine-et-Marne)**

Le Centre Maternel Accueil Samarie reçoit des jeunes filles de 14 à 21 ans, enceintes de trois mois minimum. Sa mission s'inscrit dans le dispositif de Protection de l'Enfance et de la Famille.

L'établissement a une capacité d'accueil de douze places : huit mères avec leur enfant peuvent être accompagnées au sein de la partie collective du centre et quatre mères peuvent bénéficier d'un appartement relais selon leur degré d'autonomie.

Son rôle est d'accompagner les jeunes femmes dans leur projet personnel avant et après la naissance du bébé en veillant à la qualité du lien mère-enfant et en s'assurant de la place du père.



## Service d'Accueil de Familles en Appartement (SAFA) de l'Association AVVEJ (Hauts-de-Seine)

Les Maisons d'Accompagnement Parents Enfants (MAPE) accueillent des femmes enceintes et mères mineures ou majeures, ou couples avec un ou deux enfants de moins de trois ans. 55 familles, dont 47 accueillies en foyer maternel et 8 couples en accueil parental.

- Le pôle internat prend en charge 17 femmes mineures et jeunes adultes enceintes ou mères, avec leurs enfants, à Antony (8 familles) et à Fontenay-aux-Roses (9 familles).
- Le Service d'Accueil de Familles en Appartement (SAFA) accueille 38 familles constituées de femmes seules ou de couples avec enfants : 15 familles à Antony, 12 à Colombes et 11 à Fontenay-aux-Roses.

L'accueil des enfants en journée se fait dans deux crèches collectives à Antony et Fontenay-aux-Roses et par trois équipes d'assistantes maternelles professionnelles des MAPE à Antony, Colombes et Fontenay-aux-Roses.

---

Plusieurs rencontres se sont également effectuées avec des organismes ou autres structures de soin afin de présenter notre travail de recherche.

- **LA DASES de Paris et la SEAPPE**

La Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé exerce l'ensemble des compétences dévolues au Département en matière sociale, médico-sociale et de santé (sauf en ce qui concerne la protection maternelle et infantile) et certaines missions municipales.

La Sous-direction de la Prévention et de la Protection de l'Enfance (SDPPE) exerce les missions confiées au service de l'Aide Sociale à l'Enfance (défini par l'article L221-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF)).

Afin de pouvoir élargir nos possibilités de recrutement de dyades mère-enfant répondant à nos critères d'inclusion, nous avons mis en place une collaboration avec le SEAPPE. L'équipe du SEAPPE nous a mis en relation avec plusieurs centres maternels du département.

- **Les SAF (DASES de Paris) (Service d'Accueil Familial)**

Les SAF sont des services déconcentrés, dont les équipes, pluridisciplinaires sont placées sous l'autorité hiérarchique d'un directeur. Ils font également partie de la DASES et de la sous-direction de la protection de l'enfance.

Leurs actions sont définies par le Code de l'Action sociale et des familles et s'inscrivent dans le cadre du schéma parisien de prévention et de protection de l'enfance 2015-2020.

La Ville de Paris dispose de 8 SAF : 1 à Paris, 4 en région parisienne (Montfort l'Amaury, Noisiel, Enghien et Bourg-la-Reine) et 3 en province (Le Mans, Sens et Auxerre).

Les principales missions d'un SAF sont d'organiser et d'accompagner le dispositif d'accueil familial des jeunes confiés sous sa responsabilité, sur décision administrative ou judiciaire, et de recruter et encadrer des assistantes familiales. Alors que les secteurs de l'ASE sont les référents du parcours des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfant de Paris, les SAF qui accompagnent l'enfant au quotidien en sont les référents socio-éducatifs de proximité.

Au cours de notre recherche, nous avons rencontré la Direction du SAF parisien afin d'exposer notre projet de recherche et permettre la création de liens avec des structures de soin du territoire.

- **Service des PMI de Paris**
- **Ville de Paris : une rencontre avec la Maire adjointe à la protection de l'enfance de Paris**
- **L'Observatoire parisien de la protection de l'enfance**



### 3. Outils utilisés dans la recherche

#### L'Entretien semi-structuré pour analyse IPA<sup>5</sup>

Pour la construction de la grille d'entretien, on utilise *l'Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)*.

Il s'agit d'une méthode qualitative connue utilisée pour explorer en profondeur la manière dont les individus perçoivent les situations particulières auxquelles ils sont confrontés et comment ils perçoivent leur monde interne, personnel et social (Smith et al., 2009).

L'approche est phénoménologique en ce sens qu'elle implique une exploration détaillée de l'expérience de vie des participants. On cherche à explorer l'expérience personnelle, le vécu subjectif d'un évènement. Plutôt que de réduire un phénomène à une variable ou à un nombre identifiable et de contrôler le contexte dans lequel le phénomène est identifié, la phénoménologie vise à décrire le plus fidèlement possible le phénomène et le contexte dans lequel il a lieu (Smith et al., 2009).

Cet entretien, qui constitue la première étape du protocole, vise à explorer le vécu subjectif de la maternité chez les adolescentes au cours de leur grossesse et jusqu'aux deux ans de l'enfant. Ainsi nous nous pencherons sur le vécu rétrospectif de la mère, la façon dont elle déploie son récit sur sa grossesse et les premiers mois en tant que mère, ainsi que sur son vécu actuel.

La méthode d'analyse de l'IPA nécessitant d'être formé au codage des entretiens, nous avons ainsi suivi le Séminaire de méthodes qualitatives, « INIQUALI », dispensé par La Maison des Adolescents – Maison de Solenn (Hôpital Cochin).

La formation menée par le Dr Emilie Carretier (CCA) et le Dr Sélim Guessoum (CCA) sous la direction du Pr Marie Rose Moro (PU-PH) a permis la construction d'un guide d'entretien et d'une familiarisation à l'analyse des données.

La participation à cette formation a été motivée par le souhait de s'inscrire dans une démarche scientifique rigoureuse autour de l'analyse des données. Un des intérêts repose également sur le partage collégial du travail d'analyse avec d'autres chercheurs impliqués dans des recherche qualitatives.

---

<sup>5</sup> La grille de l'entretien semi-directif se trouve en annexe

### *Analyse qualitative des entretiens semi-directifs*

Les entretiens, recueillis sur dictaphone, sont retranscrits. L'anonymat est respecté. Les retranscriptions des entretiens de chaque participant sont lues au moins dix fois, puis des commentaires sont inscrits dans la marge qui permettent d'identifier les premiers thèmes émergents et leur analyse subséquente.

La méthode de l'IPA consiste à mettre en évidence les similitudes et les différences entre les récits, distinguer les schémas récurrents en tenant compte des différences et des divergences dans les contenus des récits.

Le codage est effectué en insu par une équipe de chercheurs, permettant ainsi une triangulation de l'analyse. Des significations peuvent apparaître à chaque lecture. Les thèmes récurrents, qui représentent un partage de compréhension du phénomène entre les participants, sont repérés. Ils sont ensuite regroupés et organisés selon une thématique plus globale, en rapport avec notre question de départ, et qui répond à la catégorie des méta-thèmes ou thème super-ordinate selon la terminologie de Smith (2009). Diverses triangulations sont proposées.

Cette démarche d'analyse se veut un processus interprétatif en plusieurs temps. Les entretiens sont stoppés à saturation des données.

### **Questionnaire de Recueil des données socio démographiques<sup>6</sup>**

Le recueil des données se fait de manière rétrospective à l'aide d'un auto-questionnaire rempli par le chercheur lors d'un court entretien avec la mère à la suite de l'entretien semi-directif.

Dans ce questionnaire, nous cherchons à renseigner pour l'ensemble de notre cohorte une description extrêmement précise de la population : conditions de vie, comportements (consommation de tabac et addiction), passé obstétrical, suivi de grossesse (nombre d'échographies et de consultations), déroulement de l'accouchement, caractéristiques du nouveau-né, données sur le père de l'enfant.

Le questionnaire portera également sur le parcours de prise en charge psychologique et médico-sociale des jeunes femmes, de leur grossesse aux deux ans de l'enfant

---

<sup>6</sup> La grille du questionnaire se trouve en annexe

## Le BDI-2 - Inventaire de dépression de Beck<sup>7</sup>

Le protocole comprend l'utilisation d'une échelle de dépression et d'une échelle d'anxiété. Ces échelles couramment employées par les recherches cliniques, permettent de compléter les données issues de l'entretien semi-directif pour des possibles signes psychopathologiques du côté de l'anxiété et/ou de la dépression.

Ces données complémentaires nous permettront une mise en perspective plus fine du récit issu des entretiens semi-directifs avec des éventuels signes psychopathologiques repérés.

L'Inventaire de dépression de Beck (1987) constitue une référence internationale dans l'évaluation de la dépression de l'adulte. L'auteur du questionnaire d'auto-évaluation de la dépression (BDI), A.T. Beck, est connu pour ses travaux sur le modèle cognitif de la dépression et sur l'application de ce modèle à la psychothérapie.

Construit sur la base des critères diagnostiques des troubles dépressifs du DSM-IV, cet inventaire permet de mesurer la sévérité de la dépression et de préciser la nature des troubles.

Ce questionnaire donne une estimation quantitative de l'intensité de la dépression. Il est constitué de 21 items, chaque item comprenant 4 phases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme sur une échelle de 0 à 3. Le score total correspond à la somme des différents items.

---

<sup>7</sup> L'échelle de l'Inventaire de Dépression de Beck se trouve en annexe

## L'échelle d'Anxiété – Trait – Etat de Spielberger (STAI-Y)<sup>8</sup>

Le *State Trait Anxiety Inventory* est un auto-questionnaire de 40 items créé par Spielberger (1993).

Développé selon la forme X en 1969, il a été reformulé sous la forme Y actuelle par Spielberger en 1983. Cette forme Y a été adaptée en français au début des années 90 (Spielberger, Bruchon-Schweitzer & Paulhan, 1993). Il s'agit d'une des échelles d'anxiété les plus utilisées.

Le questionnaire se compose de deux parties, de 20 items chacune, qui évaluent de façon indépendante l'anxiété État (STAI-A) et l'anxiété Trait (STAI-B), ce qui fait son intérêt.

- **L'échelle d'anxiété-état** évalue les sentiments d'appréhension, la tension, la nervosité et l'inquiétude que le sujet ressent au moment de la consultation. C'est un indicateur des modifications transitoires de l'anxiété provoquées par des situations thérapeutiques ou aversives.
- **L'échelle d'anxiété-trait** évalue les sentiments d'appréhension, la tension, la nervosité et l'inquiétude que le sujet ressent habituellement. Cette échelle a pour but de repérer l'anxiété comme disposition stable. Elle constitue ainsi le point de départ d'une action thérapeutique.

Chaque item est coté de 1 à 4, pour chaque partie la note varie donc de 20 à 80. La consistance interne des deux échelles est excellente ( $\alpha > 0.90$ ). La fidélité test-retest est meilleure pour l'anxiété Trait (0,65-0,75) que pour l'anxiété État (0,34-0,62). Des normes existent dans diverses populations. Chez des étudiants américains, Spielberger a défini un score moyen de 39 (SD=8) chez les hommes et 39 (SD=9) chez les femmes. Les moyennes retrouvées dans l'échantillon français de standardisation sont pour l'anxiété État de 40,7 +/- 10,3 et pour l'anxiété Trait de 45,1 +/- 11,1 chez les femmes et de 41,9 +/- 9,5 chez les hommes.

---

<sup>8</sup> L'échelle d'Anxiété – Trait – Etat de Spielberger (STAI-Y) se trouve en annexe

## **Le Coding Interactive Behavior (CIB)**

Le *Coding Interactive Behavior* est un système de cotation de l'interaction parent-enfant, à présent largement utilisé dans la littérature internationale, mis au point par l'équipe israélienne de Feldman (1998) et validée en 2001 (Keren et al, 2001) et 2003 (Feldman et al, 2003).

Il s'agit d'une échelle permettant de dresser un profil des interactions précoces pour des enfants de 2 à 36 mois. Des variantes de cette échelle existent concernant les interactions familiales, les moments d'allaitement au sein ou au biberon ou spécifiques au nouveau-né. La cotation nécessite une longue période d'entraînement précédant une validation.

La cotation s'effectue après avoir observé l'ensemble de la vidéo. Elle contient 43 items. Le CIB évalue non seulement chacun des partenaires de l'interaction, mais aussi le fonctionnement propre de la dyade.

Un des avantages du *Coding Interactive Behavior* repose sur sa dimension intégrative des différents concepts utilisés en périnatalité : le CIB intègre les concepts développementalistes des états d'éveil de Brazelton, le niveau d'attachement d'Ainsworth, le holding de Winnicott, la réflexivité de Fonagy et l'intermodalité de Stern.

### *Cotation :*

Chaque item de comportement est coté sur une échelle en 5 points. En général, 1 désigne le niveau minimal du comportement ou de l'attitude spécifique et 5 désigne le niveau maximal, indépendamment du fait que 1 ou 5 puisse représenter un niveau optimal de fonctionnement.

Durant la première année, six dimensions peuvent être extraites des échelles CIB :

- Sensibilité Parentale,
- Intrusion Parentale,
- Engagement Social de l'Enfant,
- Émotivité Négative de l'Enfant,
- Réciprocité Dyadique,
- États Négatifs de la Dyade.

Dans la deuxième et troisième année, deux autres dimensions supplémentaires apparaissent :

- Mise en place des Limites/du Cadre par les parents,
- Compliance de l'enfant.

Tous ces dimensions ont montré une consistance interne adéquate à excellente pour l'ensemble des échantillons.

**Le dispositif :** l'adulte et l'enfant doivent jouer. L'enregistrement vidéo dure entre trois à cinq minutes. Les mêmes jouets sont proposés à toutes les dyades.

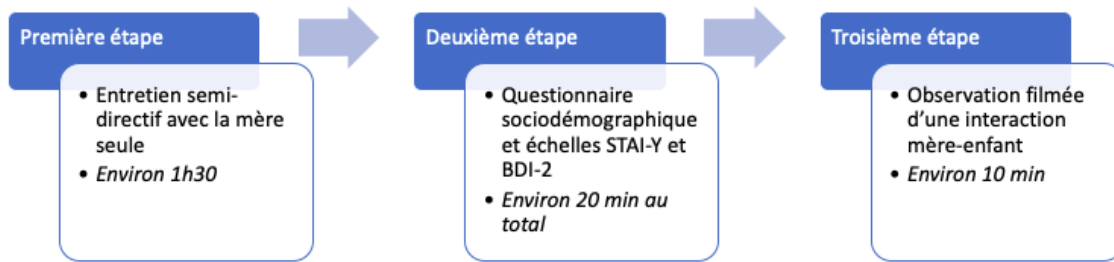
Le CIB a fait l'objet d'une traduction en français par l'Unité Vivaldi du service de pédopsychiatrie de l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière (Viaux-Savelon et al., 2013).

Une formation complète à l'utilisation du CIB a été suivie afin de garantir l'analyse la plus rigoureuse possible des données issues des observations. La formation était constituée d'une première partie théorique (sur trois jours), suivie d'un entraînement progressif de douze vidéos d'interactions à coter. La formation a été validée officiellement en septembre 2022.

Les cotations des vidéos de la recherche ont été effectuées par trois cotateurs : le chercheur principal de l'étude qui était amené à effectuer les entretiens de recherche ainsi que deux autres cotateurs à l'aveugle.

Afin de comparer les résultats au CIB de notre échantillon, nous nous sommes notamment appuyés sur les travaux de C. Leclère qui a effectué sa thèse sur les interactions précoces mères-enfant en situations de négligence émotionnelle (Leclère, 2015). Dans son travail de thèse, l'auteur a constitué un groupe contrôle, composé de 10 dyades mère-enfant tout venant, afin de pouvoir comparer leurs scores au CIB avec son échantillon de dyades dans lesquelles des situations de négligence émotionnelle avait été diagnostiquées. Nous avons ainsi repris les données de son groupe contrôle donc les enfants étaient âgés entre 12 et 36 mois afin de les mettre en perspective avec les données issues des dyades de notre recherche.

## 4. Protocole



Après un premier contact avec les structures de soin pour présenter les objectifs de la recherche et le protocole, les équipes de professionnels déterminaient le nombre de dyades correspondant aux critères d'inclusion présentes au sein de leur structure. Les professionnels de l'équipe présentaient alors la recherche aux mères concernées à l'aide d'un formulaire faisant office de guide de présentation<sup>9</sup>.

Si les mères étaient d'accord pour participer, nous les contactions alors directement par téléphone afin de répondre à leurs questions et déterminer un rendez-vous de passation.

Le protocole s'est effectué dans la majorité des cas en une seule fois afin de simplifier des conditions d'organisation. Nous prévoyions un temps où nous pouvions être avec la mère seule afin de mener l'entretien et de faire passer les échelles, puis un deuxième temps (à la suite du premier) où elles récupéraient leur enfant pour effectuer l'observation filmée.

Les entretiens ont eu lieu sur le lieu de vie des mères, au sein des centres maternels ou de leur appartement autonome, extérieur au centre.

---

<sup>9</sup> Le guide à destination des professionnels pour la présentation de la recherche aux sujets se trouve en annexe.

#### IV. Dimension éthique de la recherche

La recherche en psychologie « *a pour finalité de mieux connaître l'objet d'étude soutenue par le souci de la preuve et l'effort de généralisation, elle a pour particularité et spécificité d'étudier l'être humain* » (Varescon, 2012, p. 65). Cette étude va à la rencontre de jeunes mères et de leur enfant, leur offrant l'opportunité de s'entretenir avec un psychologue-chercheur pour questionner leur histoire familiale et les réaménagements psychiques de la maternité.

Ainsi, le psychologue-chercheur doit-il se soucier de l'intérêt de la recherche et des conséquences qu'elle peut avoir sur les personnes qui y participent. Il s'agit d'être attentif aux conséquences qu'elle aura sur l'intégrité psychologique et sur la vie privée des sujets. Nous prenons donc en compte dans notre protocole les possibles effets de notre intervention sur les jeunes mères. En effet, notre intervention consiste à leur proposer de raconter leur histoire, parfois douloureuse, et de faire part des réaménagements psychiques importants associés à leur maternité, à laquelle sont associés des affects divers et parfois intenses. Nous devons donc veiller à ce que l'entretien n'ait pas un caractère désorganisateur par la réactivation d'éléments trop douloureux et non élaborés de l'histoire individuelle des sujets.

Il est important de préciser que les mères rencontrées bénéficient d'un accompagnement éducatif et psychologique au sein des centres maternels dans lesquels elles sont accueillies. Dans le consentement, il est précisé que leur choix de participer ou non à la recherche n'implique pas de changement concernant leur prise en charge au sein du centre maternel.

La participation des sujets à cette étude était fondée sur le volontariat et faisait suite à leur consentement. Les sujets avaient la possibilité d'interrompre leur participation à tout moment, sans aucun impact sur la poursuite de leur prise en charge au sein de leur structure de soin. Dans le cas où la situation l'imposait ou que les sujets en faisaient la demande, le psychologue-chercheur se devait d'orienter le sujet vers une prise en charge psychologique adéquate (en priorité vers le psychologue du centre maternel).

Deux formulaires de consentement<sup>10</sup> ont été signés par les mères : un concernant la participation de leur enfant et un concernant leur propre participation. Les pères devaient également signer un formulaire de consentement concernant la participation de leur enfant. Lorsque l'accord du père n'avait pas pu être recueilli, l'enfant ne participait pas à la recherche et nous nous limitons alors à la passation de l'entretien semi-directif et du remplissage des échelles par la mère.

---

<sup>10</sup> Les formulaires de consentement se trouvent en annexes.



### ***Accès aux données et documents source***

Les personnes ayant un accès direct conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur prennent toutes les précautions nécessaires en vue d'assurer la confidentialité des informations relatives aux personnes qui s'y prêtent. Dans le formulaire d'information et dans le formulaire de consentement, il est stipulé que les enregistrements audios, vidéos et informations écrites sont anonymement numérotés et accessibles seulement par les membres de l'équipe de recherche. Aucun nom n'apparaissait sur les enregistrements audios, ni sur les fichiers informatiques, ni dans les rapports et publications. Les sujets étaient également informés qu'ils sont en mesure de posséder ces données s'ils les réclament.

La recherche a obtenu un **avis favorable du CPP** (Comité de Protection des Personnes) SUD-OUEST ET OUTRE-MER 2 le 20 avril 2022 (n° ID-RCB : 2022-A00255-38).<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> L'avis favorable du CPP se trouve en annexes



## Chapitre 3

### PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS



## **I. Illustrations cliniques**

### **1. Katie et sa fille Délhia**

#### **a. Présentation générale**

(...)

*Partie clinique non diffusée dans cette version en ligne dans l'optique de protéger la confidentialité des données*

#### **b. Analyse thématique du verbatim**

(...)

*Partie clinique non diffusée dans cette version en ligne dans l'optique de protéger la confidentialité des données*

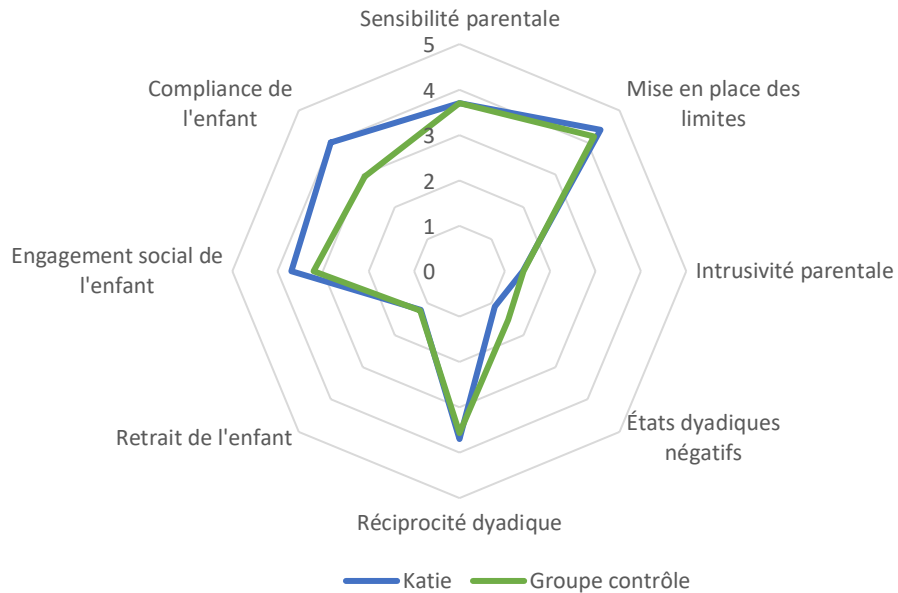
#### **c. Qualité de l'interaction**

*Âge de l'enfant : 15 mois*

La passation vidéo se déroule sans difficulté. Délhia apprécie le moment avec sa mère et prend du plaisir à investir les différents jouets. Elle est plutôt joyeuse et vocalise beaucoup. Elle commence par s'intéresser au puzzle (constitué d'animaux à encastrer). Elle est très précautionneuse dans ses gestes et concentrée sur sa tâche. La mère lui propose successivement différents jouets : le livre puis la poupée et enfin la dinette. Délhia se saisit des propositions de sa mère, s'y intéresse et revient parfois sur son puzzle. Elle se saisit plus particulièrement de la dinette, met les aliments à la bouche de sa mère, tout en vocalisant. Elle vide le panier qui fait office de contenant pour la dinette. Enfin, elle s'intéresse aux cubes de construction, les apporte à sa mère et remplit le petit panier avec. Elle est très intéressée par la caméra et le chercheur, le regarde et vocalise à plusieurs reprises à son attention.

Il y a peu de verbalisation de la mère à l'égard de sa fille, mais l'interaction est constante et fluide entre elles.

## Le CIB



	Sensibilité parentale	Mise en place des limites	Intrusivité parentale	États dyadiques négatifs	Réciprocité dyadique	Retrait de l'enfant	Engagement social de l'enfant	Compliance de l'enfant
<b>Katie</b>	3,7	4,4	1,4	1,1	3,7	1,2	3,7	4
<b>Groupe contrôle</b>	3,7	4,2	1,4	1,5	3,6	1,2	3,2	3,0

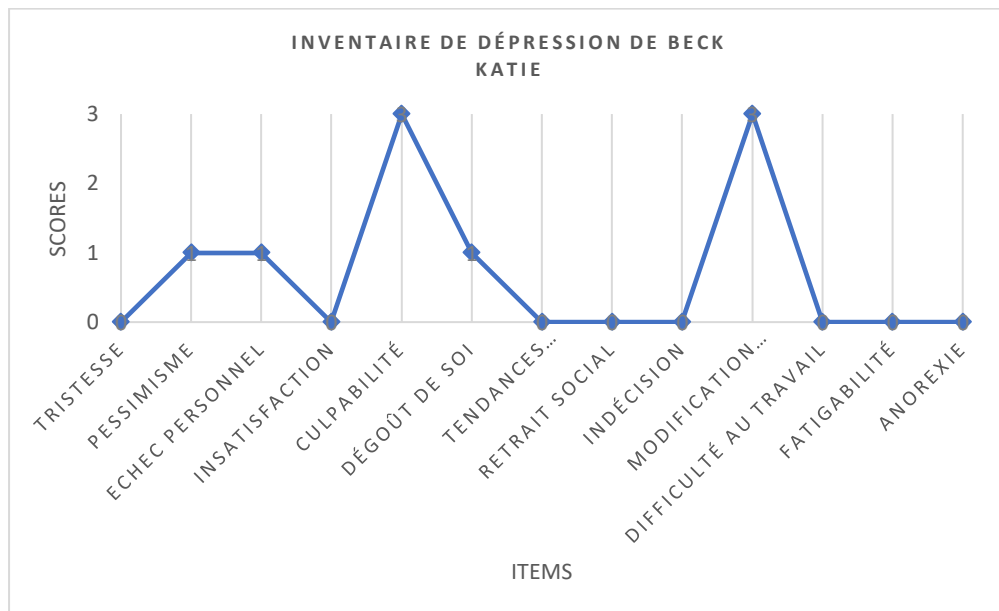
L'analyse du CIB met en évidence une interaction de qualité avec une bonne sensibilité parentale et une mise en place des limites. La mère ne manifeste pas d'intrusivité. Nous n'observons pas de retrait de l'enfant ou d'états négatifs. La réciprocité dyadique est bonne. Les scores de Katie au CIB se rapproche très fortement des scores moyens relevés sur le groupe contrôle (Leclère, 2015).

#### d. Questionnaires

##### L'inventaire de dépression de Beck

Seuils de gravité	Pas de dépression (0-4)	Dépression légère (4-7)	Dépression modérée (8-15)	Dépression sévère (16 et plus)
			<b>Katie (9)</b>	

À l'échelle d'auto-évaluation de l'Inventaire abrégé de dépression de Beck, Katie se situe dans l'intervalle de « Dépression modérée » avec un score de 9.



À l'analyse de la répartition des scores aux différents items, il apparaît que Katie présente des scores élevés concernant la « culpabilité » et la « modification négative de l'image de soi ».

## Questionnaire STAI-Y : anxiété état et anxiété trait de Spielberger

ANXIÉTÉ-ETAT					
Seuils de gravité	Très faible < 35	Faible 36 à 45	Moyen 46 à 55	Élevé 55 à 65	Très élevé > 65
	Katie (34)				
ANXIÉTÉ-TRAIT					
Seuils de gravité	Très faible < 35	Faible 36 à 45	Moyen 46 à 55	Élevé 55 à 65	Très élevé > 65
<i>Pas de données</i>					

À l'échelle d'auto-évaluation de l'anxiété état et anxiété trait de Spielberger, Katie se situe dans l'intervalle « Très Faible » anxiété pour l'échelle de l'Anxiété-État (34).

*Katie n'ayant pas rempli la partie du questionnaire correspondant à l'échelle de l'anxiété-Trait, nous n'avons pas les données correspondantes.*

## 2. Imane et son fils Nassim

### a. Présentation générale

(...)

*Partie clinique non diffusée dans cette version en ligne dans l'optique de protéger la confidentialité des données*

### b. Analyse thématique du verbatim

(...)

*Partie clinique non diffusée dans cette version en ligne dans l'optique de protéger la confidentialité des données*

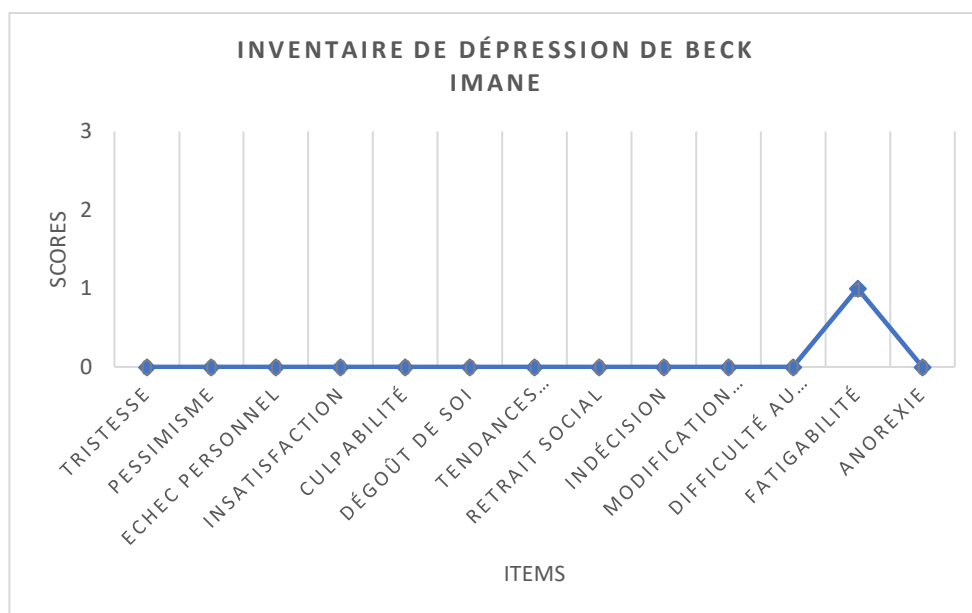
*Le père de Nassim n'ayant pas accepté la participation de leur enfant, l'observation vidéo de l'interaction mère-enfant n'a pas pu se faire.*

### a. Questionnaires

#### L'inventaire de dépression de Beck

Seuils de gravité	Pas de dépression (0-4)	Dépression légère (4-7)	Dépression modérée (8-15)	Dépression sévère (16 et plus)
	Imane (1)			

À l'échelle d'auto-évaluation de l'Inventaire abrégé de dépression de Beck, Imane se situe dans l'intervalle « Pas de dépression » avec un score de 1.



À l'analyse de la répartition des scores aux différents items, il apparait que Imane présente un niveau un peu plus élevé que pour les autres items concernant la « fatigabilité ».

### La STAI-Y

#### Questionnaire STAI-Y : anxiété état et anxiété trait de Spielberger

ANXIÉTÉ-ETAT					
Seuils de gravité	Très faible < 35	Faible 36 à 45	Moyen 46 à 55	Élevé 55 à 65	Très élevé > 65
	<b>Imane (25)</b>				
ANXIÉTÉ-TRAIT					
Seuils de gravité	Très faible < 35	Faible 36 à 45	Moyen 46 à 55	Élevé 55 à 65	Très élevé > 65
	<b>Imane (34)</b>				

À l'échelle d'auto-évaluation de l'anxiété état et anxiété trait de Spielberger, Imane se situe dans l'intervalle « Très Faible » anxiété pour l'échelle de l'Anxiété-État (25) et « Très faible » pour l'échelle de l'anxiété-Trait (34). Nous pouvons souligner que le l'Anxiété-Trait obtient un score plus élevé que l'Anxiété-État avec une différence de 10 points.



### 3. Fanny et son fils Zack

#### a. Présentation générale

(...)

*Partie clinique non diffusée dans cette version en ligne dans l'optique de protéger la confidentialité des données*

#### b. Analyse thématique du verbatim

(...)

*Partie clinique non diffusée dans cette version en ligne dans l'optique de protéger la confidentialité des données*

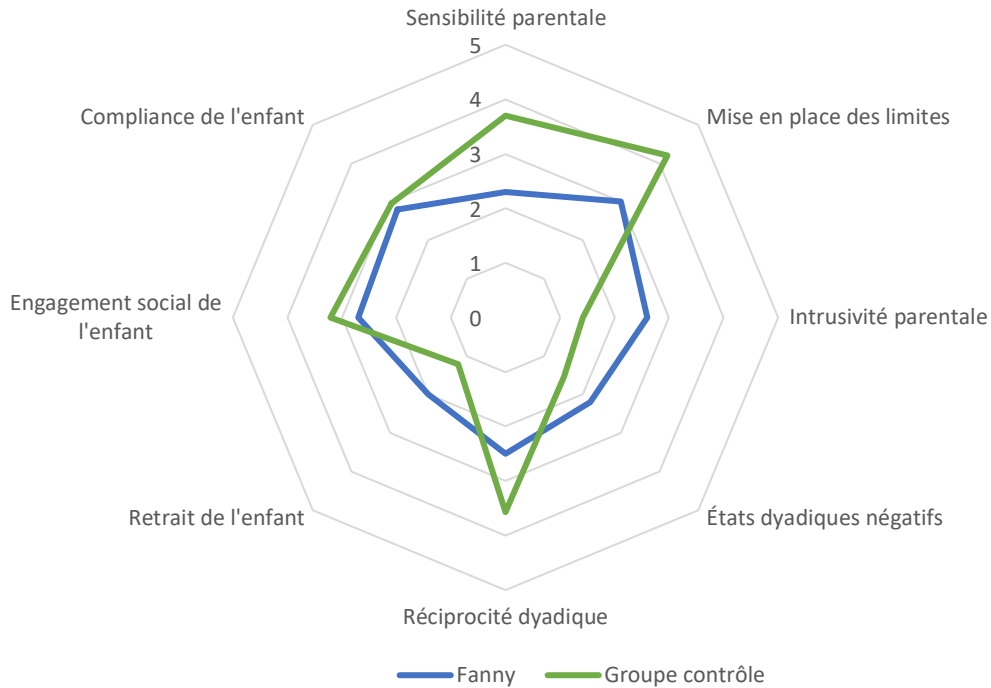
#### a. Qualité de l'interaction

*Âge de l'enfant : 15 mois*

La passation vidéo se déroule sans difficulté. Zack est intéressé par les différents jouets. Il paraît cependant parfois en retrait, voire dans des attitudes légèrement d'évitement envers sa mère. Fanny apparaît peu impliquée et montre peu de plaisir à être dans l'interaction avec son fils. L'échange est plutôt pauvre et la posture de Fanny apparaît comme passive. Zack s'intéresse dans un premier temps au jeu de construction. La mère tente de façon assez rigide de lui faire empiler les éléments. Elle répète à de très nombreuses reprises de ne pas mettre les jouets à la bouche. Elle propose à son fils le jeu de la dinette dans un second temps mais aucune élaboration n'est possible à partir de ce jeu à caractère symbolique. Zack se saisit parfois des propositions de sa mère mais se positionne aussi dans des attitudes de refus. Il s'éloigne à quelques reprises pour aller explorer le reste de l'espace. Seulement deux types de jouets sont utilisés par la mère sur les cinq à disposition.

Il y a peu de verbalisation de la mère à l'égard de son fils.

## Le CIB



	Sensibilité parentale	Mise en place des limites	Intrusivité parentale	États dyadiques négatifs	Réciprocité dyadique	Retrait de l'enfant	Engagement social de l'enfant	Compliance de l'enfant
<b>Fanny</b>	2,3	3	2,6	2,2	2,5	2	2,7	2,8
<b>Groupe contrôle</b>	3,7	4,2	1,4	1,5	3,6	1,2	3,2	3,0

L'analyse du CIB met en évidence un trouble des interactions, manifestement caractérisé par un défaut de sensibilité maternelle. L'enfant est en retrait face à une mère qui présente peu d'investissement dans l'interaction. Pour autant Zack fait part de compliance dans une tentative probable de ramener sa mère à une posture moins passive dans la relation. L'engagement de l'enfant est faible et l'interaction présente un manque de réciprocité dyadique.

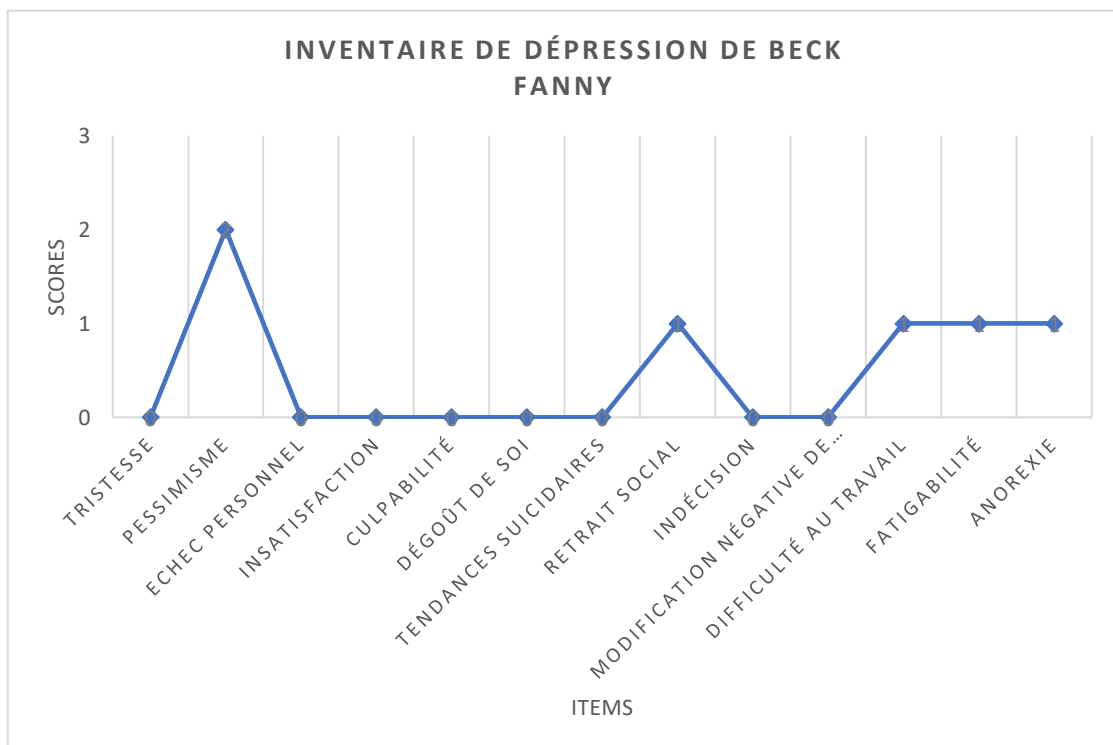
## b. Questionnaires

### L'inventaire de dépression de Beck

Seuils de gravité	Pas de dépression (0-4)	Dépression légère (4-7)	Dépression modérée (8-15)	Dépression sévère (16 et plus)
		Fanny (6)		

À l'échelle d'auto-évaluation de l'Inventaire abrégé de dépression de Beck, Fanny se situe dans l'intervalle « Dépression légère » avec un score de 6.

À l'analyse de la répartition des scores aux différents items, il apparaît que Fanny présente un niveau plutôt élevé à l'item du pessimisme et un score légèrement élevé pour les items concernant la fatigabilité, les troubles de l'appétit, les difficultés de mobilisation au travail ainsi que le retrait social.



## La STAI-Y

### Questionnaire STAI-Y : anxiété état et anxiété trait de Spielberger

ANXIÉTÉ-ETAT					
Seuils de gravité	Très faible < 35	Faible 36 à 45	Moyen 46 à 55	Élevé 55 à 65	Très élevé > 65
	Fanny (27)				
ANXIÉTÉ-TRAIT					
Seuils de gravité	Très faible < 35	Faible 36 à 45	Moyen 46 à 55	Élevé 55 à 65	Très élevé > 65
			Fanny (47)		

À l'échelle d'auto-évaluation de l'anxiété état et anxiété trait de Spielberger, Fanny se situe dans l'intervalle « Très faible » anxiété pour l'échelle de l'Anxiété-État (27) et dans l'intervalle « Moyen » pour l'échelle de l'anxiété-Trait (47). Nous pouvons souligner que le l'Anxiété-Trait obtient un score beaucoup plus élevé que l'Anxiété-État avec une différence de 20 points. Il ressort donc que Fanny a tendance à être anxieuse de manière générale, mais que cette anxiété ne s'exprime pas particulièrement dans ce moment de vie.

#### **4. Delphine et son fils Léo**

##### **a. Présentation générale**

(...)

*Partie clinique non diffusée dans cette version en ligne dans l'optique de protéger la confidentialité des données*

##### **b. Analyse thématique du verbatim**

(...)

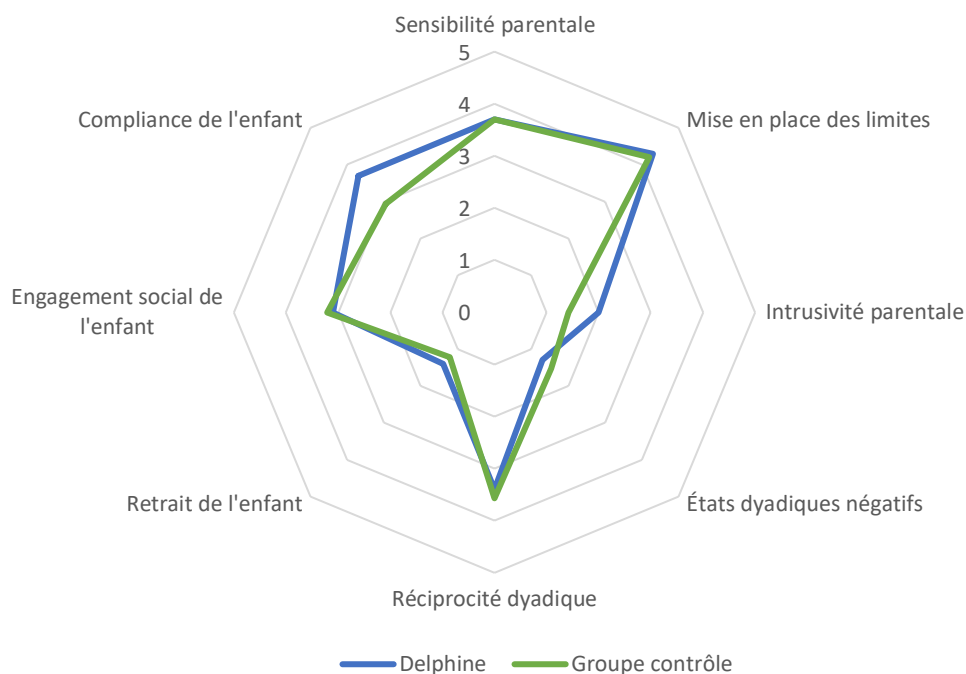
*Partie clinique non diffusée dans cette version en ligne dans l'optique de protéger la confidentialité des données*

##### **a. Qualité de l'interaction**

*Âge de l'enfant : 16 mois*

La passation vidéo se déroule sans difficulté. Léo apprécie le moment et prend du plaisir à investir les différents jouets. La dyade est très posée et Léo semble sécure dans l'interaction avec sa mère. Il s'intéresse particulièrement à la dinette, jeu à partir duquel Delphine peut élaborer des scénarios symboliques (« *tu fais à manger* », « *tu prépares une soupe* »). La mère propose régulièrement un nouveau jeu à son fils, pouvant parfois faire preuve d'une légère intrusivité en l'interrompant dans son activité. Cependant, elle se montre attentive à ses réactions et le laisse guider le jeu. Léo prend beaucoup de plaisir à vider puis re-remplir les différents contenants. Il échange avec sa mère mais vocalise peu. De manière générale, Léo apparaît légèrement en retrait et peu expressif. L'interaction apparaît constante et fluide entre la mère et son fils.

## Le CIB



	Sensibilité parentale	Mise en place des limites	Intrusivité parentale	États dyadiques négatifs	Réciprocité dyadique	Retrait de l'enfant	Engagement social de l'enfant	Compliance de l'enfant
<b>Delphine</b>	3,7	4,3	2	1,3	3,4	1,4	3,1	3,7
<b>Groupe contrôle</b>	3,7	4,2	1,4	1,5	3,6	1,2	3,2	3,0

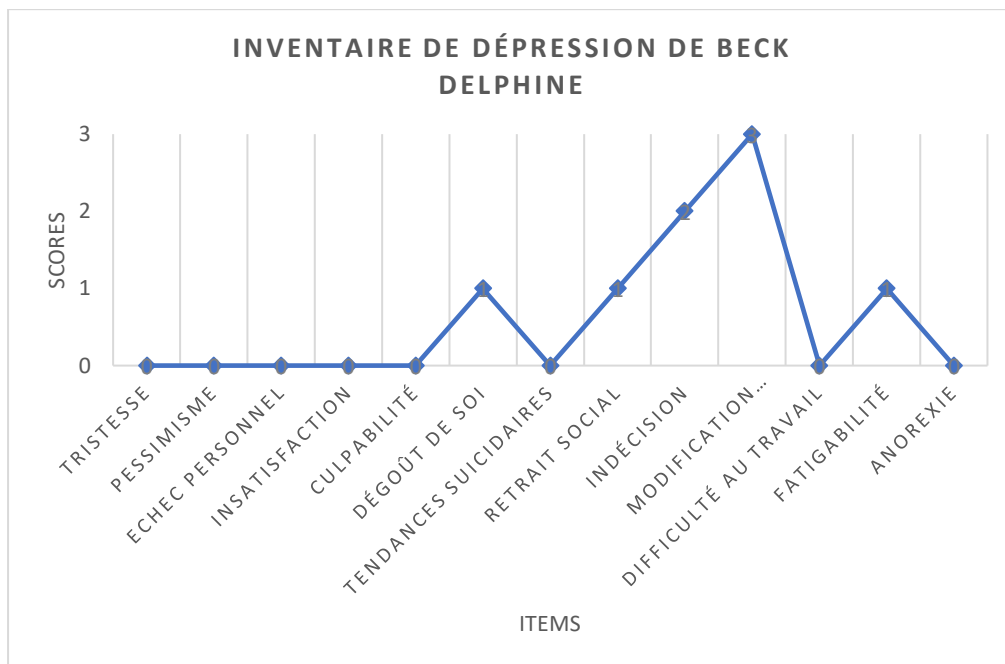
L'analyse du CIB met en évidence une interaction de bonne qualité. La sensibilité maternelle est élevée ainsi que la mise en place des limites de façon ajustée et souple. La mère ne manifeste que très peu d'intrusivité. Nous observons un léger retrait de l'enfant mais quasiment pas d'états dyadiques négatifs. La réciprocité dyadique est bonne.

## b. Questionnaires

### L'inventaire de dépression de Beck

Seuils de gravité	Pas de dépression (0-4)	Dépression légère (4-7)	Dépression modérée (8-15)	Dépression sévère (16 et plus)
			Delphine (8)	

À l'échelle d'auto-évaluation de l'Inventaire abrégé de dépression de Beck, Delphine se situe dans l'intervalle « Dépression modérée » avec un score de 8.



À l'analyse de la répartition des scores aux différents items, il apparaît que Delphine présente un score élevé concernant la « modification négative de l'image de soi » et des scores légèrement élevés aux items du « Dégout de soi » et de la « Fatigabilité ».

## La STAI-Y

### Questionnaire STAI-Y : anxiété état et anxiété trait de Spielberger

ANXIÉTÉ-ETAT					
Seuils de gravité	Très faible < 35	Faible 36 à 45	Moyen 46 à 55	Élevé 55 à 65	Très élevé > 65
		Delphine (39)			
ANXIÉTÉ-TRAIT					
Seuils de gravité	Très faible < 35	Faible 36 à 45	Moyen 46 à 55	Élevé 55 à 65	Très élevé > 65
		Delphine (44)			

À l'échelle d'auto-évaluation de l'anxiété état et anxiété trait de Spielberger, Delphine se situe dans l'intervalle « Faible » anxiété pour l'échelle de l'Anxiété-État (39) et pour l'échelle de l'anxiété-Trait (44).



## **5. Laura et sa fille Mahée**

### **a. Présentation générale**

(...)

*Partie clinique non diffusée dans cette version en ligne dans l'optique de protéger la confidentialité des données*

### **b. Analyse thématique du verbatim**

(...)

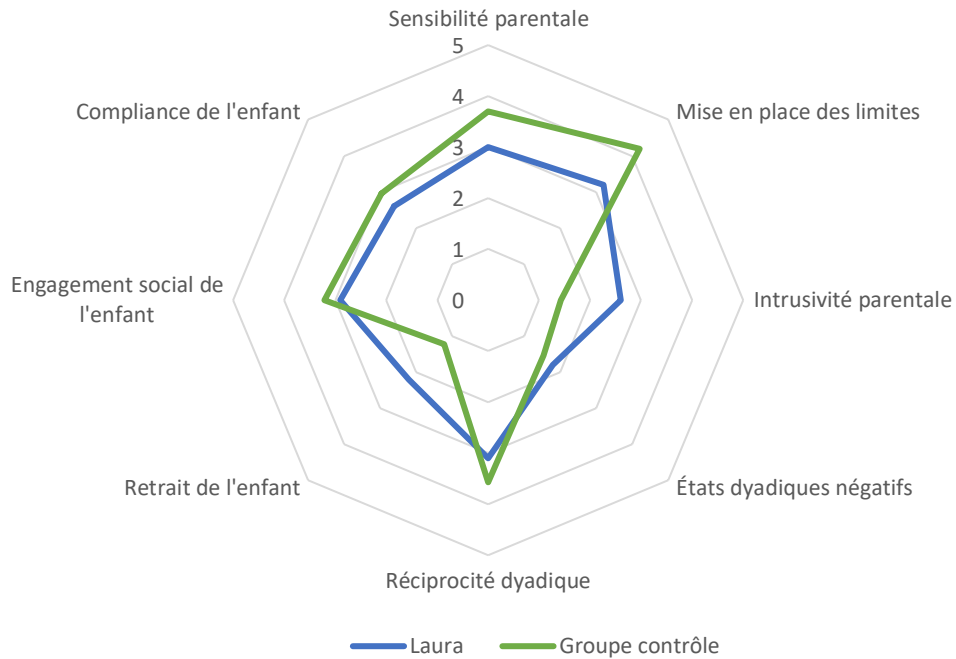
*Partie clinique non diffusée dans cette version en ligne dans l'optique de protéger la confidentialité des données*

### **c. Qualité de l'interaction**

*Âge de l'enfant : 16 mois*

Pendant la passation vidéo, la fille de Laura se montre curieuse par les différents jouets et très impliquée dans leur utilisation. Elle est réceptive aux différentes propositions de jeu de sa mère même si elle peut parfois exprimer son désaccord. Laura, de son côté, apparaît impliquée dans l'interaction, même si elle semble assez rigide dans les propositions faites à sa fille (dans le choix des jouets ou bien la façon de les utiliser). Mahée s'intéresse dans un premier temps au jeu d'emboîtement puis au jeu de construction suite à la sollicitation de sa mère. Dans les deux situations, la mère tente de façon assez rigide de lui faire réussir les empilements. Lorsque sa fille n'y répond pas comme elle le souhaite, Laura change de jeu assez rapidement, interrompant parfois Mahée dans son activité. Elle peut également finalement décider d'effectuer elle-même l'action demandée à sa fille, se mettant ainsi en retrait. Elle répète à de très nombreuses reprises de ne pas mettre les jouets à la bouche. Sa fille va ensuite commencer à s'intéresser à la dinette. Aucune élaboration n'est faite par la mère à partir de ce jeu. Mahée se saisit parfois des propositions de sa mère mais se positionne aussi dans des attitudes de refus. Certains moments apparaissent plus fluides, avec des échanges de rires entre Laura et sa fille notamment dans un jeu de « coucou-caché » avec le panier de la dinette sur la tête. La mère verbalise auprès de sa fille mais beaucoup dans un registre de consigne ou de limites.

## Le CIB



	Sensibilité parentale	Mise en place des limites	Intrusivité parentale	États dyadiques négatifs	Réciprocité dyadique	Retrait de l'enfant	Engagement social de l'enfant	Compliance de l'enfant
<b>Laura</b>	3	3,2	2,6	1,8	3,1	2,2	2,9	2,6
<b>Groupe contrôle</b>	3,7	4,2	1,4	1,5	3,6	1,2	3,2	3,0

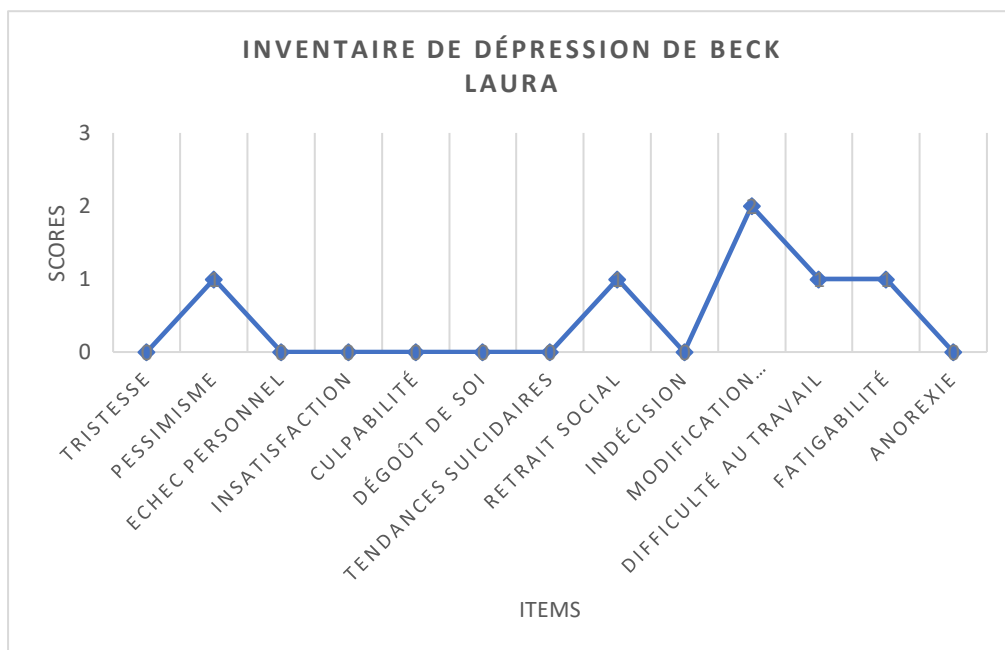
L'analyse du CIB met en évidence une interaction marquée par une sensibilité maternelle moyenne et par une intrusivité parentale un peu élevée. La mère se met dans une posture de contrôle de l'interaction, ne laissant pas toujours à sa fille la possibilité d'initier le jeu. Celle-ci se met d'ailleurs parfois dans une attitude un peu distante face à certaines intrusions maternelles. Nous relevons un score légèrement élevé d'états dyadiques négatifs et de retrait de l'enfant. La compliance de l'enfant reste correcte. Il s'agit donc d'une interaction dyadique assez contrastée.

#### d. Questionnaires

##### L'inventaire de dépression de Beck

Seuils de gravité	Pas de dépression (0-4)	Dépression légère (4-7)	Dépression modérée (8-15)	Dépression sévère (16 et plus)
		Laura (6)		

À l'échelle d'auto-évaluation de l'Inventaire abrégé de dépression de Beck, Laura se situe dans l'intervalle « Dépression légère » avec un score de 6.



À l'analyse de la répartition des scores aux différents items, il apparaît que Laura présente un niveau plutôt élevé à l'item de la modification négative de l'image du corps et légèrement élevé pour les items concernant le pessimisme, la fatigabilité, les difficultés de mobilisation au travail ainsi que le retrait social.

## La STAI-Y

### Questionnaire STAI-Y : anxiété état et anxiété trait de Spielberger

ANXIÉTÉ-ETAT					
Seuils de gravité	Très faible < 35	Faible 36 à 45	Moyen 46 à 55	Élevé 55 à 65	Très élevé > 65
				Laura (58)	
ANXIÉTÉ-TRAIT					
Seuils de gravité	Très faible < 35	Faible 36 à 45	Moyen 46 à 55	Élevé 55 à 65	Très élevé > 65
			Laura (51)		

À l'échelle d'auto-évaluation de l'anxiété état et anxiété trait de Spielberger, Laura se situe dans l'intervalle « Élevé » pour l'échelle de l'Anxiété-État (58) et dans l'intervalle « Moyen » pour l'échelle de l'anxiété-Trait (51). Nous pouvons souligner que le l'Anxiété-État obtient un score légèrement plus élevé que l'Anxiété-Trait avec une différence de 07 points.

## 6. Maéva et son fils Kylian

### a. Présentation générale

(...)

*Partie clinique non diffusée dans cette version en ligne dans l'optique de protéger la confidentialité des données*

### b. Analyse thématique du verbatim

(...)

*Partie clinique non diffusée dans cette version en ligne dans l'optique de protéger la confidentialité des données*

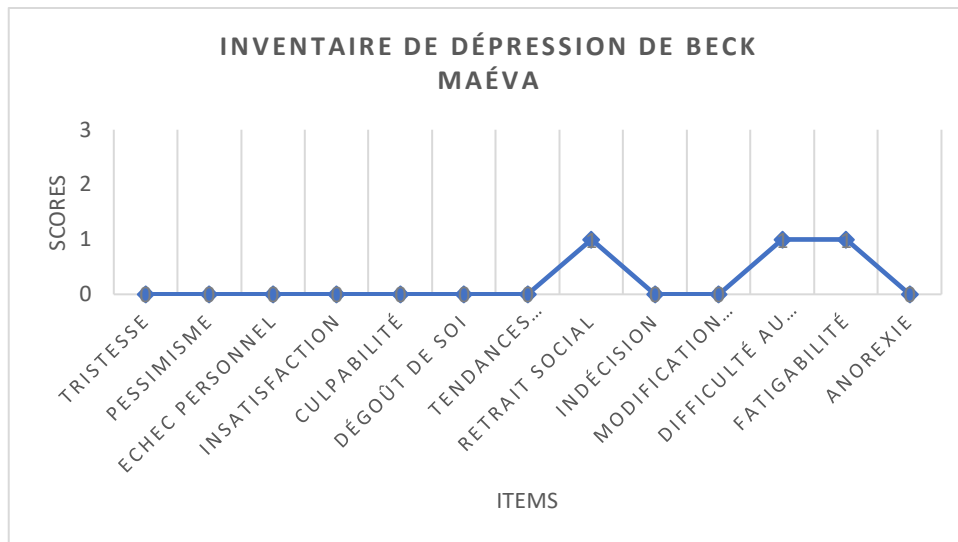
*Le consentement du père de son fils concernant la participation de celui-ci à la recherche étant très compliqué à recueillir, l'observation vidéo de l'interaction mère-enfant n'a pas pu se faire.*

### c. Questionnaires

#### L'inventaire de dépression de Beck

Seuils de gravité	Pas de dépression (0-4)	Dépression légère (4-7)	Dépression modérée (8-15)	Dépression sévère (16 et plus)
	Maéva (3)			

À l'échelle d'auto-évaluation de l'Inventaire abrégé de dépression de Beck, Maéva se situe dans l'intervalle « Pas de dépression » avec un score de 3.



À l'analyse de la répartition des scores aux différents items, il apparaît que Maéva présente un niveau légèrement plus élevé pour les items concernant la fatigabilité, les difficultés de mobilisation au travail ainsi que le retrait social.

## La STAI-Y

### Questionnaire STAI-Y : anxiété état et anxiété trait de Spielberger

ANXIÉTÉ-ETAT					
Seuils de gravité	Très faible < 35	Faible 36 à 45	Moyen 46 à 55	Élevé 55 à 65	Très élevé > 65
	Maéva (33)				
ANXIÉTÉ-TRAIT					
Seuils de gravité	Très faible < 35	Faible 36 à 45	Moyen 46 à 55	Élevé 55 à 65	Très élevé > 65
	Maéva (28)				

À l'échelle d'auto-évaluation de l'anxiété état et anxiété trait de Spielberger, Maéva se situe dans l'intervalle « Très faible » anxiété pour l'échelle de l'Anxiété-État (33) et pour l'échelle de l'anxiété-Trait (28). Les scores aux deux échelles sont très homogènes avec seulement 4 points d'écart.

## II. Analyses transversales

### 1. Les axes thématiques des entretiens



L'IPA menée sur les données issues des entretiens nous a permis d'identifier des éléments relatifs à l'expérience subjective de la maternité des adolescentes. L'IPA a permis de mettre en avant différents axes thématiques permettant une compréhension fine et détaillée reflétant l'expérience vécue des sujets de l'étude.

Nos analyses nous ont permis d'identifier trois grandes dimensions : **l'investissement de la maternité**, la **prise en charge** et le **contexte familial et social** des adolescentes. Nous avons ainsi schématisé ces différentes dimensions par la figure 1 en nous inspirant de la présentation des résultats issus d'une analyse IPA du travail de thèse de Myriam Pannard sur l'expérience vécue des soignants en oncologie (Pannard, 2018). Ces différentes dimensions ont été développées de manière singulière et individuelle dans les présentations cliniques décrites précédemment. Dans cette partie, nous cherchons à identifier des tendances transversales au sein de notre échantillon.

## a. L'investissement de la maternité

### La signification de la grossesse

#### *Le rapport à la sexualité et à la contraception*

Les études de ces dernières années montrent que les premiers rapports sexuels ont lieu en moyenne à l'âge de 17 ans. L'âge du premier rapport se répartit différemment selon les sexes : 21% des garçons et 10% des filles ont eu leur premier rapport à l'âge de 15 ans ou moins (Ros, 2001 ; Dadoorian, 2007). Les études ont montré que le niveau de scolarité avait une influence sur le rapport des adolescents à la sexualité. Ainsi, les adolescents de lycée professionnel ont des relations plus précoces que les adolescents scolarisés en lycée général (Ros, 2001 ; Dadoorian, 2007).

Dans notre échantillon, le début des premiers rapports sexuels se situe entre 14 et 16 ans en moyenne. Pour la moitié des jeunes femmes rencontrées, elles avaient déjà eu des rapports avec un partenaire précédent avant d'avoir des relations sexuelles avec le partenaire de la grossesse. En moyenne les adolescentes que nous avons rencontrées ont donc connu un début de leur vie sexuelle assez tôt par rapport à la moyenne française.

Le moyen de contraception le plus utilisé est le préservatif. La pilule contraceptive est néanmoins plus utilisée lorsque les rapports sexuels deviennent plus réguliers. Ainsi, l'utilisation du préservatif représente 71% des méthodes de contraception dans le cas de relations sexuelles irrégulières contre 41% dans le cas de relations sexuelles régulières (Ros, 2001 ; Dadoorian, 2007).

La majorité des mères rencontrées n'utilisaient pas de moyen de contraception ou bien partiellement. Cela semble s'expliquer pour une des adolescentes par une réelle méconnaissance de l'utilisation et de l'existence de la contraception, et aussi pour des questions culturelles et religieuses. C'est le cas d'Imane, jeune femme originaire d'Afrique, qui était arrivée en France peu de temps avant sa grossesse. En revanche, pour les autres adolescentes qui n'utilisaient pas ou très peu la contraception, nous avons pu relever qu'il s'agissait plus d'un choix, parfois assez ambivalent, que d'une méconnaissance :

*Laura : « ce n'était pas du tout prévu (la grossesse), sauf que ça devait se prévoir car je n'avais pas de moyen de contraception ».*

*Katie : « parce que je désirais avoir un enfant, mais à ce moment-là, j'ai changé d'avis. Je voulais me consacrer à mes études. Sauf que... il est arrivé ».*

*Fanny : « Au premier (rapport sexuel) on s'est protégé mais au deuxième on ne s'est pas protégé donc voilà ».*



*Maéva : « Oui je le savais (qu'elle pouvait tomber enceinte) vu que je ne me protégeais pas souvent. Je savais que je pouvais tomber enceinte, j'étais jeune je ne pensais pas à ça ».*

Pour une autre des jeunes femmes, celle-ci utilisait la contraception et la grossesse est tout de même survenue. Pour autant, nous pouvons relever que cette jeune femme évoquait avoir déjà beaucoup parlé de désir d'enfant avec son compagnon au moment où elle tombée enceinte :

*Delphine : « C'est pendant le confinement que je l'ai découvert mais ce n'était pas prévu pour tout de suite en fait ... d'avoir un enfant (...) donc du coup c'est arrivé. On se protégeait mais c'est quand même arrivé ».*

Ainsi, dans notre échantillon, la survenue de la grossesse ne semble pas s'expliquer uniquement par une méconnaissance des méthodes de contraception. L'hypothèse du lien entre le manque d'information sur la contraception et la survenue de la grossesse à l'adolescence a souvent été mise en avant dans le passé mais n'apparaît plus du tout dominante aujourd'hui (Jacquemond et al., 2019). Il apparaît ainsi que la naissance de l'enfant n'est pas exclusivement liée à un manque d'information.

Nous percevons bien le rapport très ambivalent vis-à-vis de la grossesse chez ces jeunes femmes. Comme nous l'avons décrit dans leurs parcours singuliers, ces grossesses sont souvent venues prendre un sens particulier dans leur histoire (de réparation, de création d'une nouvelle entité familiale par exemple).

### ***La survenue de la grossesse***

Dans notre partie de revue de littérature, nous avons rapporté certains travaux qui se sont penchés sur la signification que pouvait venir prendre la survenue de la grossesse chez des adolescentes. Dans notre échantillon de jeunes mères, nous avons ainsi pu mettre en perspective avec ces travaux des éléments de compréhension sur la place que cette maternité était venue prendre dans l'économie psychique de ces jeunes femmes.

Comme le souligne Bydlowski (1993), il y a autant de grossesses adolescentes que d'adolescentes enceintes. En effet, le point commun de ces grossesses est leur arrivée à un âge précoce mais il serait impossible d'en dresser un profil type.

Ainsi, pour certaines d'entre elles, la maternité semble avoir permis une forme de réparation narcissique tel que l'ont décrit Rouveau et Sfeir (2013) : « *La grossesse apparaît comme une source de gratification narcissique en regard des conflits parentaux. (...) Certaines maternités adolescentes cherchent à faire exister un enfant qui ne connaîtrait pas les souffrances qu'elles-mêmes ont dû endurer au cours de leur existence* ». Bettoli (2003) a également décrit la « grossesse réparation » en jeux lors de certaines grossesses à

l'adolescence dans lesquelles l'enfant s'inscrit comme objet d'amour pour une mère ayant des carences affectives liées à des ruptures ou des dysfonctionnements familiaux (Bettoli, 2003, p. 184). Pour certaines des adolescentes rencontrées, nous avons relevé une histoire familiale très douloureuse qui semble les pousser à investir la grossesse comme un comblement narcissique et une réparation de leur vécu abandonnique :

Delphine : « *Et je savais que d'un côté mon enfant allait m'apporter de la stabilité* » ;  
« *En fait, je me suis dit que s'il était là ce n'était pas pour rien. Que c'était un moment dans ma vie où ça n'allait pas du tout (...) Pour moi ça a été comme une évidence. S'il était là ce n'était pas pour rien. Que j'étais prête à faire ma famille à moi* ».

Katie : « *Par rapport au bébé, parce que c'est à ce moment-là que j'ai eu un désir d'enfant. Par rapport à la fausse couche et à l'avortement, au viol...* ».

Ces deux jeunes ont chacune rapporté des vécus très violents de leur histoire de vie, (de maltraitance pour Delphine, de maltraitance et de viol pour Katie). Elles étaient ainsi en postures de victimes. La grossesse semblait alors permettre une forme de reprise de contrôle sur leur vie, en faisant leur propre choix : pour Delphine par exemple il y a eu très rapidement une volonté consciente de créer sa famille à elle ; pour Katie il semble que la modification corporelle pendant la grossesse apporte un regain narcissique, elle évoque, en effet, avant tout un désir de grossesse plutôt qu'un désir d'enfant.

Pour une autre partie de notre échantillon, l'irruption de la grossesse semble avoir pris une fonction de passage à l'acte qui se traduit par une tendance à l'externalisation des conflits dans le milieu extérieur. Ainsi, l'impossibilité d'élaborer les conflits sexuels et parentaux comme l'ont décrit Rouveau et Sfeir (2013) pousse l'adolescente à vivre dans l'immédiat son désir d'enfant et à tester sa capacité procréatrice dans une forme de reprise de contrôle.

Maéva : « *Je me demandais si j'avortais, si je gardais, je sais pas et du coup j'ai quand même entamé le processus d'avortement. Mais mon père il l'a su, il l'a su parce qu'il a regardé dans mon sac, il a vu le test de grossesse et tout et du coup quand il a su j'ai dit vraiment j'avorte pas, parce qu'il le savait déjà mais lui il voulait que j'avorte* ».

Laura : « *Je savais que ma mère elle était contre le fait de tomber enceinte comme ça mais je me suis dit elle l'a vécu donc elle peut me comprendre* ».

Fanny : « *J'étais devenu le sujet de la maison en fait. Ne faites pas comme elle... et moi dans tout ça, je faisais des fugues, je fuguais, je partais...* ».

Pour ces jeunes mères, la grossesse ayant semble-t-il pris une valeur de passage à l'acte, le vécu de la maternité étant vécu comme particulièrement effractante, s'avérera plus difficile à vivre pour certaines d'entre elles :

Fanny : « *Je voyais quelqu'un bouger à l'intérieur de moi... je regardais, et elle m'a dit le sexe directement" (...) "ça veut dire que ça fait trois mois que j'ai un bébé et je ne le savais même pas* ».

Maéva : « *Aucune réaction (en évoquant la rencontre avec son bébé), j'étais là j'ai un enfant, c'est vrai je ne rêve pas, est-ce que c'est vrai ? J'ai encore du mal à réaliser*

Nous pouvons également relever la situation de Laura qui semble s'inscrire dans ce que Bettoli (2003) a décrit comme une grossesse « facteur de répétition maternelle », la jeune femme tombe enceinte au même âge que sa mère. En effet, non seulement la mère de Laura était enceinte également très jeune mais en plus a effectué un séjour dans le même centre maternel que Laura. Nous avons vu que cette répétition, au lieu de provoquer une identification compréhensive de sa mère, avait provoqué une réaction de rejet, très difficile à accepter pour Laura.

Enfin, la situation d'Imane et le sens que prend sa grossesse nous ont semblé également très singulière. Cette jeune adolescente récemment arrivée de son pays d'Afrique au moment où elle tombe enceinte semble avoir trouvé une forme de reconstruction du lien à travers sa rencontre avec un compagnon originaire du même village de son pays d'origine. Cette situation peut se retrouver dans un des sept processus psychologiques décrit par Bettoli dans les grossesses adolescentes : « *la grossesse chez des jeunes femmes originaires d'autres pays dans lesquels il est culturellement et socialement normal d'avoir un enfant à cet âge* ». D'ailleurs, Imane a souvent souligné lors de notre rencontre le décalage entre le caractère normal de sa grossesse dans son pays par rapport aux inquiétudes des services sociaux en France :

Imane : « *Oui le fait que je n'étais pas mariée (l'inquiétait dans l'annonce à ses parents), pas la différence d'âge. Pour mon père j'étais inquiète parce que chez nous, ça ne se fait pas* » (...) « *Pour moi, même quand on est jeune, on peut être maman... Pour moi je n'ai pas vu des difficultés d'être maman, c'était plutôt les choses à côté avec son père... la famille d'accueil, le fait de ne pas avoir vraiment de famille avec soi quoi...* ».

## **Le vécu de la grossesse**

### ***La découverte de la grossesse***

L'investissement de la maternité s'exprime notamment par l'expression des ressentis corporels qui accompagnent le début de la grossesse. Dans notre échantillon, nous avons notamment pu relever que la découverte de la grossesse avait souvent été tardive, en moyenne au troisième mois, constituant des dénis de grossesse très partiels. Ainsi, hormis pour Maéva, toutes les jeunes mères de notre étude n'ont ressenti des sensations corporelles

liées à la grossesse que tardivement et parfois même aucune sensation comme ce fut le cas pour Imane par exemple, et comme le montre le tableau suivant :

	Stade de découverte de la grossesse	Sensations corporelles	Rôle de l'entourage dans la découverte
LAURA	2 mois de grossesse	Le ressent très tôt. Décrit beaucoup de symptômes.	Grossesse découverte par la jeune
DELPHINE	3 mois de grossesse	Les premiers symptômes remarqués : arrêt des règles. Changements alimentaires.	Grossesse repérée par famille d'accueil
FANNY	3 mois de grossesse.	Les premiers symptômes remarqués : arrondi du ventre et fatigue.	Grossesse repérée par sa mère.
IMANE	3 mois de grossesse.	N'a ressenti aucun symptôme.	Grossesse repérée par sa tante.
KATIE	3 mois de grossesse.	Les premiers symptômes remarqués : se touche le ventre, nausées, fatigue.	Grossesse découverte par la jeune
MAEVA	1 mois et demi	Retard de règles	Grossesse découverte par la jeune

Tableau 2 : Découverte de la grossesse chez les mères de la cohorte

Cette découverte tardive de la grossesse a également été relevée par d'autres études, comme les travaux de Navarro et al. (2013) qui ont expliqué ces dénis partiels par plusieurs facteurs. Il semble que l'adolescente confrontée à des transformations corporelles minimales ou modérées de son corps éprouve plus de difficultés à les rattacher à leur véritable signification, la période de la puberté étant déjà associée à de nombreuses modifications physiques. De plus, les auteurs ont expliqué cette absence de reconnaissance de la grossesse par l'ambivalence présente pour les adolescentes vis-à-vis de leur maternité. Dans notre échantillon, il n'a d'ailleurs pas toujours été aisé de distinguer l'absence de sensations corporelles de l'adolescente ou bien la difficulté à s'y confronter.

De plus, nous avons pu relever dans les récits concernant la découverte de la grossesse que celle-ci s'était souvent faite par l'intermédiaire d'un tiers :

Fanny : « *Et un jour comme ça on s'est réveillé le matin et elle (sa mère) m'a dit viens on va faire un test de grossesse. Moi je savais que tout allait bien, du coup j'ai accepté je suis allée le faire, elle revient avec le test et elle me dit t'es enceinte* ».

Imane : « *Non je ne l'ai pas senti... c'est après ma tante qui a reconnu un peu, qui m'a dit il faut qu'on parte à l'hôpital tout ça* ».

Delphine : « *Le seul symptôme que ma famille d'accueil avait vu mais pas moi, c'est qu'à la base, je n'aime pas les légumes, et que là je ne voulais manger que des courgettes. Elle m'a dit de faire un test de grossesse. Je n'y croyais pas, je pensais que c'était juste un retard comme ça. Puis finalement il était positif* ».

Le rôle important pris par l'entourage dans la révélation de la grossesse adolescente a été justement rapporté comme un élément fréquent par l'étude de Navarro et al. (2013) : « *Les mères en particulier sont souvent à l'origine d'un test ou d'une consultation chez un médecin* » (Navarro et al., 2013, p15). Ce constat s'explique selon les auteurs par le fait que compte tenu des inquiétudes présentes face au « risque » de grossesse, l'entourage des jeunes adolescents soit plus à l'affût d'éventuels signes de grossesse ; ainsi que par la mauvaise reconnaissance des signaux corporels chez ces jeunes femmes.

Cette question de la découverte tardive trouve toute son importance dans les conséquences qu'elle génère en termes d'accès à l'IVG, de bon suivi de la grossesse et de prise en charge de la façon la plus précoce possible sur le plan social, médical et psychologique pour la jeune.

### ***Le versant médical de la grossesse***

Sur le plan médical, pratiquement tout notre échantillon de mères a connu un accouchement à terme de la grossesse, sauf pour Maéva qui a accouché de façon très prématurée au cours de son sixième mois de grossesse. Concernant la grossesse, celle-ci s'est bien déroulée pour l'ensemble de notre échantillon. En revanche, nous avons relevé la récurrence de la question du poids chez ces mères et du bébé à naître. Ainsi, pour deux adolescentes de notre échantillon, celles-ci nous ont rapporté une prise de poids insuffisante (Imane et Maéva) avec notamment un retard de croissance sévère chez le bébé de Maéva, ce qui a mené à la césarienne programmée à 6 mois de grossesse.

Pour Delphine en revanche, il s'agit d'une prise de poids très importante la concernant, de plus de 40 kilos, pendant sa grossesse. Il faut souligner qu'il existait chez cette mère des antécédents de troubles alimentaires antérieurs à la grossesse.

Enfin, chez Katie, nous rapportons la présence de vomissements gravidiques qui ont duré toute la grossesse. Les travaux effectués sur le sujet ont montré que les vomissements gravidiques pouvaient être symptomatiques d'une conflictualité psychique à l'œuvre (Blazy et al., 2013). Ils peuvent être signe d'une forme d'« *ambivalence et d'angoisse, mais cela est préférable à un déni total des difficultés psychiques de la grossesse ou à une idéalisation totale* » (Blazy et al., 2013, p. 38).

Comme nous l'avons mentionné dans la revue de littérature, les travaux effectués sur le déroulement médical des grossesses adolescentes ont montré que le risque

d'accouchement prématuré et de naissance d'enfants de faible poids était plus important chez ces mères que pour des femmes enceintes adultes. Cette fréquence plus élevée s'explique notamment par une immaturité physiologique, un suivi de grossesse tardif ou mal effectué. Nous pouvons également supposer que le difficile investissement psychique de l'enfant à venir vient s'ajouter aux facteurs précédents.

### ***L'état psychologique des adolescentes pendant leur grossesse***

Parmi les facteurs de vulnérabilités propres aux grossesses adolescentes qui ont été rapportés par la littérature scientifique, une fréquence plus importante d'états dépressifs a été relevée. Ainsi, 50% des adolescentes enceintes présentent des troubles dépressifs patents selon Osofsky et al., (1993) bien qu'il soit difficile de savoir si la grossesse suit ou précède la dépression. Par ailleurs, les abus de substance sont plus fréquents (Siegel, 2014). Enfin, des études montrent une présence plus importante de stress parental chez les adolescentes enceintes que chez les adultes enceintes (Torres, 2017).

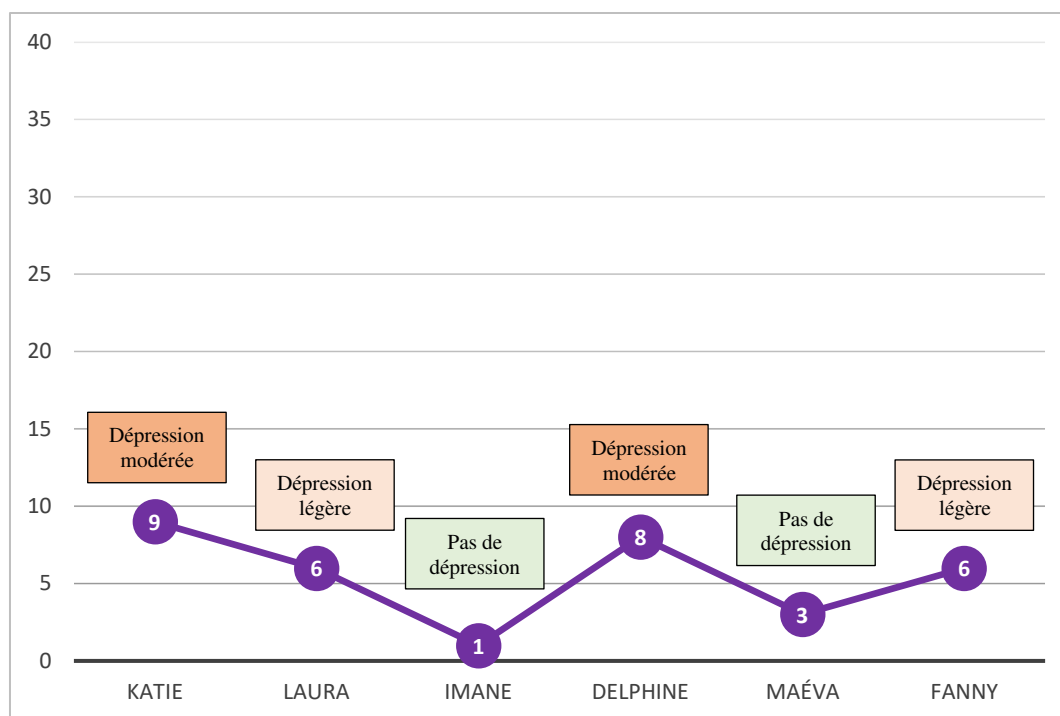
Dans notre échantillon, plusieurs adolescentes rapportent une symptomatologie dépressive pendant leur grossesse :

Fanny : *« J'étais très mal... déjà je ne me supportais pas physiquement (...) J'étais énormément fatiguée et moralement ça n'allait pas, je pleurais tout de temps ».*

Laura : *« Je suis tombée dans une mini-dépression dans le sens où je n'étais plus entourée de ma famille, je n'étais plus entourée de mon copain (...) non je me suis sentie vraiment perdue. Je me suis sentie délaissée aussi. Je me suis dit mais pourquoi personne ne me prend avec lui ? Pourquoi personne... enfin je suis là et personne ne s'inquiète de moi (...) Je pleurais tout le temps ».*

Maéva : *« J'étais chez ma sœur je n'étais pas bien je pleurais chaque soir franchement quand j'étais enceinte au début je voulais ne plus vivre, je me disais que mon bébé il soit sauvé et moi je meurs à l'accouchement, je me disais des trucs comme ça. Je n'étais pas bien, pour moi ma mère elle m'a laissé partir elle m'a abandonné, elle m'a abandonné aussi je me suis dit c'est pas parce que je tombe enceinte que voilà quoi, qu'on me chasse comme ça ».*

Ces mouvements dépressifs sont chez ces trois adolescentes dans la majorité des cas rattachés au sentiment d'abandon généré par le rejet de l'environnement familial dû à l'annonce de la grossesse.



Graphique 1 : Répartition des scores à l'échelle de l'inventaire de dépression de Beck (BDI-2)

Au moment de notre rencontre avec les mères de notre échantillon, nous avons relevé deux mères pour lesquelles les résultats indiquent une « Dépression modérée », deux autres mères avec une « Dépression légère » et deux autres avec « Pas de dépression ». Il est intéressant de constater que les trois mères adolescentes dont nous avons rapporté ci-dessus des récits faisant part de mouvements dépressifs pendant la grossesse (Laura, Maéva et Fanny) ne sont pas les mères présentant le niveau de dépression le plus élevé au questionnaire dans notre échantillon.

De plus, les mères dont le niveau de dépression apparaît comme le plus élevé (Katie et Delphine) apparaissent comme celles qui ont pu faire part d'une élaboration importante dans leurs récits sur leurs histoires de vie. Il s'agit des adolescentes dont le parcours est probablement le plus difficile avec des antécédents de maltraitances et d'évènements de vie très violents. Ce sont également des personnes qui ont montré leur capacité à construire un récit empreint de sens sur leur histoire. Nous pouvons ainsi supposer que les mères qui ont obtenu des scores élevés à cette échelle sont probablement aussi celles qui peuvent de façon plus importante et plus authentique s'autoriser à exprimer leurs ressentis.

Concernant la problématique anxieuse, nous avons pu relever pour deux autres adolescentes la présence de mouvements anxieux très importants pendant la grossesse qui portait notamment sur des angoisses médicales concernant le déroulement de leur grossesse ou bien de l'accouchement à venir :

Imane : « *J'étais inquiète pour l'accouchement, j'avais peur ! J'avais peur ! (...)* L'accouchement, on dirait qu'on ne peut pas le vivre tout ça, et moi ce qui m'a inquiété c'est de me dire et moi quand je meurs ici, qui va garder mon enfant ? ».

Delphine : « *Mais même dès que j'ai su que j'étais enceinte, là c'était une angoisse, je faisais attention à tout ce que je mangeais, tout ce que je buvais. Mais à partir d'un moment, à partir des 6 mois de grossesse, c'est là où j'étais en roue libre, je n'arrivais pas à gérer mon alimentation, j'étais très sucrée. Je n'arrivais pas à manger autre chose, sinon ça ressortait. Donc il y a eu tout ça et il y a eu le moment où aussi la perte du bouchon muqueux, j'étais angoissée, je ne savais pas ce que c'était, je ne savais pas ce qu'il fallait faire. Parce que je n'avais pas forcément un modèle, pas de maman, j'avais des tantes mais je n'allais pas les appeler pour leur demander ça. Donc c'était assez dur, parce que je n'avais pas de personnes sur qui m'appuyer ».*

Chez ces deux mères, nous pouvons souligner le facteur de l'isolement comme favorisant ces mouvements d'angoisse. Les adolescentes décrivent ainsi un vécu parfois très difficile de la grossesse qu'elles relient principalement au manque de référence maternelle, de soutien familial même si des personnes tierces ont pu dans la plupart des cas représenter des figures substitutives rassurantes. Les mouvements psychiques symptomatiques de la grossesse sont ainsi souvent inhérents aux conséquences de la grossesse sur le plus ou moins bon étayage familial.

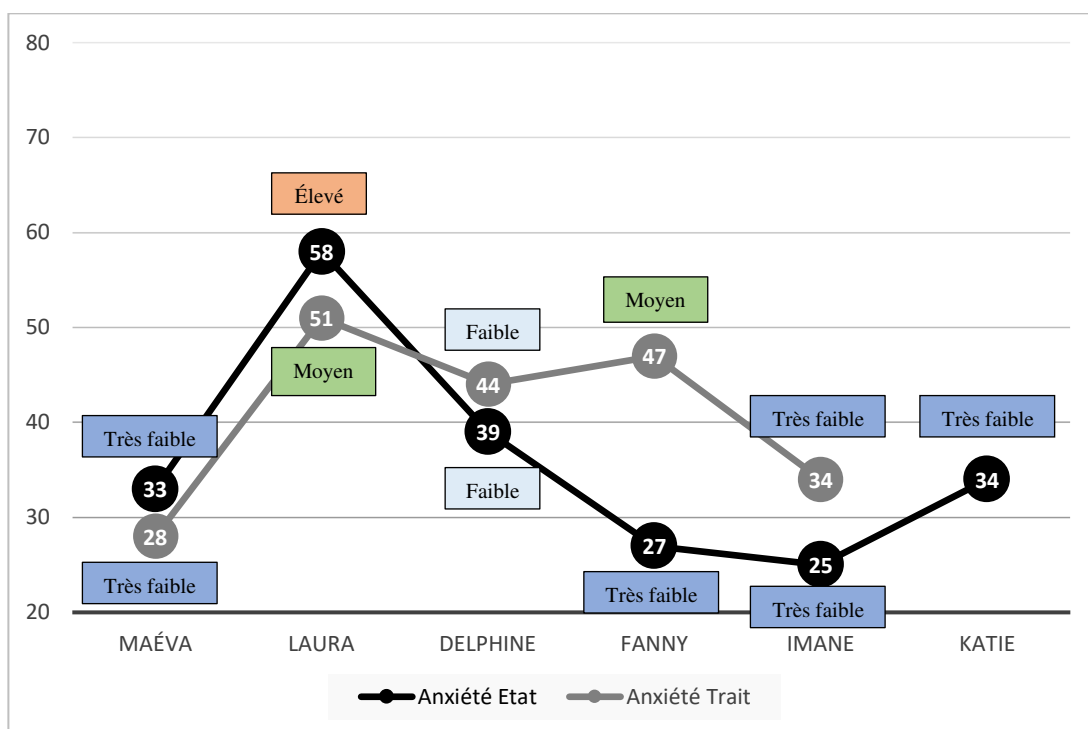
Enfin, pour deux adolescentes, la grossesse est rapportée comme ayant permis de diminuer ou de faire disparaître les symptômes psychologiques qui préexistaient à la grossesse chez ces mères :

Delphine : « *Et dès que j'ai su que j'étais enceinte, j'ai tout arrêté d'un coup. Cannabis, cigarette électronique, j'ai tout arrêté. Je me suis dit que c'est l'occasion, je me suis dit que je devais montrer l'exemple et c'est pas ça* » ; « *En fait je pense que ce qui me faisait tenir c'est le fait que j'allais être maman* ».

Katie : « *Je suis moins stressée. Et je suis moins nerveuse aussi. Je ne me mutile plus...depuis le début* ». A propos de ses consommations passées : « *En fait quand j'étais enceinte, l'odeur de la clope, ça me dégoutait, mais pas l'odeur du shit. Mais je n'y ai pas touché* ».

Pour ces deux mères, il préexistait des consommations multiples d'alcool et de cannabis principalement ainsi que des automutilations. La grossesse a permis de générer un sentiment de complétude remplaçant en quelque sorte la place du toxique à cette période tel qu'on le retrouve également dans les travaux qui ont été effectués sur la maternité des femmes présentant des addictions. Or nous savons que la symptomatologie addictive vient toucher des problématiques psychiques très communes avec la problématique adolescente dans le recours au passage à l'acte comme résolution des conflits internes.





Graphique 2 : Répartition des scores à l'Échelle d'Anxiété – Trait – Etat de Spielberger (STAI-Y)

Concernant les résultats de l'échelle d'anxiété, nous relevons pour la majorité des mères un niveau « Très faible » ou « Faible » d'anxiété-trait et d'anxiété-état. Une mère (Laura) présente un niveau d'anxiété plus élevé : niveau élevé à l'anxiété-état (c'est-à-dire le niveau d'anxiété au moment de l'entretien) et un niveau moyen à l'anxiété-trait (c'est-à-dire son niveau d'anxiété habituel). Nous pouvons souligner que Laura est une des mères pour laquelle nous avons relevé des difficultés un peu plus marquées à s'appuyer sur l'étayage des professionnels. Pour autant, il s'agit aussi d'une mère qui parvient à faire part de façon plus élaborée et ouverte de sa conflictualité et de son ambivalence dans le vécu de sa prise en charge. Cette élaboration, qui apparaît de bonne qualité, permet probablement un déploiement plus important des éléments anxieux au moment de remplir l'échelle.

Une mère (Fanny) présente un grand décalage entre les deux types d'anxiété évalués : un niveau moyen à l'anxiété-trait et un niveau très faible à l'anxiété-état. Chez cette mère, nous avons relevé pendant l'entretien l'expression d'angoisses concernant son enfant. Elle pouvait par exemple faire part de ses inquiétudes pendant les temps de séparation avec son fils : « Je suis une maman qui fait attention à tout. Et une maman qui a peur... j'ai trop peur pour mon fils. En fait j'ai peur que quand je le laisse à la crèche, il y a un truc qui lui arrive... des trucs comme, pas des trucs... qu'il tombe malade, que je ne sois pas là des trucs comme ça ». Cette angoisse centrée sur son fils peut ainsi expliquer le décalage important entre son niveau d'anxiété habituel et celui au moment de la rencontre.

## Les représentations de l'enfant

Concernant le récit de la période de la grossesse, nous n'avons relevé que peu d'éléments d'investissement de l'enfant à venir. La grossesse semblait investie majoritairement sur un versant narcissique et non pas dans une progression vers un investissement objectal de plus en plus important du bébé à venir comme nous l'observons dans des grossesses tout venants. De plus, comme nous l'avons décrit ci-dessus, pour certaines mères, la grossesse ayant été particulièrement mal vécue et investie, il apparaissait très compliqué de laisser la place à des représentations imaginaires et fantasmatiques riches de l'enfant à naître.

L'accouchement est ainsi souvent présenté par quelques mères de notre étude comme moment de la prise de conscience de leur maternité et constitue un choc d'autant plus important que les représentations anticipatrices sur l'enfant à venir ne s'étaient pas déployées pendant la grossesse :

Maéva : « *Aucune réaction (en évoquant la rencontre avec son bébé), j'étais là j'ai un enfant, c'est vrai je ne rêve pas, est-ce que c'est vrai ? J'ai encore du mal à réaliser, je ne l'ai pas eu tout de suite tout de suite, ils sont partis avec lui, et moi j'étais en salle de repos et après quand je l'ai vu, je me suis dit je suis maman voilà, j'aurai un enfant toute ma vie* ».

Dans le récit des mères concernant les représentations de leur enfant depuis la naissance, nous soulignons une récurrence d'éléments descriptifs faisant référence à des bébés globalement très « calmes », qui ne « dérangent pas » :

Imane : « *La nuit, il ne pleurait pas la nuit (...) il était à côté de moi... j'aime bien qu'il reste avec moi. Quand je le prends, il dort avec moi. Donc la nuit ce n'était pas compliqué du tout parce qu'il dort bien* ».

Fanny : « *C'était un bébé très calme, très calme. Dès la sortie de l'hôpital il faisait un peu ses nuits. Il dormait, c'est-à-dire qu'il ne me dérangeait pas trop. Il ne dérangeait pas trop, c'était vraiment un bébé plutôt calme* ».

Laura : « *Franchement quand elle était petite, au contraire de maintenant, elle acceptait tout le monde. Je pouvais la laisser, elle n'allait pas pleurer* ».

Pour d'autres mères, les manifestations de pleurs de leur enfant des premiers mois de l'enfant semblent difficiles à gérer provoquant des réponses immédiates sur le plan alimentaire ou du portage :

Delphine : « *Au début je le surnourrissais, je le suralimentais. J'avais toujours peur qu'il manque de nourriture. Justement au centre on a travaillé sur ça. À chaque fois qu'il pleurait et qu'il réclamait je lui donnais le sein* ».

Katie : « *Elle pleurait beaucoup...c'était les bras... les bras beaucoup, beaucoup, beaucoup les bras. Et ça, ça été compliqué... même les éducateurs ils m'ont expliqué que même si je la laissais pleurer cinq minutes ce n'était pas grave mais qu'il fallait qu'elle commence à se déshabituer de mes bras* ».

Pour l'ensemble de notre échantillon, au moment de notre rencontre l'enfant est âgé entre 15 et 24 mois et traverse une phase de confrontation au processus d'individualisation plus marquée de leur enfant. La problématique de la séparation semble plus délicate à aborder pour ces jeunes mères :

Katie : « *Puis elle a commencé à être éveillée, était tonic. Quand elle a commencé à faire du quatre pattes, c'est là que j'ai vu que c'était un bébé qui faisait beaucoup de bêtises* ».

Fanny : « *Parfois il a un peu du mal quand on est avec d'autres gens de me laisser.... Il n'y a que nous deux donc il n'est pas très... comment dire il n'est pas très exposé avec d'autres gens. Il passe plus de temps avec moi donc quand on va voir des gens ou quand parfois il faut un peu le laisser avec des gens il a du mal, il pleure un peu mais après il s'habitue directement avec la personne* ».

Maéva : « *Et du coup ça va et là c'est les deux ans, il tient tête. (...) C'est un peu plus compliqué, parce qu'il commence à faire le grand, il veut être indépendant alors que j'avais l'habitude d'avoir un petit bébé* ».

Delphine : « *La séparation était hyper compliquée, on a travaillé sur ça aussi. (...) Et après je me suis dit que, il ne fallait pas que je le laisse avec moi dans ma solitude. Parce que c'était à un moment où je voulais être que toute seule, je ne sortais pas, il n'y avait que mon fils et moi. Je me suis dit que lui il faut qu'il se sociabilise (...) Donc je me suis dit que je vais chercher du boulot, comme ça moi je vais me sociabiliser et je vais aider mon fils* ».

Nous percevons bien des différences entre les mères sur leur façon de pouvoir élaborer cette problématique d'autonomie de l'enfant et de séparation. Ainsi, pour Delphine, la séparation a pu s'élaborer autour de sa propre autonomie et socialisation avec la recherche de travail. Pour Fanny, il est plus difficile de se confronter aux mouvements d'opposition de son fils, celui-ci étant décrit comme toujours souriant même si elle peut nuancer au travers de son observation de son fils quant à sa difficulté à être en présence de personnes inconnues.

## b. Le contexte familial et social

### Les défaillances familiales

Contexte familial au moment de l'annonce de la grossesse	
KATIE	Placée en foyer. Antécédents de maltraitance intrafamiliales.
DELPHINE	Placée en famille d'accueil. Antécédents de maltraitements intrafamiliales.
IMANE	Vit éloignée de sa famille (restée en Afrique). Hébergée chez une tante qui n'a pas les conditions sociales pour l'accueillir avec son bébé.
FANNY	Situation très conflictuelle avec sa mère. Fugue pour aller vivre chez une voisine.
LAURA	Rejet parental du domicile suite à l'annonce grossesse.
MAEVA	Rejet parental du domicile suite à l'annonce grossesse.

Tableau 3 : Contexte familial de la cohorte

Au sein de notre échantillon, les adolescentes ont fait part de situations familiales chaotiques et douloureuses. Ainsi, pour deux des jeunes mères rencontrées, elles étaient prises en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance avant-même le début de leur grossesse. Elles décrivent toutes les deux un parcours de violences et de maltraitements de la part de leur mère et de l'absence de la figure paternelle.

Delphine : « C'est vrai que je ne pensais pas avant à en parler, parce que si elle me tape c'est que je le mérite. C'est normal c'est pour mon bien, à chaque fois elle me disait, ce n'est pas pour t'embêter, mais tu le mérites tu fais des bêtises. J'étais une enfant. Je ne pensais pas vraiment à le notifier. Donc oui, elle me frappait et tout. Puis son mari aussi il me frappait, son compagnon, parce je ramenaient des mauvaises notes. Il faut savoir qu'on vivait dans un studio, je dormais dans un couloir ... ».

Katie : « J'étais très exposée enfant... j'avais déjà vu des préservatifs, j'ai déjà vu ma mère le faire...J'avais déjà vu des cassettes porno sans le vouloir... à mes huit ans » (...) « on dormait dans une voiture ».

Pour deux autres adolescentes, c'est l'annonce de la grossesse qui constitue l'évènement déclencheur d'un rejet parental du domicile :

Laura : « Elle (sa mère) m'a dit ben écoute tu gardes ton enfant, moi tu ne retournes pas chez moi ou bien tu vois avec ton père ce qu'il fait de toi mais moi je ne prends pas. (...) Et mon père il est venu, ils ont parlé aussi avec mon père. Mon père il a dit franchement là sur ce coup, je ne te suis pas du tout, je ne peux pas te prendre chez moi non plus donc débrouillez-vous ici avec elle. Et c'est comme ça que je suis restée presque un mois et demi à l'hôpital ».

Maéva : « Il (son père) n'était pas content du coup. Après il a décidé de m'envoyer en France du jour au lendemain (...) il a décidé de m'envoyer en France, j'étais pas d'accord du coup, il me réveille le matin ce soir tu pars en France, là j'ai fugué, on m'a retrouvée et du coup j'ai raté le vol mais il a pris un autre billet et du coup je suis arrivée en France chez ma sœur ».

La grossesse est également synonyme de rupture familiale pour une des adolescentes, Fanny. Cette jeune faisait des fugues à répétition. Elle sera finalement accueillie par une voisine amie qui prendra une place de substitution maternelle durant sa grossesse :

Fanny : « Elle disait qu'elle n'en peut plus (sa mère). Après ça, j'ai décidé de ne plus revenir chez elle, j'étais chez notre voisine. C'est-à-dire que j'ai fait ma grossesse... des cinq mois je pense jusqu'à la fin de ma grossesse chez notre voisine (...) c'était très bien, elle était aux petits soins ».

Enfin pour Imane, le contexte familial s'avère également fragile par l'éloignement de ses parents restés en Afrique et les conditions sociales précaires de sa tante qui l'héberge en France et qui ne peut pas continuer à l'accueillir avec son bébé :

Imane : « J'ai compris, je l'ai compris elle pouvait me garder pendant tout ce temps car j'étais toute seule mais après la naissance, elle ne pouvait pas me garder... Elle aussi à ce moment-là elle avait un bébé plus trois autres enfants... ».

## **La conjugalité**

Certains auteurs ont décrit des particularités relationnelles concernant la relation avec le père de l'enfant en fonction de l'âge des adolescentes enceintes. Ainsi, pour celles enceintes entre 14 et 16 ans, la grossesse est vécue de façon plus solitaire, les partenaires ne poursuivant pas la relation amoureuse et ne reconnaissant pas l'enfant. La jeune peut parfois elle-même maintenir le compagnon à l'écart (Bydlowski, 1993). Le vrai « couple », ou plutôt le couple coparental, serait alors davantage représenté par l'adolescente et sa propre mère (Dadoorian, 2007).

Dans notre échantillon, nous avons pu relever la présence d'une relation de couple chez plus de la moitié des jeunes rencontrées. Dans trois situations, il s'agit du compagnon qui est également le père de l'enfant. Celui-ci, a la plupart du temps une place active auprès de la mère et de leur enfant. Au regard des études citées ci-dessous, il paraît judicieux de différencier les situations de mères en rupture avec leur propre famille de celles des jeunes insérées familialement. Ainsi, chez les jeunes mères qui ont participé à l'étude nous pouvions relever chez certaines d'entre elles le souhait de création d'une nouvelle entité familiale, en opposition à leur environnement familial défaillant. C'est alors une nouvelle famille qui est créée avec le compagnon mais aussi avec les figures symboliquement parentales qu'elles

trouvent au sein des centres maternels dans lesquels elles sont accueillies et qui viennent constituer ce nouveau réseau de liens affectifs.

	Situation conjugale	Mode de vie
<b>LAURA</b>	En couple avec le père de sa fille.	Son conjoint lui rend visite dans son studio autonome dans le centre maternel. Projet de prendre un appartement ensemble.
<b>DELPHINE</b>	En couple avec le père de son fils	Son conjoint vit avec elle dans l'appartement autonome extérieur et dépendant du centre maternel
<b>IMANE</b>	En couple avec le père de son fils.	Son conjoint vit avec elle dans l'appartement autonome extérieur et dépendant du centre maternel
<b>FANNY</b>	Célibataire. Le père n'a pas reconnu son fils	Vit seul dans un studio autonome à l'extérieur du centre maternel
<b>KATIE</b>	Célibataire. Le père n'a pas reconnu sa fille	Vit seul dans un studio autonome au sein du centre maternel
<b>MAEVA</b>	En couple avec un autre compagnon. Le père a reconnu son fils.	Vit seul dans un studio autonome au sein du centre maternel. Va voir son copain les week-ends.

Tableau 4 : Situations conjugales de la cohorte

Dans l'ensemble ces adolescentes nous ont montré qu'elles étaient souvent désireuses d'investir une vie de couple stable avec le père de leur enfant. Pour deux d'entre elles, la place du père a pu se créer mais plutôt de façon décalée dans le temps, soit pour des raisons propres à la prise en charge (mesures de protection pour Imane), soit par un manque d'investissement du père (pour Delphine les dix premiers mois) :

*Delphine : « Pendant les 10 premiers mois, j'avais aucune aide de sa part. C'est-à-dire, il venait tous les jours, mais il venait pour venir, il dormait sur le lit là-bas, il jouait à la console (...) il s'est rattrapé on va dire (...) Je suis contente parce que maintenant mon fils voit que son papa il est investi. Et il en a besoin, comme tout enfant ».*

*Imane : « Pendant un an et demi, il n'y avait pas de lien avec son fils. Il y avait un moment dès qu'il le voyait, il pleurait. (...) On a fait cette demande (d'appartement autonome de couple) parce que mon fils il grandit, il ne voit pas son père et donc ça me fait un peu mal au cœur. (...) Il ne connaissait pas trop ce que c'était d'être père quoi ».*

L'enjeu des modalités d'accueil de ces pères dans le contexte parfois sensible de la protection de l'enfance représente donc un axe de réflexion essentiel. Nous réaborderons ce point dans la discussion.

Une seule des mères rencontrées a pu exprimer avoir consciemment voulu laisser le père de côté, le bloquant dans son téléphone et ne lui annoncera jamais la grossesse. Cette

adolescente rapporte que le père a été mis au courant par l'intermédiaire des réseaux sociaux mais que celui-ci n'a jamais cherché non plus à la recontacter à ce propos :

Fanny : « *J'étais énervée parce que pour moi c'était de sa faute (...) c'était pour ne pas me dire oui tu vas prendre la responsabilité toute seule et tout... je me disais non je vais lui rejeter quelque chose* ».

## **La scolarité et l'insertion professionnelle**

D'après un rapport de 2011 concernant la santé des femmes en France et dans le monde, 50 à 75% des adolescentes abandonnent l'école au cours de la grossesse et seulement la moitié est à nouveau scolarisée après la naissance de l'enfant<sup>12</sup>. L'importance du maintien de la scolarité pour ces jeunes mères se joue à plusieurs niveaux. Tout d'abord le rythme de la scolarité « *qui structure le quotidien de ces jeunes femmes et donne un sens à leurs journées ainsi qu'un but à leurs efforts* » mais aussi par l'intégration au sein d'un groupe de pair(e)s (Jacquemond et al., 2019, p. 90).

Plusieurs facteurs peuvent représenter des freins à ce maintien de la scolarité tel que « *le nombre important de rendez-vous auxquels les jeunes femmes doivent se rendre pour leur suivi médico-social et celui de l'enfant* » ou encore « *le sentiment de honte et d'incompréhension* » (Jacquemond et al., 2019, p. 92). Pour autant pour d'autres adolescentes, la maternité peut représenter au contraire un moteur sur le plan de leur implication scolaire du fait d'une accélération de la maturité liée à l'arrivée de l'enfant dans leur vie ou encore par l'attention des professionnels que suscite leur situation (Jacquemond, et al., 2019).

---

<sup>12</sup> Rapport de Gynécologie sans frontière issue de la 3<sup>e</sup> journée humanitaire sur la santé des femmes en France et dans le Monde – 2011.

	Situation scolaire au moment de la grossesse	Situation scolaire/professionnelle actuelle
<b>LAURA</b>	En seconde dans un lycée professionnel	Vient de redoubler sa terminale pour passer son bac professionnel
<b>DELPHINE</b>	Déscolarisation. Auparavant, scolarisation jusqu'en 3ème puis débuts de formation non aboutis en hôtellerie puis esthétique.	Employée au sein d'une chaîne de restauration rapide.
<b>FANNY</b>	En seconde dans un lycée professionnel	A repris sa scolarité en classe de première après la grossesse mais interruption au bout de quelques semaines. Actuellement dans un lycée de la deuxième chance.
<b>IMANE</b>	Déscolarisée au moment de la grossesse. Avait été jusqu'à la classe de 4ème dans son pays d'origine.	A effectué une formation de langue française puis d'aide à la personne. Cherche actuellement un emploi dans le secteur des maisons de retraite.
<b>KATIE</b>	Était en seconde dans un lycée professionnel.	Actuellement en train de préparer un CAP aide à la personne. A dû changer plusieurs fois d'établissements scolaires du fait de la discontinuité de sa prise en charge.
<b>MAEVA</b>	En classe de troisième au collège.	Actuellement en classe de terminale technologique.

Tableau 5 : Situation scolaire de la cohorte

Dans notre échantillon, sur les six mères rencontrées, quatre étaient scolarisées au moment où elles ont découvert leur grossesse. Ces quatre mères sont toujours scolarisées au moment où nous les rencontrons, toutes en lycées technologique ou professionnel.

Les deux mères qui n'étaient pas scolarisées sont soit en recherche de travail, soit actuellement employées.

Une des jeunes a obtenu la mise en place d'aménagements spécifiques compte tenu de sa situation comme par l'exemple la possibilité de passer son bac en deux ans avec une validation de certaines épreuves la première année (Laura). Deux des jeunes femmes ont pu rester dans leur établissement d'origine, leur centre maternel se situant dans le même secteur géographique que leur ancien domicile. Pour une des mères, il a fallu changer de lycée à l'arrivée dans le centre maternel pour des raisons géographiques.

Chez les deux jeunes femmes ayant interrompu et non repris leurs études (Imane et Delphine), une d'entre elle était déjà en situation de déscolarisation avant la grossesse, et pour l'autre jeune femme, le projet qui était de poursuivre ses études en France a dû être repensé pour s'orienter vers une formation rapide pour travailler.



Globalement nous observons donc que la grossesse a tendance à confirmer le parcours de scolarisation ou de déscolarisation déjà présent. Cependant, l'admission en centre maternel et les nouvelles contraintes liées à leur statut de mère nécessitent des aménagements pour certaines d'entre elles.

Il est néanmoins également important de souligner que l'accompagnement en centre maternel paraît représenter un facteur encourageant la poursuite des études du fait des facilités d'organisation qu'il permet (garde du bébé en crèche ou chez une assistante maternelle rapidement mis en place) ainsi que par l'accompagnement des éducateurs autour de cette question (réflexion sur leurs projets d'études et professionnels).

Enfin, les jeunes femmes rencontrées ont toutes le projet de travailler relativement rapidement. Ce souhait d'insertion professionnelle rapide semble s'expliquer notamment par leur situation en tant que mères accueillies en centre maternel. En effet, elles doivent avoir trouvé une solution d'hébergement lorsque leur enfant aura 3 ans, les structures ne pouvant plus les accueillir au-delà. Contrairement à des adolescentes devenues mères qui sont logées chez leurs parents, la pression de l'autonomie financière est plus fortement marquée chez ces mères.

*Imane : « Là pour moi, j'ai fait cette formation parce que je voulais bien travailler avec des enfants tout ça mais je n'ai pas eu le diplôme donc je ne peux pas travailler avec des enfants. Là, je voulais un peu travailler donc j'ai déposé mes CV pour d'autres choses. (...) L'appartement c'est par le service (le centre maternel) ... on va le redonner quand l'enfant il va avoir trois ans donc pendant ce temps-là il faut trouver un appartement...ça nous inquiète... On a fait la demande de DALO pour le logement... c'est lui qui fait la demande à son nom car moi je ne travaille pas ».*

*Katie : « Je veux trouver un travail... et avec cette filière, je peux facilement trouver un travail. Je peux travailler en crèche, en maison de retraite... et comme à (nom de la ville), il y a beaucoup de crèches, de collèges, de maisons de retraite donc c'est un peu plus facile ».*

Globalement, hormis pour deux mères qui sont actuellement en train de passer leur baccalauréat, les mères rencontrées qui sont en formation envisagent de travailler rapidement afin de pouvoir être autonome notamment en vue de leur sortie de centre maternel aux trois ans de l'enfant. Pour les deux mères qui passent leur bac, des formations postbac professionnalisantes (type BTS) sont envisagées.

### c. Les prises en charge

#### Pluralité et discontinuité des prises en charge

Un des points récurrents dans les entretiens avec les jeunes mères rencontrées s'est porté sur la pluralité des formes de prises en charge depuis la découverte de la grossesse jusqu'à notre rencontre, environ aux un an et demi de l'enfant.

En effet, la grossesse a nécessité des prises en charge spécifiques chez ces adolescentes qui venaient de se retrouver pour une majorité d'entre elle dans une situation de rupture familiale. Ces prises en charge se sont souvent effectuées en plusieurs étapes nécessitant pour certaines d'entre elles, des changements géographiques et de leur environnement social, scolaire et familial. Ainsi, les jeunes femmes de notre échantillon sont passées en moyenne par au moins deux structures/lieux différents depuis la découverte de la grossesse jusqu'à la situation présente. Pour Laura par exemple, nous dénombrons trois lieux différents (service de pédiatrie, hébergement à l'hôtel puis le centre maternel).

Parcours de prises en charge à partir de la grossesse	
<b>LAURA</b>	Service de pédiatrie (un mois et demi) Hébergement à l'hôtel par l'ASE (4 mois) Centre maternel (depuis son 8ème mois de grossesse)
<b>DELPHINE</b>	En famille d'accueil au moment de la découverte de la grossesse. Admission dans un foyer d'accueil d'urgence pour femmes enceintes Centre maternel (depuis son 7ème mois de grossesse)
<b>FANNY</b>	Centre parental (15 jours après la naissance de son fils)
<b>IMANE</b>	Accueillie en famille d'accueil à son 4ème mois de grossesse Centre maternel (un mois après la naissance de son fils)
<b>KATIE</b>	En foyer pour adolescents au moment de la découverte de la grossesse. Centre maternel (à partir de son 6ème mois de grossesse)
<b>MAEVA</b>	Séjour de son fils de deux mois et demi en service de néonatalogie. Admission en centre maternel quatre mois après la naissance de son fils.

Tableau 6 : Parcours de prises en charge de la cohorte

Nous avons également pu relever que cette discontinuité était d'autant plus forte que les jeunes étaient déjà dans un parcours de prises en charge de protection de l'enfance. Ainsi,

pour deux des six adolescentes, elles se trouvaient soit en famille d'accueil, soit en foyer au moment où elles ont appris leur grossesse. Ces modalités de prises en charge n'étant pas compatibles avec une grossesse, elles ont dû à nouveau vivre une rupture.

Ainsi, les périodes de transition entre les différentes prises en charge sont décrites par les adolescentes rencontrées comme ayant été très difficiles que ce soit dans les séparations successives qu'elles engendraient ou bien dans la nécessité d'adaptation constante :

Katie : « *Je n'avais pas envie de quitter le foyer. C'était trop bien donc je ne voulais pas... ça m'a un peu stressée* ». À son arrivée au centre maternel : « *Au début c'était un peu compliqué parce que... ce n'était que des mamans qui ne parlaient pas français... qui parlaient tout le temps dans leur langue...en tout cas je me sentais un peu à l'écart. (...) Du coup, j'étais tout le temps dans ma chambre. Et comme eux tous ils avaient déjà leur bébé, je me sentais un peu seule* ».

Imane : « *C'était très dur de quitter ma famille d'accueil. C'était dur. On a pleuré toutes les deux. Et après je suis arrivée là-bas (au centre maternel). C'était un peu compliqué pour trouver mes habitudes...* ».

Laura : « *Ah oui non franchement l'arrivée ici c'était pas top. Je pleurais tout le temps. J'étais tout le temps en train de pleurer. Je me disais mais j'en ai marre, je veux partir d'ici* » (...) « *Je me rappelle, quand j'ai accouché, pareil, quand je revenue ici en fait j'ai pleuré. Je me suis dit, les gens ils accouchent, ils rentrent chez eux... dans leur maison avec l'endroit où ils ont décoré la chambre de leur enfant et non moi je vais rentrer ici. Je me rappelle, quand je suis arrivée j'ai pris ma fille, je l'ai posée sur le lit et j'ai pleuré pendant au moins une heure* ».

Chez plusieurs mères, ces ruptures successives viennent ainsi faire écho à leur histoire familiale faite de discontinuités sociales et affectives. Le risque serait alors que ces mouvements de répétition ne puissent pas s'élaborer et prendre sens autour de la prise en charge, et qu'ils se projettent sur la relation mère-enfant.

### **Contenance et fonction substitutive parentale de la prise en charge**

Pour la majorité des mères rencontrées, malgré le vécu difficile de discontinuité entre les différentes prises en charge, nous avons pu relever les fonctions de contenance et de soutien qui ont pu se mettre en place au cours du parcours de prises en charge et notamment grâce à l'admission en centre maternel.

En effet, pour ces adolescentes dont le vécu familial se caractérise en majorité par des vécu d'abandon et de rejet du fait de la grossesse ou bien précédent celle-ci avec des histoires de vie parfois très chaotiques, le centre maternel a pu avoir une fonction symbolique parentale à travers un soutien de leur maternité mais aussi de leur construction en tant qu'adulte en devenir.

Fanny : « *Franchement le centre parental, tu as une éducatrice qui est là pour toi et tu as toute l'équipe qui est là pour toi en fait. Tout le monde passe un peu te voir, tout le monde te donne des rendez-vous pour que le soir on puisse passer des moments ensemble... on mangeait ensemble et tout* ».

Delphine : « *Et puis elle va m'aider (l'éducatrice du centre maternel), elle trouve des solutions, et elle croit en moi, et ça c'est souvent quelque chose que les gens oublient de faire en fait. Et de montrer à quelqu'un qu'on croit en cette personne, ça peut changer beaucoup de chose* ».

Maéva : « *Ça m'a fait quand même quelque chose parce que c'est un changement je me demandais comment ça allait se passer parce que moi je n'ai jamais fait de foyer tout ça. Et avec un enfant c'est pas pareil moi j'appréhendais du coup ça s'est bien passé. Les éducatrices elles étaient gentilles avec moi, ça s'est bien passé même les jeunes femmes à mon arrivée elles étaient gentilles, quand je suis arrivée ça s'est très bien passé* ».

Nous pouvons également relever le rôle central qu'a pu jouer la sage-femme pendant la grossesse pour plusieurs des adolescentes :

Fanny : « *Vous voyez c'est elle (la sage-femme de la maternité) qui me donnait un peu je pourrais dire l'envie de continuer cette période. Elle me préparait à l'accouchement (...) que je dois assumer le petit, lui parler de temps en temps (...) Elle m'a vraiment énormément aidée, elle m'a énormément aidée. Parce que moi quand j'avais mal parfois, je n'en parlais pas, pour le moment où j'étais chez mes parents, je n'en parlais pas. Donc j'allais en parler avec elle (...) du coup c'était très bien* ».

Delphine : « *Ça a été rassurant d'un côté, pour celles qui n'avaient pas forcément de figure de maman sur qui compter, bien on avait la sage-femme qui nous expliquait tout en détail, qui nous rassurait* ».

La fonction symbolique de figure parentale prise par les structures de prise en charge génère également des mouvements conflictuels du fait de la problématique adolescente à l'œuvre. Ainsi, plusieurs mères rapportent ces mouvements ambivalents dans leur vécu de l'accompagnement :

Laura : À propos d'une soignante à la maternité : « *elle me grondait vraiment, elle me grondait. (...) Et du coup j'avais expliqué que je voulais arrêter de donner le sein, et elle m'avait dit non (...) J'ai l'impression de ne pas avoir eu le choix* ».

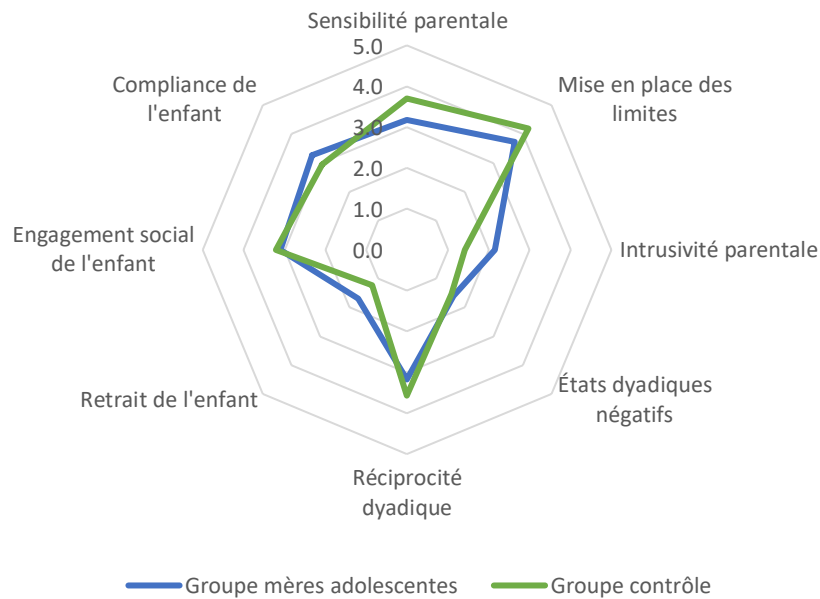
À propos de l'équipe du centre maternel : « *On a bataillé pour que je la mette chez la nounou régulièrement. J'étais là mais c'est moi qui la paye la nounou, ce n'est pas vous c'est bon si je ne la ramène pas, ce n'est pas votre souci* » ; « *Et puis en fait tu sens que les éducatrices elles sont un peu derrière toi (...) Quand tu vas gronder ton enfant, non il ne faut pas le gronder... Et en fait tu te dis c'est ton enfant, si tu estimes que là il mérite d'être grondé,*

*ce n'est pas elles qui doivent te dire non ne gronde pas ton enfant. C'était des trucs comme ça qui m'énervaient un petit peu ».*

Ainsi, le cadre contenant apporté par une prise en charge avec des professionnels expérimentés et formés permet également le déploiement sécurisé des mouvements conflictuels liés à la problématique adolescente de recherche du cadre et des limites nécessaires à la construction psychique à cette période de la vie. Pour certaines de ces adolescentes, ces mouvements conflictuels n'ayant pu s'exprimer librement dans le milieu familial, la survenue de la grossesse a entraîné des passages à l'acte parentaux de rejets parfois très brutaux.

## 2. La qualité des interactions mère-enfant

### Synthèse de la qualité des interactions dyadiques au CIB

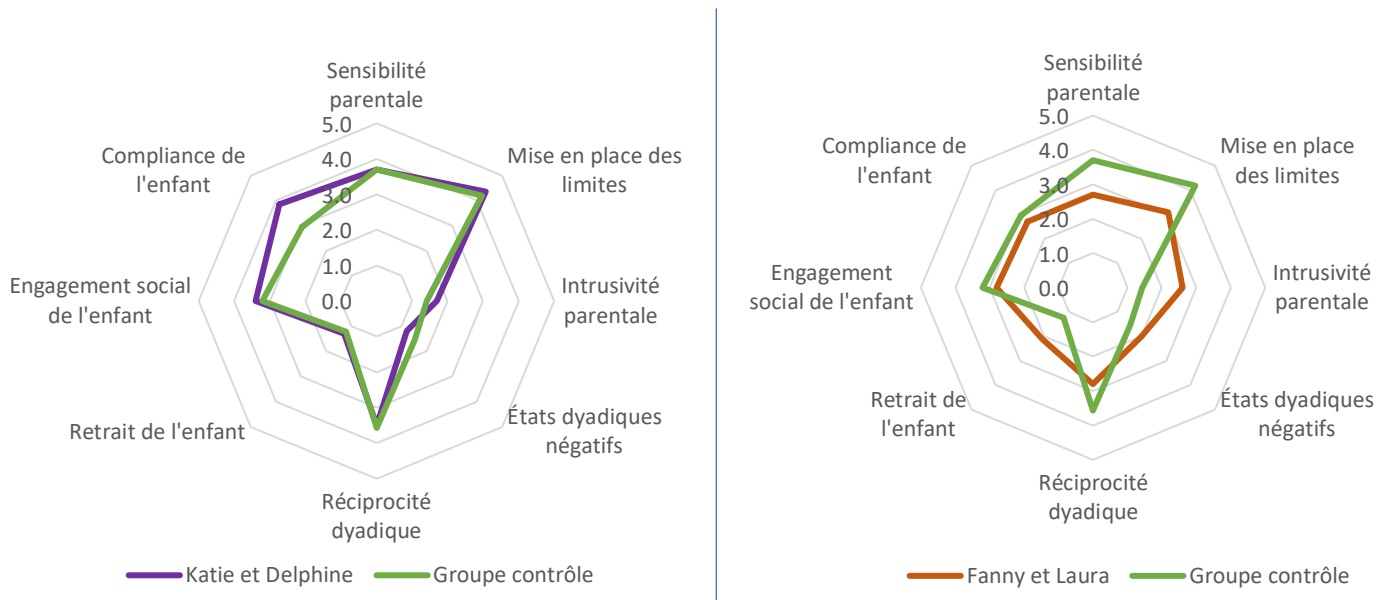


	Sensibilité parentale	Mise en place des limites	Intrusivité parentale	États dyadiques négatifs	Réciprocité dyadique	Retrait de l'enfant	Engagement social de l'enfant	Compliance de l'enfant
Groupe mères adolescentes	3,2	3,7	2,2	1,6	3,2	1,7	3,1	3,3
Groupe contrôle	3,7	4,2	1,4	1,5	3,6	1,2	3,2	3,0

Afin de comparer les résultats au CIB de notre échantillon, nous nous sommes notamment appuyés sur les travaux de C. Leclère qui a effectué sa thèse sur les interactions précoces mère-enfant en situations de négligence émotionnelle (Leclère, 2015). Dans son travail de thèse, l'auteur a constitué un groupe contrôle, composé de 10 dyades mère-enfant tout venant, afin de pouvoir comparer leurs scores au CIB avec son échantillon de dyades dans lesquelles des situations de négligence émotionnelle avait été diagnostiquées. Nous avons ainsi repris les données de son groupe contrôle donc les enfants étaient âgés entre 12 et 36 mois afin de les mettre en perspective avec les données issues des dyades de notre recherche.

Les résultats au CIB montrent que les scores retrouvés aux différents items ne diffèrent pas de manière très forte entre les deux groupes. Les écarts les plus importants concernent le niveau de sensibilité parentale, de meilleure qualité dans le groupe contrôle, une intrusivité parentale légèrement plus élevée pour les mères adolescentes ainsi que le retrait de l'enfant, un peu plus important en moyenne dans l'échantillon de mères adolescentes.

En revanche, nous pouvons souligner le contraste important qui a été relevé entre les dyades concernant la qualité des interactions. En effet, nous avons pu constater que pour deux mères les scores du CIB étaient de bonne qualité contrairement aux deux autres dyades ayant effectué l'observation vidéo, pour lesquelles les scores apparaissent bien plus contrastés avec le groupe contrôle (cf. figure ci-dessous).



Dans une visée comparative du parcours singulier de ces dyades, et non pas dans un objectif de généralisation, nous avons cherché à cerner des facteurs caractéristiques entre ces deux groupes de dyades. Ainsi, nous pouvons déjà souligner que pour Katie et Delphine, la grossesse avait été désirée assez consciemment par rapport aux autres mères de la recherche. De plus, pour ces deux jeunes femmes, dont l'histoire de vie a été très chaotique, marquée par de nombreuses violences, la grossesse a été investie comme réparatrice. Nous avons également pu mettre en exergue que contrairement aux autres mères de notre échantillon ayant participé aux observations vidéo, la rupture familiale chez Katie et Delphine n'était pas

directement liée à la survenue de la grossesse mais à des antécédents de violences. Ainsi, elles étaient déjà toutes les deux placées et sans contact avec leur famille lorsqu'elles sont tombées enceintes. La grossesse n'apparaît pas comme un passage à l'acte dans les mouvements conflictuels avec leurs familles mais comme une réparation de leurs traumatismes passés. Nous pouvons d'ailleurs souligner qu'elles ont toutes les deux investi de manière très forte les équipes de professionnels comme des substituts parentaux de qualité. Elles ont semble-t-il pu pleinement se saisir de l'accompagnement et de l'étayage des équipes pour la mise en place des premiers liens avec leur enfant. La grossesse a été plutôt bien vécue pour Katie et Delphine en comparaison des autres mères comme nous l'avons également relevé dans les résultats transversaux issus des entretiens. Elle a été synonyme d'un arrêt ou d'une diminution importante de la symptomatologie préexistante chez ces adolescentes.

#### L'anxiété et la dépression maternelle : corrélations au CIB, à la STAI et au BDI-2

Dans l'analyse de nos résultats, nous avons cherché à analyser les facteurs pouvant influencer la plus ou moins bonne qualité des interactions. Ainsi, nous avons notamment cherché à observer les éventuelles corrélations entre les scores d'anxiété et de dépression relevés aux échelles remplies par les mères et les items d'anxiété et humeur dépressive observés au CIB.

	Dimensions du questionnaire STAI		Inventaire de dépression de Beck	Item "Anxiété" au CIB (sur 5 pts)	Item "Humeur dépressive" au CIB (sur 5 pts)
	Anxiété Etat	Anxiété Trait			
<b>Laura</b>	Anxiété élevée	Anxiété moyenne	Dépression légère	1,7	1,5
<b>Delphine</b>	Anxiété faible	Anxiété faible	Dépression modérée	1,7	1,5
<b>Fanny</b>	Anxiété très faible	Anxiété moyenne	Dépression légère	2	3,5
<b>Katie</b>	Anxiété très faible	<i>Pas de donnée</i>	Dépression modérée	1,2	1

Dans notre échantillon de mères avec lesquelles a pu être effectuée l'observation vidéo, seulement 1 mère a un score d'anxiété-état élevé, 2 mères obtiennent un score d'anxiété-trait moyen, 2 mères obtiennent un score d'anxiété-état très faible et 1 mère obtient un score d'anxiété-état et d'anxiété-trait faible.

Si l'on s'attarde désormais sur les scores d'anxiété parentale à l'item de l'échelle, l'ensemble des scores apparaît peu élevé (entre 1 et 2 points sur 5 points). Ainsi, au niveau



de l'évaluation de l'anxiété maternelle au sein de l'échelle CIB, on peut observer que la majorité des mères ne présente pas d'anxiété particulière ou très faiblement. Ainsi, chez la mère pour laquelle nous avons pu relever une anxiété élevée au STAI (Laura), nous ne retrouvons pas d'anxiété maternelle élevée au CIB. Ces résultats nous amènent à penser que ces deux mesures ne relèvent pas des mêmes formes d'anxiété. Nous nous apercevons qu'il n'y a pas de corrélation significative entre les scores d'anxiété des mères au STAI et à l'item du CIB.

Concernant les scores de notre échantillon ayant fait l'observation vidéo sur le plan de la dépression, deux mères ont obtenu un score de « Dépression modérée » et deux autres un score de « Dépression faible » à l'Inventaire de dépression de Beck. Ici encore, nous n'observons pas de corrélation entre les scores de dépression au questionnaire rempli par les mères et l'item de l'humeur dépressive au CIB. Par exemple, la mère qui a obtenu un score relativement élevé à l'item de dépression au CIB (Fanny) ne présente qu'une dépression légère à l'Inventaire de Beck. Pour une des mères, nous pouvons relever une corrélation marquée entre son score de dépression modérée à l'inventaire de Beck et un score moyen/élevé à l'item de dépression au CIB. L'expression de signes dépressifs lors des interactions mère-enfant ne semble pas corrélée avec les signes de dépression relevés dans les questionnaires.



## Chapitre 4

### DISCUSSION



## Les facteurs de vulnérabilité associés à la maternité adolescente

Comme nous l'avons abordé dans la revue de la littérature, les maternités adolescentes représentent un phénomène récent sur le plan historique et sociologique. En effet, l'âge précoce des mères n'est devenu un objet de préoccupation que très récemment, depuis les années 70. Jusqu'au milieu du 20<sup>e</sup> siècle, les préoccupations de la société portaient sur le statut marital des femmes et non sur leur âge. Les « filles-mères » faisaient ainsi référence aux femmes ayant un enfant hors mariage.

Comme le rapporte le sociologue Blumer (2004) ou encore les travaux de Le Den (2012) il est donc intéressant de constater que les facteurs de vulnérabilités psychopathologiques eux-mêmes peuvent être induits par le regard de la société sur ces grossesses adolescentes. Ainsi un problème social n'est pas « *identifiable à partir d'une série d'items objectifs* » mais il « *existe d'abord par la manière dont il est défini et conçu par la société* » (Blumer ; 2004, p. 192). Comme le souligne Le Den (2012) le phénomène des grossesses adolescentes peut avoir tendance à être considéré comme relevant d'un « problème public » par la société elle-même. Ainsi, alors même que ces grossesses sont « *déplorées par les sociétés occidentales, elles sont pourtant communément admises dans certaines cultures traditionnelles* » (Le Den, 2012, p. 87). Ce que nous considérons comme une problématique à une époque ou dans une culture ne l'est pas forcément pour d'autres. Ainsi, plusieurs sociologues envisagent « *la question des grossesses à l'adolescence comme résultante d'un processus de construction sociale, en évoquant une variété de facteurs culturels, sociaux et institutionnels* » (Le Den, 2012, p. 88).

Ainsi, nous constatons que l'âge maternel est représenté différemment selon les époques, mais également qu'il n'est pas perçu de la même façon selon les cultures. Nous pouvons à ce titre citer l'exemple d'Imane, une des mères de notre échantillon, originaire d'Afrique, qui rapportait que l'âge avait été considéré comme étant moins problématique que son statut marital (le fait qu'elle ait un enfant hors mariage) aux yeux de sa famille et de sa communauté. Au moment où nous l'avons rencontrée, sa situation semblait d'ailleurs très stable puisqu'elle était en couple avec le père de son enfant, alors même que la différence d'âge avec son compagnon avait généré beaucoup d'inquiétudes pour les services de protection de l'enfance.

Concernant les jeunes mères que nous avons rencontrées, plusieurs points de réflexions nous paraissent également intéressants à souligner. Premièrement, pour une majorité des cas, les grossesses à l'adolescence ont provoqué des situations très conflictuelles, voire de rupture avec la famille. Pour d'autres jeunes, nous avons relevé qu'elles se trouvaient, au moment de la grossesse, dans des difficultés aiguës liées à un parcours de vie familial chaotique. Ainsi, ces observations posent la question de l'origine même de ce qui crée les facteurs de fragilité chez ces mères : est-ce leur jeune âge ou bien plutôt le contexte très fragile notamment sur le plan familial que va provoquer l'arrivée de la grossesse, ou même

qui était déjà présent au moment de l'arrivée de la grossesse ? Ce qui est certain, c'est que la grossesse va accentuer les difficultés préexistantes.

Parmi les mères de notre échantillon, la grossesse a représenté une période de vulnérabilité aiguë sur le plan psychopathologique. Ainsi, nous avons pu mettre en avant la présence fréquente de symptômes dépressifs et anxieux, générant dans la majorité des cas un investissement difficile de la grossesse. Ce vécu est souvent mis en lien par ces jeunes avec le vécu d'abandon et de solitude inhérent au rejet familial qu'elles ont subi. Ce rejet est d'autant plus violent pour les adolescentes que la grossesse venait prendre une fonction réparatrice d'une situation familiale pouvant déjà être fragile. Cela pose la question de la prévention : celle-ci ne doit pas forcément être uniquement limitée à l'information autour de la contraception, jugée peu pertinente par rapport aux statistiques évoquées par plusieurs auteurs mais plutôt autour du repérage de situations familiales fragiles qui pourraient constituer des facteurs favorisant l'irruption d'une grossesse chez une adolescente.

Dans cette visée, nous avons pu mettre en avant l'importance prise par des structures de soin pour ces mères, faisant office de figure de substitution familiale pour ces jeunes. En effet, les mères nous ont dans une grande majorité fait part du rôle enveloppant et contenant des équipes des centres maternels ayant permis une forme de restauration narcissique. Ce soutien semble avoir favorisé de façon majeure la création de conditions plus adéquates pour la mise en place des premiers liens mère-bébé dans ces contextes initialement très précaires sur le plan psychologique. Il nous est apparu également que les structures d'accueil ont permis un investissement double, à la fois sur le plan de la continuité des parcours individuels de ces adolescentes notamment concernant leur scolarité (toutes les mères rencontrées sont scolarisées ou employées) et également dans l'accompagnement de leur place nouvelle en tant que mère.

### Le double accompagnement : de l'adolescente et de la mère

L'un des enjeux majeurs de l'accompagnement des jeunes mères et de leur bébé au sein des centres maternels consiste à faire co-exister les mouvements psychiques liés aux remaniements adolescents et ceux liés à la naissance de la maternité et de leur rôle et place parentale.

Comme le souligne Melo, la survenue de la maternité au cours de l'adolescence oblige une fin prématurée du processus adolescent :

« Les implications sont multiples : l'autonomisation se fait de manière forcée, parfois dans un climat de rupture avec la famille d'origine, parfois de soumission » (Melo, 2006, p. 142).

Nous pouvons d'ailleurs rappeler l'histoire de Laura, une jeune mère de notre échantillon, dont le souhait de mener sa grossesse a provoqué un rejet violent de la part de

ses parents. Elle nous avait alors rapporté que sa mère avait jeté l'intégralité de ses affaires. Lorsqu'elle était retournée la voir bien plus tard, sa chambre d'adolescente avait été entièrement vidée. Cet épisode représente bien les conséquences de l'arrivée de la maternité chez ces jeunes femmes comme rupture avec le processus adolescent (la chambre d'adolescente n'existe plus).

Chez les jeunes mères que nous avons rencontrées, nous avons pu souligner que les situations d'autonomisation forcée de l'adolescente, face à l'arrivée de la maternité et au rejet parental, pouvaient par la suite laisser place à une forme de régression et de récupération partielle de la place adolescente dans les centres maternels. En effet nous avons relevé que la fonction symbolique de figure parentale prise par ces structures pouvait générer également des mouvements conflictuels du fait d'une résurgence de la problématique adolescente à l'œuvre, en permettant cette fois-ci l'expérience d'une possible expression et élaboration de ces conflits. Le cadre contenant apporté par la prise en charge permet ainsi le déploiement sécurisé des mouvements conflictuels de la problématique adolescente.

Ces processus régressifs que l'on retrouve dans la plupart des dispositifs de prises en charge mère-bébé, et qui apparaissent d'autant plus marqués chez des très jeunes mères, représentent ainsi un défi de taille pour les structures accueillant ce public. Comme nous l'ont souligné à plusieurs reprises les équipes des centres maternels rencontrées dans le cadre de notre recherche, l'enjeu principal et probablement le plus difficile consiste à trouver le juste équilibre entre la demande de responsabilisation de la jeune dans son rôle de mère, et l'accueil des mouvements psychiques liés au processus adolescent.

Face à ce constat, la question de la spécificité des lieux de prise en charge se pose. En effet, la totalité des mères rencontrées étaient accueillies dans des centres maternels accueillant des mères de tous les âges et donc non adaptés à des mères adolescentes. Ces structures dédiées sont d'ailleurs rares dans le réseau des centres maternels existants.

Ainsi, des auteurs ont mis en avant l'importance de dispositifs spécifiques pour les adolescents, répondant aux caractéristiques des problématiques psychiques à l'œuvre. Le fragile équilibre entre la satisfaction des besoins de dépendance et les besoins de maturation de la personnalité est notamment central dans la façon dont les services de soin dédiés aux adolescents ont pu être pensés (Jeammet, 2022). Ainsi, l'une des premières conditions de l'accompagnement des adolescents se trouve dans la nécessité d'une diversité du cadre thérapeutique, par la diversité des soignants à l'intérieur des équipes. Ce cadre permet notamment une meilleure diffraction des investissements rendant le transfert avec les soignants plus tolérable (Jeammet, 2022). Ce sont ces constats sur les dispositifs favorisant l'accompagnement des adolescents qui ont d'ailleurs poussé à la création de services d'hospitalisation en psychiatrie spécifiques pour les adolescents, les services pour adultes s'avérant particulièrement peu adaptés.

La question peut ainsi se poser concernant l'accompagnement de mères adolescentes en centre maternel où elles sont majoritairement mélangées avec des mères adultes. Ainsi, ces profils de très jeunes mères nécessitent une réelle adaptation des équipes des centres maternels, pouvant se retrouver parfois en difficulté avec ces problématiques adolescentes qui ne sont pas toujours pensés comme un axe de travail à part entière. Pour autant, dans notre échantillon, après un temps d'adaptation, il semblerait que les mères aient pu trouver un étayage de qualité, leur permettant d'exprimer la conflictualité à l'œuvre sans que celle-ci ne soit synonyme de rupture et de se laisser aller à une relation de dépendance sécurisante avec les professionnels.

### **Les collusions entre les discontinuités familiales et les discontinuités de prise en charge**

Un des aspects récurrents relevés dans notre recherche s'est porté sur la question de la discontinuité des soins et des prises en charge pour ces jeunes mères. En effet, comme nous l'avons souligné (cf. partie II.2.c), les parcours propres à la maternité se sont souvent caractérisés par le passage par plusieurs lieux ou modalités de prises en charge différents. Ainsi, pour plusieurs mères, leur parcours a été caractérisé par des passages en famille d'accueil ou en foyers pour femmes enceintes avant d'être admises en centre maternel. Ces changements ont souvent été accompagnés de mouvements géographiques importants nécessitant parfois un changement d'établissement scolaire et un éloignement de l'entourage familial lorsque celui-ci existait.

Ces vécus de discontinuité sont venus s'ajouter pour certaines jeunes à un parcours déjà fait de ruptures au cours de leur enfance et de leur adolescence. Ainsi, l'une des mères rencontrées, alors qu'elle venait de trouver une certaine stabilité dans un foyer pour adolescents, après des ruptures répétées avec ses foyers précédent, a dû à nouveau changer de lieu pour intégrer un centre maternel. Il s'agit ici de mettre en réflexion ce difficile agencement de la prise en charge entre la prise en charge de l'adolescente et celle de la mère, qui se caractérise souvent par l'arrivée dans des lieux différents. Cela pose notamment la question de l'existence de services spécifiques pour des adolescentes qui sont mères. Pour autant, la majorité de ces mères reconnaissent avoir trouvé un point de stabilité sécurisant et enveloppant dans ces centres maternels.

Cette discontinuité se pose également autour de l'avenir de ces jeunes femmes. En effet, les centres maternels sont prévus pour accueillir des mères jusqu'aux trois ans de l'enfant. Or, dans le cas des adolescentes, cela signifie la nécessité d'être autonome alors qu'elles sont encore très jeunes et qu'il existe peu de dispositifs pour les dyades comprenant un enfant de trois ans et plus. Cet enjeu est d'autant plus important que ces jeunes mères peuvent être amenées à désirer poursuivre leurs études, ce qui peut être difficilement compatible avec l'autonomie d'un enfant de trois ans notamment pour les profils de notre échantillon ayant peu de soutien familial. Il faut souligner que les étudiants ne sont pas

prioritaires pour obtenir un logement HLM. De la même façon, les logements attribués par le CROUS aux étudiants ne permettent généralement pas d'accueillir des mères avec leurs enfants. La question de la poursuite de la prise en charge de ces jeunes mères pendant leurs études supérieures manque ainsi cruellement de dispositifs adaptés et oblige une intégration professionnelle précoce. Or, nous savons que l'insertion professionnelle de ces jeunes fait partie des facteurs déterminant dans la bonne évolution du développement de l'enfant.

Enfin cette multiplication des prises en charge pour les mères adolescentes se retrouve plus particulièrement chez celles déjà prises en charge par la protection de l'enfance avant leur grossesse. En effet, parmi les mères de notre échantillon, celles qui faisait déjà l'objet d'une mesure de placement ont vu leur parcours être particulièrement chargé de ruptures et d'adaptations à de nouveaux lieux majorées par l'arrivée de la maternité. Ainsi, ces femmes jeunes qui apparaissent comme les plus fragilisées sont celles qui devront le plus faire face à des changements de prises en charge et à la création de liens de confiance avec des nouveaux professionnels. La création de dispositifs de liaisons apparaît ainsi comme particulièrement précieux pour ces profils.



## Chapitre 5

### LIMITES ET PERSPECTIVES DE LA RECHERCHE





## I. Limites de l'étude

Une des premières limites à laquelle nous avons été confrontée dans cette recherche porte sur la quantité du matériel recueilli. La recherche a abordé le sujet des maternités adolescentes dans une visée clinique et singulière, mettant l'accent sur une approche qualitative approfondie des parcours de ces jeunes femmes et non sur l'abord quantitatif qui ne nous aurait pas permis d'approfondir autant les problématiques à l'œuvre chez chacune. Dans cette perspective, les résultats de la recherche ne peuvent pas être généralisés et il ne s'agit donc pas d'en déduire des théorisations sur le vécu général de ces adolescentes mais plutôt d'en faire émerger des pistes de réflexions. À partir de ce travail clinique, il pourrait être intéressant de tester ces résultats sur un plus large échantillon.

Concernant la taille de l'échantillon, nous soulignons également le biais particulier qu'a représenté la crise sanitaire du COVID 19, ayant eu des répercussions importantes dans l'accès aux structures et aux sujets, et qui nous a fait prendre du retard dans les recrutements. Nous pouvons d'ailleurs souligner que les mères rencontrées sont aussi marquées par cette crise sanitaire, la majorité d'entre elles ayant accouché au début de la crise du covid, ce qui a engendré des répercussions sur leur vécu et sur leur prise en charge (majoration du sentiment d'isolement avec la famille ou bien avec le conjoint par exemple).

Les mères de notre échantillon sont toutes des mères rencontrées au sein de centres maternels, c'est-à-dire ayant bénéficié d'une prise en charge. Ces mères présentent des parcours singuliers par la fragilité familiale et sociale qui caractérise leur histoire de vie. La recherche ne se penche donc pas sur les profils de mères adolescentes étant dans une configuration familiale stable et soutenante. Nous pouvons également souligner que les mères rencontrées au sein de ces centres font l'objet d'un accompagnement socio-éducatif parfois même dès le début de la grossesse. Elles ont donc pu être accompagnées dans la mise en place des liens précoces avec leur bébé. Il est beaucoup plus difficile d'avoir accès à des mères étant restées très à l'écart de tout accompagnement professionnel et d'en mesurer les conséquences sur la qualité du développement de l'enfant et du lien mère-enfant.

Enfin, les caractéristiques du processus adolescent dans les alternances de mouvements de dépendance et d'autonomisation notamment envers les équipes de professionnels les prenant en charge, peuvent avoir eu tendance à complexifier le recueil de l'accord de ses mères quant à leur participation à la recherche.

## II. Perspectives de la recherche

### **Au niveau de la recherche pouvant intéresser des chercheurs et des doctorants :**

- La mise en perspective, à partir d'un échantillon plus important, d'une comparaison entre un groupe de mères adolescentes intégrées dans leur famille et des profils de mères accueillies en structures médico-sociales afin de déterminer plus finement ce qui résulte du contexte de conflits et de ruptures familiales de ce qui résulte à proprement parler du jeune âge de la mère.
- L'élargissement de l'évaluation de la qualité de l'investissement maternel et des interactions dyadiques chez des enfants plus âgés.
- La mise en perspective du parcours de ces jeunes femmes notamment sur le plan de l'intégration socio-professionnelle sur plusieurs années.

### **Du côté des applications pratiques**

- *Dispositifs de liaisons et équipes mobiles dédiées aux maternités adolescentes*

La mise en avant de la récurrence des discontinuités dans le parcours de soin de ces jeunes femmes pose la question du développement des dispositifs de liaison. Ces prises en charge de liaison ont pu déjà être mises en place pour des problématiques spécifiques afin d'accompagner les patients mais aussi les équipes de soins. C'est le cas par exemple des équipes ELSA, équipes de liaison et de soins en addictologie dont les missions principales sont de former, assister et conseiller les soignants des différents services ou structures de soins non addictologiques sur les questions du dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients.

Nous pouvons également citer l'exemple du DAPSA, dispositif d'appui à la périnatalité et aux soins ambulatoires, constitué de psychologues, assistantes sociales ou encore psychomotriciens, qui accompagne des équipes de professionnels autour de situations familiales, de la grossesse aux trois ans de l'enfant pour un appui à la coordination entre professionnels et entre établissements (analyse de situation, soutien aux équipes, appui à la réflexion, concertation pluridisciplinaire et interinstitutionnelle, travail d'orientation, conseil, information, recherche...) ou encore pour solliciter la mise en place d'une équipe mobile.

Nous pourrions ainsi imaginer que la mise en place de tels dispositifs permettrait d'accompagner les équipes sur les problématiques propres aux grossesses adolescentes, notamment dans l'accompagnement parallèle des dimensions adolescentes et maternelles.

- *Poursuite de la création de structures spécifiques à la prise en charge des maternités adolescentes*

La question de la spécificité des problématiques rencontrées dans le double accompagnement que représentent les maternités adolescentes pose aussi la question du développement des structures médico-sociales dédiées à cette population. Ainsi, nous avons vu que la majorité des mères adolescentes accueillies en centres maternels se retrouvaient mélangées avec des mères adultes. De telles structures existent déjà mais restent rares. Or, la particularité des mouvements adolescents représente un véritable défi pour les professionnels notamment à travers les spécificités liées à la période d'adolescence, à la poursuite de la scolarité et aux besoins accrus en termes d'accompagnement à la constitution précoce des premiers liens.

- *Développements des dispositifs d'accompagnement au-delà des trois ans de l'enfant*

Enfin, un des enjeux majeurs dans l'accompagnement de ces jeunes femmes se porte également sur la continuité de la prise en charge après les trois ans de l'enfant. En effet, la majorité des structures périnatales de soins conjoints mère-enfant s'arrête après les trois ans de l'enfant, ce qui vient poser la question de la continuité des soins et de l'accompagnement pour ces mères, encore très jeunes. Là encore, des dispositifs de liaison pourraient avoir un vrai rôle à jouer dans la poursuite de l'accompagnement nécessaire. Il s'agit également de pouvoir penser la mise en place de structures permettant la poursuite des soins pour ces mères après les trois ans de l'enfant. Nous pourrions également imaginer que les centres maternels recevant des mères adolescentes pourraient disposer d'une possibilité de prolongement d'accueil spécifique à ces mères du fait de leur très jeune âge afin d'assurer une continuité dans les soins et les prises en charge.

## CONCLUSION

Cette recherche a eu pour but de mettre en perspective les processus psychodynamiques à l'œuvre chez la jeune mère et d'évaluer la qualité de la relation mère-bébé 15 à 24 mois après la naissance de l'enfant chez des mères adolescentes accueillies en centre maternel de la région francilienne. Ainsi, nous cherchions à mieux décrire l'expérience de la grossesse chez des adolescentes et de sa prise en charge périnatale dans l'après coup afin de dégager les processus psychodynamiques de l'émergence de la maternité, la mise en place des liens précoces mère-enfant et des parcours de soins associés.

La problématique thérapeutique était ainsi de perfectionner la prise en charge des adolescentes et de leur bébé dans ce contexte de maternité précoce et de déterminer les besoins de prise en charge psychologique et sociale de ces dyades.

À travers le parcours singulier de six mères adolescentes, les résultats cliniques de cette étude exploratoire ont permis de mettre en avant la fréquence des défaillances familiales de ces jeunes dont l'histoire de vie est marquée pour certaines par de nombreuses ruptures et violences. La survenue de la grossesse est dans la presque totalité des récits recueillis, associée à un rejet parental pour la jeune.

Nous avons relevé que la récurrence de ces récits de rupture chez ces jeunes femmes était souvent à l'origine de troubles psychopathologiques telles que des épisodes anxieux et dépressifs, ce qui vient confirmer les travaux d'Osofsky et al., (1993) et de Siegel (2014) sur la fréquence des symptômes dépressifs chez les adolescentes mères ou encore les travaux de Torres (2017) sur la présence plus importante de stress parental chez ces mères.

Dans ce contexte, nous avons également pu mettre en avant la répétition de ces ruptures successives dans le parcours de prises en charge de ces jeunes, nécessitant des adaptations constantes sur le plan de leurs liens sociaux, de leur scolarité tout en maintenant le déploiement des mouvements propre à la problématique adolescente d'une part, et la mise en place de la maternité d'autre part. Cette co-existence de ces deux crises identitaires majeures représente un enjeu complexe pour les structures de soin accueillant ces jeunes mères à travers la mise en place d'accompagnements spécifiquement pensés pour ce public.

Cette recherche exploratoire pourrait permettre ultérieurement la mise en perspective de ces résultats sur des échantillons plus importants et également en comparaison avec des mères adolescentes insérées dans leur famille. Des développements pourraient également se porter sur le devenir des enfants à des âges plus avancés. Sur le plan de l'amélioration des pratiques, nous avons pu souligner la pertinence, au regard de nos résultats exploratoire, du développement de structures spécialisées dans l'accueil de ce public spécifique ainsi que la mise en place de dispositifs de liaison pour accompagner ces mères ainsi que les équipes qui les accueillent.

## Liste des tableaux et figures du rapport

### **Tableaux**

- Tableau 1 : Caractéristiques de la cohorte.....27
- Tableau 2 : Découverte de la grossesse chez les mères de la cohorte.....87
- Tableau 3 : Contexte familial de la cohorte.....96
- Tableau 4 : Situations conjugales de la cohorte.....98
- Tableau 5 : Situation scolaire de la cohorte.....100
- Tableau 6 : Parcours de prises en charge de la cohorte.....102

### **Graphiques**

- Graphique 1 : Répartition des scores à l'échelle de l'inventaire de dépression de Beck (BDI-2).....90
- Graphique 2 : Répartition des scores à l'Échelle d'Anxiété – Trait – Etat de Spielberger (STAI-Y).....92

## BIBLIOGRAPHIE

- AINSWORTH, MD, BLEHAR MC, WATERS E, WALL S. (1978) Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale : NJ Erlbaum.
- ALVAREZ, L. & GOLSE, B. (2020). Chapitre IV - L'étude des interactions. Dans : B. Golse, *La psychiatrie du bébé* (pp. 47-59). Presses Universitaires de France.
- AUBIN, C., JOURDAIN MENNINGER, D. (2009). Rapport Igas : la prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Paris : inspection générale des affaires sociales.
- BECK, A.T., & STEER, R.A. (1987). *BDI- Beck Depression Inventory Manual*. The Psychological Corporation.
- BERREWAERTS, J. NOIROMME-RENARD, F. (2006). *Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ?* Louvain : Epl santé, éd, UCL-RESO, faculté de médecine de Louvain.
- BETTOLI, L. (2003). Parents mineurs : la grossesse, facteur de maturation pour les jeunes parents ? Quels risques comporte-t-elle ? Quels accompagnements à Genève ? *Thérapie familiale*, 24, 179-191.
- BIBRING, G. L. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *Psychoanal. Study Child*, 14, 113-121.
- BION, W.R. (1962). *Aux sources de l'expérience*, PUF, coll. « Bibliothèque de psychanalyse », 1979.
- BLAZY, M., TAGAWA, O., BOIGE, N. & PRESME, N. (2013). Grossesse à l'adolescence : Un accompagnement contenant. *Le Journal des psychologues*, 309, 32-40. <https://doi.org/10.3917/jdp.309.0032>
- BLUMER, H. (2004). (1971) Les problèmes sociaux comme comportements collectifs, *Politix*, 17, 67, 185-199.
- BOWLBY, J. (1978/1984). *Attachement et perte*, 3 vol., PUF, coll. « Le fil rouge ».
- BYDLOWSKI, M. (2001). Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir*, 13(2), 41-52.
- BYDLOWSKI, M. (2000). L'entrée dans l'âge adulte à l'épreuve de la première maternité. *Adolescence*, 18 : 605-620.
- BYDLOWSKI, M. (1997). *La dette de vie, Itinéraire psychanalytique de la maternité*. PUF, Le Fil Rouge.
- BYDLOWSKI, M. (1993). Le désir d'enfant chez l'adolescente enceinte. Dans W. Pasini, F. Beguin, M. Bydlowski, E. Papiernik (Éds.), *L'adolescente enceinte*. Médecine & Hygiène, pp. 21-26.
- BYDLOWSKI, M. (1992). *Je rêve d'une enfant*. Jacob.
- CHAPELIER, J.C. (2000). *Le lien groupal à l'adolescence*. Dunod.
- CHAPELIER, J-B. (2001). Grossesse et adolescence : approche ethno psychiatrique. *Revalidosanté, médecine et santé de l'adolescent*, Juin 2001, n° 2

- COURTECUISSÉ, V. (1992). *L'adolescence, Les années métamorphoses*. Stock/ Laurence Pernoud.
- COUVERT, M. (2011). *Les premiers liens*. Fabert.
- CRITTENDEN, PM. (1998). CARE-Index: Revised Coding Manual. Unpublished manuscript 1998, available from the author: Family Relations Institute, 9481 SW 147 St., Miami, FL 33176 USA. Traduction française de Latoch J, mémoire de DEA.
- DADOORIAN, D. (2012). La grossesse désirée à l'adolescence : Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 30, 103-111. <https://doi.org/10.3917/sss.301.0103>
- DADOORIAN, D. (2007) *Grossesses adolescentes*. Erès.
- DUGUENY, F. (2008). Fécondité soutenue en Ile de France. Note rapide Population- Mode de vie, p. 443.
- FAUCHER, P., DAPPE, S. & MADELENAT, P. (2002). Maternity in adolescence: obstetrical analysis and review of the influence of cultural, socioeconomic and psychosocial factors in a retrospective study of 62 cases. *Gynecol Obstet Fertil*, 30 (12), 944-952.
- FELDMAN, R., EIDELMAN, AI. (2003) Direct and indirect effects of breast milk on the neurobehavioral and cognitive development of premature infants. *Dev Psychobiol*, 43 (2), pp 109-19.
- FELDMAN, R. ET KEREN, M. (1998) (unpublished manuscript) Coding Interactive Behavior Manuel (CIB), Ramat-Gan, Israel: Bar Ilan Université;
- FILOU, A. (2011). *La maternité à l'adolescence : une prise en charge spécifique ? Etude comparative 1998-2010 sur une population d'adolescentes ayant menés leur grossesse à terme dans la même maternité*. EU européennes.
- FLANAGAN, P., COLL, C.G., ANDREOZZI, L & RIGGS, S (1995). Predicting maltreatment of children of teenage mothers. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 149, (4); 451-455.
- FREUD, S. (1914). Pour introduire le narcissisme. Dans *Œuvres complètes - psychanalyse - vol. XII : 1913-1914*. Paris, 2005: Presses universitaires de France.
- GALAUP, K. (2012). Parcours de santé et interruption volontaire de grossesse. Paris : ARd Santé Editor ; 2012, ARS, p. 22-28.
- GODEAU, E., VIGNES, C., DUCLOS, M., NAVARRO, F., CAYLA, F., GRANDJEAN, H. (2008). Facteurs associés à une initiation sexuelle précoce chez les filles : données françaises de l'enquête internationale health behavior in School-aged Children (HBSC)/OMS. *Gynecol Obstet Fertil* 2008, vol. 36, p. 176-182.
- GOLSE, B. (2011). Des sens au sens : La place de la sensorialité dans le cours du développement. *Spirale*, 57, 95-108. <https://doi.org/10.3917/spi.057.0095>
- HOUZEL, D. (2002). Les enjeux de la parentalité. Dans L. Solis-Ponton, *La parentalité, défi pour le troisième millénaire*. Paris, 2016 : Presses Universitaires de France.
- JACQUEMOND, M., MACHROUH, S., MAREAU, J. (2019). Quand maternité et scolarité se croisent. L'expérience du service d'accompagnement des mères lycéennes. *Enfances et Psy*, 4, 88-98.

- JEAMMET, P. (2002). Spécificités de la psychothérapie psychanalytique à l'adolescence. *Psychothérapies*, 22, 77-87. <https://doi.org/10.3917/psys.022.0077>
- KAËS, R. (1979). *Crise, rupture et dépassement*. Dunod. 2004.
- KARRAKER, K.H. & EVANS, S.L. (1996). Adolescent mothers' knowledge of child development and expectations for their own infants. *Journal of youth and adolescence*, 26(2), 251-252.
- KEREN, M., FELDMAN, R., TYANO, S. (2001) Diagnoses and interactive patterns of infants referred to a community-based infant mental health clinic. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* ; 40 (1), pp 27-35.
- KHASHAN, A.S., BAKER, P.N., KENNY, L.C. (2010). Preterm birth and reduced birthweight in first and second teenages pregnancies: a register based cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*, vol 10, p. 10.
- KONICHECKIS, A. (2006). Grossesse à l'adolescence, aire du culturel et tissage des liens précoces. *Adolescence*, 241, 175-188. <https://doi.org/10.3917/ado.055.0175>
- LEBOVICI, S (1983). *Le nouveau-né, la mère et le psychanalyste*. PUF.
- LECLÈRE, C. (2015). *Interactions précoces mère-enfant en situation de négligence émotionnelle sévère : étude transdisciplinaire de la synchronie et de la mentalisation réflexive maternelle*. [Thèse de doctorat, Université Sorbonne Paris Cité].
- LEPINE, J.P., GODCHAU, M, BRUN, P, LEMPERIER, TH. (1985). Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann Med Psychol* ; vol. 2: p. 175-185.
- LE DEN, M. (2014). *Grossesses et maternité à l'adolescence : Socio-histoire d'un problème public*. *Logiques sociales*. L'Harmattan.
- LE DEN, M. (2012). Les indicateurs des grossesses à l'adolescence en France : Enjeux et modalités de leur mobilisation dans la mise en place d'une politique de prévention. *Sciences sociales et santé*, 30, 85-102. <https://doi.org/10.3917/sss.301.0085>
- LETENDRE, R., DORAY, P. (2003). Expérience de la grossesse à l'adolescence. *Adolescence*, 21 : 693-712.
- LE VAN, C (1998): *Les grossesses à l'adolescence, normes sociales, réalités vécues*. L'Harmattan.
- MARCELLI, D. (2001). Adolescence, grossesse et sexualité, une douloureuse conjonction. *Revadosanté*, Juin 2001, n°2.
- MARCELLI, D (2003). La grossesse : une immixtion douloureuse dans la sexualité de l'adolescente. *Adolescence*, 46, 683 -692.
- MAZET, P., FEO, A (1996). Interactions précoces et recherche. *Pour la recherche*, vol.9, p2-6.
- MC HALE, J.P. & IRACE, K. (2011). Coparenting in diverse family systems. Dans J MC HALE & K. LINDAHL. *Coparenting: a conceptual and clinical examination of family systems*. American Psychological association Press.
- MELO, I. (2006). Adolescentes enceintes. *Adolescence*, 241, 141-174. <https://doi.org/10.3917/ado.055.0141>




- MOLÉNAT, F. (1992). *Mères vulnérables*. Stock.
- MOUTQUIN, J.M (2003). Classification and heterogeneity of preterm Birth. *BJOG* ; vol.110, p. 30-33.
- NAVARRO, F., DELCROIX, M. & GODEAU, E. (2013). Déni de grossesse à l'adolescence. *La Revue de Santé Scolaire et Universitaire*. 4. 14-17.
- NISAND, I., TOULEMON, L (2006). Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineurs. Paris : haut conseil de la population et la famille.
- NORIA, C.W., WEED, K & KEOGH, D.A. (2007). The fate of adolescent mother Dans J.G.BORKOWSKI, J.R.FARRIS, T.L.WHITHMAN, CAROTHERS S.S., WEED K., & KEOGH D.A. *Risk and resilience: adolescent mothers and their children grow up. Mahway, NJ: Lawrence Erlbaum*, p.35-68.
- OLSOFSY, et coll. (1993). Les enfants de mère adolescentes, un groupe à risque du point de vue de la psychopathologie, *Psychiatrie de l'enfant XXXVI*, p 253-287
- Organisation Mondiale de la Santé. Santé de l'adolescent (consulté le 15 Février 2019). Disponible à partir de : URL : [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/fr/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/fr/)
- OMS (2007). Adolescentes enceintes : apporter une promesse d'espoir dans le monde entier. Suisse : UNFPA, Editor, p. 26.
- PAJOT, O. (1984). L'a-maternité adolescente. *Adolescence*, 4 : 377-382.
- PANNARD, M. (2018). *Exploration De L'expérience Vécue Et De La Mise En Sens Des Enjeux éthiques Et Psychosociaux Lies Aux Innovations Technologiques Et Thérapeutiques En Oncogénétique : Une Approche Critique* [Thèse de doctorat, Université de Lyon].
- PAPOUSEK, H., PAPOUSEK, M. (1987). Intuitive parenting: a dialectic counterpart to the infant's integrative competence. Dans J. D. Osofsky , *Handbook of infant development*. Wiley & Sons.
- RACAMIER, P.-C. (1961). La mère, l'enfant dans les psychoses du postpartum. *Evolution psychiatrique*, XXVI, 525-570.
- RIAND, R. (2012). Cancer et grossesse : impacts sur le couple et la parentalité. Dans A.-F. Lof, *Cancer et maternité* (p. 197-208). Érès.
- ROS, C (2001). Sexualité, grossesse et IVG, données épidémiologiques. *Revadosanté, revue de médecine et de santé de l'adolescent*, décembre 2001, N°2.
- ROUVEAU, F. & SFEIR, M. (2013). Comment s'inscrivent la grossesse et la maternité... dans le développement des adolescentes ? Dans : Colette Bauby, *Les enjeux du développement de l'enfant et de l'adolescent : Apports pour la PMI* (pp. 163-184). Érès.
- RUCHON-SCHWEITZER, M., Paulhan, I (1993), *Le Manuel du STAI-Y de C.D. Spielberger, adaptation française*. ECPA.
- SHEIDEGGER, S., VILAIN, A. (2007) Disparités sociales et surveillance de la grossesse. *Etudes Result*, p. 1-8
- SIEGEL, R.S., BRANDON, A. (2014). Adolescents, Pregnancy and mental Health. *Journal of Pediatrics and adolescent gynecology*, volume 27, issue 3, June 2014, p.138-150.

- SIBERTIN-BLANC, D (2001). Le bébé de la mère adolescente, à qui appartient-il ? *Revalidosanté, revue de médecine et de santé de l'adolescent*, décembre 2001, N°2.
- SMITH, J.A., FLOWERS, P., LARKIN, M (2009). Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research. *Qualitative Research in Psychology*. vol. 6, n° 4, p. 346-347
- SPIELBERGER, C. D., BRUCHON-SCHWEITZER, M., & PAULHAN, I. (1993). *Inventaire d'anxiété Etat-Trait Forme Y (STAI-Y)*. Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- SPIELBERGER, C.D., GORSUCH, R.L. and LUSHENE, R.E. (1970), STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. *Consulting Psychologists Press, Palo Alto*.
- STERN, D.N. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson, Une perspective psychanalytique et développementale*, PUF, coll. « Le fil rouge ».
- TEISSEDRE, F., CHABROL, H. (2004). Detecting women at risk for postnatal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum. *Can J Psychiatry*, vol. 49: p51-p54.
- VARESCON, I. (2012). Différences entre éthique et déontologie. Dans O. Bourguignon, *Ethique et pratique psychologique*. Mardaga.
- VIAUX-SAVELON, S. ET AL. (2013) Validation de la version française du Coding Interactive Behavior sur une population d'enfants à la naissance et à deux mois. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.11.010>.
- WARE, L. M. (1999). Les grossesses des adolescentes aux États-Unis d'Amérique. *Devenir*, 11: p23-48
- WINNICOTT D. W. (1957). *L'enfant et le monde extérieur : le développement des relations*. Science de l'homme, Payot. (2008).
- WINNICOTT D. W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*. (p. 168-174) Petite Bibliothèque Payot.



## ANNEXES

- Grille de l'entretien semi-directif
  - L'échelle d'Anxiété – Trait – Etat de Spielberger (STAI-Y)
  - Le BDI-2 - Inventaire de dépression de Beck
  - Recueil des données médico-sociales
  - Formulaire de consentement concernant la participation de la mère
  - Formulaire de consentement concernant la participation de l'enfant
  - Document de présentation de la recherche à destination des professionnels
  - L'avis favorable du CPP
- 

## Grille de l'entretien semi-directif

### **Consigne de l'entretien :**

- Rappel de l'étude
- Déontologie : garantie de confidentialité, secret professionnel, pas d'exploitation nominative
- Énoncer les grandes thématiques

*Rappel : Si vous ne voulez pas aborder au cours de l'entretien certains points, libre à vous de ne pas le faire.*

### **L'histoire de la naissance**

***Pouvez-vous me raconter l'histoire de la naissance de votre enfant ?***

#### ***Désir d'enfant***

- *Enfant programmé ou arrivé par hasard et si programmé : Depuis combien de temps ? Décision du couple ou individuelle ? Avortements/fausses couches antérieures ?*

***Qu'avez-vous ressenti lorsque vous avez appris cette grossesse ?***

- *Date et circonstance*
- *Avec qui en avez-vous parlé ? A quel moment de la grossesse ?*

***Comment la nouvelle a été accueillie par votre famille et votre entourage ?***

- *Conjoint si couple ou géniteur de l'enfant ?*
- *Père/mère ?*
- *Amis*
- *Entourage social plus élargi (scolaire, activités extrascolaires, voisins etc.) ?*

***Comment s'est passé le suivi de grossesse ?***

- *Sur le plan médical ? (Complications éventuelles ?)*
- *Avez-vous bénéficié d'un accompagnement particulier par la maternité ou d'autres professionnels ?*
- *Dans le lien à vos proches*
- *Dans votre organisation quotidienne (rythme scolaire ; organisation mise en place par le lycée par exemple etc.,).*

***Pouvez-vous me raconter votre accouchement ?***

- *Comment s'est déroulé l'accouchement sur le plan médical ? (Voie basse, césarienne, gestion de la douleur, péridurale, compliquée éventuelle...) ?*
- *Qui était avec vous lors de votre accouchement ?*

***Les premiers jours après votre accouchement ?***

- *Quels souvenirs gardez-vous du séjour en suites de couches ?*
- *Avez-vous bénéficié d'un accompagnement particulier (psychologue, assistante sociale etc.,)*
- *Qui est venu vous rendre visite ? : réaction des proches*
- *Avez-vous allaité ? Quel vécu et quel accompagnement ?*
- *Choix du prénom ? (signification, décision par la mère ou autre ?)*

### **L'histoire du couple**

***Pouvez-vous me raconter l'histoire de votre couple (dans le cas où la grossesse a eu lieu dans un contexte de relation de couple)***

- *Depuis combien de temps êtes-vous/étiez-vous ensemble ?*
- *Comment vous êtes-vous rencontrés ?*
- *Est-ce que vous vous êtes plus tout de suite ou c'est venu progressivement ?*
- *Qu'est-ce qui vous a le plus attiré chez lui (elle) ?*
- *Relations antérieures ? Rapport à la sexualité ? (Première expérience ou non etc., contraception etc.)*

***Quel a été l'impact de l'arrivée de l'enfant dans votre relation ?***

- *Quelle est la place du père actuellement (ou le lien avec le géniteur si celui-ci n'est pas reconnu comme père) ?*
- *Qu'est-ce qui a changé avec l'arrivée de la grossesse ? de l'enfant ?*
- *Avez-vous connu des périodes difficiles dans votre couple ? Des ruptures ? A quels moments ?*

### ***La vie de l'enfant***

***Pouvez-vous me parler de votre enfant ?***

- ***Quel genre d'enfant est-ce ?***
  - *Son caractère ?*
  - *Son lien avec vous ?*
  - *Son évolution ? : alimentation, sommeil, autonomisation...*
- ***Sur le plan de la socialisation ?***
  - *Mode de garde ?*
  - *Lien avec entourage familial ?*
  - *Lien avec le père ?*
  - *Autre entourage ?*
  - *Quel accompagnement par les professionnels ?*
- ***Quelles difficultés éventuelles rencontrées ? Moyens pour y faire face, être aidé...***
  - *Sur le plan psychologique*
  - *Sur le plan matériel etc.*

### ***La maternité***

***Comment vous décririez vous en tant que mère ?***

### ***Le père***

***Comment décririez-vous le père de votre enfant en tant que père ?***

### ***L'histoire familiale de la mère***

- ***Arbre généalogique de la mère à réaliser***
- ***Comment était votre mère avec vous lorsque vous étiez enfant ? Quelle relation aviez-vous ? Comment la décririez-vous ?***
  - *Changement dans la quantité de contact entre vous et votre mère depuis que vous avez eu votre enfant ? (plus de lien, de contacts par exemple ?)*
  - *Avez-vous l'impression que vous pensez plus à comment votre mère était avec vous quand vous étiez enfant depuis la naissance de votre enfant ?*

- Depuis la naissance de votre enfant, vous sentez-vous plus proche ou plus distante de votre mère?
- **Comment était votre père avec vous lorsque vous étiez enfant ? Quelle relation aviez-vous ? Comment le décririez-vous ?**
  - Changement dans la quantité de contact entre vous et votre père depuis que vous avez eu votre enfant ? (Plus de lien, de contacts par exemple ?)
  - Avez-vous l'impression que vous pensez plus à comment votre père était avec vous quand vous étiez enfant depuis la naissance de votre enfant ?
  - Depuis la naissance de votre enfant, vous sentez-vous plus proche ou plus distante de votre père?
- **Les liens avec la fratrie ?**
  - Quels étaient les liens avec vos frères et sœurs dans votre enfance ?
  - Changements des liens avec arrivée de l'enfant ?

### *Les prises en charge par les professionnels*

- **Pouvez-vous me parler de la façon dont cela se passe avec l'équipe de professionnels qui vous prend en charge ?**
    - L'histoire de cette/ces prises en charges ?
    - Les bénéfices ? Les difficultés rencontrées ?
    - Accompagnements dont vous auriez souhaité bénéficier ?
    - Liens avec les autres mères de la structure ?
    - Liens avec votre entourage (famille, conjoint etc.) avec les professionnels ?
    - Accompagnement du père ? reconnaissance de l'entité couple ?
  - **Prises en charges médico-sociales antérieures à la grossesse ?**
- Pensez-vous à quelque chose qu'on n'aurait pas abordé et dont vous souhaiteriez parler ?

# LA STAI-Y

En ce moment	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. Je me sens calme				
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude en sûreté				
3. Je me sens tendu(e), crispé(e)				
4. Je me sens surmené(e)				
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau				
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)				
7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment				
8. Je me sens content(e)				
9. Je me sens effrayé(e)				
10. Je me sens à mon aise				
11. Je sens que j'ai confiance en moi				
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable				
13. J'ai la frousse, la trouille, j'ai peur				
14. Je me sens indécis(e)				
15. Je suis décontracté(e), détendu(e)				
16. Je suis satisfait(e)				
17. Je suis inquiet(e), soucieux (soucieuse)				
18. Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e)				
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e)				
20. Je me sens de bonne humeur, aimable				

Généralement	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
21. Je me sens de bonne humeur, aimable				
22. Je me sens nerveux(e), agité(e)				
23. Je me sens content(e) de moi				
24. Je voudrais être aussi heureux(ue) que les autres semblent l'être				
25. J'ai un sentiment d'échec				
26. Je me sens reposé(e)				
27. J'ai tout mon sang-froid				
28. J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter				
29. Je m'inquiète à propos de choses sans importance				
30. Je suis heureux(ue)				
31. J'ai des pensées qui me perturbent				
32. Je manque de confiance en moi				
33. Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté				
34. Je prends facilement des décisions				
35. Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur				
36. Je suis satisfait(e)				
37. Des idées sans importance trottent dans ma tête, me dérangent				
38. Je prends les déceptions tellement à coeur que je les oublie difficilement				
39. Je suis une personne posée, solide, stable				
40. Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis				

# QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK

Traduction française : P. PICHOT

NOM                      PRÉNOM

SEXE  AGE     DATE

## Instructions

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état **actuel**.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

- |    |   |   |
|----|---|---|
| A. | Je ne me sens pas triste.   | 0 |
|    | Je me sens cafardeux ou triste.   | 1 |
|    | Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir.   | 2 |
|    | Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter.   | 3 |
| B. | Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir.   | 0 |
|    | J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.  | 1 |
|    | Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.   | 2 |
|    | Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer.  | 3 |
| C. | Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.  | 0 |
|    | J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.   | 1 |
|    | Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.   | 2 |
|    | J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants). | 3 |
| D. | Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.   | 0 |
|    | Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.   | 1 |
|    | Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.  | 2 |
|    | Je suis mécontent de tout.  | 3 |
| E. | Je ne me sens pas coupable.   | 0 |
|    | Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.  | 1 |
|    | Je me sens coupable.  | 2 |
|    | Je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vauds rien.   | 3 |

- |    |  |   |
|----|--|---|
| F. | Je ne suis pas déçu par moi-même.  | 0 |
|    | Je suis déçu par moi-même.   | 1 |
|    | Je me dégoûte moi-même.  | 2 |
|    | Je me hais.  | 3 |
| G. | Je ne pense pas à me faire du mal.   | 0 |
|    | Je pense que la mort me libérerait.  | 1 |
|    | J'ai des plans précis pour me suicider.  | 2 |
|    | Si je le pouvais, je me tuerais.   | 3 |
| H. | Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.  | 0 |
|    | Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.   | 1 |
|    | J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux.                      | 2 |
|    | J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.  | 3 |
| I. | Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.   | 0 |
|    | J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.  | 1 |
|    | J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.   | 2 |
|    | Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.  | 3 |
| J. | Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.  | 0 |
|    | J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.  | 1 |
|    | J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux. | 2 |
|    | J'ai l'impression d'être laid et repoussant.   | 3 |
| K. | Je travaille aussi facilement qu'auparavant.   | 0 |
|    | Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.                                    | 1 |
|    | Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.   | 2 |
|    | Je suis incapable de faire le moindre travail.   | 3 |
| L. | Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.  | 0 |
|    | Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.  | 1 |
|    | Faire quoi que ce soit me fatigue.   | 2 |
|    | Je suis incapable de faire le moindre travail.   | 3 |
| M. | Mon appétit est toujours aussi bon.  | 0 |
|    | Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.  | 1 |
|    | Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.   | 2 |
|    | Je n'ai plus du tout d'appétit.  | 3 |



## **Recueil des données médico-sociales**

*Pour chaque axe, les éléments seront explorés pour la période précédant la grossesse, au moment de la grossesse et les mois qui ont suivi, et dans le présent au moment de la recherche.*

### ***Situation familiale et sociale :***

- *Âge de la mère au moment de l'accouchement*
- *Origine géographique : France Métropolitaine / Dom Tom, Afrique, Europe de l'Est, autres régions)*
- *Situation conjugale : en couple (mariée/pacs/union libre) / Célibataire*
- *Situation professionnelle : scolarisée / non scolarisée / Sans activité / travail*
- *Logement durant la grossesse/actuellement : avec ou sans son enfant / logement personnel (avec ou sans conjoint) / Dans la famille (sa famille, celle du conjoint, en Caravane, gens du voyage)/ Hébergée (Structures, amis) / Rue, squat / Ignorée /placement ASE /maison maternelle*
- *Conflits ou contexte familial : Mis à la porte ? / violences (Viols ?) /rupture des liens/ placements antérieurs*
- *Mode de garde de l'enfant : oui/non/ crèche, halte-garderie, famille...*

### ***Situation médicale :***

- *Grossesse désirée : Oui /Non/ ignorée*
- *Primipare :*
- *Nombre d'IVG :*
- *Nombre de fausses couches précoces :*
- *Age de l'accouchement (12-14 / 15-16 ou 17)*
- *Complications médicales pendant la grossesse/ en post-partum :*
- *Hospitalisation/ problème médical divers au cours des deux dernières années*
- *Terme auquel le suivi de grossesse a débuté*

### ***Prise en charge psycho-social :***

- *Existence de prises en charge psychiatriques ou psychologiques dans l'enfance de la mère : ASE, CMP, professionnels en libéral...*
- *Début d'un suivi spécifique au moment de la grossesse : oui/non ; par la maternité/ autre en institution/ libéral. Suivi spécifique adolescence/adultes ?*
- *Durée des suivis ?*
- *Prise en charge psychologique et médico- social pour l'enfant : suivi pédopsy/ accompagnement du lien mère-enfant (accueil de jour...)*
- *Troubles psychologiques : addictions/ troubles psychiatriques*

## Formulaire de consentement concernant la participation de la mère



Exemplaire à nous retourner

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRÉ DE PARTICIPATION À LA RECHERCHE

« *ETUDE QUALITATIVE DE L'EXPERIENCE SUBJECTIVE DE LA MATERNITE CHEZ  
DES ADOLESCENTES EN ILE DE FRANCE* »

Je ..... soussigné(e)  
.....  
.....

Déclare accepter, librement et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude intitulée « *Étude qualitative de l'expérience subjective de la maternité chez des adolescentes en Ile de France* », dans les conditions précisées ci-dessous.

Promoteurs :

- Laboratoire de Psychologie Clinique, Psychopathologie, Psychanalyse (PCPP) de l'Université de Paris représenté par le Pr Sylvain Missonnier, directeur du laboratoire.
- Association Olga Spitzer représentée par Madame Marie Kaci. Responsable du projet, directrice du Service d'Écoute Psychologique Parents-Enfants Donald W. Winnicott ;

Investigateur principal : Professeur Bernard Golse, Professeur Émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Post-doctorante chargée de l'étude : Charlène Guéguen, docteur en psychologie clinique, Chercheur associé au Laboratoire PCPP de l'Université de Paris.

J'ai reçu et j'ai pris connaissance des informations suivantes :

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à l'étude, cela ne portera pas atteinte à mes relations avec le chercheur et l'équipe médico-sociale de ma structure d'accueil.

Cette étude vise à évaluer, un an et demi à deux ans après la naissance de l'enfant né de mère adolescente, comment ont été vécus la grossesse et la maternité, quelles ont été les caractéristiques de leur parcours psychologique et médico-social, quelle est la qualité actuelle de la relation mère-enfant, quelle est la qualité actuelle de leur environnement, quels sont les dispositifs de prévention et de protection mise en œuvre.

Le protocole consiste à rencontrer les mères et leur bébé en une ou deux étapes selon les possibilités d'organisation.

- Un entretien semi-directif sera effectué sur diverses thématiques et notamment le vécu subjectif de la mère concernant sa maternité (environ une heure)
- A la suite de l'entretien, deux courts questionnaires seront à remplir (une dizaine de minutes environ)
- Enfin, une courte observation filmée d'un temps de jeu mère-enfant sera effectuée (prévoir environ 15min)

Ma participation à cette étude est basée sur le volontariat.

Je suis libre de l'interrompre à tout moment, de refuser de répondre à l'une ou plusieurs des questions qui me seront posées, et cela quelles que soient mes raisons et sans en supporter aucune conséquence.

Il n'y a aucun risque particulier qui puisse survenir au cours de cette étude. Toutes les informations resteront confidentielles et ne seront disponibles que pour moi-même et l'équipe de recherche.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels. Les enregistrements audio et vidéo ainsi que toutes les informations obtenues seront numérotés et anonymement enregistrés sur un matériel informatique dont l'accès sera strictement réservé aux membres de l'équipe de recherche. Aucun nom n'apparaîtra sur les enregistrements audio et vidéos, sur les fichiers informatiques ou dans les rapports et publications.

Sur les fichiers vidéo, les participants (mères et enfants) seront rendus non-identifiables à l'aide du recours au floutage des visages. L'accès aux vidéos sera réservé exclusivement à l'équipe de recherche. Les fichiers vidéo et les fichiers audio seront conservés jusqu'à 2 ans à compter de la dernière publication des résultats de la recherche.

Les données seront utilisées à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrit dans ce formulaire d'information. Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussion scientifiques, mais aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de m'identifier. Je serai également en mesure de posséder ces données si je les réclame.

Je peux, à tout moment, demander toute information complémentaire auprès de Madame Charlène Guéguen, docteur en psychologie clinique.

Mon acceptation de participation à cette recherche ne décharge en rien l'investigateur et le responsable de l'étude de l'ensemble de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :

## Formulaire de consentement concernant la participation de l'enfant



Exemplaire à nous retourner

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION DE VOTRE ENFANT À LA RECHERCHE

*« ETUDE QUALITATIVE DE L'EXPERIENCE SUBJECTIVE DE LA MATERNITE CHEZ  
DES ADOLESCENTES EN ILE DE FRANCE »*

En signant ce formulaire, vous acceptez que votre enfant participe à cette recherche.  
Votre signature indique que :

1. Vous avez reçu une note d'information et vous en avez pris connaissance.
2. Vous avez compris les informations concernant l'objectif de cette recherche, et vous consentez librement à ce que votre enfant y participe.
3. Votre consentement ne décharge pas les organisateurs de cette recherche de leurs responsabilités. Vous et votre enfant conservez tous vos droits garantis par la loi et vous êtes libre à tout moment d'interrompre sa participation en informant les responsables de l'étude.
4. Vous acceptez que les données recueillies à l'occasion de cette recherche puissent faire l'objet d'un traitement informatisé et d'une diffusion scientifique sous forme d'articles ou de communications, sachant que ces données seront anonymes et strictement confidentielles.  
Vous n'autorisez leur consultation que par l'équipe de recherche.
5. Vous avez obtenu toutes les réponses souhaitées aux questions que vous désiriez poser.

Je soussigné(e) :

Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_

Consent librement et de façon éclairée à la participation de mon enfant à la recherche :

Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_

Signature et date :

**Contact :**

Charlène Guéguen, docteur en psychologie, principal investigateur de la recherche  
charlene.gueguen1@gmail.com  
06 26 01 09 41

**ETUDE QUALITATIVE DE L'EXPERIENCE SUBJECTIVE DE LA MATERNITE  
CHEZ DES ADOLESCENTES EN ILE DE FRANCE**

**Document de présentation de la recherche aux jeunes mères**

Le laboratoire de l'Université de Paris et l'association Olga Spitzer mène une étude afin d'évaluer le vécu des jeunes mères ayant eu leur bébé alors qu'elles étaient mineures.

Nous vous proposons de participer à ce projet.

Votre contribution vise à mieux comprendre le vécu et les difficultés rencontrées par les adolescentes devenant mère. L'objectif est d'amener des pistes de réflexion pour améliorer l'accompagnement et la prise en charge des familles concernées.

Si vous acceptez, vous remplirez et signerez un document de consentement pour participer à cette étude. Vous aurez cependant la possibilité de mettre un terme à votre participation à tout moment de la recherche si vous le souhaitez.

La participation comporte deux à trois rencontres avec Madame Charlène GUEGUEN, docteur en psychologie. L'une de ces rencontres aura lieu en présence de votre enfant.

Un compte rendu vous sera proposé.

*Nous proposons que ce document serve aux professionnels en contact avec les jeunes mères pour leur présenter la recherche. Celles-ci pourraient ensuite donner leur réponse à une personne plus neutre.*

*Si la jeune ne se manifeste pas, il serait possible de prendre contact avec elle pour recueillir sa réponse.*

*Nous proposons d'adapter ce document à votre établissement.*

**COMITE de PROTECTION des PERSONNES  
SUD-OUEST ET OUTRE-MER 2**

Secrétariat : Mme REY

AGENCE REGIONALE de SANTE OCCITANIE – Bureau 1048  
10 chemin du raisin - 31050 TOULOUSE CEDEX 9  
Tél. : 05 34 30 27 56 - Fax 05 34 30 27 38 - Mail : [cppsoom2@ars.sante.fr](mailto:cppsoom2@ars.sante.fr)

Université de Paris  
Institut de Psychologie  
71 Avenue Edouard Vaillant  
92774 Boulogne-Billancourt

Toulouse, le 20 avril 2022

Madame,

Le Comité de Protection des Personnes (C.P.P.) Sud-Ouest et Outre-Mer II a examiné les précisions apportées au projet de recherche intitulé :

**Étude qualitative de l'expérience subjective de la maternité chez des adolescentes en Ile de France.** Protocole version 2 du 01/04/2022/2022 – n° ID-RCB : 2022-A00255-38 (Dossier 22.00363.000070) 3°

que vous lui avez soumis en qualité de promoteur et dont l'investigateur coordonnateur est le Pr Golse.

L'essai a initialement été examiné lors de la séance du 17 mars 2022.

Étaient présents : Mme AURIOL, M. TOLOU, M. BARBARAS et M. BOULANOUAR personnes qualifiées en matière de recherche biomédicale ; M. DRUEL médecin généraliste; Mme COUDERC personne compétente en matière d'éthique ; Mme BARRERE travailleur social ; Mme KOPP-LASSERRE, Mme REYNAUD, Mme DUBRUEL personnes compétentes en matière juridique ; Mme LESCOUZERES, M. POIDEVIN représentants des associations de malades et usagers de la santé (2<sup>ème</sup> collège).

Après avoir initialement étudié les documents suivants : L'attestation sur l'honneur indiquant que l'essai est conforme au 3° de l'article 1121-1 du Code de Santé Publique (CSP), le protocole version 1 du 03/01/2022, le récépissé de la déclaration de conformité à la méthodologie de référence MR001 datée du 08/02/2022, les questionnaires version 1 du 03/01/2022, le formulaire de consentement version 1 du 08/02/2022.

Après avoir étudié les documents suivants : le protocole version 2 du 01/04/2022, le formulaire de consentement concernant la participation de la mère version 2 du 01/04/2022, le formulaire de consentement concernant la participation de l'enfant version 2 du 01/04/2022.

Après avoir entendu le rapporteur et délibéré le comité fait de votre dossier l'analyse suivante:

Votre projet est bien une **étude observationnelle** conforme au 3° de l'article 1121-1 du CSP.

**La justification de l'étude** semble pertinente et les **objectifs** de votre recherche sont bien définis et bien argumentés.

**Les moyens** mis en œuvre pour atteindre ces objectifs sont décrits avec suffisamment de précision et semblent bien adaptés à la solution du problème abordé.

**La protection des données des patients** (justification, mode de circulation des données, destinataires des données personnelles traitées, durée de conservation des données, transfert des données en dehors de l'UE, la description de l'utilisation exclusive ou non de données extraites de systèmes d'information existants ou de bases déjà réalisées) est conforme aux attentes.

**Les questionnaires de l'étude** sont fournis et sont conformes aux attentes.

La déclaration de conformité à une méthodologie de référence (MRO01) est fournie.

La note d'information et les formulaires de consentement sont clairement rédigés et contiennent toutes les mentions nécessaires.

En conséquence, le CPP Sud-Ouest et Outre-Mer II émet un

AVIS FAVORABLE

à la réalisation de votre recherche.

Après réception et validation de ceux-ci, vous recevrez la notification d'avis favorable à votre recherche.

La Présidente  
Pr Bettina COUDERC

