

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE MÉDECINE



Année 2008

Thèse n° 3104 / 1

**GROSSESSE A L'ADOLESCENCE :  
REGARDS EXTÉRIEURS, NÉCESSITÉS INTERNES**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 29 février 2008

Par

Aurélie BRESCHET-GIRARDOT

Née le 9 Avril 1978 à Bar sur Aube (Aube)



DIRECTEUR DE THÈSE :

M. le Docteur Bertrand OLLIAC

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

M. le Professeur Roger GAROUX

Président

M. le Professeur Yves AUBARD

Juge

M. le Professeur Jean-Pierre CLEMENT

Juge

M. le Professeur Anne LIENHARDT-ROUSSIE

Juge

M. le Docteur Jean-François ROCHE

Membre invité

**UNIVERSITÉ DE LIMOGES**

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

**DOYEN DE LA FACULTÉ :**

Monsieur le Professeur **VANDROUX** Jean-Claude

**ASSESEURS :**

Monsieur le Professeur **LASKAR** Marc

Monsieur le Professeur **VALLEIX** Denis

Monsieur le Professeur **PREUX** Pierre-Marie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS :**

C.S = Chefs de service

**ACHARD** Jean-Michel

PHYSIOLOGIE

**ADENIS** Jean-Paul (C.S)

OPHTALMOLOGIE

**ALAIN** Sophie

BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE

**ALDIGIER** Jean-Claude (C.S)

NEPHROLOGIE

**ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX** Françoise (C.S)

MEDECINE INTERNE

**ARNAUD** Jean-Paul (C.S)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

**AUBARD** Yves (C.S)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

**BEDANE** Christophe (C.S)  
DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE

**BERTIN** Philippe FF (C.S)  
THERAPEUTIQUE

**BESSEDE** Jean-Pierre  
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

**BONNAUD** François (C.S)  
PNEUMOLOGIE

**BONNETBLANC** Jean-Marie  
DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE

**BORDESSOULE** Dominique (C.S)  
HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION

**CHARISSOUX** Jean-Louis  
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

**CLAVERE** Pierre (C.S)  
RADIOTHERAPIE

**CLEMENT** Jean-Pierre (C.S)  
PSYCHIATRIE ADULTES

**COGNE** Michel (C.S)  
IMMUNOLOGIE

**COLOMBEAU** Pierre  
UROLOGIE

**CORNU** Elisabeth  
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

**COURATIER** Philippe  
NEUROLOGIE

**DANTOINE** Thierry  
GERATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT

**DARDE** Marie-Laure (C.S)  
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

**DE LUMLEY WOODYEAR** Lionel (C.S)  
PEDIATRIE

**DENIS** François (C.S)  
BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE

**DESCOTTES** Bernard (C.S)  
CHIRURGIE DIGESTIVE

**DESSPORT** Jean-Claude  
NUTRITION

**DUDOGNON** Pierre  
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

**DUMAS** Jean-Philippe (C.S)  
UROLOGIE

**DUMONT** Daniel (C.S)  
MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

**FEISS** Pierre (C.S)  
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE

**FEUILLARD** Jean (C.S)  
HEMATOLOGIE

**GAINANT** Alain (C.S)  
CHIRURGIE DIGESTIVE

**GAROUX** Roger (C.S)  
PEDOPSYCHIATRIE

**GASTINNE** Hervé (C.S)  
REANIMATION MEDICALE

**JAUBERTEAU-MARCHAN** Marie-Odile  
IMMUNOLOGIE

**LABROUSSE** François (C.S)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

**LACROIX** Philippe

MEDECINE VASCULAIRE

**LASKAR** Marc (C.S)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

**LIENHARDT-ROUSSIE** Anne

PEDIATRIE

**MABIT** Christian

ANATOMIE

**MARQUET** Pierre

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

**MATHONNET** Muriel

CHIRURGIE DIGESTIVE

**MAUBON** Antoine (C.S)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

**MELLONI** Boris

PNEUMOLOGIE

**MERLE** Louis (C.S)

PHARMACOLOGIE

**MONTEIL** Jacques

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

**MOREAU** Jean-Jacques (C.S)

NEUROCHIRURGIE

**MOULIES** Dominique (C.S)

CHIRURGIE INFANTILE

**NATHAN-DENIZOT** Nathalie

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE

**PARAF** François

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

**PILLEGAND** Bernard

GASTRO-ENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE

**PIVA** Claude

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE

**PLOY** Marie-Cécile

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**PREUX** Pierre-Marie

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION

**RIGAUD** Michel (C.S)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

**SALLE** Jean-Yves

MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION

**SAUTEREAU** Denis (C.S)

GASTRO-ENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE

**SAUVAGE** Jean-Pierre

OTO-RHINO-LARINGOLOGIE

**STURTZ** Franck

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

**TEISSIER-CLEMENT** Marie-Pierre

ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES

**TREVES** Richard

RHUMATOLOGIE

**TUBIANA-MATHIEU** Nicole (C.S)

CANCEROLOGIE

**VALLAT** Jean-Michel (C.S)

NEUROLOGIE

**VALLEIX** Denis

ANATOMIE ET CHIRURGIE GENERALE

**VANDROUX** Jean-Claude (C.S)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

**VERGNENEGRE** Alain (C.S)

EPIDEMIOLOGIE ET ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION

**VIDAL** Elisabeth (C.S)

MEDECINE INTERNE

**VIGNON** Philippe

REANIMATION MEDICALE

**VIROT** Patrice (C.S)

CARDIOLOGIE

**WEINBRECK** Pierre (C.S)

MALADIES INFECTIEUSES

**YARDIN** Catherine (C.S)

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS  
HOSPITALIERS :**

**AJZENBERG** Daniel

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

**ANTONINI** Marie-Thérèse (C.S)

PHYSIOLOGIE

**BOUTEILLE** Bernard

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

**CHABLE** Hélène

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

**DAVIET** Jean-Christophe

MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION

**DRUET-CABANAC** Michel

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

**DURANT-FONTANIER** Sylvaine

ANATOMIE-CHIRURGIE DIGESTIVE

**ESCLAIRE** Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

**JULIA** Annie

HEMATOLOGIE

**LE GUYADER** Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

**MOUNIER** Marcelle

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE HOSPITALIERE

**PETIT** Barbara

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

**PICARD** Nicolas

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

**QUELVEN-BERTIN** Isabelle

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

**RONDELAUD** Daniel

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

**TERRO** Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

**VERGNE-SALLE** Pascale

THERAPEUTIQUE

**VINCENT** François

PHYSIOLOGIE



**P.R.A.G. (Professeur agrégé) :**

**GAUTHIER Sylvie**

ANGLAIS

**PROFESSEURS ASSOCIÉS À MI-TEMPS :**

**BUCHON Daniel**

MEDECINE GENERALE

**BUISSON Jean-Gabriel**

MEDECINE GENERALE

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS À MI-TEMPS :**

**DUMOITIER Nathalie**

MEDECINE GENERALE

**PREVOST Martine**

MEDECINE GENERALE

# REMERCIEMENTS

**A notre Maître et président de thèse,**

**Monsieur le Professeur Roger GAROUX**

Professeur des universités de pédopsychiatrie,  
Psychiatre des hôpitaux,  
Chef de service.

Vous nous faites un très grand honneur en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

Interne dans votre service, vous nous avez accueillie avec cordialité et bienveillance. Nous avons eu le privilège d'assister à vos consultations et de bénéficier de la richesse de votre enseignement psychiatrique et psychanalytique.

Veillez trouver ici le témoignage de toute notre gratitude et de notre profond respect.

**A notre juge,**

**Monsieur le Professeur Yves AUBARD**

Professeur des universités de gynécologie obstétrique,  
Professeur des universités,  
Chirurgien des hôpitaux,  
Chef de service.

Nous sommes très honorée que vous acceptiez de siéger  
dans ce jury et de juger ce travail de thèse.

Nous vous remercions de nous apporter une lecture  
à la lumière de votre spécialité.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

**A notre juge,**

**Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLEMENT**

Professeur des universités de psychiatrie d'adultes,  
Psychiatre des hôpitaux,  
Chef de service.

Vous nous faites l'honneur de siéger à notre jury et de juger ce travail de thèse.

Tout au long de notre parcours d'interne, nous avons eu le privilège d'apprécier la qualité de votre enseignement et de votre pratique clinique psychiatrique.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de toute notre gratitude et de notre grande considération.

**A notre juge,**

**Madame le Professeur Anne LIENHARDT-ROUSSIE**

Professeur des universités de pédiatrie,  
Pédiatre des hôpitaux.

Nous vous sommes reconnaissante de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury de thèse.

Nous vous remercions de la cordialité de votre accueil lors de notre passage dans votre service de pédiatrie. Nous avons beaucoup apprécié votre gentillesse et votre disponibilité pour les prises en charge pédopsychiatriques.

Recevez ici le témoignage de notre gratitude et de notre profonde considération.

**A notre membre invité,**

**Monsieur le docteur Jean-François ROCHE**

Praticien hospitalier,  
Pédopsychiatre,  
Chef de service.

Nous vous remercions pour le temps passé à la relecture de ce travail.  
Vos corrections pertinentes ont été sources d'enseignement  
et de réflexions fructueuses.

Nous avons eu la chance de bénéficier, au cours de notre formation  
d'interne, de l'étendue de vos connaissances dans le domaine de la  
psychiatrie de l'adolescent. L'enseignement clinique dont nous avons  
bénéficié dans votre service nous apportera beaucoup dans notre  
exercice.

Votre disponibilité, votre dynamisme et vos qualités humaines restent  
un exemple.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

**A notre directeur de thèse,**

**Monsieur le docteur Bertrand OLIAC**

Praticien hospitalier,  
Pédopsychiatre.

Tu as eu la gentillesse d'accepter de nous accompagner dans la réalisation de cette thèse. Ton soutien, tes conseils et ta disponibilité nous ont permis de mener à bien ce travail.

Nous trouvons ici l'occasion de te remercier très sincèrement et de t'assurer de notre profond respect.

***A mademoiselle le docteur Marie-Michelle BOURRAT,***

Merci pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

***A madame Béatrice HERPIN GIRET et à l'ensemble du service de placement familial***

Merci pour votre collaboration dans ce travail. Votre professionnalisme reste un exemple.

***A mesdames les juges pour enfants, madame ARQUIE, madame ECHE, madame MAFFRE,***

Merci pour l'aide que vous m'avez apportée dans la réalisation de ce travail.

***A madame Marie-Hélène LECHIEN et monsieur Francis MARCHAN,***

Merci pour votre participation à mes recherches bibliographiques.

***A toutes les jeunes filles rencontrées,***

Merci de votre confiance.

***A celles et ceux qui ont relu ce travail,***

Merci pour votre patience et vos corrections.



# DÉDICACES

## ***A Alexandre,***

Merci pour ces merveilleuses années partagées et pour toutes celles à venir. Avec tout mon amour.

## ***A Arthur et Zoé,***

Merci pour vos sourires, vos câlins, vos bisous, vos éclats de rire et vos bêtises aussi... Je vous aime de tout mon cœur.

## ***A mes parents,***

Merci pour votre présence et vos encouragements. Vous m'avez permis de mener à bien mes études de médecine et d'exercer aujourd'hui un métier formidable.

## ***A Elodie, Benoit, Gabriel et Basile***

Merci pour votre soutien dans toutes mes décisions (et notamment celle de venir à Limoges).

## ***A Jean-Marie et Françoise,***

Merci pour votre soutien et votre disponibilité. Votre gentillesse me touche profondément.

## ***A Dédée,***

Merci de ta présence dans ma vie.

***A Cédric, Laure, Noé et ...***

Loin des yeux, loin du cœur, drôle d'expression !

***A Marianne et Sophie,***

De ces quatre années passées à Limoges, il me reste le bonheur de notre amitié.

***A Vincent,***

Merci pour ta bonne humeur et ton incroyable loquacité. Au plus Limougeaud des Toulousains.

***A Lucas, Emilie et Louise,***

Même si plusieurs centaines de kilomètres nous séparent aujourd'hui, je vous garde une place toute particulière dans mon cœur.

***A Aline, Aurélie, Benjamin, David, Fabien, Guillaume, Houda, Karell, Patrick, Paula, Zoé,***

Bonne continuation à tous. Avec toute mon amitié.

***A Karine,***

Merci pour ton accueil chaleureux à notre arrivée à Limoges, merci encore pour ton écoute attentive et ton café les lendemains de gardes difficiles.

***Aux docteurs Valérie BALOUTCH, Nariman BALOUTCH, Françoise BLANCHARD, David FONTANIER, Cécil HERMANN, Emile-Roger LOMBERTIE, Elodie MALHOMME, Dominique MALAUZAT, Christophe PEUGNET, Anne-Emmanuelle ROCHE, Pierre SAZERAT, Denis SCHADLER, Nathalie SALOME, Fabienne SOUCHAUD et Jean-François THERME.***

Merci pour votre enseignement.

***A l'équipe soignante de la Villa Bellevue***

Merci pour votre enthousiasme et votre dynamisme dans les prises en charge des adolescents.

***A Annick, Jean-François, Marie-Pierre et Sandrine,***

Merci pour votre gentillesse et votre bonne humeur au travail.

***A l'équipe soignante du pavillon Dide***

Merci pour votre soutien et vos attentions de tous les instants.

Je dédie ce travail.

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

- AEMO : Aide éducative en milieu ouvert  
ALSEA : Association limousine de sauvegarde de l'enfance à l'adulte  
ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé  
ANPE : Agence nationale pour l'emploi  
ANRS : Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales  
BAC : Baccalauréat  
BEP : Brevet d'études professionnelles  
CAE : Contrat d'aide à l'embauche  
CAP : Certificat d'aptitude professionnelle  
CHU : Centre hospitalier universitaire  
DHA : Déhydroépiandrostérone  
FSH : Hormone folliculo-stimulante  
INED : Institut national d'études démographiques  
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques  
IVG : Interruption volontaire de grossesse  
LH : Hormone lutéinisante  
LHRH ou GnRH : Gonadolibérine  
MST : Maladie sexuellement transmissible  
OMS : Organisation mondiale de la santé  
SAPAD : Service d'assistance pédagogique à domicile  
SNCF : Société nationale des chemins de fer français  
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

# PLAN

## INTRODUCTION

## REVUE DE LA LITTÉRATURE

### DONNÉES ACTUELLES SUR LA SEXUALITÉ À L'ADOLESCENCE

Données épidémiologiques

Données médico-légales

### INTRICATION DES PHÉNOMÈNES PUBERTAIRES AVEC LA CRISE D'ADOLESCENCE

Définition

Puberté

Adolescence

Adolescence et contraception

## **LA QUESTION DU DÉSIR D'ENFANT**

Généralités

Genèse du désir d'enfant

Proposition de délimitation du concept

Particularités du désir d'enfant

Ce que le désir d'enfant n'est pas

## **PARTICULARITÉS DES GROSSESSES À L'ADOLESCENCE**

Introduction

Approche socio-économique

Approche médicale

Approche psychopathologique

Particularités de l'IVG

## **OBSERVATIONS CLINIQUES**

Introduction

Méthodologie

Présentation de six observations cliniques

## **DISCUSSION**

Discussion de la méthodologie

Discussion du contexte social

Discussion des déterminants des grossesses à l'adolescence

Perspectives

## **CONCLUSION**

## **BIBIOGRAPHIE**

## **ANNEXES**

## **TABLE DES MATIÈRES**

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

# INTRODUCTION

« C'est la chaude loi des hommes.  
Du raisin, ils font du vin,  
Du charbon, ils font du feu,  
Des baisers, ils font des hommes. »

Paul ELUARD, « Pouvoir tout dire »

Dans mon parcours d'interne, j'ai été amenée à rencontrer des adolescentes en situation de grossesse. Pour certaines, le diagnostic de grossesse a abouti à une demande d'avortement ; pour d'autres, la grossesse a été poursuivie jusqu'à son terme.

Dans une société où l'âge de la première maternité est de plus en plus tardif, la survenue d'une grossesse au cours de l'adolescence, quelle qu'en soit l'issue, interpelle et inquiète. Les pouvoirs publics parlent de problème de santé publique et y associent l'idée d'un risque médical ou psychosocial pour l'adolescente et/ou pour son enfant à venir.

Cette conception hors norme est qualifiée de non désirée et est attribuée, de manière simpliste, à l'ignorance des adolescentes en matière de contraception et de sexualité. La réponse médico-sociale consiste alors en des mesures de prévention avec information sur la contraception et la sexualité.



Bien que répandue, cette idée ne considère pas la complexité de la question, laquelle semble se situer bien au-delà d'un simple manque d'information.

D'ailleurs, alors que l'accès à l'information est beaucoup plus facile, les adolescentes continuent de « tomber enceintes ». Si l'on regarde une autre logique que celle de l'accident, il apparaît souvent, dans le discours des jeunes filles, un désir de grossesse ou d'enfant.

Par ailleurs, la survenue d'une grossesse à l'adolescence constitue un symptôme à interroger au sein même du processus adolescent. Car, à une période où le recours à la mise en acte permet la résolution de conflits psychiques, la grossesse intervient à l'adolescence à point nommé. Y a-t-il meilleure mise en acte, « mise en corps » de désirs inconscients ?

Pour permettre une compréhension plus aisée, nous avons fait le choix d'exposer notre travail en trois parties comprenant une revue de la littérature, la présentation d'observations cliniques et un temps de discussion. Toutefois, il semble important de souligner que cette présentation plutôt conventionnelle ne reflète pas l'historique de notre démarche, laquelle se situe dans un va-et-vient entre situations cliniques et éclairage théorique.

# REVUE DE LA LITTÉRATURE

## DONNÉES ACTUELLES SUR LA SEXUALITÉ À L'ADOLESCENCE

### I. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

#### 1. Sexualité

##### 1.1. Age au premier rapport

En cinquante ans, l'âge médian au premier rapport sexuel (âge auquel la moitié de la population a connu l'événement) s'est abaissé modérément pour les hommes et plus fortement pour les femmes. Pour les générations âgées aujourd'hui de 65 à 69 ans, il était de 18,8 ans pour les hommes et de 20,6 ans pour les femmes (BAJOS, 2001).

Cette tendance à la baisse de l'âge au premier rapport a débuté dans les années 1960-1970, dans la période d'évolution des mœurs qui a précédé la légalisation de la contraception médicale et le mouvement de mai 1968. Elle se stabilise en 1980-1990, alors que l'infection à VIH (virus de l'immunodéficience humaine) se diffuse. Enfin, on ne note pas de modification de l'âge au premier rapport sexuel depuis 20 ans (ANRS, 2007).

Ainsi, l'évolution des comportements sexuels fait qu'actuellement, l'âge moyen au premier rapport est pratiquement identique pour les hommes et pour les femmes. Par conséquent, de plus en plus fréquemment, la première expérience sexuelle des adolescents se fait entre jeunes du même âge et non plus entre un adolescent et un adulte (ANRS, 2007).

Actuellement, en France, l'âge moyen au moment du premier rapport sexuel est de 17 ans et 3 mois pour les garçons et de 17 ans et 6 mois pour les filles (ANRS, 2007).

Mais, il est important de souligner que plus de la moitié des adolescents âgés de 15 à 17 ans n'ont pas eu de rapport sexuel pénétratif (62% des filles et 56% des garçons) et que près d'un tiers des jeunes de 18 ans sont dans ce cas (34% des garçons et 30% des filles).

L'entrée dans la vie sexuelle est progressive, allant des baisers aux rapports en passant par les attouchements. En moyenne, plus de trois ans séparent l'âge du premier baiser du premier coït.

Il existe des facteurs sociaux de diversité des comportements en matière de sexualité. Ainsi, l'âge au premier rapport est toujours plus précoce pour les jeunes en apprentissage comparativement aux lycéens d'enseignement général ; le fait d'être engagé dans des études longues contribue à retarder l'initiation sexuelle.

Par ailleurs, le fait que certains individus connaissent un âge précoce ou tardif au premier rapport préfigure une attitude durable à l'égard de la sexualité. Les plus précoces sexuellement mènent par la suite une vie moins « rangée » et plus complexe. Ils ont plus de partenaires sexuels tout au long de leur vie, dans leur adolescence d'abord, mais également pendant les périodes où ils sont en couple (BAJOS, 2001).

## 1.2. Nombre de partenaires sexuels

Pour la quasi-totalité des adultes, un partenaire sexuel est une personne avec laquelle il y a eu rapport sexuel avec pénétration. Pour les mineurs, cette concordance est moins évidente et certains considèrent qu'un partenaire sexuel est une personne avec laquelle ils ont eu des contacts sexuels avec ou sans pénétration.

La proportion de jeunes qui ont eu plusieurs partenaires sexuels (avec ou sans pénétration) au cours de leur vie passe de 35% chez les garçons de moins de 16 ans à plus de 50% pour ceux de 18 ans. Chez les filles, ces pourcentages s'élèvent respectivement à 24% et 40% (BAJOS, 2001).

Toutefois, les adolescents multipliant les partenaires restent peu nombreux : 12% des garçons et 5% des filles de 15 à 18 ans ont eu 5 partenaires et plus (ANRS, 2007).

## 1.3. Fréquence des rapports sexuels

A l'adolescence, les rapports sexuels ont comme caractéristiques d'être non planifiés (63% pendant les vacances scolaires) et sporadiques (5 à 15 par an) (SEINCE, 2003).

Ainsi, la vie sexuelle des adolescents est discontinue et a un profil monogamique sérié (ALVIN, 2002).

## 1.4. Représentation de la sexualité

Il existe une différence entre hommes et femmes en ce qui concerne l'implication affective au moment du premier rapport. Près de 50% des garçons le font par attirance ou par désir physique alors que 87% des filles le font par amour pour leur partenaire (BAJOS, 2001).

Des transformations sensibles se dessinent au cours des dernières décennies dans les représentations de la sexualité, de plus en plus distinguées de ses enjeux de procréation. Au fil des générations, les hommes dissocient de plus en plus sexualité et affectivité. Au contraire, les positions féminines évoluent peu, traduisant la pérennité de l'injonction sociale à une inscription de la sexualité féminine dans la vie conjugale. Les représentations de la sexualité restent marquées par un clivage qui continue d'opposer une sexualité féminine pensée prioritairement dans le registre de l'affectivité à une sexualité masculine pensée majoritairement dans le registre des besoins naturels et du plaisir (LE GALL, 2002 ; ANRS, 2007).

### 1.5. Éducation sexuelle

Au vu des cours d'éducation affective et sexuelle à l'école, des campagnes médiatiques récurrentes, ou encore de l'accès à l'information grâce à internet, l'impression globale est qu'aujourd'hui les adolescents sont suffisamment informés en matière de sexualité (GRIVEL, 1996).

Dans l'enquête « La santé des jeunes en Bretagne » à laquelle 2 000 jeunes ont répondu, 50% seulement se déclarent parfaitement informés sur la contraception, 4% pas du tout informés et 3% déclarent « ne rien y comprendre ». Par ailleurs, concernant l'utilisation du préservatif, 88% des jeunes se considèrent bien informés sur son utilisation, 93% savent où s'en procurer et 84% savent s'en servir (TRON, 2000).

Néanmoins, il est important de souligner que l'éducation sexuelle, même si elle améliore les connaissances, a souvent peu d'effet sur les comportements sexuels des adolescents (UCL-RESO, 2006).

## 2. Contraception

Lors du premier rapport sexuel, 70% des filles âgées de 15 à 18 ans ayant eu des rapports sexuels déclarent avoir utilisé des préservatifs et 17% la pilule. Pour les garçons, ces chiffres s'élèvent respectivement à 75% et à 20%, soit des déclarations concordantes pour les deux sexes. Le plus souvent, le préservatif est utilisé seul ; mais près d'une fois sur cinq, il est utilisé en association avec une autre méthode contraceptive, la pilule le plus souvent. On soulignera que 10% des filles et 6% des garçons n'ont utilisé aucune méthode de contraception lors de leur premier rapport sexuel (UCL-RESO, 2006).

L'utilisation du préservatif a connu une très forte progression ces dernières années. Ainsi, 57% de celles et ceux qui ont eu leur premier rapport en 1989 ont utilisé un préservatif, ce chiffre passe à 85% en 1994. Cette très forte augmentation de l'utilisation du préservatif ne semble pas se faire au détriment de l'utilisation d'une contraception orale, puisque l'usage de la pilule lors du premier rapport est également en légère augmentation.

Il est important de noter l'existence de différences dans la pratique contraceptive lors du premier rapport sexuel selon la filière scolaire. Ainsi, les jeunes femmes et hommes en apprentissage utilisent beaucoup plus souvent la pilule et moins les préservatifs que les lycéens de l'enseignement général (BAJOS, 2001).

Par ailleurs, contrairement à l'idée reçue selon laquelle les femmes et les hommes qui entrent précocement dans la sexualité adopteraient moins fréquemment des pratiques de prévention, l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel varie peu avec l'âge du premier rapport. En effet, seules les personnes qui débütent tardivement leur vie sexuelle (après 20 ans pour les femmes et 19 ans pour les hommes) déclarent avoir utilisé moins fréquemment un préservatif lors de leur premier rapport sexuel (ANRS, 2007).

### 3. Grossesse

#### 3.1. Intention de grossesse

Dans une étude réalisée en 2004, ROSENGARD et al. ont cherché à évaluer les intentions de grossesse parmi un échantillon de 354 jeunes filles âgées de 14 à 19 ans sexuellement actives. Ils distinguent trois groupes d'adolescentes :

- 23,5% expriment clairement l'intention de tomber enceintes (grossesse planifiée et probable) ;
- 10,5% n'ont pas l'intention de tomber enceintes (grossesse non planifiée et non probable) ;
- 66% ont des intentions floues de grossesse (grossesse non planifiée mais probable).

Ces intentions floues de grossesse sont à prendre en considération, car elles ont un impact sur le comportement contraceptif de ces jeunes filles comparativement à celles n'ayant pas l'intention de tomber enceintes : 40% ont déclaré ne pas utiliser de moyen contraceptif lors de chaque rapport sexuel.

Parmi ces adolescentes aux intentions floues de grossesse, une sur trois a eu un test de grossesse positif dans les six mois qui ont suivi. Plus de 75% de celles ayant un test de grossesse positif déclarent vouloir avorter ou avoir déjà avorté (ROSENGARD, 2004).

#### 3.2. Grossesse et naissance

Les études démographiques et épidémiologiques quantifient les grossesses chez les adolescentes en utilisant 3 indices statistiques :

- Taux de grossesse,
- Nombre total des naissances,
- Taux de natalité.

- Le taux de grossesse :

Pour calculer ce taux, il faut diviser le nombre de grossesses (naissances, IVG et fausses couches spontanées) chez les jeunes femmes de 10 à 18 ans par le nombre de personnes appartenant à ce groupe d'âge. Actuellement, le taux de grossesse chez les adolescentes est estimé à 24‰ (GROSSESSE ET ADOLESCENCE, 2000).

- Nombre total des naissances :

Depuis le début des années 1980, le nombre des naissances à l'adolescence décroît régulièrement. Ainsi, il est passé de 10 614 naissances chez les moins de 18 ans en 1980 à 4 500 en 2004. Toutefois, une analyse par tranches d'âge permet de remarquer une légère augmentation des naissances chez les jeunes femmes âgées de moins de 15 ans depuis 1995 (MIGNOT, 1999 ; GROSSESSE ET ADOLESCENCE, 2000).

- Le taux de natalité :

C'est le rapport du nombre de naissances vivantes chez les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans au nombre total des femmes qui constituent ce groupe d'âge.

D'après les chiffres de l'INSEE (institut national de la statistique et des études économiques), ce taux est également en baisse et il passe de 5,1‰ en 1980 à 2,2‰ en 1995 (BAJOS, 2001).

### 3.3. Interruption volontaire de grossesse

D'après le « Baromètre santé jeunes » de 1997-1998, 2,8% des adolescentes âgées de 15 à 19 ans ont déjà été enceintes, ce qui représente 6,2% des filles sexuellement actives de cette tranche d'âge.

Chez les jeunes femmes mineures, l'IVG est l'issue de 2 grossesses sur 3, soit 12 219 IVG en 2004. Il est important de noter que plus l'adolescente est jeune, plus l'IVG est fréquente ; ainsi, elle concerne 8 grossesses sur 10 entre 12 et 13 ans et 6 grossesses sur 10 à 16 ans. Chez l'adulte, c'est 1 grossesse sur 5 qui conduit à une IVG (DREES, 2006 ; HCPF, 2006).



Entre 1980 et 1995, le nombre d'IVG chez les adolescentes a progressivement diminué. Par conséquent, la baisse de la natalité à l'adolescence, enregistrée à cette période n'est pas la conséquence d'une augmentation du recours à l'IVG, mais elle est probablement liée à une meilleure utilisation de la contraception. Depuis 1995, il existe une augmentation du nombre d'IVG à l'origine de la baisse continue de la natalité (GROSSESSE ET ADOLESCENCE, 2000).

Il est important de souligner que chaque année, près de 5 000 femmes dont 10% de mineures partent à l'étranger pour obtenir une IVG au-delà de 12 semaines d'aménorrhée et ne sont donc pas répertoriées dans les statistiques françaises (GROSSESSE ET ADOLESCENCE, 2000).

Histogramme 1 : Évolution du nombre de naissances et d'IVG chez les mineures en France entre 1980 et 2004

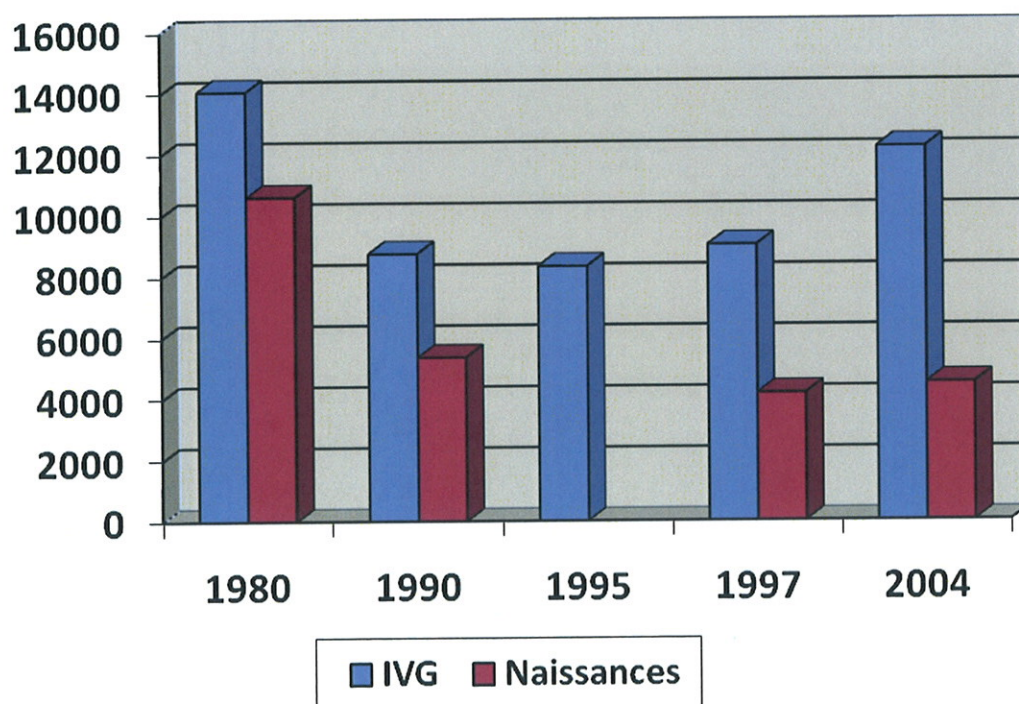


Tableau récapitulatif : Données statistiques des naissances et IVG en France entre 1980 et 2004 (DREES, 2006 ; HCPF, 2006)

	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>1997</b>	<b>2004</b>
<b>IVG chez les mineures</b>	14 064	8 751	8 331	9 022	12 219
<b>Total des IVG déclarées</b>	245 000	197 406	179 648	192 000	210 664
<b>IVG pour 100 conceptions avant 18 ans</b>	51	60		68	61
<b>IVG pour 100 conceptions après 18 ans</b>	23	21	20	21	22
<b>Naissances chez les mineures</b>	10 614	5 357		4 170	4 500
<b>Total des naissances</b>	800 376	762 407	729 609	726 768	767 816

## II. DONNÉES MÉDICO-LÉGALES

### 1. Sexualité

#### 1.1. Majorité sexuelle

On désigne par majorité sexuelle l'âge à partir duquel un mineur civil peut entretenir une relation sexuelle avec un adulte sans que celui-ci commette une infraction pénalement réprimée.

La loi du 28 avril 1832 a introduit dans le droit français un seuil de majorité sexuelle, fixé alors à 11 ans. Celui-ci a été repoussé à 13 ans par la loi du 13 mai 1863 puis à 15 ans par une ordonnance du 2 juillet 1945. Il s'agit d'une majorité sexuelle restrictive, dans le cadre de relations strictement hétérosexuelles.

La loi du 4 août 1982 met un terme à l'inégalité de traitement de l'homosexualité des mineurs. Par conséquent, en France, la majorité sexuelle est fixée à 15 ans pour les relations hétérosexuelles et homosexuelles sauf en cas de vulnérabilité particulière. Ce seuil est déterminant sur le plan pénal.

La relation sexuelle consentie entre un majeur et un mineur de moins de 15 ans constitue le délit d'atteinte sexuelle et est réprimé par une peine de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende (Article 227-25 du code pénal). La peine est portée à 10 ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende lorsque le majeur est un ascendant ou toute personne ayant autorité sur le mineur (Article 227-26 du code pénal).

La pratique des tribunaux considère cependant qu'un mineur de 12 ou 13 ans ne saurait avoir de relations sexuelles consenties avec un majeur, son consentement n'étant pas assez éclairé, de sorte que le crime de viol ou le délit d'agression sexuelle peut être caractérisé.

Lorsque le mineur a plus de 15 ans et en cas de relations librement consenties, seules les relations avec certains partenaires sont punissables. Ainsi, le droit français réprime les relations entre un mineur de plus de 15 ans et un ascendant ou une personne ayant autorité par nature ou par fonction. La peine est alors de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende (Article 227-27 du code pénal).

En dehors de ce cas, les relations sexuelles entre un majeur et un mineur de plus de 15 ans sont licites, sous couvert de l'autorisation parentale et du respect de l'intérêt de l'enfant.

Dans le cas de relations sexuelles entre deux mineurs, il est nécessaire de distinguer deux situations :

- Les relations sexuelles consenties entre deux mineurs de moins de 15 ans peuvent donner lieu à des mesures éducatives. Une telle situation peut révéler la nécessité de protéger de tels mineurs dont la santé, la moralité, la sécurité sont en danger ou dont les conditions d'éducation sont gravement compromises.

- Les relations sexuelles consenties entre un mineur de moins de 15 ans et un mineur de plus de 15 ans peuvent entraîner la condamnation du mineur de plus de 15 ans par le tribunal pour enfants (DROIT FRANÇAIS, 2007).

## 1.2. Éducation sexuelle

C'est en 1973, avec la circulaire FONTANET, qu'apparaît la nécessité d'aborder la question de la sexualité à l'école. Ainsi, en 1975, suite à la loi VEIL, l'information biologique sur la reproduction, l'IVG, la contraception, la grossesse et les MST (Maladies sexuellement transmissibles) sont inscrites au programme des classes de troisième, de CAP (Certificat d'aptitude professionnelle) et de BEP (Brevet d'études professionnelles).

Récemment, un nouveau texte de loi, en amendement au texte de prolongation du délai d'IVG du 30 mai 2001, rend désormais obligatoire 3 séquences d'éducation à la sexualité par tranches d'âge (primaire, collège et lycée).

Les objectifs sont définis comme suit : « L'éducation à la sexualité a pour principal objet de fournir aux élèves les possibilités de connaître et de comprendre les différentes dimensions de la et de leur sexualité dans le respect des consciences et du droit à l'intimité. Cette éducation, qui se fonde sur les valeurs humanistes de tolérance et de liberté, du respect de soi et d'autrui, doit en outre les aider à intégrer positivement des attitudes de responsabilité individuelle et sociale » (PICOD, 2001).

## **2. Contraception**

La loi du 28 décembre 1967, dite « loi NEUWIRTH », relative à la régulation des naissances, autorise la fabrication et l'importation de contraceptifs ainsi que leur vente en pharmacie.

La loi du 4 décembre 1974 élargit la loi de 1967 en prévoyant la délivrance de contraceptifs aux mineures sans autorisation parentale et leur remboursement par la sécurité sociale. Les centres de planification ou d'éducation familiale peuvent désormais dispenser une information anonyme et effectuer gratuitement la délivrance de la contraception ainsi que les examens complémentaires de surveillance.

La loi du 13 décembre 2000 autorise la contraception d'urgence. Elle ne soumet plus à prescription médicale les médicaments, ayant pour but la contraception d'urgence, qui ne sont pas susceptibles de présenter un danger pour la santé. Elle autorise la délivrance de la contraception d'urgence aux mineures par un pharmacien qui s'assure, par un entretien, que la situation de la mineure correspond aux critères d'urgence. Il lui fournit une information sur l'accès à une contraception régulière, sur la prévention des MST et sur l'intérêt d'un suivi médical. Cette information est complétée par la remise d'une documentation. Le pharmacien doit également communiquer les coordonnées du centre de planification ou d'éducation familiale le plus proche (Article D5134-1 du code de santé publique).

La contraception d'urgence peut également être délivrée par les infirmières aux élèves mineures et majeures des collèges et lycées, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée. Dans ces cas, l'infirmière assure l'accompagnement psychologique de l'élève et veille à la mise en œuvre d'un suivi médical (Article D5134-1 du code de santé publique) (DROIT FRANÇAIS, 2007).

### **3. Grossesse**

#### **3.1. Interruption volontaire de grossesse**

Le 17 janvier 1975, la loi VEIL légalise l'IVG en France et fixe les grands principes régissant sa pratique. Au terme de cinq années d'application, la loi est votée définitivement le 30 novembre 1979. On parle alors de la loi VEIL PELLETIER.

La loi du 31 décembre 1982, la loi ROUDY, permet le remboursement par la sécurité sociale de l'IVG.

En 1988, l'interruption de grossesse par méthode médicamenteuse (RU 486 des laboratoires Roussel-Uclaf) est autorisée.

La loi du 4 juillet 2001 modernise la loi de 1975. Le délai de recours à l'IVG est porté de 10 à 12 semaines de grossesse (Article L2212-1 du code de santé publique).

La procédure d'urgence permet le raccourcissement du délai de réflexion de 7 à 2 jours dans le cas où le terme de 12 semaines risquerait d'être dépassé.

Le principe de l'autorisation parentale pour les mineures est maintenu, mais il est aménagé si la jeune fille ne souhaite pas ou ne peut pas prévenir ses parents ou son tuteur légal. Dans ces situations, elle choisit un adulte majeur pour l'accompagner dans ses démarches. Ce référent n'intervient aucunement dans la décision de la mineure et son rôle se limite à une mission d'accompagnement et de soutien psychologique. Aucune responsabilité civile ou pénale ne peut être engagée à son encontre (Article L2212-7 du code de santé publique).

Les conditions d'accès aux consultations psychosociales sont également modifiées. Ainsi, une consultation psychosociale préalable est proposée à toutes les femmes. Toutefois, le caractère obligatoire de cette consultation n'existe que pour les mineures. Dans les suites de l'intervention, une nouvelle consultation sera proposée dans le but de conseiller une contraception adaptée. L'intégralité des dépenses exposées à l'occasion d'une IVG est prise en charge par les organismes d'assurance maladie (Article L132-1 du code de la sécurité sociale) (BAJOS, 2004).

Il est important de souligner qu'une IVG réalisée sans le consentement de la mineure est réprimé par le droit français qui prévoit une peine de 5 ans d'emprisonnement et une amende de 76 225 euros (DROIT FRANÇAIS, 2007).

Depuis la première loi de législation de l'avortement de 1975, la France dispose d'un recueil statistique du nombre d'IVG. La nécessité de ce recueil n'a pas été remise en cause lors du vote de la loi de juillet 2001. Il consiste en une déclaration individuelle effectuée par le médecin qui pratique l'avortement. Divers renseignements y sont inscrits (âge de la femme, département de résidence, âge gestationnel, type d'avortement) (INED, 2006).

### 3.2. Émancipation

L'émancipation est l'acte par lequel un mineur de 16 ans est affranchi de l'autorité parentale et devient juridiquement capable, comme un majeur, pour tous les actes de la vie civile.

L'émancipation peut être judiciaire et résulter d'une décision du juge des tutelles après entretien avec la famille et l'enfant, sur demande d'un titulaire de l'autorité parentale.

L'émancipation peut également résulter du mariage (émancipation de plein droit). Toutefois, cette disposition perd beaucoup d'intérêt depuis la loi du 29 mars 2005 qui ramène à 18 ans l'âge du mariage pour les deux sexes. En dessous de 18 ans, l'autorisation du ministère public est obligatoire pour se marier.

Reste que si le mariage émancipait de plein droit une jeune fille mineure, il n'en a jamais été de même pour la maternité (DROIT FRANÇAIS, 2007).

### 3.3. Parentalité

Cette notion sociologique recouvre, sur le plan juridique, le droit de filiation et l'autorité parentale.

Le droit de filiation donne par principe, à chacun des parents, la faculté de reconnaître son enfant. Ainsi, une mineure a seule le droit de reconnaître son enfant et d'exercer sa responsabilité parentale.

L'autorité parentale correspond à un ensemble de droits et de devoirs consistant à protéger son enfant dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne.

Toutefois, si une mineure dispose de l'autorité parentale sur son enfant, elle reste compte tenu de sa propre minorité, sous l'autorité de ses parents (DROIT FRANÇAIS, 2007).



# INTRICATION DES PHÉNOMÈNES PUBERTAIRES AVEC LA CRISE D'ADOLESCENCE

## I. DÉFINITIONS

« L'acquisition de la puberté est toujours une surprise. L'enfant en guette les signes, les constate, n'y croit pas, se met à y croire, à les intégrer semble-t-il et se retrouve totalement étranger à ce qu'il était auparavant, que va-t-il faire de cette inquiétante étrangeté ? Je crois que pour tous, et pour refoulé que ce soit, il en aura éprouvé, ne serait-ce que fugacement, un moment de gloire auquel succède, tantôt comme une vague, tantôt comme une marée sournoise, l'angoisse. De l'aménagement de cette angoisse va dépendre l'avenir » (KESTEMBERG citée dans DECHRISTE, 1998).

### 1. Puberté

Le terme puberté vient du latin « pubescere » qui signifie « se couvrir de poils ». C'est un ensemble de modifications biologiques et physiques conduisant à la maturité sexuelle (apparition des organes sexuels secondaires et de la capacité de reproduction) et la maturité physique (croissance staturo-pondérale).

Il est important de souligner que chaque enfant a son propre timing de début et son propre tempo de développement pubertaire, ce qui explique que certains enfants se retrouvent plus précocement exposés que d'autres à ces transformations et à ces conséquences (LIENHARDT-ROUSSIE, 2007).

Cette variabilité interindividuelle des transformations pubertaire est due à l'existence de facteurs familiaux, socio-économiques et environnementaux y compris nutritionnel (ROTTEN, 1989).

## 2. Adolescence

Le terme adolescence trouve son origine dans le mot latin « adolescens » qui signifie « celui qui est en train de grandir ». Ainsi, entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescence constitue un passage : « Elle est le commencement d'un homme ou d'une femme dans la fin d'un enfant » (CASTAREDE, 1978).

C'est un processus psychologique qui consiste à intégrer les transformations corporelles/pubertaires ce qui permettra, au prix d'oscillations nombreuses, le développement de la différenciation sexuelle psychique et le développement de l'identité propre. L'ensemble de ces remaniements psychologiques s'effectue souvent de manière chaotique avec des régressions temporaires et des reprises du développement qui viennent accroître l'ambiance de paradoxe existante à cette période (ROTTEN, 1989 ; GOLSE, 2005).

Les limites attribuées à la période de l'adolescence restent imprécises et variables : « L'adolescence est la période de la vie d'une personne pendant laquelle la société dont elle fait partie cesse de la considérer comme un enfant, mais ne lui reconnaît pas encore le statut, le rôle et les fonctions d'un adulte ». Ainsi, la limite inférieure est marquée par la puberté ; la limite supérieure est indéfinie et fluctuante. Si l'on retient les caractéristiques socioculturelles, l'adolescence cesse à partir des engagements professionnels et affectifs du sujet. Si l'on retient les critères psychologiques, il en est certains qui restent adolescents toute leur vie. A l'heure actuelle, en raison notamment du prolongement de la scolarité obligatoire et des études supérieures, il existe un allongement de la période de l'adolescence (CASTAREDE, 1978).

Par ailleurs, il est important de souligner que le développement pubertaire physique et le développement psychoaffectif ne s'effectuent pas au même rythme. En effet, il n'existe pas de coïncidence entre les modifications physiques et psychologiques, ces dernières se prolongeant largement au-delà de la fin de la puberté (ROTTEN, 1989).

## II. PUBERTÉ

### 1. Modifications biologiques

La puberté est le résultat de l'activation en cascade de l'axe hypothalamo-hypophysio-ovarien. Ainsi, l'apparition progressive de la sécrétion pulsatile de GnRH (Gonadolibérine) par le noyau arqué de l'hypothalamus induit la sécrétion pulsatile par l'hypophyse de gonadotrophines : la FSH (Hormone folliculo-stimulante) et la LH (Hormone lutéotrope) (LIENHARDT-ROUSSIE, 2007).

La FSH permet la croissance folliculaire ovarienne et par conséquent la sécrétion d'estradiol. La LH permet le maintien de l'activité du corps jaune et donc la sécrétion de progestérone.

Il existe un rétrocontrôle négatif de la sécrétion de gonadotrophines dès le début de la puberté (hormones sexuelles pour la LH et inhibine pour la FSH). Le rétrocontrôle positif s'acquiert progressivement. Il permet l'ovulation par la sécrétion du pic préovulatoire de gonadotrophines en réponse à la sécrétion folliculaire croissante d'estradiol. Ainsi, les premiers cycles sont souvent anovulatoires. On estime qu'entre l'âge de 13 et 15 ans, seuls 10% des cycles sont ovulatoires. Ce chiffre passe à 50% entre 15 et 16 ans et 70% entre 16 et 17 ans.

Les premières règles surviennent en général avant les premières ovulations. En l'absence d'ovulation, donc de progestérone, la baisse du taux d'estradiol suffit à entraîner des métrorragies de privation. Ces cycles anovulatoires sont généralement longs.

Les premiers cycles ovulatoires s'accompagnent en général d'une sécrétion de progestérone par le corps jaune, insuffisante en quantité et en durée. La différenciation sécrétoire de l'endomètre se produit, mais elle est de mauvaise qualité et donc peu favorable à l'implantation d'un œuf. La durée totale du cycle reste allongée car la phase folliculaire est encore longue. La durée moyenne des cycles est de 55 jours pour les premiers cycles puis de 35 jours pour les cycles suivants.

La fertilité n'est donc pas automatiquement acquise dès l'apparition des premières règles, mais le plus souvent 6 mois à 1 an après. Mais il est important de souligner que lorsque la fertilité est acquise elle est à son maximum (ROTTEN, 1989 ; MARCELLI, 2004).

## **2. Modifications physiques**

Les différents stades du développement pubertaire sont côtés à l'aide d'une classification établie par TANNER et MARSHALL en 1969. Chez la fille, deux aspects du développement sont étudiés, chaque item étant côté de 1 (aspect infantile à 5 (maturation adulte) :

- S pour le développement mammaire,
- P pour la pilosité pubienne.

Le début de la puberté s'effectue avec le développement mammaire, vers 11 ans. Sous l'influence œstrogénique, un nodule mammaire apparaît suivi de l'élargissement de l'aréole. L'augmentation de volume du sein se fait par hypertrophie de la glande et du tissu conjonctif qui l'entoure. En deux à trois ans, un développement complet de la glande mammaire est atteint.

Six mois après le début du développement mammaire, sous l'influence des androgènes, la pilosité pubienne apparaît. Elle intéresse d'abord le pubis, s'étend latéralement aux grandes lèvres et aux racines des cuisses, puis à la partie inférieure de l'abdomen avec une limite horizontale. La pilosité adulte est atteinte en deux ans.

Les modifications vulvaires sont principalement liées à la sécrétion œstrogénique. La direction de l'orifice devient horizontale, la muqueuse change de couleur (de blanchâtre elle devient rosée) et d'aspect (de sèche elle devient humide). Les petites lèvres se développent et se colorent. Sous la dépendance des androgènes, les grandes lèvres s'hypertrophient et se pigmentent.

Le développement pubertaire s'accompagne d'une croissance staturo-pondérale. Ainsi, au cours de la puberté, les filles grandissent de 20 à 25 centimètres soit 15% de leur taille adulte et grossissent de 8,5 kilogrammes par an en moyenne soit un gain pondéral de près de 50% du poids adulte.

La puberté au plan physiologique se termine par l'apparition des premières règles. Celles-ci marquent pour la majorité des personnes le début de la puberté. Les premières menstruations surviennent en moyenne deux ans après les premiers signes pubertaires, soit vers 12-13 ans. Mais, la date des premières règles chez une jeune fille est souvent à mettre en corrélation avec celle des femmes de la famille (LIENHARDT-ROUSSIE, 2007).

### **III. ADOLESCENCE**

De nombreux auteurs ont tenté d'appréhender ou de théoriser les remaniements psychiques caractéristiques de l'adolescence. Ce travail n'a aucunement la prétention de proposer une synthèse exhaustive de la psychopathologie de l'adolescent mais d'en préciser quelques concepts notamment à la lumière des lectures de D. MARCELLI.

#### **1. Image corporelle**

Les premières transformations corporelles pubertaires ont un impact fondamental dans le processus d'adolescence. En effet, la puberté s'impose à l'adolescent de manière inéluctable. Il n'est maître ni des transformations physiques, ni de l'éveil de ses désirs sexuels qu'il subit passivement. C'est une loi qui s'impose de l'intérieur au sujet qui n'en choisit ni le moment, ni le rythme, ni surtout l'aspect final qu'elle va lui donner. Ces transformations constituent une véritable révolution corporelle qui,

dans sa rapidité, n'a pas d'équivalent dans la vie d'un individu à part la grossesse (GRANBOULAN, 1992 ; MARTY, 2000).

Par ailleurs, ces transformations remettent en question l'image du corps que l'enfant avait pu constituer progressivement. Ce corps qu'il possède désormais ne correspond plus à celui dont il avait l'intégration et l'usage et qui était notamment son référentiel pour appréhender l'espace qui l'entoure. Ceci est à l'origine de la gaucherie soudaine, de la façon de se mouvoir à la fois hésitante et brutale et de l'occupation particulière de l'espace qui caractérise les adolescents (GRANBOULAN, 1992 ; MARTY, 2000 ; MARCELLI, 2004).

D'une certaine façon, l'adolescent ressent ce corps comme n'étant pas le sien, comme étant celui d'un autre qu'il va devoir devenir. Il y a là une expropriation du corps par la poussée pubertaire (GRANBOULAN, 1992 ; GUTTON, 2003).

Ainsi, l'adolescent est plongé dans le doute sur la représentation de son corps. Cet ébranlement de l'identité transparaît dans le questionnement angoissé et quasi constant de l'adolescent sur la normalité de ce qui est en train de se produire. Cette interrogation renvoie à deux domaines bien distincts, celui de la physiologie et celui de la norme sociale ou de la morale. Le champ de la physiologie correspond aux interrogations de l'adolescent sur la fonctionnalité de ses nouveaux organes, ce qu'on pourrait schématiser par la question suivante : « Est-ce que ça marche ? ». Parallèlement à cette excitation somatique et peut-être poussée par celle-ci, l'excitation psychique conduit le jeune à multiplier les fantaisies sexuelles, ce qui très vite lui fait craindre une éventuelle anormalité. C'est un champ très différent du précédent puisqu'il s'agit ici de la normalité morale : « Ce que je fantasme est-il bien ou mal ? » (GRANBOULAN, 1992 ; MARCELLI, 2001, 2003).

L'adolescent entre alors dans une phase d'examen attentif. C'est le moment où les salles de bains deviennent inaccessibles, l'adolescent s'y enfermant des heures avec cette image nouvelle, pour tenter de l'apprivoiser. C'est plus le visage à ce stade précoce des transformations pubertaires qui fait l'objet de cette contemplation.

Il y a une angoisse très vive à déshabiller le corps, une tendance à fuir les situations de nudité, qui joue un rôle dans la saleté fréquente de l'adolescent (GRANBOULAN, 1992).

C'est aussi la période des comparaisons de vestiaire (tour de poitrine, taille de pénis) car, d'une part le repérage de soi à l'intérieur d'une échelle permet d'étayer l'identité, d'autre part la quantification d'un phénomène donne l'illusion d'une certaine maîtrise sur lui (GRANBOULAN, 1992).

Le sentiment d'imperfection esthétique et d'anormalité fonctionnelle fragilise l'estime de soi et alimente une souffrance narcissique durable et normale chez tout adolescent. Dans le même temps, le développement des capacités physiques et intellectuelles nouvelles paraît offrir un éventail de potentialités sans limites offrant une large compensation aux atteintes du narcissisme (CROCHETTE, 1994).

Par ailleurs, les remaniements physiques pubertaires et notamment l'apparition des caractères sexuels secondaires confrontent l'adolescent à l'épreuve d'un corps génitalisé. Avec cette nouvelle sexualité, bien différente de la sexualité infantile, la réalité change, le regard sur soi et le regard des autres. Ainsi, il est amené à établir un nouveau type de relation avec son propre corps et les personnes de son entourage (MARTY, 2000).

## **2. Enjeux pulsionnels**

L'adolescence est caractérisée par la reviviscence des pulsions sexuelles et agressives qui étaient quiescentes pendant la phase de latence. Cette explosion libidinale marque l'entrée dans la dernière phase du développement psychosexuel, le stade génital proprement dit. On assiste à des émergences pulsionnelles massives qui viennent déséquilibrer les rapports entre les instances intrapsychiques. Le Moi se sent envahi par une angoisse pulsionnelle face à laquelle il va devoir se défendre (GOLSE, 2005).

Le stade génital est caractérisé par l'organisation des pulsions partielles (orale, anale et phallique) et leur soumission complète au primat de la zone génitale.

Il y a passage d'une sexualité dite infantile essentiellement auto-érotique à une sexualité de type adulte où l'objet électif est un élément extérieur au corps propre et plus précisément une personne globale susceptible d'être un partenaire sexuel. Le plaisir attaché aux zones érogènes non génitales devient alors préliminaire à l'orgasme (ROTTEN, 1989 ; GUELFY, 1999).

La capacité orgasmique représente une conquête. Mais elle expose aussi l'adolescent à une perte relative : la perte au moins transitoire de l'excitation au décours de l'instant de la jouissance, ce qui confronte le sujet à la capacité de faire face à la solitude et à la faiblesse (MARCELLI, 2001).

Il existe également une réactivation des problématiques prégénitales et notamment orales avec une possible réactivation des zones érogènes partielles et des plaisirs qui s'y rattachent. Des mouvements de régression (anorexie mentale, toxicomanie, tabac) peuvent être constatés (ROTTEN, 1989).

Dans cette perspective, les mécanismes de défense les plus archaïques (clivage, déni, idéalisation) se trouvent à l'ordre du jour et expliquent certaines distorsions d'allure psychotique qui peuvent pourtant ne pas être forcément de mauvais pronostic en cette période psychologiquement troublée (GOLSE, 2005).

### **3. Travail de deuil**

A. HAIM le souligne : « Comme l'endeuillé, l'adolescent reste à certains moments abîmé dans le souvenir de ses objets perdus et comme lui, l'idée de la mort lui traverse l'esprit. Mais, comme la dynamique de deuil normal permet d'en entreprendre le travail, celle de l'adolescence fait que rien ne se fixe » (HAIM, 1969).



Ainsi, l'adolescence est une période de renoncements multiples. Parmi les différents deuils que l'adolescent doit assumer, il faut insister particulièrement sur le deuil des illusions personnelles et sur le deuil des images parentales.

En effet, avec l'épreuve de la réalité, l'adolescent doit admettre un décalage irréductible entre son Moi et son Idéal du Moi (blessure narcissique) ainsi que les inévitables imperfections de ses parents (perte d'objet).

Les tendances dépressives observées de manière physiologique à l'adolescence sont donc mixtes, à la fois narcissiques et objectales (GOLSE, 2005 ; MARCELLI, 2004).

#### **4. Travail d'individuation**

Pour décrire l'adolescence, P. BLOS introduit le concept de seconde phase de séparation-individuation en référence à ce que M. MAHLER décrit chez le bébé entre l'âge de trois mois et trois ans comme la première phase du processus de séparation-individuation (GUELFY, 1999 ; DESPINOY, 2003).

En effet, avec la puberté se produit une répétition des phases antérieures du développement avec notamment une réactivation de la problématique œdipienne. L'émergence de fantasmes incestueux est vécue sur un mode d'autant plus excitant et dangereux que l'adolescent n'est plus protégé par l'immaturité physique de l'enfance. La menace liée à ce fantasme porte non pas tant sur le risque de passage à l'acte que sur la menace qu'il représente pour l'identité, par ce qu'il révèle de non séparé entre la mère et l'enfant (DECHRISTE, 1998 ; GOLSE, 2005).

C'est alors que s'impose à l'adolescent un travail de séparation de ses parents réels. Celui-ci est amené à réaménager les distances. Ainsi, il évite les rapprochements physiques avec ses parents, jusqu'à refuser les marques habituelles d'affection

qu'il recherchait auparavant. En renonçant, à mesure que l'adolescent le demande, à la corporéité comme espace relationnel, les parents montrent aussi leur capacité à renoncer à leur emprise sur le corps de leur enfant et à accepter la réduction de sa dépendance à leur égard (CROCHETTE, 1994).

Par ailleurs, le rejet de la dépendance infantile et le besoin d'autonomie conduisent l'adolescent à désinvestir partiellement et temporairement les objets externes dans un mouvement de repli d'autant plus nécessaire qu'il lui faut tenter de contrôler les émergences pulsionnelles qui se font pressantes tant sur le plan corporel que psychique. L'énergie libidinale se trouve accaparée en majeure partie par le Soi, qui devient l'objet principal des investissements (CROCHETTE, 1994 ; CORDEIRO, 1992).

## **5. Travail identificatoire**

Progressivement, l'adolescent doit se dégager du lien œdipien pour s'inscrire dans un lien identificatoire et transgénérationnel. Ainsi, il a besoin de s'identifier à ses parents, sans que cela soit une menace pour son narcissisme, sans qu'il y ait un risque de confusion identitaire : « Ce dont j'ai besoin, à savoir l'autre, parce que j'en ai besoin et à la mesure même de l'intensité de ce besoin, c'est ce qui menace mon autonomie naissante » (JEAMMET, 1989).

Ce lien identificatoire peut être soit mimétique soit oppositionnel. En général, il n'est pas les deux en même temps. Il est d'abord oppositionnel notamment lors de la période pubertaire, puis il devient mimétique dans la phase tardive de l'adolescence en particulier lors de la résolution de la problématique œdipienne inversée.

En miroir de la problématique œdipienne, le contre-œdipe parental comporte un double travail. Les parents doivent retirer de leurs enfants une partie de leur investissement pour laisser à ceux-ci une apparente liberté de choix.

Ils doivent accepter de n'être plus les objets de l'investissement privilégié de leurs enfants (MARCELLI, 1995).

C'est à l'issue de l'adolescence que le choix de l'objet sexuel va se trouver définitivement fixé. Après une activation physiologique des tendances homosexuelles prises dans le cadre d'une recherche et d'une réassurance narcissique (thématique de l'autre pareil à soi-même ou recherche du soi qui est dans l'autre) on assiste généralement à un choix d'objet hétérosexuel (GOLSE, 2005).

## **6. Identité sexuée**

« On ne naît pas femme, on le devient » (DE BEAUVOIR citée dans CHILAND, 1988).

La biologie ne s'inscrit pas directement dans la psyché. Par conséquent, pour se sentir femme, il ne suffit pas d'avoir un corps de femme, il faut investir ce corps comme tel, il faut fantasmer qu'on a un corps de femme : « Etre femme, ce n'est pas se reconnaître comme un homme châtré. C'est trouver bon, et je dirai même merveilleux, d'habiter un corps qui tel qu'il est fait permet la relation d'amour à l'homme » (CHILAND, 1988).

La construction de l'identité sexuée commence, avant même la conception de l'enfant, dans le psychisme des parents, c'est à dire dans l'investissement de l'enfant, dans les sentiments et les fantasmes des parents. Elle se poursuit dans l'enfance pour se terminer à l'adolescence. Ainsi, une des tâches de l'adolescence est l'acquisition d'une identité sexuée fixe et définitive.

Progressivement, l'enfant discrimine dans son entourage les images masculines et féminines. Cette distinction s'établit graduellement en allant d'une relation d'objet de type partiel à une relation d'objet de type total. On peut ainsi dégager une trajectoire évolutive qui va du stade anal (couple antagoniste actif/passif) au stade œdipien

(parent du même sexe ou de l'autre sexe) en passant par le stade phallique (avoir un pénis ou non). C'est au travers de ces différentes oppositions, de plus en plus globales, que s'édifie progressivement l'opposition masculinité-féminité. En effet, jusqu'au stade génital, l'enfant ne connaît qu'un seul organe sexuel, l'organe mâle. Il y a bien un masculin mais pas de féminin et l'alternative est l'organe génital mâle ou châtré (GOLSE, 2005).

Avec la puberté, l'adolescent est amené à faire le deuil de la bisexualité psychique infantile. En effet, l'épreuve de la réalité le confronte au manque fondamental et structurel qui constitue chaque personne : nous ne sommes que la moitié du monde, qu'homme ou femme, que masculin ou féminin. C'est la reconnaissance de l'incomplétude avec la différence des sexes.

Par la suite, il expérimente un sentiment de manque, mais aussi un sentiment de complémentarité. Sur le plan psychique, ce qui manque, c'est le sexe qu'on n'a pas, c'est-à-dire le sexe de l'autre : « Sans manque, il n'y a pas de désir ». Ainsi, au moment où l'adolescent voudrait affirmer sa totale indépendance, la pulsionnalité sexuelle le confronte au besoin de l'objet complémentaire puis de l'autre porteur de cet objet. Reconnaître la nécessaire complémentarité des sexes revient à accepter la finitude humaine et le besoin de relation auquel nul ne peut échapper (COURTOIS, 1995 ; MELO, 2006).

## **7. Mécanismes de défense**

Deux mécanismes de défense nécessitent une attention particulière au cours de l'adolescence : l'agir et le recours au corps.

Comme le souligne A. HAIM, « l'adolescent agit pour ne pas savoir ». Ainsi, l'agir constitue une forme d'évitement de la pensée et permet de faire l'économie de la mentalisation des conflits psychiques inhérents au processus d'adolescence.

Par ailleurs, les actes ont une fonction d'essai, d'expérimentation face à la réalité environnante, donnant alors une possibilité de maîtrise extraordinaire. Ils peuvent s'avérer être des antidépresseurs et des anxiolytiques puissants au moins pendant un temps. Toutefois, le recours à la mise en acte entrave toute possibilité de maturation de telle sorte que l'incessante répétition apparaît souvent comme la seule issue (JEAMMET, 1996 ; MARCELLI, 2004).

Dans ce recours à l'agir, il est fréquemment observé des attaques contre le corps à travers des comportements à risque ou des plaintes somatiques. L'adolescent peut utiliser l'attaque de son corps comme un moyen d'en ressentir la limite et de se le réapproprier mais également dans un retournement contre soi de l'agressivité, dissociée des pulsions sexuelles dans l'échec de la relation objectale (CROCHETTE, 1994).

## **IV. ADOLESCENCE ET CONTRACEPTION**

### **1. Facteurs de résistance identifiés dans la littérature**

L'adolescente est vulnérable en matière de contraception. En effet, il existe souvent un décalage entre sa situation affective et les conditions souhaitables à la bonne observance d'une méthode contraceptive : « La contraception est en soi un projet hors adolescence » (SOULAYROL cité dans TAMIAN-KUNEGEL, 2002).

On ne peut comprendre les résistances de l'adolescente face à la contraception sans faire référence au fantasme mégalomane d'invulnérabilité, propre à cet âge, qui se traduit dans le discours de l'adolescente par : « A moi, rien ne peut arriver ». Elle vit dans l'instant et non dans la pensée d'un risque de relation féconde, sorte d'illusion de toute-puissance. Ainsi, dans l'étude de HERBIGNIAUX et al., réalisée auprès de jeunes âgés de 13 à 21 ans, parmi les freins liés à l'utilisation d'un moyen

contraceptif, les jeunes mentionnent dans 25% des cas l'insouciance et dans 57% des cas l'immatunité (TAMIAN-KUNEGEL, 2002 ; HERBIGNIAUX, 2005).

Par ailleurs, l'adolescente n'a pas encore accédé à l'identité féminine et donc ne pense pas avoir acquis le pouvoir d'enfanter. Par conséquent, la nécessité d'une contraception ne lui apparaît pas : « Je ne pensais pas que je pouvais être enceinte ». Ainsi, 55% des jeunes répondant à l'étude d'HERBIGNIAUX et al., disent ne pas être conscients des risques encourus en cas de rapport non protégé (HERBIGNIAUX, 2005).

L'accession tardive aux capacités d'anticipation, les adolescents préférant vivre dans l'instantanéité, s'oppose à la prise planifiée, programmée d'un contraceptif. De plus, le goût du risque transforme la nécessité de se protéger en défi. Ainsi, le risque (ne pas mettre de préservatif) devient une valeur ajoutée au plaisir sexuel (MARTY, 2000).

Enfin, il semble nécessaire de souligner la persistance d'un certain nombre de fausses croyances par rapport aux comportements contraceptifs dans le discours des adolescents. Ainsi, l'étude MEDISTRAT, réalisée auprès de 300 jeunes filles âgées de 15 à 20 ans, met en évidence l'existence de représentations erronées en matière de contraception :

- 12% des filles sont persuadées qu'elles ne risquent pas une grossesse lors du premier rapport sexuel ;
- 8% considèrent qu'une douche après un rapport sexuel est un moyen de contraception très fiable ;
- 70% des jeunes filles sont convaincues que l'usage de la pilule entraîne une prise de poids ;
- 8% sont persuadées que la pilule protège du sida ;
- 23% ne savent pas combien de temps il faut après l'arrêt de la pilule pour être à nouveau fécondes et 55% répondent de manière erronée (UCL-RESO, 2006).

## 2. Indications des méthodes contraceptives à l'adolescence

L'implication de l'adolescente dans le choix de sa contraception est évidente afin de permettre de réduire l'écart entre l'efficacité théorique d'une méthode et son efficacité pratique. Ainsi, lors de la consultation, il est nécessaire de prendre le temps de lui expliquer les avantages et les inconvénients des différents moyens contraceptifs existants.

### 2.1. Méthodes naturelles

Le coït interrompu et la courbe de température ne sont pas adaptés dans cette tranche d'âge. Les adolescentes sont inexpérimentées, leurs cycles sont irréguliers et leurs rapports imprévus, ce qui occasionnent un taux d'échec élevé (ROTTEN, 1989).

### 2.2. Contraception locale

Le préservatif est la méthode la plus utilisée lors du premier rapport sexuel. Il a l'avantage d'être dénué d'effets secondaires, d'être en vente libre et surtout d'être la meilleure protection contre les MST. Son utilisation comporte plusieurs difficultés : obstacle psychologique (manque de romantisme, difficulté à mettre en doute la pureté du partenaire), coût plus ou moins élevé sans remboursement par la sécurité sociale, nécessité d'une mise en place correcte, risque de rupture et renouvellement à chaque rapport.

Les spermicides, diaphragmes et capes sont peu indiqués dans cette tranche d'âge car leur mise en place est relativement malaisée chez des adolescentes en début d'activité sexuelle. De plus, ils ne protègent pas des MST (ROTTEN, 1989).

Le stérilet est une méthode contraceptive efficace et de longue durée d'action. Toutefois, il reste peu utilisé chez la nullipare. Il est en général mal toléré chez les

patientes qui n'ont jamais été gravides : douleurs, métrorragies et expulsions sont plus fréquentes. Mais aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré (ANAES, 2004).

Le préservatif féminin est encore peu diffusé en France. Il semble plus difficile d'utilisation que le préservatif masculin et coûte plus cher (ROTTEN, 1989).

### 2.3. Contraception hormonale

Pour les adolescentes qui ont une activité sexuelle régulière, les gynécologues pensent que les œstroprogestatifs sont le type de contraception le mieux adapté, en association avec le préservatif, en cas de nouveau partenaire. D'une efficacité quasi constante en l'absence d'oubli, la pilule peut être utilisée discrètement et facilement quel que soit le moment du cycle ou le partenaire, sans protection ni manipulation de dernière minute.

La contraception orale à cet âge de la vie pose le problème de la mauvaise observance : le taux d'oubli est de 10 à 33%. Le risque d'arrêt de cette méthode contraceptive est majoré lors de la survenue d'acné et de prise de poids ; il est également lié à l'activité sexuelle sporadique à cet âge. Le taux de poursuite serait de 60% à trois mois et de moins de 50% à un an (ROTTEN, 1989).

La pilule du lendemain est une solution de rattrapage intéressante à un âge où les rapports sont souvent impulsifs et non planifiés. L'administration d'œstrogènes fortement dosés ou de progestatifs, moins de soixante-douze heures après un rapport, permet d'inhiber ou de retarder l'ovulation, ou bien d'empêcher l'implantation de l'œuf dans l'endomètre. Ainsi, 98% des utilisatrices auront leurs règles dans les 21 jours qui suivent. L'efficacité de cette méthode permet de réduire de 75% le taux de grossesse attendue. Par exemple, pour 100 femmes qui ont un rapport sexuel non protégé en milieu de cycle, environ huit seront enceintes ; avec la contraception d'urgence, ce chiffre passe à deux (BELAISCH, 1999).



Les implants progestatifs sont très peu utilisés en France. Aux Etats-Unis, ils sont utilisés par 3% de la population adolescente utilisant un contraceptif. Le taux de poursuite à un an est supérieur à celui des contraceptifs oraux avec un taux de grossesse moindre (ANAES, 2004).

# LA QUESTION DU DÉSIR D'ENFANT

## I. GÉNÉRALITÉS

La question du désir d'enfant ne se posait pas il y a seulement cinquante ans, lorsque la reproduction échappait à la volonté : sexualité et reproduction étaient indissociables.

Avec l'apparition et la diffusion de méthodes contraceptives efficaces, la maternité est devenue une démarche raisonnable, délibérée, programmée, s'intégrant dans un plan de vie conforme aux idéaux familiaux et sociaux. Désormais, les sujets doivent se prononcer de manière consciente sur leur souhait de se reproduire ou non.

Mais en devenant un acte volontaire, la maternité est aussi devenue un acte de désir. Ainsi, « La maîtrise de la fécondité permet de penser la maternité comme un pouvoir à nul autre pareil permettant la satisfaction d'un désir profond » (BYDLOWSKI, 1978, 2000).

Il se pose alors une question très actuelle : que signifie désirer un enfant ?

Pour tenter de répondre à cette interrogation, nous nous sommes plus particulièrement intéressés aux travaux de M. BYDLOWSKI qui comportent un certain nombre de références incontournables.

## II. GENÈSE DU DÉSIR D'ENFANT

### 1. Théorie freudienne

Le désir d'enfant prend ses origines dans le passé, celui de la petite fille, bien avant l'annonce d'une grossesse effective personnelle. En effet, c'est au cours du développement psychoaffectif que se construit cette disposition particulière, tant consciente qu'inconsciente, qui conduit à accepter l'enfant que l'aptitude biologique propose. En fonction des stades traversés et de l'évolution des relations, le désir d'enfant va être modifié par un certain nombre d'avatars.

Dans l'enfance de la mère, il y a au départ le désir d'un enfant qui trouve son origine dans l'identification primaire à sa propre mère. Similaire chez la fille et le garçon, il est identification aux soins maternels, sans lesquels l'enfant ne pourrait survivre. Ainsi, en s'identifiant à cette image, la petite fille désirera son tout premier enfant de sa propre mère. C'est la carence de ce lien d'identification primaire à la mère qui peut être à l'origine de certaines stérilités (BOURRAT, 2003).

Lors de la phase anale, le désir d'enfant va être modifié ; les fèces représentent un bébé selon l'équation symbolique classique : fèces=pénis=enfant. L'enfant est considéré comme quelque chose qui se sépare du corps par l'intestin et la quantité d'investissement libidinal qui concernait le contenu intestinal, partie du corps propre, peut être étendue à l'enfant. Le cadeau est la première signification à laquelle conduit l'excrément qui se transfère dans le désir d'avoir un enfant (TAMIAN-KUNEGEL, 2002).

Avec la phase phallique et la constatation de la différence anatomique des sexes, la petite fille vit comme un préjudice, l'absence de pénis. Cette constatation est à l'origine du ressentiment envers la mère qui ne l'a pas pourvu d'un pénis et de la dépréciation de celle-ci qui apparaît châtrée. Cette déception conduit la petite fille à se détourner de sa mère et à se rapprocher de son père. Ainsi, elle espère obtenir de lui le pénis que sa mère lui a refusé. Le complexe de castration constitue donc le moment d'entrée dans l'œdipe (LAPLANCHE, 2004).

Au cours du complexe d'œdipe, l'envie de pénis est remplacée par l'envie d'acquérir un pénis au-dedans de soi sous la forme d'un désir d'enfant selon l'équivalence symbolique pénis-enfant. L'enfant constitue l'ersatz de l'envie de pénis : c'est l'enfant du désir œdipien. Ces fantasmes s'accompagnent alors de culpabilité qui sera atténuée, soit par l'amour pour la mère, soit par l'enfant offert à la mère, dans une acceptation de la dette à son égard.

Avec la mise en latence, l'image du bébé devient chez l'enfant une image déssexualisée et son désir d'enfant s'exprimera peu ou prou à travers ses jeux et ses fantaisies (BOURRAT, 2003).

Le désir d'enfant paraît inexistant à l'adolescence. Du fait de la reviviscence des désirs œdipiens, si puissants à cette époque de la vie, la représentation de la mère tendre des débuts est souvent oubliée au profit de la femme du père. Aux yeux de la jeune fille, la mère manœuvre le père et surtout monopolise, pour elle seule, le pouvoir de génitrice. Un des enjeux de l'adolescence est la conquête d'une identité féminine et l'image de la mère ne peut être qu'un modèle à la fois enviable et haï, avec ambivalence. Il se crée à l'égard de la mère un lien de dépendance agressive pouvant durer jusqu'à la première maternité qui terminera cette période.

Pour que le désir d'enfant de la petite fille n'avorte pas à l'adolescence, il faut donc qu'elle ne soit pas freinée par la violence du conflit œdipien. Il est souhaitable que, malgré la découverte de la sexualité des parents et la rivalité maternelle qui s'ensuit, la relation à la mère de la tendresse des débuts de la vie ne soit pas perdue. Il est important de souligner que la plupart des femmes au développement sain y arrivent naturellement.

Enfin le désir d'enfant réapparaîtra lors d'une relation amoureuse, vécue comme permanente, avec un objet non œdipien, dans une nouvelle famille. C'est à la représentation maternelle de la tendre faiblesse, mémoire de la phase d'attachement passionné des débuts de la vie, que la jeune femme fera appel lorsque son amour maternel naissant viendra s'exprimer en un désir d'enfant authentique (BYDLOWSKI, 1997, 2000).

A l'occasion de la première maternité, il se produit une réactivation et un remaniement des conflits infantiles (oraux et œdipiens), une dissolution et une reconstruction des identifications précoces, notamment à la mère. Pour définir cette phase particulière du développement psychoaffectif de la femme, P.C. RACAMIER introduit le terme de « maternité » regroupant l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité (RACAMIER, 1978).

## **2. Autres théories classiques**

- Mélanie KLEIN évoque un désir d'enfant très tôt dans le développement psychoaffectif de l'enfant. Ainsi, à une phase précoce, elle décrit des sentiments d'envie poussant le bébé à désirer s'emparer des contenus du ventre maternel, assimilés à de véritables bébés rivaux. Des sentiments de haine en direction du corps maternel rendent les contenus de celui-ci terrifiants et persécuteurs et pourront être réactivés ultérieurement, au moment de la grossesse vécue alors comme source d'angoisse.

Elle considère que le désir d'enfant est un désir archaïque et non d'origine œdipienne. En effet, la fillette déçue par le sein, imagine un objet plus satisfaisant, le pénis. Ce fantasme constitue le point de départ de son attachement au père. Ainsi, le désir d'avoir un enfant est primaire et objectal. La petite fille désire avant tout incorporer le pénis et en faire un enfant ; le désir d'enfant venant se substituer au désir impossible d'avoir un pénis à des fins narcissiques. Toutefois, elle envisage la possibilité que le désir d'enfant soit surdéterminé par un désir incestueux : le désir d'avoir un enfant du père.

Par la suite, dans les théories kleinienne, l'enfant prend le sens d'une réparation et d'une reconstruction. La petite fille convertit en bien le mal fantasmatique qu'elle a fait à sa mère. Enfin, elle rend à un autre l'amour que sa mère lui a donné.

Par ailleurs, par la grossesse, la femme efface la douleur et la frustration vécues dans l'enfance lorsqu'elle désirait des bébés de son père et ne pouvait les obtenir. Ainsi culpabilité et désir de réparation seraient liés de façon intrinsèque à la grossesse et au désir d'enfant (TAMIAN-KUNEGEL, 2002).

- Monique BYDLOWSKI fait une remarque originale sur ce qui serait spécifique chez la petite fille. Il est important que la mère, en plus des soins maternels, fasse passer à son nourrisson fille les stimulations précoces du corps et de l'esprit qui traduisent son bonheur d'être la mère d'une fille : « Cette valorisation féminine précoce sera la racine authentique de son désir d'enfant ultérieur » (BYDLOWSKI, 2000).

- Judith KESTENBERG émet l'hypothèse que le désir d'enfant est probablement inné, mettant l'accent sur les origines biologiques et instinctuelles.

Elle explique également le désir d'enfant comme étant une identification à la fonction reproductive maternelle. Par l'observation d'enfants, elle décrit une phase maternelle précoce, entre deux et quatre ans, durant laquelle l'enfant, peu importe son sexe, ressent le désir d'un bébé et d'être comme sa mère, qu'il exprime de façon accrue par ses jeux de poupées et ses préoccupations (ABDEL-BAKI, 2004).

- Hélène DEUTSCH pense que sexualité et fonction de reproduction sont inséparables chez la femme. Selon elle, vagin et utérus ne sont pas connus de la petite fille qui oriente son intérêt vers l'intérieur du corps conçu alors comme identique aux organes digestifs. Elle s'inclut le pénis comme organe interne ; comme l'enfant il devient partie du corps propre. Ainsi, les parties réelles ou désirées du corps propre (excréments, pénis et enfant) ne sont pas nettement différenciées. Le souhait d'un enfant exprime une tendance à désirer, à posséder quelque chose s'apparentant au pénis qui ne peut être possédé. L'enfantement repéré en tant que privilège féminin vient soutenir cette équivalence (TAMIAN-KUNEGEL, 2002).

- Ruth MACK BRUNSWICK apporte une certaine différence avec les vues de S. FREUD dans le sens où pour elle, le désir d'enfant est antérieur à l'envie de pénis. C'est le désir de posséder ce que la mère omnipotente possède, c'est-à-dire un enfant qui détourne la fillette de sa mère au profit de son père (TAMIAN-KUNEGEL, 2002).
- Pour BLUM, la maternité est plus qu'une simple pulsion du Ça, qu'une gratification narcissique ou qu'une consolation des fantaisies de castration ; elle constitue l'aspect le plus convoité de l'idéal du moi féminin. Il explique la maternité comme un idéal maternel basé sur les identifications précoces de la femme enceinte avec sa propre mère. L'idéal du moi féminin est centré autour de la mère, mais inclut des représentations d'objets de valeur concernant tous les aspects de la fonction maternelle, de même que des identifications aux aspects positifs du père. La blessure narcissique de ne pas avoir de pénis et son effet sur la relation mère-fille contribueraient à l'établissement d'un premier idéal du moi, quoique très immature et qui évoluera : celui d'une petite fille non agressive, propre, qui est déterminée à renoncer à toute activité sexuelle. C'est la qualité de l'idéal maternel qui permet d'être ou non à l'aise dans la fonction maternelle (ABDEL-BAKI, 2004).

### III. PROPOSITION DE DÉLIMITATION DU CONCEPT

Le désir d'enfant serait la traduction naturelle du désir sexuel dans sa fonction collective d'assurer la reproduction de l'espèce et dans sa fonction individuelle de transmission de l'histoire personnelle et familiale. C'est en fait un processus complexe où se trouvent mêlés souhaits conscients d'immortalité et d'identification aux parents et représentations inconscientes : « La transmission de la vie échappe complètement ou partiellement à ceux qui la transmettent » (BYDLOWSKI, 1978).

Il prend ses racines dans la pulsion au sens freudien du terme. Parler du désir d'enfant en tant que désir inconscient, c'est parler de quelque chose de pulsionnel qui s'oppose souvent aux objectifs conscients de la femme. C'est aussi reconnaître une certaine ingérence de l'inconscient (TAMIAN-KUNEGEL, 2002).

Sur un versant œdipien, le désir d'enfant représente le souhait passif relayant le désir actif que constitue l'envie de pénis, c'est-à-dire le désir d'obtenir du père le pénis que la mère n'a pas pu lui donner. Cette proposition indique qu'un désir d'appropriation incestueuse interviendrait dans toute grossesse. Ainsi, il n'y a pas de désir d'enfant hors de l'inceste. Le désir incestueux se partage entre père et fille avec acuité lors de la première gestation. Après la naissance, ce désir, cette représentation maternelle tendent à se refouler (FREUD cité dans BYDLOWSKI, 1978).

Mais l'œdipe n'est qu'un côté de la maternité qui se joue aussi sur le versant du même sexe. Issu d'un désir plus archaïque et tout autant fondamental, le désir d'enfant se fonde aussi sur le lien à la mère dans les toutes premières relations. Faire renaître l'enfant qu'elle a été dans l'enfant qu'elle porte est un souhait souvent exprimé par les futures mères : « L'aspiration fondamentale du retour à la mère, rester l'enfant pris dans le désir du corps maternel pour en obtenir un d'elle. » C'est par la puissance de ce lien que la maternité future de la fille inaugurerait une retrouvaille avec cette mère perdue de la petite enfance et le re-souvenir d'un passé nostalgique.

« En enfantant, une femme rencontre sa propre mère ; elle la devient, elle la prolonge tout en se différenciant d'elle. » Cette identification se fonde sur le désir de posséder un aspect de l'autre et est en rapport étroit avec le narcissisme du sujet qu'elle contient. Ainsi, il serait nécessaire d'avoir ou d'avoir eu pour référence une image maternelle satisfaisante pour mettre au monde un enfant. Mais, l'importance de l'identification de la femme avec une bonne image maternelle ne signifie pas seulement que la femme a expérimenté une bonne relation infantile avec sa mère, mais aussi qu'elle a été capable de la reconnaître en tant que telle sans pour autant se laisser gagner par des éléments conflictuels : « Les femmes qui détestent leur



mère n'ont pas d'enfant ; la haine ne permet pas de s'inscrire dans la continuité ; la vengeance barre la transmission » (GRODDECK cité dans BYDLOWSKI, 1978 ; AMMANITI, 1999 ; TAMIAN-KUNEGEL, 2002 ; ABDEL-BAKI, 2004).

Par conséquent, on peut dire que le désir d'enfant résulte d'une combinaison harmonieuse entre le désir d'être comme la mère des premiers soins et celui d'avoir, comme elle, un enfant du père. Il se raconte comme une charade : « Mon premier est le désir d'être comme ma mère du début de la vie et mon second est un autre vœu, celui d'avoir comme elle, un enfant du père ; quant à mon troisième, il est constitué par la rencontre adéquate de l'amour sexuel pour un homme. Mon tout est à la conception et la naissance de cet enfant ce qui va me transformer de jeune femme en mère » (BYDLOWSKI, 2000, 2006).

## **IV. PARTICULARITÉS DU DÉSIR D'ENFANT**

### **1. Non saturation du désir d'enfant par l'enfant**

Le désir d'enfant est le lieu de passage d'un désir absolu, car l'enfant à venir est pour la femme, l'objet par excellence : « Ce qui est désiré, ce n'est pas un enfant ; c'est le désir d'enfant, désir d'enfance, réalisation d'un souhait infantile » (BYDLOWSKI, 1978).

Ainsi, avant toute réalisation, l'enfant est imaginaire. Il est l'enfant merveilleux, venant réaliser les vœux les plus chers. Il est supposé tout accomplir, tout réparer, tout combler : deuil, solitude, destin, sentiment de perte. Il est aussi l'enfant manquant à l'appel de celles qui ont comblé leur désir de procréation par de nombreuses maternités. Il est l'enfant suivant dont rêve presque toute accouchée (BYDLOWSKI, 1978).

L'enfant à naître constitue aussi l'image de sa propre position d'enfant par rapport à ses parents, constituant ainsi l'enfant réparateur de sa propre enfance (ABDEL-BAKI, 2004).

Il peut également être vécu comme un prolongement de soi, comme un moyen de devenir immortel en prolongeant sa vie dans un autre corps : « Désirer un enfant, c'est vouloir exprimer son pouvoir créateur de la vie, c'est aussi un défi à la mort par la transmission de sa chair et de ses systèmes de valeur » (MARBEAU-CLEIRENS, 1990).

L'enfant qui se développe dans le corps maternel reste toujours d'ordre imaginaire. Il n'est pas réel et reste non représentable jusqu'au jour de la naissance. D'ailleurs, la technique échographique modifie peu la représentabilité de l'enfant. Lorsqu'à la naissance l'enfant prend corps, il n'est pas le corps du désir qui l'a précédé, il en est le rejeton, la nouvelle pousse dont le désir d'enfant a été la souche. Ainsi, à peine né, l'enfant réel est décevant : « Si désirer c'est se représenter l'objet manquant par excellence, aucun objet réel, fût-ce un enfant, ne peut venir satisfaire cette représentation idéale. Ainsi, le désir inconscient maternel ne se satisfait complètement d'aucun enfant vivant » (BYDLOWSKI 1978, 1997, 2000).

## **2. Ambivalence du désir d'enfant**

Le désir d'enfant le plus vif et l'amour maternel le plus authentique peuvent pourtant s'associer au vœu inverse : voir disparaître l'enfant. L'ambivalence à l'égard de son enfant correspond au conflit toujours vif entre le souhait raisonnable d'avoir un enfant sain et vivant et le désir insensé de le mettre à mal, de le faire disparaître tant est puissante et durable la force des représentations qu'il incarne. Pour M. BYDLOWSKI, « le désir et tout particulièrement celui d'un enfant n'est jamais un sentiment pur ; il est au contraire toujours teinté d'ambivalence ».

L'ambivalence est inscrite au cœur de tout amour humain et l'amour maternel ne fait pas exception. Ainsi, les vœux de mort à l'égard des êtres chers font partie de notre vie quotidienne et restent sans effet sur eux, surtout s'ils sont clairement énoncés. La petite fille le sait bien quand elle dit à sa mère : « Quand tu seras morte, j'épouserai papa. »

Après la naissance, ils tendent à être refoulés dans l'inconscient. Ils peuvent, d'une part, se transformer en idéalisation de leur objet, l'enfant et d'autre part, ils peuvent se manifester par une surprotection anxieuse. Il est question de ces mères de nouveau-nés qui les réveillent pour s'assurer qu'ils sont vivants. B. Vian a humoristiquement illustré cette situation en mettant dans la bouche d'une mère cette phrase au sujet de son enfant : « Je l'aime tant que je ne pense qu'à ce qui peut lui arriver de pire. »

Une bonne image de cette ambivalence est également celle du jugement de Salomon. Celui-ci doit décider à qui appartient un enfant qui est réclamé par deux mères ; pour trancher, « stricto sensu », il propose de couper l'enfant en deux et de donner une moitié de cet enfant à chacune d'entre elles ; l'une des deux mères dit « très bien » et l'autre dit « non, je préfère qu'il vive et que ce soit l'autre qui s'en occupe ». Si l'on condense ces deux femmes en une seule, on aura un modèle de cette ambivalence dans le conflit entre une façon de voir cet enfant comme une partie du corps qui est très personnelle et limitée à la mère et l'autre qui considère que cet enfant a une existence propre et spécialement en dehors du corps de la mère (BYDLOWSKI, 2000).

## **V. CE QUE LE DÉSIR D'ENFANT N'EST PAS**

« Le désir de grossesse et le désir d'enfant sont bien distincts, bien que le second prolonge logiquement le premier » (HALPERIN, 1982).

Désir d'enfant et désir de grossesse ne sont pas synonymes ; une femme peut souhaiter être enceinte sans désirer avoir un enfant. Ainsi, bien des grossesses n'ont d'autre finalité qu'elles-mêmes et le désir d'un enfant, en tant qu'être distinct de soi, ne tient aucune place dans le discours maternel. Le plus souvent, une telle grossesse, pourtant pleine de sens, aboutit à une demande d'avortement. Parfois, la grossesse est menée jusqu'à son terme. Vécue alors selon un régime de jouissance, elle ne sera perturbée que par l'inévitable accouchement... et l'intérêt pour l'enfant ne sera pas aux proportions du plaisir de la gestation.

A l'inverse, le désir d'enfant peut exister sans que cela aille de pair avec le désir d'une grossesse ou la recherche d'une fécondation. Féminité et maternité ne suivent pas nécessairement des chemins parallèles et il arrive qu'elles se fassent obstacle l'une à l'autre (BYDLOWSKI, 1978, 2000).

### **1. Grossesse et vérification de l'intégrité corporelle**

Les femmes contrarient la nature avec succès depuis l'adolescence. La période d'infertilité volontaire qu'elles traversent ainsi les met souvent dans une situation d'insécurité vis-à-vis de leur fertilité. La seule façon d'échapper à cette angoisse est de faire une grossesse.

A l'adolescence, face aux questionnements concernant la normalité et la bonne marche du corps, la survenue d'une grossesse permet la vérification du bon fonctionnement corporel et constitue une réassurance narcissique de l'intégrité des possibilités reproductrices.

A la préménopause, une grossesse devient le témoignage d'une féminité encore présente. Il y a désir de grossesse pour se prouver que c'est encore possible. Le non désir de grossesse à cette période peut être perçu comme l'acceptation de la limite d'âge imposée par la ménopause : « La vie procréatrice est sûrement finie, l'épée de Damoclès est au-dessus de la tête de chacune : un jour ce ne sera plus possible. » (BYDLOWSKI, 2000).

## **2. Grossesse et complétude narcissique**

La grossesse peut également être vue comme un symbole de complétude. Elle renvoie alors à un déni de la castration féminine. L'acte d'extraction du fœtus conforte d'ailleurs la femme dans la maîtrise de cet en plus qui vient à pousser et qu'elle peut se faire ôter. Une telle disposition peut conduire au choix d'une méthode contraceptive par avortements répétés.

De façon plus archaïque, la grossesse peut aussi renvoyer à la nostalgie d'une complétude narcissique, au fantasme de réunion mère-enfant. Par la grossesse, une femme réalise un rêve de complémentarité originelle issue de la relation nostalgique à la mère. Le désir ici est celui de retrouvailles avec une oralité première : « Etre grosse, c'est moins avoir un enfant qu'être soi-même l'enfant nourri dans l'ivresse de la satisfaction » (BYDLOWSKI, 1978, 2000).

# **PARTICULARITES DES GROSSESSES**

## **A L'ADOLESCENCE**

### **I. INTRODUCTION**

La survenue d'une grossesse à l'adolescence peut être appréhendée selon plusieurs axes. Ainsi, il est possible de distinguer une approche socio-économique, une approche médicale et une approche psychopathologique.

Par ailleurs, une revue de la littérature récente concernant les grossesses à l'adolescence, nous a permis de mettre en évidence l'existence de déterminants, tant sur le plan social que psychodynamique, associés à la survenue d'une grossesse à l'adolescence.

### **II. APPROCHE SOCIO-ECONOMIQUE**

#### **1. Facteurs culturels**

Chez les adolescentes enceintes, on observe un comportement différent par rapport à la grossesse en fonction de leur origine ethnique. Ainsi, les jeunes métropolitaines choisissent une IVG dans près de 2/3 des cas et mènent leur grossesse à terme dans 1/3 des cas. Le rapport est inversé pour les adolescentes d'origine étrangère (maghrébines, gitanes, africaines) (UZAN, 1998).

En fonction de l'origine ethnique, on peut faire l'hypothèse que les jeunes filles immigrées sont en fait adultes psychologiquement et socialement. Pour ces adolescentes, le mariage et la maternité précoces sont culturels. La grossesse est en général le résultat du projet d'un jeune couple. Elle est activement désirée sous l'influence de facteurs culturels. Il s'agit d'un projet de grossesse conçu autour d'un désir d'enfant identique à celui que l'on va retrouver plus tard chez des couples plus âgés. Dans les sociétés dont sont issues ces jeunes filles, la grossesse à l'adolescence est plutôt valorisée à la différence de notre société (FAUCHER, 2006 ; UCL-RESO, 2006).

Ainsi, il semble nécessaire de comprendre les spécificités ethnoculturelles qui expliquent parfois les raisons des grossesses précoces chez certaines jeunes femmes migrantes (BETTOLI, 2003).

## **2. Facteurs liés à l'environnement socio-économique**

Il ressort de manière générale que la survenue d'une grossesse à l'adolescence est plus fréquemment observée dans les milieux socio-économiques défavorisés. Typiquement, ces jeunes filles vivent dans des quartiers pauvres ; elles sont issues majoritairement de familles nombreuses et recomposées. Les parents sont le plus souvent séparés ; ils sont au chômage ou exercent un emploi à faible qualification, ce qui confère à la famille des revenus médiocres. Elles sont elles-mêmes en échec scolaire et leur intégration sociale est le plus souvent médiocre (DESCHAMPS, 1993 ; UZAN, 1998 ; CORCORAN, 2000 ; PEREIRA, 2005).

En tant qu'acte socialement dévolu à l'âge adulte, la grossesse induit forcément, du moins dans l'esprit des jeunes femmes concernées, le sentiment d'un passage d'un état à un autre. Ainsi, par la grossesse ces jeunes filles accèdent à un statut reconnu socialement, celui de mère et perçoivent en conséquence des prestations sociales (allocation parent isolé, allocation jeune enfant). Pour ces adolescentes dépourvues de tout investissement social ou en voie de désocialisation, la maternité constitue

une réponse à leur inadaptation sociale et apparaît comme un raccourci de toute la problématique psychosociale (LE VAN, 1998 ; MIGNOT, 1999 ; TAMIAN-KUNEGEL, 2002; DESCHAMPS, cité dans MISSONNIER, 2004).

Une autre hypothèse pour expliquer la fréquence accrue de grossesses précoces dans les milieux défavorisés est la difficulté d'accès aux soins. Ainsi, le manque de ressources pour accéder à des services de santé et à des moyens de contraception rend les jeunes femmes des milieux socio-économiques bas plus vulnérables au risque de grossesse (CORCORAN, 2000).

Les études concernant le devenir de ces adolescentes apportent des résultats contradictoires. Certains travaux tendent à montrer une influence négative de la parentalité précoce sur le devenir socio-économique de ces jeunes filles. Mais il semble que d'autres facteurs difficiles à mesurer, comme l'influence du milieu familial, interviennent dans le devenir des mères adolescentes. Néanmoins, le débat reste ouvert pour savoir si les mères adolescentes appartenant à un milieu défavorisé n'auraient pas eu le même devenir si elles n'avaient pas été enceintes, autrement dit si la survenue d'une maternité précoce aggrave ou non le pronostic socio-économique (FAUCHER, 2006).

### **3. Facteurs environnementaux et politiques**

La vision qu'a une société de la sexualité et de la maternité des adolescents va avoir une influence sur leurs comportements sexuels et contraceptifs.

Il existe d'une manière générale un changement des valeurs associées au couple et à la famille dans notre société. La grossesse hors mariage ou la maternité sans engagement amoureux sont banalisées, ce qui peut influencer les représentations des adolescents (LOIGNON, 1996).



Par ailleurs, plus l'acceptation par la société de la sexualité de l'adolescente est importante, moins le taux de grossesse et le recours à l'IVG sont importants. Plus le discours social est favorable à la sexualité des jeunes, plus les jeunes femmes ont facilement accès à la contraception parce qu'elles se sentiront reconnues et acceptées dans leur sexualité (BAJOS, 2001).

Ainsi, il est possible de distinguer trois types de sociétés :

- dans le premier groupe (Etats-Unis), les adolescentes doivent être préservées le plus longtemps possible de la sexualité ;
- dans le deuxième groupe (Pays-Bas, Grande- Bretagne), la sexualité des adolescents continue à constituer un phénomène à combattre, mais il apparaît comme un mal inévitable qu'il faut accompagner ;
- dans le troisième groupe (France, Suisse, Suède), les pouvoirs publics ne nient pas le droit des jeunes à la sexualité et essayent de mettre à leur disposition les moyens de contraception adéquats.

Dans ce troisième groupe, la Suède fut la pionnière de cette perception dépassionnée de la sexualité adolescente. Dès 1975, les pouvoirs publics développent des politiques de contraception qui offrent aux adolescents une information confidentielle et un accès gratuit à l'IVG sans autorisation parentale. Dans la décennie qui suivit, le taux de grossesse à l'adolescence a diminué de 80% (NATIVEL, 2003).

Par conséquent, plus une société est disposée à prendre acte du caractère inéluctable de la sexualité des jeunes, plus elle est en mesure de mettre en œuvre des politiques de prévention efficace. Or, le système de valeurs de certaines sociétés rend parfois difficile l'acceptation de ce fait accompli (UCL-RESO, 2006).

### **III. APPROCHE MEDICALE**

#### **1. Diagnostic tardif**

Une des caractéristiques des grossesses des adolescentes est leur révélation tardive, parfois même au moment de l'accouchement. En France, les grossesses des adolescentes représentent 12% des grossesses à déclaration tardive ; deux tiers des adolescentes enceintes de moins de quinze ans ne reçoivent aucun soin prénatal pendant le premier trimestre (UZAN, 1998 ; MIGNOT, 1999, FAUCHER, 2002).

La fréquence des cycles irréguliers à cet âge, la méconnaissance des conséquences des oublis de contraceptif, la certitude parfois clairement avouée que ce genre d'accident n'arrive qu'aux autres sont des explications fréquemment avancées par les adolescentes. Il faut ajouter la crainte des réactions de l'entourage à l'annonce de la grossesse, conjuguée à la peur du rejet familial, mais aussi la crainte qu'une IVG ne soit imposée (MIGNOT, 1999).

Il est toujours étonnant de constater qu'une grossesse n'est pas évoquée par l'adolescente, même en regard de symptômes et de transformations pourtant sans équivoque. La méconnaissance de la grossesse associe généralement la future grand-mère. L'embonpoint alimente la complicité mère-fille et se retrouve mis au compte d'un excès alimentaire (MIGNOT, 1999 ; BOULENGUER, 2001).

#### **2. Risque médical**

Dans les années 1980 et encore aujourd'hui dans une moindre mesure, la grossesse de l'adolescente est considérée comme une grossesse à haut risque médical du fait d'une immaturité physiologique. Les médecins ont beaucoup insisté sur les complications médicales pour l'adolescente et son bébé, les risques étant d'autant plus importants que la mère est jeune : hypertension artérielle, toxémie gravidique,

menace d'accouchement prématuré, accouchement dystocique, prématurité, hypotrophie, mortalité infantile plus élevée (DESCHAMPS, 1993 ; LE VAN, 2006).

Les données actuelles montrent que ces complications ne sont pas plus élevées chez les adolescentes que chez les femmes enceintes plus âgées pour peu qu'on effectue un ajustement sur les effets du tabagisme, de la prise en charge anténatale et des conditions socio-économiques. Par ailleurs, étant donné qu'il existe une corrélation entre le mauvais suivi anténatal et la fréquence des complications obstétricales, il est difficile de dire que l'adolescence représente en soi un facteur de risque (FAUCHER, 2002).

Toutefois, il semblerait que le très jeune âge constitue un facteur de risque indépendant de prématurité et que les complications obstétricales sont plus fréquentes en dessous de quinze ans. En conséquence, certains proposent de limiter la définition de la maternité précoce aux jeunes femmes de moins de quinze ans (FAUCHER, 2002).

A niveau socio-économique et état matrimonial identiques, les grossesses adolescentes ne diffèrent pas de celles des adultes, pour peu qu'elles soient suivies. Sorties de leur clandestinité et activement suivies, elles ont un pronostic médical comparable à celui des femmes plus âgées. Ainsi, le discours médical se focalise désormais sur les maternités des femmes âgées de quarante ans (MIGNOT, 1999 ; FAUCHER, 2002 ; LE VAN, 2006).

## **IV. APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE**

### **1. Généralités**

La maternité des adolescentes est souvent attribuée à un passage à l'acte, c'est-à-dire que l'adolescente, n'arrivant pas à élaborer ses conflits sexuels et parentaux, vit

dans l'immédiat son désir d'avoir un enfant. Ainsi, cet agir sexuel qui a mené à la grossesse constitue une défense contre le processus d'adolescence lui-même, vécu comme un changement potentiellement traumatique. La survenue d'une grossesse à l'adolescence constitue alors un moyen traumatique d'expulser l'adolescence : « Leur grossesse a été prématurée comme leur vie ; elles n'ont pas fini d'être filles qu'elles sont déjà mères » (NICOLLE, 1996 ; LEOVICI cité dans DADOORIAN, 2000 ; MARCELLI, 2005).

Ainsi, tout se passe comme si un besoin ou une pulsion puissante avait effacé tout un acquis rationnel : « Chez certaines adolescentes, l'absence de toute considération pour la contraception va de pair avec un désir de grossesse ou de maternité. »

Mais au-delà de la diversité des situations que recouvrent les grossesses à l'adolescence, une diagonale psychodynamique s'impose : l'immaturité œdipienne de ces adolescentes est indissociable de leur inconsolable nostalgie pour la mère de la tendresse (MISSONNIER, 2004).

## **2. Grossesse et urgence œdipienne**

Pour certaines adolescentes accéder à la parentalité représente un passage à l'acte qui s'inscrit dans l'urgence œdipienne pour suspendre le travail psychique en cours. Par la grossesse, l'adolescente attaque à travers son corps le lien œdipien dans un climat d'envie et d'excitation débordantes en général noyées dans la confusion psychique des rôles et des générations. Ainsi, la grossesse traduit toujours les défaillances dans les investissements et les possibilités sublimatoires (MARCELLI, 1995).

Quant au père de l'enfant, sa place est souvent laissée dans l'imaginaire, à un père fantasmatique, inconnu pour l'état civil, différent du père biologique dans la tête de la mère. Ce secret est doublement excitant : il interroge le père de l'adolescente qui voudrait bien le connaître pour lui signifier sa colère, mais il interroge aussi les

services sociaux qui y voient aussi la possibilité d'une liaison incestueuse (MARCELLI, 1995, 2005).

### **3. Désir d'enfance**

L'un des enjeux de l'adolescence consiste à faire le deuil des images parentales et notamment de la relation première à la mère. Ainsi, au cours de son développement, la fillette est amenée à se détourner de la mère vers le père, puis vers l'homme.

La survenue d'une grossesse à l'adolescence constitue un appel à la représentation maternelle des débuts de la vie, un appel à l'aide à cette mère de la tendresse, dont la retrouvaille apparaît être le véritable enjeu. Ainsi, il est question d'un désir d'enfance venant faire irruption dans la réalité du corps plutôt que d'un désir d'enfant (BYDLOWSKI, 2000).

Par une double identification de l'adolescente à celle qui prend soin et celle qui reçoit les soins, l'adolescente enceinte donne corps à un fantasme de réunion mère-enfant. Elle se trouve alors dans une position singulière, puisqu'elle est en même temps, fille de sa mère et mère de son enfant. Il existe alors une certaine confusion quant à la position de l'enfant à naître par rapport à la filiation. Ainsi, il est davantage présenté comme élargissant la fratrie de l'adolescente plutôt que comme instaurant une troisième génération. Ces adolescentes semblent vivre une sorte d'arrêt de développement en retrouvant par la grossesse une fusion à la mère, dans un mouvement régressif important (AMMANITI, 1999 ; TAMIAN-KUNEGEL, 2002).

### **4. Grossesse et réparation**

Il est fréquemment retrouvé dans l'enfance des jeunes mères mineures, des conditions de vie difficiles et des mauvaises relations avec les parents et notamment

avec la mère. En effet, il existe une relation forte et graduelle entre les expériences hostiles vécues durant l'enfance (violences physiques, carences affectives et négligences éducatives) et la survenue d'une grossesse à l'adolescence (MARCELLI, 2003 ; HILLIS, 2004).

D'ailleurs, ces adolescentes au passé carenciel font un lien évident entre leur grossesse et leur enfance difficile (LETENDRE, 2003).

Dans ce contexte, devenir mère c'est d'abord faire disparaître l'enfant que la jeune fille est encore peu ou prou. Par la grossesse, d'une part l'adolescente met à mal son enfance, la malmène et la tue et d'autre part, elle attaque sa mère en s'appropriant son statut, de manière à pousser celle-ci du côté de la vieillesse. La grossesse à l'adolescence condense dans cette attaque du corps, un double mouvement agressif : attaquer son enfance et attaquer sa mère (MARCELLI, 2003).

Par ailleurs, la grossesse offre à l'adolescente une perspective de s'offrir un objet d'amour qui serait en mesure de lui donner tout ce dont elle a manqué. L'énoncé conscient de cette dynamique en général inconsciente prend la forme suivante : « Ce bébé, au moins, il m'aimera ! » Ce besoin d'amour ne fait que dévoiler a contrario la carence massive dans laquelle cette jeune adolescente a vécu. Il est souvent attendu du bébé qu'il vienne réparer les traumatismes infligés dans l'enfance de l'adolescente du fait de sa propre mère. Cette phrase si souvent entendue : « Je vais donner à mon enfant tout l'amour que je n'ai pas eu » peut se déchiffrer comme : « Je vais me donner à travers mon enfant tout l'amour que je n'ai pas reçu et pour ça je ne peux compter que sur moi seule » (BENSOUSSAN, 1993 ; BETTOLI, 2003 ; MARCELLI, 2003 ; KAMMERER, 2005).

L'enfant est totalement idéalisé et il sera difficile de donner corps à cet enfant imaginaire à la naissance. Le décalage normal entre enfant réel et enfant imaginaire qui existe pour tout parent est ici renforcé (MIGNOT, 1999).

## **5. Grossesse et jeu sur l'autonomie**

Pour certaines adolescentes, la grossesse s'inscrit d'abord dans un mouvement d'émancipation du milieu familial. La grossesse signifie surtout devenir adulte. Ainsi, pour celles qui ne l'ont pas fait, c'est l'occasion de quitter le foyer et de s'affranchir de la dépendance parentale et en particulier maternelle. Le bébé à naître joue un rôle moins important et c'est bien plus la grossesse comme telle, en tant qu'état conférant un statut nouveau, qui sert une fonction. L'adolescente y trouve la confirmation qu'elle peut être adulte et autonome (BETTOLI, 2003 ; LETENDRE, 2003).

Cette reprise du mouvement de séparation-individuation peut aller jusqu'à court-circuiter le processus d'adolescence, en sautant cette étape (LETENDRE, 2003).

## **6. Grossesse et vérification de l'intégrité corporelle**

Pendant la puberté, le corps de l'adolescente subit des transformations qui le rendront apte à la procréation. Elle est en proie à une forte pression hormonale qui la pousse à mettre à l'épreuve sa nouvelle capacité reproductive. On parle de grossesse hormonale, vu son caractère essentiellement biologique (DADOORIAN, 2000, 2005).

Par ailleurs, l'apparition de la puberté et les modifications corporelles qui en découlent amènent le jeune adolescent, garçon ou fille, à se poser la question de la fonctionnalité de ses organes.

Pour le garçon, la réponse apparaît plus facile. Il existe une sorte de condensation entre érection, masturbation, éjaculation et fertilité. Ainsi, la réassurance fonctionnelle est acquise grâce à la visibilité de ses organes (TAMIAN-KUNEGEL, 2002 ; BETTOLI, 2003 ; MARCELLI, 2003).

Chez la jeune fille, la réponse aux questionnements sur la normalité de ses organes est en partie cachée et elle ne peut vérifier de visu la conformité de ses organes.

Ainsi, pour certaines adolescentes la possibilité d'être enceinte constitue une réassurance narcissique sur leur féminité face à des doutes éprouvés sur leur fertilité (TAMIAN-KUNEGEL, 2002 ; BETTOLI, 2003 ; MARCELLI, 2003).

## **7. Grossesse et mise en danger du corps**

La survenue d'une grossesse à l'adolescence peut constituer l'expression d'une conduite agressive directement dirigée contre le corps.

L'accession à la génitalité confronte le sujet à la frustration. Sa jouissance rencontre désormais une double limite, celle de l'orgasme qui met fin à l'excitation et celle de la complémentarité des sexes qui impose au sujet la dépendance à autrui. Pour l'adolescent, accéder à la sexualité génitale, c'est faire l'expérience d'une frustration qui vient de l'intérieur. On comprend que le corps soit parfois vécu comme un objet de persécution et que l'adolescent puisse chercher à l'attaquer car il est le symbole même de ce qui le fait souffrir.

La grossesse à l'adolescence fait incontestablement partie de ces moyens d'attaquer le corps. En général, la grossesse survient dans le cadre d'une sexualité non protégée et s'inscrit comme un passage à l'acte (MARCELLI, 2001, 2003).

## **8. Grossesse et évitement de la sexualité**

Les conséquences de cette grossesse sur l'adolescence pourraient se résumer à la formule « être mère avant d'être femme ». La grossesse la fait passer d'un statut d'enfant à un statut de mère avec exclusion de l'adolescence ; elle est projetée physiquement d'un corps de fillette à un corps de femme et psychologiquement à un statut de mère sans avoir vécu sa sexualité d'adolescente (MIGNOT, 1999).



Par la grossesse, l'adolescente profite d'une période de latence sexuelle. En devenant mère, elle occulte temporairement sa sexualité dont les pulsions l'effraient, sans pour autant douter de son identité sexuelle dont son ventre bombé est garant (IGERT, 1987 ; LACHCAR, 1990).

## V. PARTICULARITÉS DE L'IVG

### 1. Approche socio-économique

Selon l'enquête « La santé des jeunes en Bretagne » 57% des filles considèrent l'IVG comme un « moyen comme un autre pour éviter d'avoir un enfant ». D'un autre côté, l'IVG est considérée comme un événement grave et traumatisant par 82% des filles (TRON, 2000).

Dans une étude réalisée en 2000 auprès de 34 jeunes femmes âgées de 16 à 20 ans, JEWELL et al. observent des attitudes différentes envers les grossesses précoces et l'avortement en fonction du milieu socio-économique. Les adolescentes issues d'un milieu socio-économique plus favorisé jugent la maternité non acceptable pour elles-mêmes et sont par conséquent plus enclines à opter pour une IVG. A l'opposé, les adolescentes enceintes et les jeunes mères de milieux défavorisés trouvent la solution de l'IVG moins acceptable. Cette différence s'explique principalement par la façon dont les jeunes femmes des milieux privilégiés voient leur futur, celles-ci accordant plus d'importance à leur carrière, à l'université, à l'argent et à leur développement personnel. (JEWELL, 2000)

Par ailleurs, il existe en France, depuis trois décennies, une nouvelle image de la femme qui a contribué à différer l'âge socialement requis pour la première grossesse. La stigmatisation sociale des grossesses non programmées et en particulier celles des mineures, peut ainsi être impliquée dans le recours massif à l'IVG pour les mineures confrontées à une grossesse non prévue.

## 2. Approche psychopathologique

Les éléments constitutifs d'un rite sont tous réunis lors de la situation d'avortement : importance de la marque dans le corps, violence du rituel, ambiguïté du sens du rite qui cache autant qu'il révèle. Cette fonction initiatique est renforcée par l'existence d'un rituel légal de préparation et par le caractère institutionnel de l'IVG. Par ailleurs, tout rite suppose une mise à mort. Dans l'avortement, il est question de la mort de l'embryon bien sûr, mais surtout de la mort de tout ce qu'il vient à représenter, par déplacement, de façon inconsciente (DUPREZ, 1985, 1988).

Face à une demande d'IVG, il ne faut pas se laisser abuser par les raisons invoquées (jeune âge, problèmes financiers,...) mais envisager la demande d'avortement comme « un essai de résolution des conflits psychiques et interrelationnels » (DUPREZ, 1988).

### 2.1. Fonction matricide de l'avortement

L'avortement a souvent ce sens de tuer la mère en soi. En effet, donner la vie ou la refuser, c'est aussi entrer dans une lignée, une filiation. L'IVG manifeste l'impossibilité de s'inscrire dans la lignée des femmes et de faire des enfants comme les autres femmes, comme sa propre mère. Pour ces adolescentes inscrites dans une haine maternelle, avorter peut être le prix du sang à verser pour devenir femme soi-même : « La dynamique créatrice qui pousse la femme vers le maternel est empêchée par une reviviscence d'un lien premier à la mère, qui semble interdire tout accès à la maternité » (TAMIAN-KUNEGEL, 2002).

Par ailleurs, la grossesse vient marquer la tentative de séparation et l'IVG son échec. Ces jeunes adolescentes disent souvent derrière leurs symptômes qu'elles sont d'abord et avant tout filles de leurs mères. Dans un certain nombre de cas, l'IVG permet une reprise de la relation réelle avec la mère, souvent dans une complicité autour de l'exclusion du père : « L'avortement renvoie l'adolescente à être encore pour un temps la fille de sa mère » (DUPREZ, 1985, 1988).

## 2.2. Avortement et enfant œdipien

Parfois, le désir d'enfant est soumis aux interdits œdipiens. Il s'accompagne alors dans sa réalisation d'angoisse et de culpabilité. L'enfant dont on vient demander l'avortement est un enfant œdipien né fantasmatiquement du père de la mère et dont le déplacement sur le conjoint a permis d'éviter l'inceste. Dans l'avortement, il s'agit alors de se débarrasser du mauvais objet que l'on ne peut nommer (TAMIAN-KUNEGEL, 2002).

L'avortement signe l'impossible d'une maternité alors même que la fonction de la grossesse avait été assouvie car la femme qui avorte ne refuse pas d'être enceinte, mais d'avoir un enfant. C'est là toute la différence entre « je suis enceinte » et « j'attends un enfant » (TAMIAN-KUNEGEL, 2002).

# OBSERVATIONS CLINIQUES

## I. INTRODUCTION

Choisir le sujet de notre travail a été relativement aisé ; en préciser les modalités de réalisation s'est avéré plus difficile. Pour cela et de manière classique, nous avons envisagé la réalisation d'une étude de type rétrospectif auprès d'adolescentes ayant eu un diagnostic de grossesse. Nous avons alors pensé proposer à chacune de nous rencontrer dans le cadre d'un entretien semi-directif élaboré à partir des données récentes de la littérature.

Notre première démarche a été de prendre contact avec le planning familial du centre hospitalier universitaire de Limoges afin de rencontrer des adolescentes au décours d'une interruption de grossesse. Cependant, l'organisation du service n'a pas rendu possible la réalisation d'une investigation clinique telle que nous l'avions pensée.

Dans une deuxième démarche, nous avons envisagé une collaboration avec le centre de placement familial spécialisé de l'ALSEA (Association limousine de sauvegarde de l'enfant à l'adulte). La consultation des dossiers du service, avec l'accord des juges pour enfants, nous a confirmé qu'un certain nombre de situations concernait des jeunes filles ayant été précocement mères. Nous avons donc envisagé de contacter ces jeunes femmes pour leur proposer de nous rencontrer. Malheureusement, elles ont majoritairement répondu de manière négative à nos sollicitations.

Dans le même temps, nos collègues du réseau de pédopsychiatrie, informés de notre intérêt pour la question des grossesses à l'adolescence, nous ont adressé en consultation un certain nombre de jeunes filles en situation de grossesse ou d'interruption de grossesse. Contrairement aux situations précédentes, ces jeunes filles étaient demandeuses d'un suivi psychologique et donc coopérantes pendant les entretiens.

Au final, après deux années d'élaboration et de nombreux écueils, ce travail prend une forme peu conventionnelle, éloignée de celle que nous avons initialement pensée.

## **II. METHODOLOGIE**

### **1. Présentation du travail**

Ce travail, de type monographique, permet la présentation de six observations cliniques élaborées à partir du récit d'adolescentes enceintes ou ayant récemment eu recours à une interruption de grossesse. En tant que psychiatre sensibilisé à la dimension psychodynamique du fonctionnement psychique, nous proposerons, dans un second temps, une analyse de ces cas cliniques.

Ces adolescentes répondent aux critères d'âge définissant l'adolescence par l'OMS (organisation mondiale de la santé).

Elles sont rencontrées au cours de consultations à leur initiative, dans le cadre d'une demande de prise en charge psychologique du fait de difficultés liées à la survenue de la grossesse ou de l'avortement.

Une grille de lecture, élaborée à partir des données récentes de la littérature, permet la retranscription standardisée des observations cliniques ainsi que l'analyse

successive de différents facteurs psychosociaux associés à la survenue d'une grossesse à l'adolescence (DADOORIAN, 2000, 2005).

Ainsi, sept thèmes sont successivement abordés :

- les données personnelles,
- la vie familiale et notamment la relation avec les parents,
- la vie sociale,
- la vie sexuelle,
- la connaissance sur la sexualité,
- la grossesse actuelle,
- les perspectives d'avenir.

## **2. Objectifs**

L'objectif initial de ce travail est d'abord de montrer toute la variabilité interindividuelle des situations concernées.

Par ailleurs, il doit permettre la mise en évidence de la dimension psychologique associée à la survenue d'une grossesse à l'adolescence sous la forme d'un désir d'enfant, voire de grossesse et son articulation possible avec le processus adolescent.

Enfin, par les quelques éléments explicatifs apportés, ce travail doit permettre une meilleure compréhension et un meilleur accompagnement des grossesses et des IVG des adolescentes.

### III. PRESENTATION DE SIX OBSERVATIONS CLINIQUES

Il va de soit que pour préserver l'anonymat des patientes, les prénoms ont été modifiés et les éléments particulièrement distinctifs n'ont pas été retranscrits.

#### 1. Lucie

« La dynamique créatrice qui pousse la femme vers le maternel est empêchée par une reviviscence d'un lien premier à la mère qui semble interdire tout accès à la maternité. »

(TAMIAN-KUNEGEL, 2002).

Lucie a dix-sept ans. Elle est la dernière d'une fratrie recomposée de six enfants. Elle a une sœur, une demi-sœur, et trois demi-frères. Il existe une différence d'âge entre son frère aîné et elle de près de vingt ans.

Lucie est scolarisée en seconde générale, section sciences médico-sociales. Elle a toujours été en difficulté pour les apprentissages scolaires et elle atteint péniblement le lycée. La scolarité est perçue comme peu valorisante et elle s'y investit peu.

A l'âge de douze ans, compte tenu d'un fonctionnement maternel perturbé, Lucie demande son placement en famille d'accueil. Ainsi, elle vit au domicile de madame L., assistante familiale. Elle dit être plutôt satisfaite de cette situation : « Monsieur et madame L. sont gentils ; c'est rassurant de vivre chez eux, car avec maman, c'était trop compliqué. »

Le père de Lucie est décédé d'une tumeur cérébrale quand elle avait six ans : « Maman m'a dit que papa était parti rejoindre le Père Noël. A chaque Noël, j'attendais qu'il revienne. Quand j'ai appris que le Père Noël n'existait pas, ça a été un choc, car j'ai compris que papa ne reviendrait jamais. » Lucie décrit son père comme quelqu'un de gentil et d'attentionné : « Il s'occupait beaucoup de moi. » On

lui a toujours dit qu'ils se ressemblaient beaucoup : « D'ailleurs, nous avons le même jour de naissance. »

Quand elle parle de sa mère, Lucie dit : « Elle m'a gâché mon enfance et mon adolescence. » Suite au décès de son père, la situation au domicile familial s'est dégradée : « Maman ne pouvait pas rester seule et beaucoup d'hommes se succédaient à la maison. » Elle évoque également les négligences et les maltraitements maternels : « J'ai dû me débrouiller toute seule. » Depuis son placement en famille d'accueil, Lucie n'a que des contacts occasionnels avec sa mère : « Je ne lui ai pas pardonné, mais je la respecte pour m'avoir donné la vie, c'est un cadeau qu'elle m'a fait. »

Lucie a peu de contacts avec ses frères et sœurs. Sa demande de placement a entraîné la rupture avec sa mère, mais également avec le reste de la fratrie du fait de l'influence maternelle.

Depuis plusieurs mois, Lucie entretient une relation amoureuse avec le fils de monsieur et madame L. qui a vingt-deux ans. Elle utilise une contraception œstroprogestative depuis le début de leur relation. Mais elle oublie parfois un comprimé.

Lucie est enceinte de cinq semaines d'aménorrhée. Elle dit avoir pensé tout de suite à la possibilité d'une grossesse devant l'apparition de nausées matinales.

Elle dit n'avoir pas désiré cette grossesse, mais elle se sent très heureuse d'être enceinte. Elle formule immédiatement le souhait de garder cet enfant : « Je ne veux pas l'imposer à mon ami et s'il ne souhaite pas le reconnaître, j'élèverai seule mon enfant. » Elle parle de cet enfant comme d'un moyen de donner du sens à sa vie. Elle se projette également dans son rôle de future mère et dit vouloir arrêter sa scolarité pour entrer dans la vie active et gagner de l'argent pour pouvoir élever son enfant : « Il ne manquera de rien, je l'aimerai comme personne ne m'a jamais aimée ». Lucie voit, dans l'arrivée de cet enfant, le point de départ de la construction d'une nouvelle famille : « J'imagine une grande maison où mon ami et moi pourrions recevoir nos enfants et nos petits-enfants. »



Lucie dit subir des pressions de la part de son éducateur. Elle rapporte que selon lui, la poursuite de cette grossesse compromettrait la signature d'un contrat jeune majeur à sa majorité. Il lui a signifié qu'en cas d'interruption volontaire de grossesse, un contrat jeune majeur avec prise en charge financière pour une installation dans un logement indépendant pourrait être envisagé. Dans le cas contraire, la prise en charge par l'aide sociale à l'enfance s'arrêterait à sa majorité.

Par ailleurs, madame L. l'encourage vivement à interrompre sa grossesse : « Tu ne peux pas t'occuper d'un bébé, tu es trop jeune et trop fragile et puis à cause de toi, notre fils compromet son avenir. » Lucie se dit blessée par ses accusations : « Je la hais, je vais perdre mon bébé à cause d'elle. »

Ainsi, Lucie choisit de mettre un terme à cette grossesse. Monsieur et madame L. organisent les rendez-vous au planning familial pour l'interruption de grossesse. A son retour, Lucie jette tous les clichés d'échographie : « La maternité c'est fini pour moi, jamais je ne pourrai avoir d'autres enfants. » Elle dort mal et fait toujours le même cauchemar : « Je suis en train d'accoucher et quelqu'un vient me prendre mon bébé. »

Quelques mois plus tard, Lucie signe un contrat jeune majeur et quitte le domicile de monsieur et madame L. pour un petit studio.

Elle sollicite alors sa mère pour l'aider financièrement dans son installation. Cette dernière refuse et lui signifie qu'elle n'a plus rien à lui dire du fait de sa majorité.

Elle se montre mature et autonome pour l'ensemble des démarches sociales et professionnelles (mission locale, ANPE, Assedic) : « Je ne peux compter sur personne, je dois me débrouiller seule. » Elle arrête sa scolarité et projette une orientation vers un apprentissage en esthétique, même si elle garde toujours dans l'idée de suivre une formation pour devenir éducatrice spécialisée. En attendant, elle travaille comme serveuse dans un restaurant et comme animatrice dans un centre aéré le mercredi.

Lucie semble vouloir donner l'image d'une jeune femme mature qui a su prendre sa vie affective et sexuelle en main malgré une enfance marquée par le décès de son père et le dysfonctionnement maternel. Néanmoins, il est important de souligner que le placement en famille d'accueil, inscrit dans la continuité, semble lui avoir permis de profiter de relations stables et sécurisantes. Ainsi, madame L. constitue une figure maternelle satisfaisante, support des identifications de Lucie.

La sexualité ne pose pas vraiment question dans son discours. Elle n'est ni particulièrement chaotique, ni vraiment précoce. Mais, l'existence d'oublis réguliers de contraceptif laisse entrevoir une ambivalence face à la possibilité de survenue d'une grossesse.

La grossesse de Lucie n'est pas prévue mais fortement désirée. Avec l'enfant à venir, elle s'offre la possibilité de réparer les traumatismes infligés dans l'enfance du fait de sa propre mère. Le bébé est très tôt investi et est l'objet de projection des besoins affectifs et des peines du passé.

La dimension incestueuse apparaît au premier plan dans la réalisation de cette grossesse où l'on perçoit bien la confusion des rôles pour Lucie au sein de la famille d'accueil. Par ailleurs, elle semble fixée à une relation de petite fille idéalisant un père parti trop tôt et entretient avec sa mère une relation ambivalente teintée de haine et de dépendance. Celle-ci constitue une rivale en regard du conflit œdipien encore très présent et il semblerait que cette rivalité se porte, par déplacement, sur madame L. qui constitue celle qui la prive de l'enfant qu'elle porte.

Le recours à l'IVG constitue une négociation avec l'impossible de cette grossesse placée sous le signe de l'inceste. La possibilité d'accession au compromis témoigne d'un fonctionnement psychique satisfaisant.

De plus, la survenue de la grossesse et l'IVG qui s'en suit permet la distanciation et l'autonomisation de Lucie par rapport à sa famille d'accueil. Toutefois, il est possible de percevoir dans son engagement dans les démarches sociales et professionnelles une lutte possible contre l'apparition d'éléments dépressifs.

## 2. Karell

« Il faut tenter de donner du sens à la trajectoire d'une adolescente  
qui inverse les étapes de sa propre maturité »

(MOLENAT, 1992)

Karell a quatorze ans. Elle est la cadette d'une fratrie de trois enfants. Sa sœur a quinze ans. Son demi-frère a vingt-neuf ans ; il est issu d'une précédente union de sa mère alors qu'elle avait dix-neuf ans. Il a été reconnu dans un deuxième temps par le père de Karell. Il vit à Bordeaux et n'a que très peu de contacts avec sa famille.

Son père a quarante-neuf ans ; il était contrôleur à la SNCF, mais est en invalidité depuis plusieurs années. Sa mère a quarante-huit ans et est mère au foyer.

L'enfance et l'adolescence de Karell sont marquées par l'alcoolisme de ses deux parents : « Je ne comprends pas pourquoi ils boivent ; je ne sais pas comment réagir ou comment faire. » A plusieurs reprises, elle demande son placement au juge pour enfants « pour avoir un endroit à moi, me poser et avoir une vie normale ». Mais à chaque fois, elle se rétracte : « C'est trop dur de vivre loin de mes parents. »

Karell bénéficie d'une prise en charge multidisciplinaire, validée par la juge pour enfant, associant un abord social avec mise en place d'une AEMO (Aide éducative en milieu ouvert), un abord scolaire avec les cours SAPAD (Service d'assistance pédagogique à domicile) et un abord thérapeutique au centre hospitalier ESQUIROL. L'ensemble de ces mesures permet la reprise de la scolarité en cinquième générale après une période d'absentéisme de près d'un an. Karell fait preuve de bonne volonté par rapport aux apprentissages scolaires et paraît soucieuse de ses résultats. La scolarité est perçue comme valorisante malgré les difficultés liées au retard accumulé pendant sa période de déscolarisation.

Karell décrit son père comme un homme chaleureux et attentionné. Mais leur relation est émaillée de nombreux épisodes de violence : « La présence de ma mère ou de ma sœur entraîne plus d'agressivité et de tension entre nous ; quand on est tous les deux, ça se passe bien. » Par ailleurs, elle dit être très inquiète pour sa santé.

En effet, ce dernier présente des complications sévères de ses conduites d'alcoolisation et s'oppose à toute proposition de soins : « Je suis libre de mon corps et de ma santé. » A deux reprises, il fait une rupture de varices œsophagiennes et Karell doit alerter les secours.

Karell parle peu de sa mère. Celle-ci est très dégradée physiquement et psychologiquement (incontinence urinaire et fécale, syndrome de korsakoff). Elle est d'ailleurs régulièrement hospitalisée. A son sujet, elle dit qu'elle voudrait qu'elle reste hospitalisée le plus longtemps possible : « Ce n'est pas une mère. Je ne supporte plus son visage déformé par l'alcool. »

Depuis trois ans, Karell a un petit ami, Guillaume, qui a vingt ans. Elle avait déjà eu des rapports sexuels avant cette relation. Elle prend une contraception œstroprogestative depuis le début de leur relation, mais oublie souvent un comprimé. Elle a d'ailleurs pensé être enceinte à plusieurs reprises.

Karell est enceinte de dix semaines d'aménorrhée : « Cette grossesse n'était pas prévue, mais désirée. » Elle avoue avoir volontairement arrêté la pilule : « Je traversais une grosse période de crise à la maison, je ne sais pas trop pourquoi, mais un jour j'ai décidé de ne plus prendre la pilule. » Elle est déterminée à garder son enfant. Pour cela, elle sollicite à nouveau la justice pour quitter le domicile parental. Elle se projette : « J'irai à la résidence mère-enfant et je continuerai à aller en cours tant que je pourrai, puis après, je prendrai des cours par correspondance. Après la naissance du bébé, je retournerai au collège et c'est la mère de mon ami qui gardera le bébé. »

Mais, devant le chantage de son père, Karell choisit de rester au domicile de ses parents : « Mon père me dit que si je pars avec le gosse, ce n'est pas la peine que je revienne ; un enfant ne doit pas être séparé de sa famille. »

Alors, toute la famille se mobilise autour de cette grossesse : « Ma famille se prépare à l'arrivée du bébé. » Le père de Karell est très présent à ses côtés ; il l'accompagne aux consultations gynécologiques de suivi de sa grossesse et projette

même d'être présent le jour de l'accouchement : « Après tout, j'ai été là pour ma femme. »

Devant la complexité de cette situation, la juge pour enfants décide le placement de Karell dans un lieu de vie jusqu'à la fin de la grossesse. Elle vit douloureusement cette décision : « C'est de votre faute si je vais mal ; alors que ma grossesse se passe bien, vous jugez mes parents, vous ne savez rien et vous jugez. »

Après quelques semaines passées dans le lieu de vie, Karell se dit apaisée et moins envahie par les difficultés familiales : « Je peux enfin penser à moi et au bébé ; c'est une petite fille qui s'appellera Chloé. » Mais devant la précarité de l'état de santé de son père, elle ne peut s'empêcher de lui dire : « Si tu veux profiter de ta petite-fille, il faut que tu te soignes. » Malheureusement, peu de temps après le début de son placement, son père et sa mère décèdent à quelques semaines d'intervalle.

L'enfance de Karell est marquée par une dysparentalité précoce du fait de l'éthylisme chronique de ses deux parents. Dans ses demandes de placement, on peut percevoir la tentative de distanciation par rapport à un milieu familial pathologique. Mais la dépendance psychique, associée à l'angoisse de la perte des parents, fondée sur un risque réel au niveau somatique, ne permettent pas la prise de distance.

Karell connaît une sexualité très précoce mais non chaotique qui peut être entendue comme une recherche éperdue de tendresse, dans le cadre d'une quête affective.

La grossesse est recherchée et désirée avec l'arrêt délibéré de la contraception. Mais il semble important de souligner l'absence de place pour l'enfant à venir dans le discours de Karell. A un moment où elle semble envahie par les difficultés familiales, la grossesse apparaît comme une tentative de résolution des conflits psychiques. Ainsi, devant la perception de plus en plus réelle de la menace de mort de ses parents, elle fait le choix de cette grossesse dans une tentative de restauration de ses parents.

Par la grossesse, Karell s'offre également la possibilité de réparer sa propre enfance et on peut percevoir toute la confusion existante entre elle et son bébé dans la phrase : « Un enfant ne doit pas être séparé de ses parents ».

Par ailleurs, la grossesse de Karell survient dans le cadre d'une problématique oedipienne non achevée. La relation au père est marquée par l'idéalisation et la mère est perçue comme une rivale à évincer. La dimension incestueuse avec confusion des rôles et des générations est fortement présente aussi bien pour Karell que pour son père.

L'intervention de la juge pour enfants permet l'instauration d'une distance physique puis psychique entre Karell et ses parents. Elle peut alors opérer des réaménagements avec investissement secondaire du bébé et reconnaissance de la place du père de son enfant.

### **3. Sophie**

« L'avortement signe l'impossible d'une maternité  
alors même que la fonction de la grossesse a été assouvie. »

(TAMIAN-KUNEGEL, 2002)

Sophie vient juste de fêter ses dix-huit ans la première fois que je la rencontre. C'est une jolie jeune femme qui présente bien : elle est posée, polie et adaptée. Elle a une bonne capacité de verbalisation et d'élaboration.

La consultation est à l'initiative de sa mère, me dit-elle : « Je viens vous voir parce que j'ai eu une IVG à cinq mois et demi de grossesse, mais je n'étais pas tout à fait d'accord. »

Sophie vit chez ses parents. Son père est commercial. Sa mère est sage-femme dans une maternité.

Sa mère est d'origine anglaise. Ses parents se sont rencontrés lors d'un voyage touristique en Arabie Saoudite : « Ils sont tout de suite tombés amoureux et d'ailleurs, dès leur retour, maman a tout quitté pour venir s'installer en France avec papa. »

Sophie est l'aînée d'une fratrie de deux enfants. Son frère a aujourd'hui quinze ans. Elle dit s'entendre bien mieux avec lui maintenant qu'il est entré au lycée. Avant, il existait une grande rivalité fraternelle entre eux : « Il prenait toujours la défense de ma mère et moi je me retrouvais seule contre eux deux. » Elle décrit une relation fusionnelle entre sa mère et son frère et a le sentiment d'être tenue un peu à l'écart.

La mère de Sophie a vingt-neuf ans à sa naissance : « Je sais que papa et maman m'ont beaucoup désirée, car deux ans avant ma naissance, ils ont perdu un fils âgé de deux semaines. » Elle dit ne pas connaître réellement les causes de ce décès ; d'ailleurs, sa mère en parle peu : « Maman m'a seulement dit qu'elle était contente d'avoir eu une fille après la mort de ce premier bébé. »

Sophie parle beaucoup de sa mère : « Nous sommes très proches, mais notre relation est compliquée. Maman est gentille, je n'ai manqué ni d'amour, ni de câlins. Mais, elle est très impulsive. Ce qui est difficile, c'est qu'elle peut être tendre et puis la seconde d'après, être d'une grande agressivité. Notre relation alterne entre la fusion et la violence. » Elle se sent également responsable de sa mère : « Si je ne m'occupe pas de maman, personne ne le fera. Elle est très seule car toute sa famille est en Angleterre ; elle n'a pas d'amis et papa est toujours en déplacement. »

Avec le recul, elle pense son enfance comme pénible du fait des difficultés psychologiques maternelles : « La grande instabilité de maman a rendu les choses difficiles. » L'adolescence n'a rien amélioré : « Maman supporte mal que je puisse sortir avec des amies. Elle voudrait que je reste tout le temps à la maison avec elle. »

Le père de Sophie est peu présent dans son discours. C'est un homme effacé, qui parle peu. Il est souvent absent du domicile du fait de ses déplacements professionnels. Mais elle dit pouvoir compter sur lui en cas de problème.

Depuis deux ans, la famille est en crise. Sa mère a découvert l'infidélité de son mari et a immédiatement informé sa fille : « Ma mère ne sait rien gérer toute seule ; elle me fait tout partager, même si parfois, je préférerais ne rien savoir. Le fait que papa trompe maman, ça ne me regarde pas, mais avec maman qui me raconte tout, ce n'est pas facile. »

Sophie est en première année d'un CAP petite enfance. Elle a suivi une scolarité sans difficulté avec d'excellents résultats jusqu'en seconde. La crise familiale, à cette période, a eu des répercussions importantes sur sa scolarité. Elle redouble sa seconde, mais cela ne permet pas d'améliorer ses résultats. Le lycée demande une réorientation. Un peu perdue, elle s'engage vers un CAP, faute d'autres possibilités. Elle s'ennuie à l'école : « Le niveau est assez bas et je n'ai aucune difficulté pour suivre les cours. » Elle prévoit de préparer un BEP, puis de passer un BAC (baccalauréat) professionnel. Elle souhaite devenir éducatrice.

Sophie a commencé la pilule à l'âge de quinze ans : « Je n'avais pas de relation sexuelle à cette période, mais mes règles étaient douloureuses et irrégulières. C'est maman qui m'a emmenée voir un gynécologue. »

A seize ans, elle a son premier rapport sexuel avec un copain de son âge.

Maintenant, elle a un ami depuis un an et demi. C'est lui le père de l'enfant.

« La grossesse n'était pas désirée » me dit-elle. Elle avait encore oublié de prendre sa pilule plusieurs fois au cours de ce cycle. Elle a rapidement su qu'elle était enceinte : « J'ai vite vu que mes seins gonflaient, que je n'étais plus pareille. » Avec une amie, elle s'est rendue au planning familial : « On m'a fait des examens, puis on m'a dit que j'étais enceinte de seize semaines et que le délai légal pour avorter était dépassé. »



« C'est bizarre, j'étais contente d'être enceinte, mais je savais que je ne voulais pas garder ce bébé. » Sophie met en avant des raisons matérielles, rationnelles pour expliquer son souhait de ne pas poursuivre sa grossesse : « Je ne peux pas avoir un enfant maintenant ; il faut que je poursuive mes études, que j'aie des diplômes. Je ne veux pas me retrouver à quarante ans avec un enfant et avec un travail qui ne me plaît pas. »

Mais Sophie n'a pas osé le dire à ses parents et elle a attendu. Les semaines passent et son corps se transforme. Elle a quelques nausées, mange davantage, sa poitrine grossit, son ventre s'arrondit. Elle vit difficilement les modifications corporelles induites par la grossesse. Son père s'interroge, mais sa mère dit que c'est l'adolescence et qu'elle doit être mal dans sa peau. « C'était difficile parce que ma mère ne voyait rien. Après tout, elle est sage-femme, elle aurait dû comprendre. Elle n'a rien vu ou peut-être n'a rien voulu voir. »

A cinq mois de grossesse, sur le chemin de l'école, elle téléphone à son père, lui dit qu'elle est enceinte et qu'il est trop tard pour avorter. Son père lui dit calmement : « Ne t'inquiète pas, je vais trouver une solution. » C'est lui qui informe sa mère. Sophie a le sentiment que sa mère est contre cet avortement : « Elle est sage-femme et son travail consiste à faire naître des enfants ; elle m'a dit que si je voulais le garder, elle serait là et qu'elle m'aiderait. »

Ses parents organisent l'avortement en Angleterre où les délais pour réaliser une interruption de grossesse sont beaucoup plus longs. Sa mère l'accompagne. Sophie est inquiète de partir seule avec sa mère : « Elle est fragile et si elle craque, il va falloir que je la console. » L'avortement se passe bien, sans complications : « On m'a proposé de voir le bébé, mais je n'ai pas voulu, c'était trop dur. Maman ne m'a pas quittée, nous avons passé trois jours à discuter, sa présence était rassurante, réconfortante ; c'était bon de se retrouver toutes les deux. Sans elle, jamais je n'aurais pu traverser cette épreuve. »

Depuis leur retour, sa mère fait beaucoup d'efforts et implique moins Sophie dans ses difficultés conjugales. Sophie dit être plus proche de sa mère maintenant : « J'ai retrouvé ma maman ».

Néanmoins, elle pleure souvent. Elle se sent triste comme après la mort d'un être cher. Elle décrit un sentiment de vide : « Il n'est plus là, je ne le sens plus. J'aimerais tellement voir mon bébé. » Elle exprime beaucoup de culpabilité par rapport à l'avortement : « J'ai tué mon bébé. » Mais elle n'a aucun regret : « Je n'aurais pas pu l'élever alors que je vis encore chez mes parents. »

Sophie est issue d'un milieu social favorisé. Elle évoque son enfance avec une certaine tendresse entre un père et une mère attentionnés. Toutefois, la naissance de son frère cadet semble avoir quelque peu bouleversé la dynamique familiale et notamment sa relation à la mère. Par la suite, Sophie met en échec sa scolarité jusque là brillante. Son projet professionnel, avec orientation vers des métiers de la petite enfance, laisse penser à un besoin de réparation.

Sophie a une connaissance adaptée de la sexualité, de la contraception et notamment du risque de grossesse qu'elle a acquise à l'école mais également avec sa mère. Par son ambivalence face à la contraception, Sophie manifeste un désir de grossesse.

Toutefois, dans son discours, il est question d'être enceinte et non d'attendre un enfant. C'est la grossesse qui remplit une fonction. D'ailleurs, les modifications corporelles liées à la grossesse sont douloureusement perçues et ne semblent pas compensées par le recours au bébé imaginaire.

La survenue de difficultés conjugales a entraîné une confusion des rôles et des générations, Sophie maternant sa propre mère. La survenue de la grossesse constitue un appel à la mère des débuts de la vie. Sophie opère un retour nostalgique à cette relation symbiotique avec la mère, à cette époque de toute-puissance du vécu somatique où la mère sait, sans qu'il soit besoin de le dire, ce que

ressent son enfant, ce qu'il faut pour combler ses besoins. Ainsi, cette grossesse est vécue avec passivité dans l'attente de l'intervention parentale témoignant alors d'une dépendance infantile encore très vive. Mais l'absence de mobilisation de la mère fait que le temps passe.

La grossesse évoluant, Sophie se retrouve confrontée à l'épreuve de la réalité et surtout de la réalité de ce bébé dont elle perçoit les mouvements. La réalisation de l'IVG met un terme à la négation du bébé et est à l'origine d'éléments dépressifs associés à un sentiment de culpabilité qu'elle exprime dans « J'ai tué mon enfant ».

Par le recours à l'avortement, Sophie manifeste son désir de rester, encore pour un temps, la fille de sa mère. Elle se replie dans une position infantile de dépendance à la mère. Dire non à l'enfant qui s'annonce, c'est aussi dire oui à l'enfant qu'elle veut rester.

#### **4. Roselyne**

« L'être ou le néant, voilà le problème. »

(QUENEAU, 1959)

Roselyne a treize ans. Elle est la cadette d'une fratrie de trois enfants. C'est la « petite dernière » de la famille ; son frère a trente-trois ans et sa sœur vingt-sept ans. Tous les deux sont partis du domicile familial, il y a plusieurs années. Son frère est marié et a une petite fille ; sa sœur vit en concubinage.

Roselyne est une adolescente presque banale. Elle a une présentation un peu négligée. Elle est peu féminine et s'habille toujours avec un pantalon et un tee-shirt larges. Elle est très réservée, parle peu et difficilement. Même si elle semble parfois opposante, c'est toujours elle qui demande la date du prochain rendez-vous.

Roselyne est actuellement scolarisée en CAP petite animalerie. Ses résultats sont assez médiocres et la scolarité est peu investie. Elle est passionnée par les chevaux et aimerait beaucoup travailler plus tard dans le milieu équestre. Elle vit en internat la semaine et rentre le week-end chez ses parents. Elle dit être contente de cette situation, car cela lui permet d'avoir un peu plus de liberté avec ses amis.

Roselyne décrit une enfance plutôt heureuse : « Comme j'étais la dernière, j'étais la chouchoute de la famille. » Paradoxalement, elle décrit sa mère comme une femme peu maternante, montrant peu ses sentiments : « Je n'ai jamais de câlins et elle ne me dit jamais qu'elle m'aime. » Roselyne dit partager peu de choses avec elle : « On n'a pas trop de points communs ; je n'arrive pas à lui dire mes petits secrets. » Sa sœur semble une confidente importante, d'ailleurs elles se téléphonent très souvent : « On parle de trucs de filles. »

Son père est perçu comme plus chaleureux. Mais il semble très effacé face à cette mère autoritaire qui dirige l'ensemble de la famille : « Ce n'est pas étonnant que mon frère et ma sœur soient partis vivre loin de la maison. »

Roselyne a un petit ami depuis plusieurs mois, c'est un copain de classe. C'est avec lui qu'elle a eu sa première relation sexuelle, elle avait alors douze ans. Comme elle dit : « Maintenant, c'est fait ; y a pas grand-chose à en dire. »

Depuis, elle a des rapports sexuels réguliers, mais n'utilise aucun moyen contraceptif. Elle dit être consciente du risque de grossesse : « Je sais qu'on peut être enceinte quand on ne met pas de préservatif, je l'ai appris à l'école. »

Après quelques mois, Roselyne est enceinte de son petit ami. Celui-ci n'est pas informé de la grossesse. Elle n'est pas surprise : « Je me doutais bien qu'un jour ça allait arriver ; d'ailleurs, tous les mois, je fais un test de grossesse pour vérifier. » Elle dit ne pas avoir désiré ce bébé : « Les enfants j'en veux, mais pas maintenant ; je suis bien trop jeune. » Elle exprime son souhait de ne pas poursuivre sa grossesse et informe immédiatement ses parents. Sa mère, comme à son habitude, ne manifeste aucune réaction : « Maman n'a rien dit ; elle n'était même pas en colère ; papa avait l'air plus triste, mais il n'a rien dit non plus. »

Roselyne se rend au planning familial accompagnée de sa mère. Une interruption volontaire de grossesse est réalisée sans complication et une contraception œstroprogestative lui est prescrite.

Peu de temps après l'IVG, Roselyne est triste et angoissée. Elle se dit très envahie par des inquiétudes concernant ses parents et le fait qu'il puisse leur arriver quelque chose. L'internat devient pénible et elle appelle sa mère tous les jours en pleurs pour que celle-ci vienne la chercher. Elle ne veut plus aller voir ses amis et préfère rester chez elle avec ses parents. Elle n'a pas de petit ami malgré les encouragements de sa mère : « Maintenant, elle peut avoir autant de petits copains qu'elle veut, car elle prend la pilule. » Elle envisage exclusivement son avenir aux côtés de ses parents : « J'aurai un mari et des enfants et j'achèterai la maison d'à côté pour vivre tout près de mes parents. »

Roselyne est une jeune fille un peu frustrée, issue d'un milieu ouvrier plutôt modeste sur le plan socio-économique. Toutefois, il n'est pas question de parler ici de précarité sociale mais plus de pauvreté au niveau psychique. Ainsi, il est particulièrement frappant de constater l'absence de toute dimension psychique pour cette famille, le discours de Roselyne et de ses parents ne laissant aucune place pour l'élaboration et la verbalisation.

L'identité sexuée paraît encore bien incertaine pour cette adolescente. En effet, Roselyne a une présentation presque asexuée avec son tee-shirt et son pantalon larges. Par ailleurs, il semble important de souligner que Roselyne peut difficilement s'étayer sur la présence de sa mère dans la quête de l'identité féminine. Le discours maternel est même potentiellement désorganisant, quand celle-ci explique à sa fille : « Tu peux avoir autant de copains que tu veux ».

Roselyne connaît une sexualité très précoce, mais vécue de manière quasi mécanique, sans affect ni représentations associées. Son partenaire sexuel, presque interchangeable, ne semble pas perçu dans son altérité.

Malgré une connaissance adaptée de la sexualité et de la contraception, Roselyne a des rapports sexuels non protégés. Ainsi, la grossesse est désirée et activement recherchée. Toutefois, l'existence d'un bébé n'est absolument pas perceptible dans le discours de Roselyne.

Il est particulièrement difficile de percevoir un sens dans la survenue de cette grossesse tant est majeure la carence en représentations de Roselyne.

Toutefois, dans un registre archaïque, Roselyne opère par la grossesse un retour à la relation fusionnelle mère-enfant des débuts de la vie. D'ailleurs, au décours de l'IVG, Roselyne manifeste des éléments dépressifs associés à un comportement régressif avec instauration d'une grande dépendance à la mère.

## **5. Marianne**

« Dans le cadavre qui choit éclôt l'enfant à naître. »

(BYDLOWSKI, 1978)

Marianne a dix-neuf ans. Elle est la cadette d'une fratrie de deux enfants. Son frère a vingt-trois ans. Il vit à Marseille où il travaille comme chauffeur-livreur.

Marianne a arrêté sa scolarité en seconde générale. Elle n'a jamais eu d'intérêt pour les apprentissages scolaires et devant ses résultats médiocres, elle est réorientée vers un CAP petite enfance qu'elle n'obtient pas. Elle s'inscrit alors à la mission locale où elle décroche un CAE (contrat d'aide à l'embauche) dans une cantine scolaire. Elle semble satisfaite de son travail, tant par le contact avec les enfants que par la bonne ambiance avec ses collègues.

Les parents de Marianne sont morts à quelques mois d'intervalle cette année : son père est décédé d'un cancer pulmonaire et sa mère d'un cancer du rein. Depuis, elle vit seule dans un appartement et est autonome financièrement.

Marianne a peu connu son père. A la suite du divorce de ses parents, elle est élevée par sa mère et n'a que des contacts occasionnels avec son père, car celui-ci s'alcoolise massivement : « Quand on allait voir papa, c'était au bar et il était toujours saoul. » A l'âge de seize ans, à la suite d'une dispute avec sa mère, elle part vivre chez son père : « Je voulais sortir avec des amis et maman n'était pas d'accord. Elle m'a dit que si je n'étais pas contente, je n'avais qu'à aller vivre chez mon père, alors je suis partie. » Elle dit avoir été heureuse durant toute cette période : « J'ai appris à connaître mon père, c'était un homme gentil. » Ce dernier fait beaucoup d'efforts pour diminuer ses conduites d'alcoolisation : « Ma présence à la maison l'a beaucoup aidé pour arrêter de boire. »

Marianne exprime beaucoup de regrets suite au décès de son père. Domiciliée dans le sud, la famille de son père a demandé son rapatriement dans les derniers moments et elle n'a pas pu être présente avec lui. Elle en éprouve beaucoup de culpabilité et ce d'autant plus que sa famille le lui a reproché par la suite.

Marianne décrit sa mère comme une femme chaleureuse, aimante. Elle dit avoir été très heureuse pendant toute son enfance aux côtés de sa mère et de son frère : « Je n'ai jamais manqué de quoi que ce soit. »

Au moment de l'adolescence sont apparus les premiers conflits avec sa mère. Malgré les disputes, elles sont toujours restées très proches.

Après le décès de son père, elle est revenue vivre avec sa mère. Celle-ci était déjà malade. Marianne a souhaité accompagner sa mère dans ses derniers moments : « J'ai passé le dernier mois à l'hôpital avec elle, je n'arrivais pas à la laisser. » Elle se dit épuisée psychologiquement par cette période : « C'était très difficile de la voir souffrir. »

Peu de temps après le décès de son père, Marianne a rencontré son ami, Vincent. Celui-ci a dix ans de plus qu'elle. Il travaille comme commercial chez un concessionnaire automobile. Ils ne vivent pas encore ensemble, mais cette idée a récemment été évoquée et ce d'autant plus qu'ils aimeraient bien avoir un enfant ensemble.

Marianne décrit cette relation comme soutenante : « Il m'a beaucoup aidé quand maman est morte. » Mais elle semble peu attachée affectivement à cet homme. Sa belle-famille est également très présente à ses côtés : « Ce sont des gens gentils, mais ça ne sera jamais ma famille. »

Suite au décès de ses parents, Marianne fait trois tentatives d'autolyse médicamenteuse. Elle se dit très triste avec souvent des idées noires et des envies de mourir. Elle envisage difficilement l'avenir et se sent perdue, seule, sans famille : « Je ne vois pas beaucoup de solutions : mourir ou avoir un enfant et faire une nouvelle famille. »

Au décours de sa troisième tentative d'autolyse, Marianne et son ami décident d'avoir un enfant. Elle arrête sa contraception œstroprogestative et son traitement antidépresseur. Elle est rapidement enceinte : « Ce bébé, je l'ai désiré. J'en ai besoin pour continuer à vivre. » Depuis, elle n'est plus hospitalisée pour tentative de suicide.

Il est intéressant de noter le décalage existant entre le récit idéalisé de l'histoire familiale de Marianne et la réalité de son enfance : divorce parental, éthylisme paternel, scolarité médiocre offrant peu de perspectives d'avenir. Toutefois, il semble que malgré les difficultés, Marianne ait pu opérer des réaménagements relationnels au sein de sa famille sans rupture permettant son inscription dans la chaîne générationnelle.

Marianne vit avec un homme plus âgé rencontré précipitamment après le décès de son père. Toutefois, cette relation semble s'inscrire dans le registre du couple génitalisé avec reconnaissance de l'autre dans son altérité.

La grossesse survient dans un contexte de deuil évident et l'expression d'un désir d'enfant apparaît dans le discours de Marianne peu de temps après le décès de ces deux parents. Elle fait d'ailleurs elle-même le lien quand elle dit : « mourir ou faire une nouvelle famille ».



Par ailleurs, il semble important de souligner les difficultés du travail de deuil. En effet, du fait de l'absence de reconnaissance par la famille paternelle, Marianne n'a pu participer aux rites habituels après le décès de son père.

Ainsi, de manière délibérée, Marianne arrête sa contraception, exprimant consciemment un désir d'enfant. C'est avec une toute-puissance infantile qu'elle réalise cette grossesse. Il s'agit d'une mise en acte, d'une « mise en corps » de désirs inconscients. Le bébé est conçu comme substitut de l'objet perdu et réalise un court-circuit du travail de deuil de ses deux parents.

La situation de Marianne semble particulièrement à risque. L'enfant à venir est massivement investi et porteur de toutes ses espérances. A la naissance, le décalage existant entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel peut constituer un obstacle à l'établissement d'un lien mère-enfant satisfaisant.

## **6. Aline**

« Tu veux quitter l'enfance, ton enfance ne te quitte pas. »

(J. CLERC : Quitter l'enfance)

Aline a dix-sept ans. Elle est l'aînée d'une fratrie de deux enfants. Sa petite sœur a quatorze ans.

Son père est directeur général dans une grosse entreprise locale. Sa mère est pharmacien.

Aline n'est pas scolarisée depuis la rentrée de septembre. Suite à de violentes altercations avec une élève, elle choisit de suivre une scolarité par correspondance. Elle a un niveau de terminale et souhaite passer son baccalauréat section littéraire à la fin de l'année. C'est une bonne élève et ses résultats sont très satisfaisants.

Aline est issue d'un milieu social favorisé : « Je n'ai jamais manqué de rien. » Elle a reçu une éducation très stricte : « Mes parents ont beaucoup de principes ; je n'ai pas le droit de voir mes amis en dehors de l'école, il faut rester à la maison et faire ses devoirs. »

Elle décrit sa mère comme une personne fragile : « Elle se plaint tout le temps, elle est toujours déprimée. » Celle-ci semble peu attentive aux besoins d'Aline : « On ne partage pas grand-chose. »

Son père est un homme très effacé, parlant peu. Néanmoins, il est perçu comme une personne ressource en cas de difficultés.

Depuis un an et demi, Aline vit une relation amoureuse avec Fabien. Il a vingt-trois ans et a repris ses études cette année pour devenir professeur des écoles. Le soir, il travaille comme livreur de pizzas pour payer ses études. Aline semble très attachée à ce jeune homme et en parle avec beaucoup d'affection.

Aline a eu son premier rapport sexuel avec lui à l'âge de seize ans. Elle rapporte cette expérience de manière positive : « J'ai eu ma première fois avec l'homme de ma vie. » Elle a longtemps utilisé le préservatif comme moyen contraceptif. Quand ses parents apprennent sa relation avec Fabien, ils sont furieux. Sa mère prend immédiatement rendez-vous avec son gynécologue : « Il ne faudrait pas qu'en plus tu tombes enceinte. »

Aline est enceinte de six semaines. C'est Fabien le père de l'enfant. Elle précise immédiatement que cette grossesse n'est pas désirée et qu'elle ne l'a pas fait exprès. Néanmoins, elle se dit très heureuse maintenant : « De toute façon, cela se passait mal chez moi. »

Elle en informe immédiatement son ami et ils décident ensemble de garder ce bébé. A nouveau, les parents d'Aline sont furieux et recourent au chantage : « Si tu ne te fais pas avorter, tu quittes la maison. »

Aline vit maintenant au domicile de son ami. Elle n'a pas de nouvelles de ses parents et ne veut rien leur demander : « J'ai besoin d'être autonome, de me débrouiller. » Elle se dit un peu triste de ne pas pouvoir partager sa grossesse avec sa maman. Néanmoins, elle se sent apaisée depuis son départ du domicile parental : « C'était devenu invivable. »

Aline et Fabien préparent sereinement l'arrivée de leur bébé : « On s'est déjà renseigné pour les aides, pour la crèche ». Par rapport à sa scolarité, Aline pense pouvoir avoir son baccalauréat sans trop de difficultés ; elle s'inscrira après à la faculté de lettres : « Il faut que je poursuive mes études pour après trouver un travail. »

Aline dit avoir toujours voulu des enfants, mais elle avait pensé les avoir à la fin de ses études. Il en est autrement : « Nous aurons d'autres enfants, c'est sûr, mais plus tard. »

Peu de temps avant la fin du délai légal d'IVG, ses parents reprennent contact avec elle, mais ils restent fermes quant à leur refus d'accueillir Aline avec son bébé. Contre toute attente, Aline et son ami prennent rendez-vous au planning familial pour un avortement. Elle explique leur demande par les difficultés financières qu'ils rencontrent.

Aline est une adolescente assez banale. Elle vit avec ses deux parents et a de bons résultats scolaires. Néanmoins, le fonctionnement parental et notamment maternel, particulièrement rigide dans le domaine de l'éducation, semble au moins en partie à l'origine des difficultés actuelles d'Aline.

L'entrée dans la sexualité est vécue de manière positive et est associée à l'idée d'une transgression du règlement familial. Aline est tout à fait informée des risques d'une sexualité non protégée, d'ailleurs son projet d'enfant semble clairement établi : « Les enfants, c'est pour après les études. »

La contraception par préservatif n'a posé aucun problème d'observance et il est étonnant de voir comment Aline se retrouve enceinte au moment précis où ses parents découvrent sa sexualité et interfèrent dans le choix de la méthode contraceptive. L'immixtion parentale dans sa vie privée semble avoir précipité la grossesse, Aline exprimant ainsi son désir de réappropriation de son corps.

La grossesse n'est pas désirée, mais elle est rapidement investie par le jeune couple. De manière réfléchie et rationnelle, Aline et Fabien envisagent l'arrivée du bébé et projettent déjà leur organisation future. Par la survenue de la grossesse, Aline marque son désaccord face au fonctionnement familial particulièrement rigide, lui permettant ainsi de s'affranchir de la dépendance parentale et en particulier maternelle.

Elle dit avoir la conviction d'avoir rencontré l'homme avec qui elle désire faire sa vie et dit vouloir une relation durable ; mais en même temps elle refuse d'accéder au statut de mère et par son IVG se maintient au rang de fille de sa mère. Sa mère la conforte également dans cette situation, dans une volonté de garder près d'elle sa fille et de ne pas reconnaître la femme qui est en elle. Par ailleurs, le recours à l'IVG constitue un compromis entre la nécessaire autonomisation face à un milieu familial particulièrement ferme et la difficile poursuite de la grossesse dans la réalité.

# DISCUSSION

## I. DISCUSSION DE LA MÉTHODOLOGIE

### 1. Type de méthodologie

Pour la réalisation de ce travail, nous avons rencontré un certain nombre de difficultés ne permettant pas la mise en place d'un travail systématisé de type rétrospectif. Par ailleurs, en l'absence de protocole établi depuis plusieurs années, les délais nécessaires à la réalisation d'un travail de thèse rendent impossible la mise en place d'une étude prospective.

Concernant les obstacles rencontrés, il est important de souligner les limites éthiques posées par une telle recherche. Celle-ci représente une intrusion non préparée, ni préalablement autorisée dans la vie de ces jeunes femmes et transparaît à travers leur réticence à participer à ce travail.

Par ailleurs, la sollicitation de ces jeunes femmes en post-abortum immédiat nécessite l'élaboration d'une méthodologie précise permettant de prendre en compte toute la dimension de fragilité psychique associée à une IVG. Malheureusement, il n'existe actuellement pas d'outils cliniques fiables permettant une évaluation précise dans ces conditions.

De plus, la grossesse chez l'adolescente constitue un phénomène numériquement peu important en France, comparativement à d'autres pays comme les Etats-Unis. Il s'ajoute à cela le fait que la population étudiée, du fait même du processus

adolescent en cours, ne constitue pas une population facilement étudiable et coopérante pour le travail des adultes. L'absence de possibilité de mentalisation des conflits, fréquente à l'adolescence, constitue un obstacle important à la réalisation des entretiens.

Tous ces éléments expliquent la difficulté à rencontrer des adolescentes en situation de grossesse ou d'IVG et le peu de réponses favorables obtenues. Dans ce contexte, la réalisation d'un travail qualitatif, de type monographique, s'est avérée plus pertinente que la mise en place d'une étude dans un but quantitatif. Ainsi, nous avons fait le choix d'exploiter les observations cliniques recueillies le temps de notre recherche.

## **2. Une population hétérogène**

Une des caractéristiques essentielles de ce travail est l'hétérogénéité de la population étudiée. Les adolescentes rencontrées se distinguent les unes des autres par leur âge, leur niveau de maturation, leur situation socio-économique ; même l'issue de leur grossesse n'est pas un déterminant commun. Rien ne les relie hormis la survenue d'une grossesse au cours de leur adolescence.

Ainsi, au risque de décevoir les inconditionnels du déterminisme, l'hétérogénéité de notre population voue à l'échec toute tentative de dresser un profil type de l'adolescente enceinte. C'est à notre sens un des intérêts de ce travail qui permet de percevoir toute la diversité des situations regroupées sous le vocable commun « grossesse à l'adolescence ».

## II. DISCUSSION DU CONTEXTE SOCIAL ACTUEL

### 1. Notion de précocité

La notion de précocité s'établit toujours en référence à une norme sociale.

Mais, ce qui est considéré comme précoce aujourd'hui ne l'était pas il y a de nombreuses années. Ainsi, dans des temps plus anciens, nous nous représentons aisément de très jeunes femmes enceintes et mères.

En ce qui concerne l'âge « normal » de la première maternité, on observe actuellement une tendance générale visant à réserver cet état aux femmes adultes. Par ailleurs, l'âge de la première maternité est chaque année plus tardif. Cette évolution reflète l'accession des femmes à la scolarisation et au monde du travail, le projet d'enfant arrivant souvent après les études ou après une réalisation professionnelle et sociale.

Mais le seul critère d'âge chronologique est extrêmement réducteur et l'individualisation de chaque situation est indispensable. En effet, la maturation psychoaffective et sociale n'est pas univoque et certaines adolescentes de seize ans sont plus matures que certaines de leurs aînées.

Dans ce contexte, il semble important de souligner le paradoxe actuel auquel sont confrontés les adolescents d'aujourd'hui : une maturité biologique plus précocement acquise et à l'opposé, une maturité sociale de plus en plus tardive. Or, ce temps de latence sociale, nécessaire aux apprentissages scolaires et professionnels, est absent dans les situations de parentalité précoce.

## **2. Ambivalences sociales**

Afin de mener à bien ce travail, nous avons sollicité de nombreux intervenants médicaux, paramédicaux et sociaux pour rencontrer des adolescentes en situation de grossesse ou d'IVG. Nous avons pu constater l'intérêt de nos interlocuteurs pour la question des grossesses précoces. Toutefois, le caractère unanime des réactions provoquées a été une surprise.

Remis en question dans leur monopole conceptionnel, les adultes, y compris les soignants intervenant auprès de ces jeunes filles, ont une attitude moralisatrice face à la survenue d'une grossesse chez une adolescente. Cette dimension se traduit bien souvent par : « Elle est bien trop jeune pour pouvoir élever un enfant, il vaut mieux qu'elle avorte ». La conséquence évidente de ce positionnement transparaît dans le recours quasi systématique à l'IVG en cas de grossesse chez une adolescente.

## **3. Risque psychosocial**

Jusqu'à ces dernières années, la survenue d'une grossesse à l'adolescence était associée à un risque médical du fait de l'immaturation biologique des jeunes filles.

Mais des études plus récentes tendent à démontrer qu'à niveau socio-économique et marital identique, les grossesses précoces ne présentent pas plus de complications médicales que celles de leurs aînées.

C'est actuellement l'idée d'un risque psychosocial qui s'associe aux grossesses des adolescentes. Elles sont tour à tour synonymes de précarité, d'inadaptation sociale, d'incapacité professionnelle, de monoparentalité ou encore de maltraitance et d'infanticide. En bref, elles sont désignées comme un handicap social voire renvoyées au registre de la pathologie. Ainsi, la survenue d'une grossesse à l'adolescence est perçue comme une perte de chance pour l'adolescente et



son bébé à venir. Toutefois, l'absence d'étude systématique ne permet pas de conclure avec certitude sur le devenir de ces jeunes filles.

L'existence d'une précarité sociale antérieure à la grossesse semble intervenir, pour une grande part, dans le devenir socioéconomique de ces adolescentes. Mais, la misère sociale n'est pas l'apanage des jeunes et il en est, à l'adolescence, comme à l'âge adulte. Ainsi, les problèmes sociaux auxquels peuvent être confrontées les jeunes mères n'ont rien de spécifique à leur âge. Quelle est la cause, quelle est la conséquence ?

La situation de Karell semble tout à fait représentative de cette idée. En effet, il semble que les difficultés de cette jeune fille soient bien antérieures au début de la grossesse. Par ailleurs, la déscolarisation est précoce et intervient dans un contexte de dysfonctionnement familial majeur. Toutefois, il est important de souligner que la survenue de cette grossesse a permis l'élaboration d'un projet social pour Karell et son bébé (placement en lieu de vie, projet d'appartement et de reprise de la scolarité) et il semblerait que cet enfant à venir puisse constituer un point d'ancrage pour une réinsertion sociale ultérieure.

### **III. DISCUSSION DES DETERMINANTS DES GROSSESSES A L'ADOLESCENCE**

#### **1. Généralités**

Quand survient une grossesse chez une adolescente, l'entourage familial, scolaire et institutionnel reçoit simultanément trois mauvaises nouvelles : la première « cette jeune fille a une vie sexuelle » ; la seconde « elle est enceinte » ; enfin la troisième et non des moindres « et si jamais elle l'avait voulu ».

Il semble bien difficile, dans notre société, de concevoir qu'une adolescente puisse choisir, plus ou moins délibérément, de débiter une grossesse aux dépens de sa scolarité, remise à plus tard, plutôt que le schéma inverse plus rassurant auquel nous sommes conditionnés. La survenue d'une grossesse chez une adolescente est alors associée à l'idée d'accident par méconnaissance de la contraception et de la sexualité.

Ainsi, la recherche de déterminants des grossesses à l'adolescence suppose voire impose que l'on se dote de garants minimaux pour éviter le piège de la causalité simple, pour ne pas dire simpliste de la généralisation abusive.

## **2. Représentations erronées**

### **2.1. Connaissance adaptée de la sexualité et de la contraception**

Les grossesses précoces sont fréquemment attribuées à la méconnaissance des adolescentes en matière de contraception et de sexualité. Mais, malgré les interventions éducatives sur la sexualité et la simplification de l'accès à des moyens de contraception fiable, le nombre de grossesses à l'adolescence semble stable ces dernières années.

Il ne s'agit bien évidemment pas de pointer l'inefficacité auprès des adolescents des programmes de prévention en matière de sexualité. En effet, il est important de souligner que l'accès à l'éducation sexuelle a permis, dans les années 1970, une baisse significative du nombre de grossesses à l'adolescence et on peut ainsi supposer qu'à cette époque, une meilleure information a permis de limiter le nombre de grossesses accidentelles. Mais cette explication semble être actuellement insuffisante et ne recouvrir qu'une partie de la question.

Les adolescentes rencontrées dans notre étude ont une connaissance adaptée de la sexualité et de la contraception. Elles ont, pour la plupart, suivi les cours d'éducation sexuelle à l'école et pour celles qui l'ont désiré, ont eu accès à des moyens contraceptifs fiables sans grande difficulté. Par ailleurs, elles ont toutes intégré la notion d'un risque de grossesse en cas de rapport non ou incorrectement protégé (oubli de pilule). Ainsi, il semble que tout se passe comme si un besoin ou une pulsion puissante avait effacé tout un acquis rationnel : « Chez certaines adolescentes, l'absence de toute considération pour la contraception va de pair avec un désir de grossesse ou de maternité ».

Toutefois, il est nécessaire de modérer cette réflexion, car il semble que les connaissances théoriques sur la sexualité et l'intégration psychique de l'image corporelle à l'adolescence ne soient pas des données superposables.

## 2.2. Précocité de la sexualité

L'idée de précocité sexuelle est fréquemment associée à la survenue d'une grossesse précoce et s'assortit généralement d'une description plutôt stigmatisante de l'adolescente enceinte.

Cette représentation erronée fait appel au fantasme des adultes d'une sexualité adolescente de plus en plus libérée et inspirée de la sexualité adulte. La réalité semble d'un tout autre ordre. En effet, les études récentes sur la sexualité des adolescents rapportent la stabilisation depuis plusieurs années de l'âge au premier rapport sexuel. En effet, même si les premiers flirts sont aujourd'hui plus précoces, la latence avant les premières relations sexuelles s'avère plus longue.

Pour plusieurs adolescentes de notre étude, l'entrée dans la sexualité s'est effectuée de manière précoce (vers douze ans). Mais on ne peut toutefois pas parler de vagabondage sexuel car pour la plupart des jeunes filles rencontrées, la grossesse survient dans le cadre d'une relation amoureuse stable depuis plusieurs mois.

### **3. Désir de grossesse, désir d'enfant chez l'adolescente**

L'ensemble de ces éléments laisse penser l'existence d'un désir de grossesse voire d'enfant pour ces adolescentes. Mais il est important de relever certaines particularités liées à l'intrication évidente avec le processus adolescent.

Ainsi, les adolescentes rencontrées dans notre étude parlent d'un désir de grossesse et parfois d'un désir d'enfant. Le plus souvent, il ne s'agit pas d'un désir consciemment exprimé, mais qui se laisse entendre dans l'ambivalence face à la contraception.

Le désir de grossesse et d'enfant est parfois clairement exprimé par la mise en œuvre de moyens objectifs et notamment par l'arrêt de la contraception. Toutefois, dans ces situations, la dimension de passage à l'acte dans une tentative de maîtrise du corps et la notion de prise de risque ne sont pas à exclure.

#### **3.1. Grossesse et réparation**

Dans un certain nombre de situations de parentalité précoce, l'association entre la survenue de la grossesse à l'adolescence et l'existence d'un passé carenciel est évidente. Malheureusement, cette situation n'est pas l'apanage des adolescentes et se retrouve également chez des femmes plus âgées.

La situation de Lucie illustre bien cette idée. Elle fait d'ailleurs elle-même le lien entre son enfance difficile et sa grossesse. Ainsi, il est confié à ce bébé la difficile mission de réparer les dommages du passé du fait de sa propre mère. Par ailleurs, l'accès à la maternité lui offre la perspective d'un objet inégalable qui comblera tous les manques : « Il ne manquera de rien, je l'aimerai comme personne ne m'a jamais aimée ».

### 3.2. Grossesse symptomatique du processus d'adolescence

Nous avons pu retrouver, dans les observations des jeunes filles rencontrées, l'expression clinique d'un certain nombre de notions théoriques retrouvées dans la littérature.

La dimension œdipienne semble présente avec une acuité particulière au cours des grossesses survenant à l'adolescence. Ainsi, cette idée est retrouvée de manière quasi constante dans les situations rencontrées dans notre travail. Par ailleurs, il est important de souligner l'absence du père du bébé à naître dans le discours de ces jeunes filles et celui-ci n'est le plus souvent pas concerté pour la prise de décision quant à l'issue de la grossesse.

L'adolescente interroge systématiquement, à travers la grossesse, le lien à la mère. A une étape clef du processus d'individuation où l'un des enjeux est la distanciation et l'autonomie physique et psychique, la grossesse constitue un appel à la mère, celle de la tendresse et des débuts de la vie. La grossesse constitue l'illusion d'une réunification mère-enfant qui semble être un des enjeux principaux.

L'idée de transgression d'une norme sociale est également associée à la survenue d'une grossesse chez une adolescente. En effet, à une époque où l'interdit de la sexualité précoce s'est dilué dans notre modernité, l'interdit de la conception prend la relève et reste un bastion qui ne peut qu'attiser la gourmandise transgressive d'un grand nombre d'adolescentes.

De plus, en tant qu'acte socialement dévolu aux adultes, la grossesse à l'adolescence peut fonctionner comme un rite et signifier un changement de statut. Ainsi, l'adolescente enceinte s'inscrit dans un mouvement d'émancipation du milieu familial et lui permet de s'affranchir de la dépendance parentale.

Il semble essentiel de percevoir le lien existant entre la fin de l'adolescence et la parentalité. C'est le plus souvent par l'endossement de la fonction parentale que s'achève l'adolescence. Ainsi, la survenue d'une grossesse précoce constitue un moyen de mettre fin à la période d'enfance pour entrer dans l'âge adulte.

### 3.3. Particularités de l'IVG

Notre travail soulève un questionnement concernant les facteurs intervenant dans l'issue de la grossesse. En effet, l'existence d'un désir de grossesse ou d'enfant ne semble pas être un facteur discriminant dans la décision de poursuivre ou non la grossesse et il est possible que l'accès à l'IVG soit en partie déterminé par des normes sociales.

Pour les adolescentes des milieux plus favorisés, la maternité apparaît comme moins acceptable socialement et constitue un handicap pour l'avenir. Elles ont par conséquent plus souvent recours à l'IVG, ce qui n'empêche pas la conflictualité par rapport à un éventuel désir de grossesse ou d'enfant.

Dans les milieux plus défavorisés socialement, la maternité peut constituer une alternative à une scolarité peu valorisante et offrant peu de perspectives. Ainsi, ces jeunes filles poursuivent plus fréquemment leur grossesse jusqu'au terme.

L'exemple d'Aline me semble tout à fait représentatif de cette idée. Cette jeune fille d'un milieu social favorisé est confrontée à la réprobation familiale face à la survenue de sa grossesse. Elle investit précocement ce bébé mais recourt toutefois à l'IVG, mettant en avant la nécessité de poursuivre ses études pour obtenir une situation sociale satisfaisante. Mais quelles seront les conséquences pour l'accession ultérieure à la maternité ?

Cette situation illustre bien la potentialité traumatique de l'avortement. Elle nécessite une réflexion sur l'attitude dirigiste des adultes et particulièrement des soignants et des intervenants sociaux, dans la prise de décision pour le recours à l'IVG des adolescentes.

A l'opposé, pour Karell, l'arrêt de la scolarité ne constitue pas un frein. La priorité semble donnée plus à la poursuite de la grossesse qu'à celle de la scolarité.

#### **IV. PERSPECTIVES**

Ce travail n'a pas la prétention d'apporter des réponses univoques à la question des grossesses survenant à l'adolescence. Il permet de poser quelques jalons afin de permettre des recherches ultérieures. Ainsi, nous vous proposons une grille de lecture de la grossesse à l'adolescence qui porterait sur quatre axes :

- Déterminants des grossesses à l'adolescence :
  - Quels sont les déterminants amenant les adolescentes à faire le choix d'une grossesse ?
  
- Devenir de la grossesse :
  - Quels sont les facteurs intervenant dans le choix de poursuivre ou non la grossesse ?
  
- Devenir des adolescentes :
  - La survenue d'une grossesse à l'adolescence constitue-t-elle une perte de chance pour l'adolescente ?
  - La réalisation d'une IVG à l'adolescence peut-elle être à l'origine de difficultés pour l'accession à une maternité ultérieure ?

- Devenir des enfants nés de mères adolescentes :

Bien évidemment, l'étude des grossesses à l'adolescence doit s'intéresser au devenir des enfants à naître. Plusieurs interrogations se dégagent :

- Les jeunes mères ont-elles les mêmes aptitudes maternelles que leurs aînées ?
- Si ce n'est pas le cas, est-ce en raison de leur jeune âge, de difficultés antérieures à la grossesse ?
- Les difficultés seront-elles différentes l'adolescence terminée ?
- Existe-t-il une perte de chance pour les enfants nés de mères adolescentes ?



# CONCLUSION

Actuellement dans notre société, il semble persister une vision plutôt caricaturale de l'adolescente enceinte. De nombreuses publications tendent à renvoyer la survenue d'une grossesse chez une jeune fille systématiquement dans le registre du drame et du pathologique. Mais l'adolescente enceinte n'est pas une entité clinique, ni une pathologie.

Ce travail de type monographique permet la présentation et l'analyse psychodynamique de six cas cliniques d'adolescentes enceintes ou ayant eu récemment recours à une IVG. A travers les observations de ces jeunes filles, nous avons tenté de saisir toute la diversité et la complexité des situations regroupées sous le vocable « grossesse adolescente ».

Par leur évidente ambivalence face à la contraception, les adolescentes rencontrées au cours de notre travail laissent entendre l'existence d'un désir de grossesse voire d'enfant pour certaines. Par conséquent, l'hypothèse simpliste, souvent avancée, de l'accident par méconnaissance de la contraception ou de la sexualité ne nous a pas semblé pertinente.

Nous avons donc cherché à repérer, dans le discours de ces jeunes filles, un certain nombre de déterminants, tant sur le plan social que psychique, associés à la survenue de la grossesse et leur articulation avec le processus d'adolescence. Ainsi, la grossesse peut constituer une possibilité de réparation pour un certain nombre de jeunes filles carencées. L'inscription de la grossesse dans le registre œdipien et l'interrogation du lien à la mère sont retrouvées de manière quasi constante dans les

observations de nos adolescentes. Par ailleurs, la survenue de la grossesse permet, le plus souvent, une accélération du processus d'individuation et une émancipation du milieu familial, court-circuitant alors le processus d'adolescence.

Ce travail s'inscrit dans une démarche clinique permettant de repérer les paramètres en jeu dans la survenue d'une grossesse chez une adolescente. Il n'a jamais été pensé comme pouvant juger du bien fondé de la survenue d'une grossesse à l'adolescence. Il nous semble d'ailleurs que notre fonction de psychiatre ne consiste pas dans la prévention des grossesses à l'adolescence mais dans l'accompagnement de celles-ci, de telle sorte que si une adolescente enceinte fait le choix de son adolescence en demandant une IVG, il n'y ait pas de récurrence immédiate et si elle choisit de poursuivre sa grossesse, elle soit aidée dans les différents choix que cela impliquera.

# BIBLIOGRAPHIE

**ABDEL-BAKI A., POULIN M.J.** Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. *Psychothérapie*, 2004, 24, 1, 3-16

**ALVIN P.** Sexualité et grossesse à l'adolescence : entre nature et culture. *La revue du praticien*, 2002, 52, 237-239

**AMMANITI M.** *Maternité et Grossesse*. Paris : PUF, 1999, 177p.

**ANAES.** Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : synthèse des recommandations. Décembre 2004. Site internet : <http://www.anaes.fr> (page consultée le 17 novembre 2007)

**ANRS.** Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales. Premiers résultats de l'enquête CSF : contexte de la sexualité en France. Mars 2007. Site internet : <http://www.anrs.fr> (page consultée le 20 novembre 2007)

**ARAI L.** Low expectations, sexual attitudes and knowledge : explaining teenage pregnancy and fertility in English communities. Insights from qualitative research. The editorial board of the sociological review, 2003, 119-216

**BAJOS N., DURAND S.** Comportements sexuels et reproductifs des adolescents, comparaison entre pays développés : étude pour la France. Novembre 2001. Site internet : <http://www.guttmacher.org> (page consultée le 20 novembre 2007)

**BAJOS N., MOREAU C., LERIDON H. et al.** Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? *Population et sociétés*, 2004, 407

**BAROU J.** Quand l'enfant paraît trop tôt. *L'école des parents*, 2003, 1, 54-55

**BELAISCH J.** Sexualité à l'adolescence, la contraception d'urgence et le préservatif. *Concours médical*, 1999, 121, 37, 2899-2901

**BENSOUSSAN P.** Les adolescentes au ventre rond. *Nervure*, 1993, IV, 4, 66-70

**BETTOLI L.** Parents mineurs : la grossesse, facteurs de maturation pour les jeunes parents ? Quels risques comportent-elles ? Quel accompagnement à Genève ?, *Thérapie familiale*, 2003, 24, 2, 179-191

**BOULENGUER F.** L'enfant, support de l'identité maternelle chez l'adolescente? *Journal français de psychiatrie*, 2001, 14, 46-47

**BOURRAT M.-M., GAROUX R.** Les relations parents-enfants. Paris : Armand Colin, 2003, 177p.

**BYDLOWSKI M.** Les enfants du désir : le désir d'enfant dans sa relation à l'inconscient. *Psychanalyse à l'université*, 1978, 4, 13, 59-92

**BYDLOWSKI M.** La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité. Paris : PUF, 1997

**BYDLOWSKI M.** Je rêve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité. Paris : Odile Jacob, 2000, 185p.

**BYDLOWSKI M.** L'entrée dans l'âge adulte à l'épreuve de la première maternité. *Adolescence*, 2000, 18, 2, 605-620

**BYDLOWSKI M.** Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. *Psychothérapies*, 2004, 24, 1, 3-9

**BYDLOWSKI M.** Parenté maternelle et parenté paternelle. *Adolescence*, 2006, 24, 1, 33-42

**CASTAIGNE A., GODEAU B., LEJONC J.-L. et al.** *Sémiologie médicale : initiation à la physiopathologie*. Evreux : Kapp, 1992, 560p.

**CASTAREDE M.F.** La sexualité chez l'adolescent. *Psychiatrie de l'enfant*, 1978, 21, 561-638

**CHILAND C.** Comment le corps vient aux femmes ou l'anatomie n'est pas le destin. *Les cahiers du centre de psychanalyse et de psychothérapie*, 1988, 16-17, 149-160

**CORCORAN J., FRANKLIN C., BENNETT P.** Ecological factors associated with adolescent pregnancy and parenting. *Social work research*, 2000, 24, 1, 29-39

**CORDEIRO, J. D.** Corps aimé, corps détesté. *Nervure*, 1992, 5, 7, 42-45

**COURTOIS R.** Conceptions et définitions de la sexualité : les différentes approches. *Annales médico-psychologiques*, 1998, 156, 9, 613-620

**CROCHETTE A.** Problématiques adolescentes : image corporelle. In EPELBAUM C., FERRARI P. *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Flammarion, 1994, 296-302

**DADOORIAN D.** La grossesse désirée chez les adolescentes dans les milieux défavorisés : quelques réflexions à partir d'une étude réalisée au Brésil. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2000, 48, 44-50

**DADOORIA. D.** *Grossesses adolescentes*. Ramonville : Erès, 2005, 132 p.

- DECHRISTE Y., DANION-GRILLIAT A.** Sexualité de l'adolescente. Annales de psychiatrie, 1998, 13, 2, 151-156
- DESCHAMPS J.P.** Grossesse et maternité chez l'adolescente. Paris : Le centurion, 1976
- DESCHAMPS J.P.** Mères adolescentes, parents adolescents. In : Parents au singulier, monoparentalité : échec ou défi. Paris : Autrement, 1993, 134, 190-203
- DESPINOY M.** Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Paris : Armand Colin, 2003, 207p.
- DOS SANTOS-BRENGARD D., BENGHOZI P.** Adolescence et sexualité. In : FERRARI P., EPELBAUM C. Psychopathologie de l'adolescent. Paris : Flammarion, 1993
- DREES.** Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Les interruptions volontaires de grossesse en 2004. Septembre 2006. Site internet : <http://www.sante.gouv.fr> (page consultée le 20 décembre 2007)
- DROIT FRANCAIS :** lois et règlements. Le service public de la diffusion du droit. Décembre 2007. Site internet : <http://legifrance.gouv.fr> (page consultée le 22 décembre 2007)
- DUPREZ D., BENMOURA D., VIALA M.** Les résistances à la contraception. Génitif, 1979, 1, 4, 26-30
- DUPREZ D., VIALA M.** Adolescence et avortement. Evolution psychiatrique, 1985, 50, 2, 357-381
- DUPREZ D., VIALA M.** Mythe, fantasme, bruit et catastrophe dans la demande d'avortement de l'adolescente. Confrontations psychiatriques, 1988, 29, 93-124

**FAUCHER P. DAPPE S. MADELENAT P.** Maternité à l'adolescence : analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers. Gynécologie, obstétrique et fertilité. 2002, 30, 944-952

**FAUCHER P.** Interruption volontaire de grossesse à l'adolescence. Novembre 2004. Site internet : <http://www.ancic.asso.fr> (page consultée le 12 décembre 2007)

**FAUCHER P.** Maternité à l'adolescence. Décembre 2002. Site internet : <http://www.ancic.asso.fr> (page consultée le 12 décembre 2007)

**GRANBOULAN V.** Processus pubertaire et sexualité. Nervure, 1992, 5, 7, 14-19

**GOLSE B.** Le développement affectif et intellectuel de l'enfant. Paris : Masson, 2005, 303p.

**GRIVEL A.** Sexualité et procréation. Revue pratique de psychiatrie, 1996, 1, 35-36

**GROSSESSE ET ADOLESCENCE.** Deuxième journée de médecine et de santé de l'adolescent. Décembre 2000. Site internet : <http://www.med.univ-anger.fr> (page consultée le 2 février 2008)

**GUELFY J.D., BOYER P., CONSOLI S. et al.** Psychiatrie. Paris : PUF, 7<sup>ème</sup> édition, 1999

**GUTTON P.** Un enfant séduit, deux fois. Le journal des psychologues, 2003, 207, 28-30

**HAIM A.** Les suicides d'adolescents. Paris : Payot, 1969, 322p.

**HALPERIN P., HALPERIN D.S.** L'adolescente et la contraception : réflexion sur la psychodynamique des désirs de grossesse et de maternité. Contraception, fertilité, sexualité, 1982, 10, 685-690

**HCPF.** Haut conseil de la population et de la famille. Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures. Décembre 2006. Site internet : <http://www.sante.gouv.fr> (page consultée le 20 septembre 2007)

**HERBIGNIAUX F., THAI Y.** Les méthodes contraceptives chez les jeunes : enquête menée auprès des 13-21 ans par la fédération des centres de planning familial des femmes prévoyantes socialistes. Bruxelles, mars 2005, 44p.

**HILLIS S.D., ANDA R.F., DUBE S.R. et al.** The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, longterm psychosocial consequences and foetal death. *Pediatrics*, 2004, 113, 320-327

**IGERT B.** Corps sexué, adolescence et maternité. *Revue française de psychanalyse*, 1987, 51, 6, 1613-1628

**INED.** Institut national d'études démographiques. La statistique d'IVG en France. Septembre 2006. Site internet : <http://www.ined.fr> (page consultée le 10 décembre 2007)

**INSEE.** Institut national de la statistique et des études économiques. La France en faits et chiffres. Janvier 2008. Site internet : [www.insee.fr](http://www.insee.fr) (page consultée le 2 février 2008)

**JEAMMET P.** L'identification à l'adolescence. *Adolescence*, 1989, 7, 2, p.5-8

**JEAMMET P.** Les agirs à l'adolescence. *Revue pratique de psychiatrie*, 1996, 1, 17-24

**JEWELL D., TACCHI J., DANOVAN J.** Teenage pregnancy: whose problem is it? *Family practice*, 2000, 17, 6, 522-528

**KAMMERER P.** Etre enceinte et adolescence : fécondité d'un passage à l'acte. *Le journal des psychologues*, 2005, 229, 63-67



**LACHCAR P.** Grossesse des adolescentes. Cahier de sexologie clinique, 1990, 16, 17-19

**LAPLANCHE J., PONTALIS J.B.** Vocabulaire de la psychanalyse. Paris : Presse universitaire de France, 4<sup>ème</sup> édition, 2004, 523p.

**LE GALL D., LE VAN C.** La première fois : récits d'une expérience intime. Sciences humaines, 2002, 130, 24-28

**LETENDRE R., DORAY P.** Expérience de la grossesse à l'adolescence. Adolescence, 2003, 21, 4, 693-712

**LE VAN C.** Les grossesses à l'adolescence : normes sociales, réalités vécues. Paris : L'Harmattan, 1998

**LE VAN C.** La grossesse à l'adolescence : un acte socialement déviant ? Adolescence, 2006, 24, 1, 225-234

**LIENHARDT-ROUSSIE A.** Puberté normale : aspect clinique et hormonal. DIU de gynécologie pédiatrique. Décembre 2007

**LOIGNON C.** Prévention et soutien de la grossesse et de la maternité/paternité à l'adolescence : état de la situation pour la région de Montréal, Rapport de recherche menée dans le cadre du programme projet placement carrière, 1996

**MARBEAU-CLEIRENS B.** La place de l'inconscient. Autrement, 1993, 134, 82-92

**MARCELLI D.** Adolescence et parentalité : le passage à l'âge adulte. Nervure, 1995, 8, 4, 33-37

**MARCELLI D.** Narcissisme primaire et homosexualité à l'adolescence. Quelques questions sur les interactions précoces mère-enfant. Adolescence, 2001, 19, 71-97

- MARCELLI D.** La double transformation. L'école des parents, 2003, 36-38
- MARCELLI D.** La grossesse : une immixtion douloureuse dans la sexualité de l'adolescente. *Adolescence*, 2003, 21, 4, 683-692
- MARCELLI D., BRACONNIER A.** Adolescence et psychopathologie. Paris : Masson, 2004, 631p.
- MARINOPOULOS S.** Dans l'intime des mères. Paris : Fayard, 2005, 277p.
- MARTY F.** La sexualité adolescente aujourd'hui. *Le journal des psychologues*, 2000, 177, 62-64
- MARUANI G.** Les motivations conscientes et inconscientes de l'interruption de grossesse. In : SOULE M. Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée. Paris : ESF, 1978, 51-65
- MELO I.** Adolescentes enceintes. *Adolescence*, 2006, 24, 2, 141-174
- MIGNOT C.** La grossesse chez l'adolescente. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 1999, 6, 353-358
- MISSONIER S.** Touchez pas au grisbi : grossesses adolescentes et résistances. *Carnet psy*, 2004, 94, 46-49
- MOLENAT F.** Mères vulnérables, les maternités s'interrogent. Paris : Stock, 1992
- NATIVEL C. DAGUERRE A.** Les maternités précoces dans les pays développés : problèmes, dispositifs, enjeux politiques, 2003
- PAJOT O.** L'a-maternité adolescente. *Adolescence*, 1984, 2, 2, 377-382

**PEREIRA A., CANAVARRO M.C., CARDOSO M.F. et al.** Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy : a cross-sectional comparative study of portuguese pregnant and nonpregnant adolescents of low socio-economic status. *Adolescence*, 2005, 40, 159, 655-671

**PICOD C.** L'éducation sexuelle : une mission nouvelle pour l'école. *La santé de l'homme*, 2001, 356, 18-20

**QUENEAU R.** *Zazie dans le métro*. Paris : Gallimard, 1959

**RACAMIER P.C.** A propos des psychoses de la maternité. In SOULE M. *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*. Paris : ESF, 1978, 41-50

**ROSENGARD C., PHIPPS M.G., ADLER N.E. et al.** Adolescent pregnancy intentions and pregnancy outcomes : a longitudinal examination. *Journal of adolescent health*, 2004, 35, 453-461

**ROTTEN D., GERNIGON O.** Contraception et sexualité : particularités liées à l'adolescence. *La revue du praticien*, 1989, 39, 4, 335-343

**SEINCE N., PHARISIEN I., UZAN M.** Grossesse et accouchement des adolescentes. In : *L'adolescence mises à jour en gynécologie médicale*. Paris : Vignot, 2003, 209-224

**TAMIAN-KUNEGEL I.** L'avortement et le lien maternel : une autre écoute de l'interruption volontaire de grossesse. Paris : *Chronique sociale*, 2002, 139p.

**TRON I., PENNOGNON L., MAZERIE V. et al.** La santé des jeunes en Bretagne : 2000 jeunes répondent à 84 questions, 2000, 225p.

**UCL-RESO.** Les grossesses à l'adolescence: quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature. Juin 2006. Site internet : <http://reso.ucl.ac.be> (page consultée le 5 juin 2007)

**UZAN M.** Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. Novembre 1998. Site internet : <http://www.sante.gouv.fr> (page consultée le 9 aout 2007)

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : questionnaire

### Données personnelles :

- nom
- prénom
- date de naissance
- adresse (domicile parental)
- nationalité / origine géographique
- situation familiale (célibataire, mariée, en concubinage)
- lieu de résidence (seule, au domicile parental)
- situation particulière dans l'enfance (perte parent, placement, maltraitance)
- ressenti par rapport à l'enfance
- situation particulière à l'adolescence (dépression, TCA)
- notion de stress ou agression (agression physique ou sexuelle)
- consommation de toxiques

### Vie familiale :

- situation matrimoniale des parents
- fratrie et âge de la mère au moment des grossesses
- relations au sein de la famille (mère, père et fratrie)
- niveau d'études des parents
- profession des parents
- situation familiale particulière (violence familiale, mère célibataire)
- ressenti par rapport aux conditions de vie

**Vie sociale :**

- niveau d'études (si déscolarisation : depuis quand, pourquoi)
- profession ou perspective professionnelle
- investissement de la scolarité
- investissements extra-familiaux
- ressenti par rapport à la scolarité

**Activité sexuelle :**

- date des premières règles et ressenti
- âge au premier rapport sexuel
- suivi gynécologique (quand, pourquoi, à l'initiative de qui)
- moyen contraceptif (méthode, régularité et pourquoi)
- grossesse ou IVG antérieure
- personne de confiance pour aborder le thème de la sexualité

**Connaissances sur la sexualité :**

- information sexuelle au cours de la scolarité ou par les parents
- sentiment d'une information suffisante
- connaissance sur les différents moyens contraceptifs
- inquiétude concernant la fonctionnalité des organes
- crainte de la stérilité

**Grossesse actuelle :****1. Origine**

- expression d'un désir de grossesse ou d'enfant antérieur à la grossesse
- circonstances de la grossesse
- origine de la grossesse
- utilisation d'un moyen contraceptif au moment de la grossesse, cause de l'échec
- réaction de la jeune fille au moment de l'annonce de la grossesse
- réaction de l'entourage
- terme au moment de la grossesse

## 2. Partenaire

- âge du partenaire
- profession du partenaire
- implication affective au moment de la conception
- réaction à l'annonce de la grossesse

## 3. IVG

- représentation de l'IVG
- motifs évoqués pour expliquer l'IVG

## 4. Choix de la poursuite de la grossesse

- perception des premiers signes manifestes de la grossesse
- vécu des transformations corporelles
- bébé imaginaire

### **Perspectives d'avenir :**

- projet professionnel
- projet sur le plan affectif avec le père de l'enfant
- ressenti par rapport à l'avenir
- influence de la maternité sur les perspectives sociales

## ANNEXE 2

Mme BRESCHET GIRARDOT Aurélie  
Villa Bellevue  
CH ESQUIROL  
15, rue du docteur Marcland  
87000 LIMOGES

Mmes les Juges pour enfants  
23, place Winston Churchill  
87000 LIMOGES

Limoges, le 16 juillet 2007

Mesdames les juges,

Dans le cadre d'un travail de thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine, j'effectue une recherche sur le thème des grossesses adolescentes.

Il semblerait qu'au niveau du service de placement, un certain nombre de situations concerne des jeunes femmes ayant eu un diagnostic de grossesse alors qu'elles étaient mineures et que ces situations pourraient rentrer dans l'échantillon clinique de mon travail de thèse.

Par conséquent, je sollicite votre autorisation afin de pouvoir consulter les dossiers d'enfants placés actuellement et dans le passé par ordonnance judiciaire dans le service de placement familial spécialisé de l'ALSEA.

Veillez agréer, Mesdames les juges, l'expression de mes sentiments les plus sincères.

Aurélie BRESCHET



### ANNEXE 3

Mme BRESCHET-GIRARDOT Aurélie  
Villa Bellevue  
CH ESQUIROL  
15, rue du docteur Marcland  
87000 LIMOGES

Mmes les juges pour enfants  
Tribunal pour enfants  
23, place Winston Churchill  
87000 LIMOGES

Limoges, le 17 Septembre 2007

Mesdames les juges,

Je tenais à vous remercier de m'avoir accordé l'autorisation de compulser les dossiers du service de placement familial spécialisé de l'ALSEA. En effet, il me semble qu'un certain nombre de situations prises en charge par le service de placement concernent des jeunes filles ayant eu un diagnostic de grossesse alors qu'elles étaient adolescentes. J'espère que la consultation de ces dossiers me permettra de mieux appréhender le contexte psychosocial favorisant la survenue d'une grossesse à l'adolescence. Je ne manquerai pas de vous tenir informées de la suite de mes recherches.

Veillez agréer, Mesdames les juges, l'expression de mes sentiments les plus sincères.

A. BRESCHET

# TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	p.10
DÉDICACES .....	p.17
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	p.20
PLAN .....	p.21
INTRODUCTION .....	p.24
REVUE DE LA LITTÉRATURE .....	p.26
<u>DONNÉES ACTUELLES SUR LA SEXUALITÉ</u> <u>À L'ADOLESCENCE</u> .....	p.26
I. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES .....	p.26
1. Sexualité .....	p.26
1.1. Age au premier rapport .....	p.26
1.2. Nombre de partenaires sexuels .....	p.28

1.3. Fréquence des rapports sexuels .....	p.28
1.4. Représentation de la sexualité .....	p.28
1.5. Éducation sexuelle .....	p.29
2. Contraception .....	p.30
3. Grossesse .....	p.31
3.1. Intention de grossesse .....	p.31
3.2. Grossesse et naissance .....	p.31
3.3. Interruption volontaire de grossesse .....	p.32
<b>II. DONNÉES MÉDICO-LÉGALES .....</b>	<b>p.35</b>
1. Sexualité .....	p.35
1.1. Majorité sexuelle .....	p.35
1.3. Éducation sexuelle .....	p.36
2. Contraception .....	p.37
3. Grossesse .....	p.38
3.1. Interruption volontaire de grossesse .....	p.38
3.2. Émancipation .....	p.39
3.3. Parentalité .....	p.40
<b><u>INTRICATION DES PHÉNOMÈNES PUBERTAIRES</u></b>	
<b><u>AVEC LA CRISE D'ADOLESCENCE .....</u></b>	<b>p.41</b>
<b>I. DÉFINITIONS .....</b>	<b>p.41</b>
1. Puberté .....	p.41
2. Adolescence .....	p.42

<b>II. PUBERTÉ</b> .....	p.43
1. Modifications biologiques .....	p.43
2. Modifications physiques .....	p.44
 <b>III. ADOLESCENCE</b> .....	 p.45
1. Image corporelle .....	p.45
2. Enjeux pulsionnels .....	p.47
3. Travail de deuil .....	p.48
4. Travail d'individuation .....	p.49
5. Travail identificatoire .....	p.50
6. Identité sexuée .....	p.51
7. Mécanismes de défense .....	p.51
 <b>IV. ADOLESCENCE ET CONTRACEPTION</b> .....	 p.53
1. Facteurs de résistance identifiés dans la littérature .....	p.53
2. Indications des méthodes contraceptives à l'adolescence .....	p.55
2.1. Méthodes naturelles.....	p.55
2.2. Contraception locale .....	p.55
2.3. Contraception hormonale .....	p.56
 <b><u>LA QUESTION DU DÉSIR D'ENFANT</u></b> .....	 p.58
 <b>I. GÉNÉRALITÉS</b> .....	 p.58

<b>II. GENÈSE DU DÉSIR D'ENFANT</b> .....	p.59
1. Théorie freudienne .....	p.59
2. Autres théories classiques .....	p.61
<b>III. PROPOSITION DE DÉLIMITATION DU CONCEPT</b> .....	p.63
<b>IV. PARTICULARITÉS DU DÉSIR D'ENFANT</b> .....	p.65
1. Non saturation du désir d'enfant par l'enfant .....	p.65
2. Ambivalence du désir d'enfant .....	p.66
<b>V. CE QUE LE DÉSIR D'ENFANT N'EST PAS</b> .....	p.67
1. Grossesse et vérification de l'intégrité corporelle .....	p.68
2. Grossesse et complétude narcissique .....	p.69
<b><u>PARTICULARITÉS DES GROSSESSES À L'ADOLESCENCE</u></b> .....	p.70
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	p.70
<b>II. APPROCHE SOCIO-CULTURELLE</b> .....	p.70
1. Facteurs culturels .....	p.70
2. Facteurs liés à l'environnement socio-économique .....	p.71
3. Facteurs environnementaux et politiques .....	p.72

<b>III. APPROCHE MÉDICALE</b> .....	p.74
1. Diagnostic tardif .....	p.74
2. Risque médical .....	p.74
<b>IV. APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE</b> .....	p.75
1. Généralités .....	p.75
2. Grossesse et urgence œdipienne .....	p.76
3. Désir d'enfance .....	p.77
4. Grossesse et réparation .....	p.77
5. Grossesse et jeu sur l'autonomie .....	p.79
6. Grossesse et vérification de l'intégrité corporelle .....	p.79
7. Grossesse et mise en danger du corps .....	p.80
8. Grossesse et évitement de la sexualité .....	p.80
<b>V. PARTICULARITÉS DE L'IVG</b> .....	p.81
1. Approche socio-économique .....	p.81
2. Approche psychopathologique .....	p.82
2.1. Fonction matricide de l'avortement .....	p.82
2.2. Avortement et enfant œdipien .....	p.83

<b>OBSERVATIONS CLINIQUES</b> .....	p.84
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	p.84
<b>II. MÉTHODOLOGIE</b> .....	p.85
1. Présentation du travail .....	p.85
2. Objectifs .....	p.86
<b>III. PRÉSENTATION ET INTERPRÉTATION DE SIX OBSERVATIONS CLINIQUES</b> .....	p.87
1. Lucie .....	p.87
2. Karell .....	p.91
3. Sophie .....	p.94
4. Roselyne .....	p.99
5. Marianne .....	p.102
6. Aline .....	p.105
<b>DISCUSSION</b> .....	p.109
<b>I. DISCUSSION DE LA MÉTHODOLOGIE</b> .....	p.109
1. Type de méthodologie .....	p.109
2. Une population hétérogène .....	p.110

<b>II. DISCUSSION DU CONTEXTE SOCIAL ACTUEL .....</b>	<b>p.111</b>
1. Notion de précocité .....	p.111
2. Réprobation sociale .....	p.112
3. Risque psychosocial .....	p.112
<b>III. DISCUSSION DES DÉTERMINANTS DES GROSSESSES À L'ADOLESCENCE .....</b>	<b>p.113</b>
1. Généralités .....	p.113
2. Représentations erronées .....	p.114
2.1. Connaissance adaptée de la sexualité et de la contraception .....	p.114
2.2. Précocité de la sexualité .....	p.115
3. Désir de grossesse, désir d'enfant chez l'adolescente .....	p.116
3.1. Grossesse et réparation .....	p.116
3.2. Grossesse symptomatique du processus d'adolescence .....	p.117
3.3. Particularités de l'IVG .....	p.118
<b>IV. PERSPECTIVES .....</b>	<b>p.119</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>p.121</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>p.123</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>p.133</b>



**TABLE DES MATIÈRES** ..... p.138

**SERMENT D'HIPPOCRATE** ..... p.146

# **SERMENT D'HIPPOCRATE**

**En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.**

**Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.**

**Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.**

**Je serai reconnaissante envers mes maîtres et solidaire moralement de mes confrères. Consciente de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.**

**Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.**

---

**BRESCHET-GIRARDOT A. Grossesse à l'adolescence : regards extérieurs, nécessités internes. Thèse médecine, psychiatrie ; Limoges 2008**

---

**RÉSUMÉ :**

Dans notre société, les grossesses chez les mineures sont souvent évoquées en termes de drames voire de catastrophes. Sans pour autant passer à un optimisme total, il semble que les connaissances actuelles permettent de reconsidérer et de nuancer cette analyse.

Ce travail de type monographique rassemble la présentation et la lecture psychodynamique de six cas cliniques d'adolescentes enceintes ou ayant eu récemment recours à une interruption volontaire de grossesse. A partir de ces observations, ce travail permet de percevoir la complexité et la diversité des situations regroupées sous le vocable commun « grossesse adolescente ».

Loin des explications simplistes et réductrices souvent avancées par la société mais aussi par l'adolescente elle-même, nous avons également cherché à mettre en évidence les déterminants intervenant dans la survenue d'une grossesse et leur articulation avec le processus d'adolescence.

Enfin, en apportant quelques éléments de compréhension des grossesses à l'adolescence, nous espérons que ce travail permettra un accompagnement plus adapté des jeunes filles quelle que soit l'issue de leur grossesse.

---

**DISCIPLINE :** Médecine

**SPÉCIALITE DOCTORALE :** Psychiatrie

---

**MOTS CLÉS :** Grossesse, Adolescence, Désir enfant, Contraception, IVG

---

**U.F.R. Médecine**

**2, rue du docteur Marcland**

**87025 LIMOGES CEDEX**

---