

Les maternités adolescentes en centre maternel : expériences vécues et prise en charge

Le discours public concernant la sexualité des jeunes et la question des grossesses adolescentes s'oriente massivement autour de deux thèmes : la contraception et l'interruption volontaire de grossesse. La réalité du vécu de ces mères mineures est généralement laissée dans l'ombre. En outre, les spécificités de ces maternités nécessitent de penser les accompagnements de façon adaptée aux processus adolescents d'une part et aux processus inhérents à la parentalité d'autre part.

Par **Charlène Guéguen**,
psychologue clinicienne,
docteure en psychologie clinique
et chercheuse associée
au sein du **laboratoire PCPP**
de l'**université Paris Cité**.

La grossesse adolescente interpelle, inquiétant la société et le monde scientifique. Notre société n'encourage pas à donner la vie trop tôt du fait de la maturité psycho-affective que nécessite la prise en charge et l'éducation d'un enfant. La grossesse chez la jeune fille vient court-circuiter la transition entre la puberté et l'âge adulte. Deux étapes importantes se télescopent, l'adolescence et la maternité, occasionnant une plus grande vulnérabilité psychique et confrontant l'adolescente à une double crise maturative.

En France, en 2016, plus de 12739 enfants sont nés de mères âgées de moins de 20 ans, dont 1446 en Île-de-France et 135 dans le département de Paris (Cellule des certificats de santé, Service de la protection maternelle et infantile, Direction des familles et de la petite enfance de Paris).

L'étude présentée dans ce numéro a été menée auprès d'une dizaine de jeunes mères adolescentes. Elle a permis d'analyser le vécu subjectif de l'accès à la maternité ainsi que d'évaluer la qualité des interactions mère-enfant un à deux ans après l'accouchement.

Concilier les exigences de sa propre croissance psychique en tant que mère adolescente avec celles de l'adaptation aux besoins du bébé nécessite souvent des appuis dans un cadre adapté. Pour y parvenir, il est essentiel d'offrir à l'adolescente et au bébé, un espace favorable pour répondre à leurs besoins et permettre à la jeune mère de développer les représentations psychiques indispensables à la constitution d'un lien de bonne qualité avec le bébé en incluant, lorsque cela est possible, le père et les grands-parents.

Bien souvent ces grossesses surviennent dans un contexte de désir, ambivalent pour certaines, d'avoir un enfant et de faire famille. Ce désir de faire famille est un élément central dans l'accompagnement par les professionnels qui doivent concilier, d'une part, le soutien de la fonction maternelle et du nouveau noyau familial, et d'autre part, l'accompagnement des processus adolescents à l'œuvre et les enjeux en termes de protection de l'enfance. Quant au soutien de la fonction paternelle et de la relation conjugale, il apparaît souvent au second plan dans les prises en charge.

MOTS CLÉS

GROSSESSE – ADOLESCENCE – MATERNITÉ –
CENTRES MATERNELS – CONJUGALITÉ

Le souhait de faire famille

Le sujet des maternités adolescentes est particulièrement récent puisque ce concept n'est apparu dans la littérature qu'à partir des années 1970. Les études historiques se penchaient sur la « maternité illégitime » ou le « phénomène des filles-mères » [1]. Celles-ci étaient alors considérées comme appartenant à des milieux sociaux populaires, souvent présentées comme ayant des grossesses à haut risque de mortalité infantile et incapables de répondre aux besoins de leur enfant. Même si ces représentations sociétales ont évolué, le regard porté sur ces jeunes mères en reste imprégné.

De nos jours, la survenue d'une grossesse à l'adolescence est immédiatement associée à un défaut d'information sur les méthodes de contraception. Les études de ces dernières années montrent que les premiers rapports sexuels ont lieu en moyenne à l'âge de 17 ans. L'âge du premier rapport se répartit différemment selon les sexes : 21 % des garçons et 10 % des filles ont eu leur premier rapport à l'âge de 15 ans ou moins. Les études ont montré que le niveau de scolarité avait une influence : les adolescents de lycée professionnel ont des relations plus précoces que les adolescents scolarisés en lycée général [2,3]. Chez les jeunes mères rencontrées dans le cadre de la recherche, les premiers rapports sexuels se situent en moyenne entre 14 et

16 ans. Pour la moitié, elles avaient déjà eu des rapports avec un partenaire précédent avant d'avoir des relations sexuelles avec le partenaire de la grossesse. La majorité des mères rencontrées n'utilisaient pas de moyen de contraception ou bien partiellement. Une seule adolescente de l'étude semblait concernée par une réelle méconnaissance de l'utilisation et de l'existence de la contraception, en lien aussi avec des questions culturelles et religieuses. En revanche, pour les autres adolescentes qui n'utilisaient pas ou très peu la contraception, il s'agissait plus d'un choix, parfois assez ambivalent, que d'une réelle méconnaissance. Ainsi, la survenue de la grossesse ne semble pas s'expliquer uniquement par une méconnaissance des méthodes de contraception. L'hypothèse du lien entre le manque d'information sur la contraception et la survenue de la grossesse à l'adolescence a souvent été mise en avant dans le passé mais n'apparaît plus dominante aujourd'hui [4].

Lors des entretiens passés avec les jeunes femmes, le rapport très ambivalent vis-à-vis de la grossesse se perçoit bien. En effet, ces grossesses sont souvent venues prendre un sens particulier dans leur histoire. Comme le souligne M. Bydlowski [5], il y a autant de grossesses adolescentes que d'adolescentes enceintes. Ainsi, pour certaines d'entre elles, la maternité semble avoir permis une forme de réparation narcissique. L'enfant peut alors s'inscrire comme objet d'amour pour

une mère ayant des carences affectives liées à des ruptures ou des dysfonctionnements familiaux [6]. La grossesse est ainsi investie comme un comblement narcissique et une réparation de leur vécu abandonnique. Deux des jeunes mères rencontrées étaient prises en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) avant le début de leur grossesse. Elles décrivent toutes les deux un parcours de violences et de maltraitements de la part de leur mère et l'absence de la figure paternelle.

Pour une autre partie de l'échantillon, l'irruption de la grossesse peut être perçue comme une réponse à des conflits internes non résolus. Ainsi, l'impossibilité d'élaborer ces conflits pousse l'adolescente à vivre dans l'immédiat son désir d'enfant et à tester sa capacité procréatrice dans une forme de reprise de contrôle [7].

Le double accompagnement de la mère et de l'adolescente

Dans certains cas, la survenue de la grossesse provoque des attentes idéales de réparation d'une histoire familiale douloureuse. Ainsi, pour la majorité des jeunes mères rencontrées, la maternité s'accompagne au moment du début de la grossesse d'un souhait de création d'un couple et d'une famille. Même si les représentations concernant la maternité adolescente portent peu sur la vie conjugale, des études font part de quelques caractéristiques communes. Certains auteurs ont notamment décrit des particularités relationnelles concernant la relation avec le père de l'enfant en fonction de l'âge des adolescentes enceintes. Pour les adolescentes âgées entre 14 et 16 ans, la grossesse serait vécue de façon plus solitaire, les partenaires ne poursuivant pas souvent la relation amoureuse et ne reconnaissant généralement pas l'enfant. La jeune peut parfois elle-même maintenir le compagnon à l'écart [5]. Le vrai « couple », ou plutôt le couple coparental, serait alors davantage représenté par l'adolescente et sa propre mère [3].

Dans la recherche menée, plus de la moitié des jeunes femmes étaient dans une relation de couple. Dans trois situations, il s'agissait du compagnon qui est également le père de l'enfant. Celui-ci a la plupart du temps une place active auprès de la mère et de leur enfant. Parmi les jeunes mères qui ont participé à l'étude, dont la majorité sont en situation de rupture avec leur propre famille, certaines d'entre elles expriment le souhait de création d'une nouvelle entité familiale, en opposition à leur environnement familial défaillant. C'est alors une nouvelle famille qui est créée avec le



MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

La recherche étudie l'expérience subjective de la maternité chez des adolescentes. Elle vise à mettre en perspective les processus psychodynamiques à l'œuvre chez la jeune mère et à évaluer la qualité de la relation mère-bébé dans le cas de maternité adolescente suivie en centre maternel. L'étude s'est intéressée pour cela à l'entourage et à la qualité de l'environnement y compris des prises en charge médicales et sociales des jeunes mères et de leur enfant. En conséquence, la recherche a choisi de se pencher spécifiquement sur les profils de jeunes mères en situation d'isolement et ne bénéficiant pas du soutien de leur famille.

Les six dyades mère-enfant de l'étude ont été recrutées sur quatre centres maternels et un centre parental répartis dans quatre départements de la région francilienne. Les adolescentes étaient devenues mères entre 15 et 17 ans et les enfants avaient entre 15 et 23 mois au moment de l'enquête.

La recherche s'est appuyée sur différents outils méthodologiques :

- des entretiens semi-structurés réalisés auprès des jeunes mères ;
- un questionnaire de Recueil des données socio-démographiques ;
- l'échelle du BDI-2 - Inventaire de dépression de Beck ;
- l'échelle d'Anxiété – Trait – État de Spielberger (STAI-Y) ;
- une observation filmée d'un temps de jeu mère-enfant analysée à l'aide du Coding Interactive Behavior (évaluation du profil des interactions précoces pour des enfants de 2 à 36 mois).

Cette étude a privilégié la dimension qualitative des données recueillies à travers une approche d'analyse clinique singulière.

compagnon mais aussi avec les figures symboliquement parentales qu'elles trouvent au sein des centres maternels dans lesquels elles sont accueillies et qui viennent constituer ce nouveau réseau de liens affectifs. Dans l'ensemble, ces adolescentes ont montré qu'elles étaient souvent désireuses d'investir une vie de couple stable avec le père de leur enfant. Ce constat contraste avec le peu d'accompagnement existant en vue de soutenir la fonction paternelle dans le cadre des prises en charge en centre maternel. Une seule des mères rencontrées a pu exprimer avoir consciemment voulu laisser le père de côté en ne l'informant pas de sa grossesse.

Pour les équipes des centres maternels qui accueillent ces jeunes femmes, concilier les enjeux de protection de l'enfance et la prise en compte des situations conjugales de ces jeunes femmes n'est pas aisé. Particulièrement lorsque les compagnons sont plus âgés, les professionnels craignent la survenue de situations d'emprise psychologique et/ou de violences physiques chez ces jeunes couples. Ces risques apparaissent d'autant plus importants que ces jeunes femmes présentent de grandes fragilités du fait de leur histoire familiale difficile. Dans l'étude, une mesure d'éloignement du conjoint avait, par exemple, été mise en place par l'ASE pendant la grossesse d'une des mères. En effet, des craintes portaient sur le fait que le conjoint, bien plus âgé, puisse profiter de sa relation avec cette adolescente pour obtenir des papiers français. Finalement, les deux conjoints, dont les familles venaient pratiquement du même village dans leur pays d'origine, se sont avérés être un couple très stable et durable les années qui ont suivi. Cet exemple montre bien que les références culturelles quant aux différences d'âge dans un couple ou l'âge de la maternité sont également à considérer dans nos représentations. Enfin, selon une approche plus sociologique et historique, la difficulté à concevoir la vie conjugale de ces jeunes femmes s'appuie également sur des schémas sociétaux ancestraux concernant la dimension transgressive de la présence d'une sexualité active chez une femme encore mineure. Ces représentations sur le couple ont évidemment un impact sur la façon dont penser l'accueil du père de l'enfant au sein des centres maternels.

Le soutien de la fonction maternelle et de la dimension du « faire famille » chez ces jeunes femmes qui ont vécu de multiples ruptures se retrouve donc parfois dans la création d'une vie conjugale avec le père de l'enfant, mais également par la création de liens avec

l'équipe du centre maternel. En effet, les professionnels sont souvent présentés par les jeunes femmes de l'étude comme prenant une place que nous pourrions qualifier de substituts parentaux. Ainsi, le soutien contenant et parfois maternant apporté par les professionnels dans le quotidien de ces jeunes mères (les aider à se lever le matin pour aller au lycée, les accompagner dans leur scolarité, etc.) a souvent favorisé la capacité de ces adolescentes à être soutenance et contenant pour leur bébé.

La dimension structurante et constante de l'équipe a aussi ouvert la possibilité pour ces adolescentes d'exprimer des mouvements d'opposition, dans des modalités parfois conflictuelles, afin de poursuivre leurs processus d'individualité et de séparation propres à l'adolescence. Ces mouvements d'opposition ne pouvaient prendre place dans des environnements familiaux trop fragiles et destructeurs. Ainsi, les équipes peuvent se retrouver tiraillées entre ces mouvements typiquement adolescents et la posture plus adulte de ces jeunes femmes à travers le déploiement de leur fonction maternelle et la création de leur statut conjugal et familial.

Spécificités et continuité de la prise en charge

Chez les jeunes mères rencontrées, les situations d'autonomisation forcée face à l'arrivée de la maternité et au rejet parental pouvaient par la suite laisser place à une forme de régression et de récupération partielle de la place adolescente dans les centres maternels. Le cadre contenant apporté par la prise en charge permet également le déploiement sécurisé des mouvements conflictuels de la problématique adolescente. Ces processus régressifs que l'on retrouve dans la plupart des dispositifs de prises en charge mère-bébé, et qui apparaissent d'autant plus marqués chez de très jeunes mères, représentent un défi de taille pour les structures. Comme l'ont souligné à plusieurs reprises les équipes de professionnels, l'enjeu principal consiste à trouver le juste équilibre entre la demande de responsabilisation de la jeune dans son rôle de mère et l'accueil des mouvements psychiques liés au processus adolescent.

Face à ce constat, la question de la spécificité des lieux de prise en charge se pose. En effet, l'ensemble des mères rencontrées



DES ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE PROTECTION DE L'ENFANCE

Des enjeux psychosociaux

Plusieurs études soulignent le caractère vulnérable des grossesses adolescentes notamment sur le plan psychopathologique avec une prévalence plus forte des dépressions et avec une déscolarisation importante (Chapelier, 2000).

Des enjeux périnataux

La littérature tend à démontrer que les grossesses adolescentes sont caractérisées essentiellement par un risque majeur d'accouchement prématuré et de naissance d'enfants de faible poids (Khashan *et al.*, 2010 ; Berrewaerts, 2006 ; Godeau, 2008 ; Sheidegger, 2007 ; Moutquin, 2003).

Ce phénomène s'expliquerait par l'immaturation biologique de ces jeunes filles ainsi que par la découverte tardive de la grossesse qui n'a pas toujours permis d'effectuer les examens nécessaires au bon déroulement de l'accouchement. L'incidence de ces risques s'infléchit sous l'influence d'un suivi optimal pendant la grossesse (Khashan *et al.*, 2010).

Des enjeux liés au développement de l'enfant

Un retard de développement psychomoteur est davantage noté chez les enfants issus de grossesse mineure comparés aux enfants issus de grossesse adulte (Goossens, 2015).

Une étude conduite autour de 45 mères adolescentes a constaté un taux de maltraitance de 33 % après deux ans seulement (Flanagan, 1995). Il est intéressant de souligner que l'essentiel du comportement maltraitant est associé au fait d'avoir été maltraité et non pas d'avoir été une mère adolescente. Une prise en charge de qualité peut ainsi éviter une répétition du comportement maltraitant (Noria *et al.*, 2007).

Les enfants concernés sont plus susceptibles de présenter des troubles psychopathologiques liés aux difficultés de certaines mères à fournir à l'enfant le soutien émotionnel essentiel à un développement favorable (Osofsky *et al.*, 1993).

**POUR ALLER PLUS LOIN****La recherche**

- GOLSE B., MISSONNIER S., GUÉGUEN C., KACI M. (2023). Étude qualitative de l'expérience subjective de la maternité chez des adolescentes en Île-de-France. ONPE, rapport final [\[en ligne\]](#)
- Webconférence « Les enjeux de la maternité adolescente », Articulier recherches et pratiques, 6 avril 2023 [\[voir la vidéo ↗\]](#)

D'autres travaux scientifiques

- BERGONNIER-DUPUY G. et GANNE C. (2011). Le devenir des enfants ayant été accueillis en centre maternel avec leur mère au cours de leurs premières années de vie. [\[en ligne\]](#)
- GANNE C. (2017). Les interactions parents-enfants-professionnels en centre parental : contextes institutionnels, processus et effets. Université de Paris Nanterre. [\[en ligne\]](#)

Sur les pratiques

- Fiche dispositif sur l'ancien centre parental « Aire de Famille » créé à Paris en mars 2004 et premier centre parental français [\[en ligne\]](#)

étaient accueillies dans des centres maternels destinés à des mères de tous les âges et donc non adaptés à des mères adolescentes. Ces structures dédiées sont d'ailleurs rares dans le réseau des centres maternels existants.

Des auteurs ont mis en avant l'importance de dispositifs spécifiques pour les adolescents, répondant aux caractéristiques des problématiques psychiques à l'œuvre. Le fragile équilibre entre la satisfaction des besoins de dépendance et les besoins de maturation de la personnalité est notamment central dans la façon de penser ces services de soin dédiés aux adolescents [8]. Ainsi, les profils de très jeunes mères nécessitent une réelle adaptation des équipes des centres maternels, pouvant se retrouver parfois en difficulté avec ces problématiques adolescentes qui ne sont pas toujours pensées comme un axe de travail à part entière. Ces spécificités d'accompagnement concernant l'âge de ces jeunes mères doivent co-exister avec le soutien de leur rôle maternel et la vigilance exercée par les professionnels vis-à-vis du bien-être psychique et physique de leur bébé. Pour autant, dans la recherche, après un temps d'adaptation, il semblerait que les mères aient pu trouver un étayage de qualité, leur permettant d'exprimer la conflictualité à l'œuvre sans que celle-ci ne soit synonyme de rupture, et de se laisser aller à une relation de dépendance sécurisante avec les professionnels.

Enfin, un des enjeux majeurs dans l'accompagnement de ces jeunes femmes porte

sur la continuité de la prise en charge après les trois ans de l'enfant. En effet, l'accueil dans la majorité des structures périnatales s'arrête après les trois ans de l'enfant (art. L. 222-5 du Code de l'action sociale et des familles). Or, dans le cas des mères adolescentes, cela signifie la nécessité d'être autonome très jeunes alors qu'il existe peu de dispositifs pour les dyades mère-enfant comprenant un enfant de trois ans et plus. Cet enjeu est d'autant plus important que ces jeunes mères peuvent désirer poursuivre leurs études, ce qui peut être difficilement compatible avec l'autonomie d'un enfant de trois ans, notamment pour les profils de mères ayant peu de soutien familial. Les logements attribués par le CROUS aux étudiants ne permettent généralement pas d'accueillir des mères avec leurs enfants. Il faut aussi souligner que les étudiants ne sont pas prioritaires pour obtenir un logement HLM. La question de la poursuite de la prise en charge de ces jeunes mères pendant leurs études supérieures manque cruellement de dispositifs adaptés et oblige une intégration professionnelle précoce.

Il s'agit ainsi de pouvoir penser la mise en place de structures permettant la poursuite des soins pour ces mères après les trois ans de l'enfant. Les centres maternels recevant des mères adolescentes pourraient à cet égard disposer d'un accueil spécifique prolongé du fait de leur très jeune âge afin d'assurer une continuité dans les soins et les prises en charge. ■



Observatoire national de la protection de l'enfance

Publication gratuite éditée par l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) au sein du GIP France Enfance Protégée.

Direction de la publication : Pierre Stecker • Responsable de la rédaction : Marion Cerisuela • Coordination de la rédaction : Caroline Touraut • Relecture : Canelle Campanella • Mise en page : Alexandra Fisch • Dépôt légal : novembre 2023 • ISSN 2780-6847

Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE), BP 30302, 75823 Paris Cedex 17.

www.onpe.gouv.fr

**RÉFÉRENCES**

- [1] LE DEN M. (2014). *Grossesses et maternité à l'adolescence : Socio-histoire d'un problème public. Logiques sociales*. L'Harmattan.
- [2] ROS C. (2001). Sexualité, grossesse et IVG, données épidémiologiques. *Revalidanté, revue de médecine et de santé de l'adolescent*, 2.
- [3] DADOORIAN D. (2007). *Grossesses adolescentes*. Érès.
- [4] JACQUEMOND M., MACHROUH S., MAREAU J. (2019). Quand maternité et scolarité se croisent. L'expérience du service d'accompagnement des mères lycéennes. *Enfances et Psy*, 4, 88-98.
- [5] BYDLOWSKI M. (1993). Le désir d'enfant chez l'adolescente enceinte. Dans W. PASINI, F. BEGUIN, M. BYDLOWSKI, E. PAPIERNIK. *L'adolescente enceinte*. Médecine et Hygiène, 21-26.
- [6] BETTOLI L. (2003). Parents mineurs : la grossesse, facteur de maturation pour les jeunes parents ? Quels risques comporte-t-elle ? Quels accompagnements à Genève ? *Thérapie familiale*, 24, 179-191.
- [7] ROUVEAU F. et SFEIR M. (2013). Comment s'inscrivent la grossesse et la maternité... dans le développement des adolescentes ? Dans C. BAUBY. *Les enjeux du développement de l'enfant et de l'adolescent : Apports pour la PMI*. Érès, 163-184.
- [8] JEAMMET P. (2002). Spécificités de la psychothérapie psychanalytique à l'adolescence. *Psychothérapies*, 22, 77-87.