

Ecole de Maïeutique

**LA PRISE EN CHARGE MEDICO-PSYCHO-
SOCIALE DE MINEURES ENCEINTES
PAR LES SAGES-FEMMES**
Etude qualitative réalisée à Marseille

Présenté et publiquement soutenu

Le 26 Avril 2019

Par

ATTOUMANI Fatima

Née le 06 Mai 1995 à Marseille

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année universitaire 2018/2019

Membres du jury :

- Boissier Estelle, Sage-femme enseignante
- Desvignes Amina, Sage-femme praticienne (directrice de mémoire)
- Janvier Elsa, Sage-femme praticienne

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole de Maïeutique

**LA PRISE EN CHARGE MEDICO-PSYCHO-
SOCIALE DE MINEURES ENCEINTES
PAR LES SAGES-FEMMES**
Etude qualitative réalisée à Marseille

ATTOUMANI Fatima

Née le 06 Mai 1995 à Marseille

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme

Année universitaire 2018-2019

Validation 1^{ère} session 2019 : **oui** ☐ **non** ☐

Mention : Félicitations du Jury ☐

Très bien ☐

Bien ☐

Assez bien ☐

Passable ☐

Validation 2^{ème} session 2019 : **oui** ☐ **non** ☐

Mention :

Visa et tampon de l'école

**LA PRISE EN CHARGE MEDICO-PSYCHO-
SOCIALE DE MINEURES ENCEINTES
PAR LES SAGES-FEMMES**

Etude qualitative réalisée à Marseille

Remerciements

Je tiens principalement à remercier Amina Desvignes pour avoir accepté de diriger mon mémoire, pour son accompagnement, sa bienveillance et son entière disponibilité.

Aux sages-femmes qui ont porté de l'intérêt à mon sujet et qui m'ont accordé de leur précieux temps pour me recevoir.

À toute l'équipe enseignante de l'EU3M pour leurs enseignements tout au long de la formation.

À mes copines de promotion qui ont fait de ces 5 années, des années inoubliables : la TeaTeam, Linda, Sabrina et Eva... Merci mes belles.

À mon binôme pour nos mémorables années PACES et notre longue amitié sans faille.

Évidemment un immense merci à mes parents, Marie et mes petits frères pour leur énorme soutien durant ma formation et leur amour inconditionnel. Merci de m'avoir supportée et de me supporter chaque jour qu'il fasse. Sans vous je n'en serais sûrement pas là.

Enfin, au reste de ma famille et de mes amis, présents de près ou de loin, merci d'avoir su trouver les mots lorsque la motivation n'était pas au rendez-vous.

Table des matières

AVANT-PROPOS

INTRODUCTION	1
Contexte législatif.....	2
Epidémiologie	3
Enjeu médico-social.....	3
MATERIELS ET METHODES	5
1. Etude compréhensive et qualitative.....	6
1.1 Entretien compréhensif selon JC. KAUFMANN.....	6
2. Recueil de données	6
3. La population étudiée	7
3.1 Les critères d'inclusion.....	7
3.2 Les critères de non-inclusion	7
3.3 Les critères d'exclusion	7
4. Les entretiens	7
RESULTATS	9
Rubrique 1. Connaissances générales sur l'aspect médico-légal de la prise en charge des mineures.....	11
1.1Aspect législatif	12
1.2 Aspect médical	12
Rubrique 2. Environnement psycho-social de la patiente mineure	13
2.1 Le profil des mineures établi par les sages-femmes.....	14
2.2 Influence familiale et/ou culturelle.....	14
Rubrique 3. Connaissances des sages-femmes sur le réseau médico-psycho-sociale dans la prise en charge des mineures.....	16
3.1. Les acteurs impliqués dans la prise en charge des mineures	17
3.2. Les moyens mis à disposition dans les services	18
Rubrique 4. Accompagnement psycho-social spécifique aux patientes mineures par les sages-femmes	19
4.1 Le positionnement des sages-femmes face à des patientes mineures	20
4.2 Les difficultés des sages-femmes dans l'accompagnement psycho-social des patientes mineures	21

Rubrique 5. Propositions d'amélioration de la PEC « médico-psycho-sociale » par les sages-femmes.....	23
5.1 Propositions d'améliorations par les sages-femmes dans la prise en charge « MPS » des mineures : en Pré-partum	24
5.2 Propositions d'améliorations par les sages-femmes dans la prise en charge « MPS » des mineures : en Post-Natal	25
ANALYSE & DISCUSSION	26
Biais et limites	27
1. Connaissances générales sur l'aspect médico-légal des patientes mineures	28
1.1 Connaissances législatives limitées.....	28
1.2 Les grossesses précoces : à risque médical ou à risque psychosocial ?.....	29
2. Environnement psycho-social des patientes mineures enceintes	30
2.1 Les représentations des mineures enceintes sont diverses	30
2.2 Impact culturel	30
3. Acteurs et moyens mis à disposition dans les services pour les mineures.....	31
4. Accompagnement psycho-social par les sages-femmes	31
4.1 Les différents modes d'accompagnement psycho-social	31
4.2 Le soutien social, rôle essentiel de la sage-femme.....	32
5. Propositions d'amélioration de la PEC « médico-psycho-sociale » par les sages-femmes.....	33
5.1 Suivi de grossesse : consultations mensuelles multidisciplinaires	33
5.2 Former les sages-femmes à la prise en charge psycho-sociale	34
5.3 Créer des structures spécifiques : pour un suivi optimal en post-natal	34
BIBLIOGRAPHIE.....	37
ANNEXES	40
GLOSSAIRE	49

AVANT-PROPOS

« Faits divers : Marseille : une ado de 15 ans accouche d'un bébé mort-né et le jette à la poubelle

Selon nos informations, les enquêteurs de la brigade des mineurs de la sureté départementale ont été saisis hier soir d'une affaire particulièrement macabre. Tout a démarré quand une jeune fille de 15 ans s'est présentée dans la journée à l'hôpital Saint Joseph, souffrant d'une importante hémorragie. Rapidement, les médecins ont saisi d'où provenait son problème de santé et l'adolescente n'a eu d'autre choix que d'admettre qu'elle avait accouché la veille dans des conditions plus que précaires, chez une de ses amies [...]. Elle a également assuré que le nouveau-né, qui avait un peu plus de 6 mois à son arrivée au monde, était inanimé. Alors, selon nos sources, la jeune fille l'a enveloppé dans un sac plastique et jeté dans un conteneur à poubelles du quartier.

Rapidement, une forte mobilisation des services de police et des agents de Marseille Provence Métropole s'est mise en place pour retrouver le fœtus, finalement découvert vers 21h au centre de déchets [...] La très jeune maman, toujours hospitalisée, pourrait être poursuivie pour "meurtre". » (La Provence, 2018)

La grossesse chez les mineures est un sujet toujours d'actualité. J'ai rencontré cette jeune fille lors d'un de mes stages en 4^{ème} année de la formation de maïeutique. Son histoire, brièvement relaté dans le fait divers, m'a interpellé. Compte tenu de mes expériences en stage et des rencontres de jeunes femmes mineures enceintes dans divers établissements de santé, j'ai donc voulu traiter sur ce sujet-là pour ce mémoire.

Au-delà du scandale qu'a provoqué l'issue de cet accouchement, cette affaire nous a questionné et suscité des interrogations :

- Comment cette jeune fille est-elle arrivée à de telles extrémités ?
- Que faire en amont pour éviter une telle situation ?
- Quelles actions, les sages-femmes auraient-elles pu mener pendant le suivi de grossesse, pour éviter une telle situation ?

Il nous a paru essentiel de mettre en avant les connaissances, le travail et le vécu des sages-femmes dans ce mémoire.

Vous trouverez donc dans ce mémoire, le fruit d'un travail formateur en termes de connaissances théoriques (notamment concernant la législation actuelle des mineurs en France et l'épidémiologie) et enrichissant sur le plan personnel.

INTRODUCTION

« Si les grossesses des adolescentes constituent un phénomène de faible ampleur statistique, elles n'en constituent pas moins une réalité qui mérite d'être étudiée. » (Le Van, 2006)

Contexte législatif

En France, « *le mineur est l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de dix-huit ans accomplis* ». (Art. 388 du Code Civil)

Ainsi, en dessous de ce seuil d'âge, une personne mineure est considérée comme incapable d'exercer ses droits. Ce régime de protection garantit à la fois une sécurité juridique au mineur mais rend l'adolescent inapte de ses capacités naturelles, de ses capacités de jouissance. L'adolescence est une période marquée par une valse hormonale et des changements physiques chez l'enfant/le jeune adulte entre 10 et 19 ans. (Organisation Mondiale de la Santé., 2018).

La jeune femme mineure enceinte et capable de discernement, à qui la poursuite de la grossesse lui été refusé par ses représentants légaux, était un cas délicat qui arrivait assez fréquemment. Car jusqu'en 2016, l'autorisation parentale ou du représentant légal a longtemps été indispensable à la dispensation de soins octroyés à la patiente mineure par les sages-femmes :

« L'autorité parentale appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, [...] Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité » (Art. 371-1 du Code Civil, 2013).

Anciennement, le seul motif pour la sage-femme lui permettant de déroger à cette loi était l'extrême urgence. Dans le cadre d'un accouchement d'une personne mineure non accompagnée du ou des titulaires de l'autorité parentale, la sage-femme devait saisir le Procureur de la République, lequel a le pouvoir souverain (Art 1^{er} du 23 Décembre 1970)

Désormais le contexte législatif actuel dépend de l'article 371-1 du Code Civil abrogé par la loi de modernisation du système de santé. Cette loi stipule que la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. (Art. L1111-5 du Code de Santé Publique, 2016)

Ainsi depuis Janvier 2016, la réalisation de soins auprès de patientes mineures et à l'insu des titulaires de l'autorité parentale peut se faire sous ces deux conditions :

- La patiente mineure fait la demande et persiste dans son refus de consulter ses parents (la sage-femme doit tout de même s'efforcer de recueillir le consentement écrit des représentants légaux de la patiente/parturiente)

- La patiente mineure doit alors se faire accompagner par une autre personne majeure de son choix.

Cette loi permet aux sages-femmes de prendre en charge pleinement les mineures autant dans le cadre d'un suivi gynécologique qu'obstétrical en dehors de toute pathologie.

Epidémiologie

D'après le rapport annuel du Groupe de la Banque Mondiale (2017), le taux de fertilité chez les adolescentes, c'est-à-dire, le nombre de naissances chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans est de 44,1 pour 1000 dans le monde. Tandis qu'en France, ce taux est de 9 à 10 naissances sur 1000 chez des adolescentes, soit 1% des naissances. Depuis 1995, cet indicateur statistique montre que ce taux de fertilité stagne en France.

« La fécondité des mineures est un phénomène démographique relativement absent des études. »
(Le Den, 2012)

On constate un manque de données chiffrées relatives à la mesure de la fécondité des jeunes femmes mineures et une inexistence totale de statistiques concernant les filles de moins de 15 ans, et cela de l'échelle mondiale à l'échelle communale. Aucune publication offre un état des lieux des grossesses menées à terme en dessous de l'âge de 15 ans. Ceci pouvant être justifié par le contexte juridique actuel, qui fixe l'âge du consentement sexuel à 15 ans (Art. 227-25 du Code Pénal, Août 2018).

Au cours de l'étude, nous avons effectué un recensement des naissances de mères mineures dans les centres hospitaliers universitaires (C.H.U.), sur ces deux dernières années. Les C.H.U. comptabilisent près de la moitié des naissances à Marseille (12 600 naissances au total à Marseille).

(Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (I.N.S.E.E.), 2018).

En 2016, 55 femmes sur 5484 femmes, ayant donné naissance à un enfant vivant, étaient mineures le jour de l'accouchement, soit 1% des parturientes. En 2017, sur 5647 femmes ayant donné naissance à un enfant vivant, 67 femmes étaient mineures, soit 1,2 % des parturientes. Le taux à Marseille est similaire à celui de la France (Groupe de la Banque Mondiale, 2017).

Enjeu médico-social

Ces grossesses ont longtemps été considérées par les médecins comme étant à risque sur le plan obstétrical, fœtal, néonatal et psychologique.

Cependant, les études cliniques actuelles contredisent ces anciennes données. Les complications obstétricales (menace d'accouchement prématuré, hypertension artérielle, pré éclampsie,

hématome rétro-placentaire...) et néonatales (petit poids pour l'âge gestationnel, retard de croissance intra-utérin...) sont moindres dès lors qu'il existe une prise en charge spécifique de ces jeunes mères, notamment un bon encadrement social (Malabarey, 2012). D'où l'intérêt d'un suivi soutenu chez la mineure enceinte.

« Les compétences psycho-sociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large, en termes de bien-être physique, mental et social. » (OMS, 1993)

L'accompagnement psycho-social fait partie des compétences de la sage-femme qui est en première ligne devant le suivi obstétrical des patientes mineures. Les remaniements physique et hormonal des jeunes femmes en pleine puberté, font d'elles des personnes vulnérables, pour qui la prise en charge doit être tant sur le plan du psychique que du somatique.

Ainsi, les maternités sont d'accord sur le fait que les grossesses chez les mineures nécessitent une prise en charge médicale et psycho-sociale spécifique. Il est alors important de savoir ce qu'il en est de cette prise en charge spécifique du point de vue des sages-femmes.

La question de recherche soulevée est : Quelles sont les éventuelles difficultés rencontrées par les sages-femmes exerçant à Marseille lors de la prise en charge médico-psycho-sociale de mineures enceintes ? Et quelles sont les améliorations que peuvent proposer ces sages-femmes quant à cette prise en charge ?

Les objectifs principaux sont :

- Repérer les éventuelles difficultés rencontrées par les sages-femmes de Marseille liées à la prise en charge médico-psycho-sociale des mineures enceintes
- Identifier les axes d'amélioration que proposent ces sages-femmes dans cette prise en charge.

L'objectif secondaire est :

- Rechercher l'incidence des nouvelles dispositions juridiques dans l'accompagnement des mineures enceintes par les sages-femmes

MATERIELS ET METHODES

Le chercheur *«doit être suffisamment immergé dans le terrain pour comprendre les significations que les acteurs attachent à leur action, et suffisamment détaché pour développer une analyse permettant de rendre compte de ce qui est observé »* (Groulx, 1999)

1. Etude compréhensive et qualitative

Il s'agit d'une étude compréhensive qui se veut d'expliquer, de comprendre les comportements et interactions entre sage-femme et patiente mineure.

Les objectifs de l'étude sont de repérer les éventuelles difficultés liées à la prise en charge médico-psycho-sociale des mineures enceintes rencontrées par les sages-femmes et que ces dernières établissent des axes d'amélioration quant à cette prise en charge. Intuitivement, le processus d'accompagnement psycho-social par les sages-femmes doit être connu. Il a semblé pertinent de répondre à ses objectifs par la méthode d'enquête qualitative de J.C. Kaufmann.

1.1 Entretien compréhensif selon JC. KAUFMANN

Etablissons quelques notions sur l'entretien compréhensif. L'entretien compréhensif se diffère subtilement de l'entretien semi-directif, celui-ci restant assez rigide sur la grille d'entretien. Au contraire dans l'entretien compréhensif, l'enquêteur se laisse emporter par le vécu de la personne interrogée. Jean Claude Kaufmann (1996) avance même que la meilleure question n'est pas donnée dans la grille : elle est à trouver à partir de ce qui vient d'être dit par l'informateur. Toutefois lors de l'entretien, l'enquêteur intervient par quelques relances, uniquement pour susciter la parole de l'enquêté ou au contraire, afin de le recentrer sur le sujet.

Kaufmann (1996) nous précise qu'à travers cette méthode aisément accessible, l'interviewer n'a besoin que de nouer la conversation autour d'un groupe de questions, puis de savoir tirer du matériau recueilli des éléments d'information. Ces données qualitatives recueillies vont alors devenir l'élément central du dispositif.

2. Recueil de données

Deux types de recueil de données ont été fait :

- Les données quantitatives concernant le taux de fécondité des mineures à l'échelle communale, puisqu'aucune étude illustre la situation des mineures. Une recherche épidémiologique a été faite auprès de l'I.N.S.E.E., l'I.N.S.E.R.M., ainsi qu'à la bibliothèque départementale des Bouches-du-Rhône mais n'a donné aucun résultat. Un recensement des naissances de mères mineures dans tous les hôpitaux et établissements de santé (d'intérêt collectif et lucratif) de Marseille devait être fait. Mais l'accès aux archives des cahiers de naissance n'a été autorisé que dans les C.H.U.. Les résultats sont notés dans l'introduction de l'étude.
- Les données qualitatives recueillies au cours d'une enquête par entretiens compréhensifs selon la méthode de J.C. Kaufmann, auprès de sages-femmes.

L'enquête a duré 9 mois, de Mars 2018 à Novembre 2018.

3. La population étudiée

Cette étude a été réalisée auprès de sages-femmes travaillant au sein de l'AP-HM (hôpital Nord et hôpital de la Conception), dans certaines P.M.I. et dans l'établissement de santé à but d'intérêt collectif (E.S.P.I.C.) : la maternité de Saint Joseph.

➤ Au sein des structures hospitalières ou E.S.P.I.C. dans les services :

- de consultations/hôpital de jour,
- de salles de naissances
- de suites de couches,

➤ En P.M.I.

3.1 Les critères d'inclusion

Le recrutement des sages-femmes s'est fait sur la base du volontariat après l'accord des cadres de service.

Les critères d'inclusion à l'étude ont été :

- Les sages-femmes volontaires,
- Les sages-femmes exerçant actuellement à l'hôpital Nord ou à la Conception,
- Les sages-femmes exerçant actuellement à la maternité de Saint Joseph,
- Ou les sages-femmes exerçant actuellement en P.M.I.

3.2 Les critères de non-inclusion

- Les sages-femmes n'ayant jamais pris en charge de patientes mineures
- Les sages-femmes non volontaires,
- Les sages-femmes exerçant actuellement dans des établissements de santé à but lucratif,

3.3 Les critères d'exclusion

- Les sages-femmes exerçant uniquement dans un cabinet libéral.

Deux entretiens tests ont été fait dont un avec une praticienne libérale. Elle n'avait jamais pris en charge de mineures durant toute sa carrière. D'autres sages-femmes libérales ont été contacté en amont de l'étude mais n'ayant aucune expérience professionnelle avec des mineures, il a été jugé plus judicieux de ne plus consulter des sages-femmes libérales.

4. Les entretiens

Ces entretiens ont eu pour socle : une grille d'entretien (cf. Annexe), donnant un cadre relativement strict tout en laissant une assez grande liberté de parole à l'interlocuteur comme l'indique la méthode Kaufmann.

Le respect de l'anonymat a été rappelé avant chaque début d'entretien. Des prénoms fictifs ont été établis après chaque entretien. Ces entretiens ont eu lieu soit dans une pièce calme de leur lieu de travail soit dans un lieu neutre à l'extérieur.

Les entretiens ont été faits, jusqu'à saturation des données, auprès de 13 sages-femmes.

Les entretiens ont duré de 7 à 30 minutes et ont été enregistrés à l'aide d'un téléphone portable ayant un dictaphone et ont été intégralement retranscrits sur un dossier Word.

	Pseudonyme	Age	Secteur	Ancienneté	Durée de l'entretien
Entretien 1	Ornella B.	31 ans	Salle de Naissances	7 ans	8 minutes
Entretien 2	Sara T.	27 ans	Hôpital de jour	4 ans	7 minutes
Entretien 3	Estienne T.	48 ans	P.M.I.	28 ans	30 minutes
Entretien 4	Rebecca I.	42 ans	Salle de naissances	20 ans	8 minutes
Entretien 5	Qetsia U.	57 ans	P.M.I.	32 ans	17 minutes
Entretien 6	Esmeralda S.	58 ans	P.M.I.	36 ans	14 minutes
Entretien 7	Andréa N.	40 ans	P.M.I.	17 ans	21 minutes
Entretien 8	Talia E.	35 ans	Salle de naissances	11 ans	9 minutes
Entretien 9	Paola U.	49 ans	Hôpital de jour	26 ans	12 minutes
Entretien 10	Béatrice L.	34 ans	Salle de naissances	11 ans	12 minutes
Entretien 11	Inès Q.	41 ans	Hôpital de jour	17 ans	12 minutes
Entretien 12	Ursula E.	48 ans	Hôpital de jour	22 ans	24 minutes
Entretien 13	Rose M.	24 ans	Salle de naissances	2 ans	12 minutes

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des sages-femmes ayant participé à l'étude

RESULTATS

« *“Vous êtes mineure, donc moi je suis là pour vous protéger dans le cadre de la protection de l'enfance et donc de votre enfant aussi.”* » (Sage-femme, L. 296-97)

Après l'analyse de contenu des entretiens retranscrits, les résultats ont été classés en rubriques ensuite divisés en sous-rubriques puis thèmes et sous-thèmes. Cinq rubriques ont été retenues :

- Connaissances générales sur l'aspect médico-légal de la prise en charge des mineures
- Environnement psycho-social de la patiente mineure
- Connaissances des sages-femmes sur le réseau médico-psycho-sociale dans la prise en charge des mineures
- Accompagnement psycho-social spécifique aux patientes mineures par les sages-femmes
- Propositions d'amélioration dans la prise en charge « médico-psycho-sociale » par les sages-femmes

Neuf tableaux correspondant aux sous-rubriques ont été réalisés et complétés avec les informations correspondant aux numéros des lignes des entretiens (cf. Annexe)

Rubrique 1. Connaissances générales sur l'aspect médico-légal de la prise en charge des mineures

Sous rubrique 1 : Législation

Thèmes	Sous thèmes	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11	E 12	E 13
Loi sur la modernisation du système de santé (2016)	Connaissance				X						X			
	Mise en application				X			X	X	X	X			
Notion de secret professionnel	Evoqué							X		X				
	Difficultés							X		X				

Sous rubrique 2 : Médical

Thèmes	Sous thèmes	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11	E 12	E 13
Age = Facteur de risque	Contre		X			X		X	X		X	X		
	Pour			X										
Risques évoqués Dû à l'âge précoce	Accouchement prématuré			X										
	Altération du lien mère - enfant			X				X						
	Violences conjugales			X						X				
	Addictions							X						
	Plombémie			X										

1.1 Aspect législatif

1.1.1 La loi sur la modernisation du système de santé (2016)

Concernant la législation des mineurs, seulement 2 sages-femmes (Rebecca et Béatrice) ont dit être au courant de sa modification en 2016. Béatrice en a été informé par « les cadres qui se tiennent au courant des dernières lois, de ce qui est légal et de ce qui ne l'est pas » (L. 1537-1538).

1.1.2 Le secret professionnel

Andréa N. et Paola U. ont évoqué la notion du secret professionnel. Elles se sont interrogées sur ce qu'elles ont le droit de transmettre aux autres professionnels ou pas : « Qu'est-ce qu'on garde pour nous au niveau du secret médical et qu'est-ce qu'on confie ? Ça c'est une vraie difficulté » (Andréa, L. 1055-1056). Elles savent qu'en transgressant ce principe-là, le risque serait de les « perdre de vue parce que pour elle, il y aura une espèce de confiance qui aura été rompue » (L.1065)

1.2 Aspect médical

1.2.1 L'âge précoce, un facteur de risque obstétrical

Onze sages-femmes ont été d'accord sur le fait que l'âge précoce maternel n'a pas d'impact au niveau obstétrical. D'après Sara, il n'y aurait « pas plus de difficultés que ça, c'est plus social le plus souvent, que médical » (Sara, L. 153)

Estienne a été la seule sage-femme à penser le contraire, que l'âge précoce maternel est un facteur de risque médical.

1.2.2. Les risques liés à l'âge précoce

Estienne a décrit un « plus gros risque d'accouchement prématuré qu'une autre [...] Parce que quand même à 15 ans, voilà ça peut être un peu destructeur un accouchement. C'est quand même violent pour une toute jeune fille » (Estienne, L. 284/ 289-90) D'autres sages-femmes ont parlé de récurrence dans les violences conjugales et d'une altération du lien mère-enfant chez ces jeunes femmes : « Tu peux te retrouver avec des ados où ce n'est pas du tout leur préoccupation le bébé à venir » (L. 349), « Je ne sais pas si le lien s'était fait à la maternité » (L.371), « La maman s'est un peu désinvestie de l'enfant et puis finalement c'est la grand-mère du papa. [...] Et en fait c'est plus ou moins l'arrière-grand-mère paternel de l'enfant qui élève l'enfant parce que la jeune fille n'était pas prête » (Andréa, L.1107-1112)

L'altération du lien mère-enfant n'est pas anodine car, comme l'a cité Estienne, « C'est quand même une forme de vulnérabilité, donc on demande d'être plus attentif au lien mère-enfant à la maternité » (L. 373). Une seule sage-femme interrogée a dit que la minorité était un facteur de risque à conduites addictives : « Dans des cas de jeunes filles très déstructurées, ou on a aussi des addictions » (Andréa, L. 1086).

Rubrique 2. Environnement psycho-social de la patiente mineure

Sous rubrique 1 : Profil des mineures

Thèmes	Sous thèmes	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11	E 12	E 13
Age	>15 ans	X	X		X	X	X		X			X	X	X
	< 15 ans			X				X		X	X	X		X
Découverte de la grossesse	Désirée			X			X							
	Non désirée			X										X
Scolarisation	Toujours scolarisée													
	Retour envisagé			X		X							X	
	Non envisagé			X			X							

Sous rubrique 2 : Influence familiale et/ou culturelle

Thèmes	Sous thèmes	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11	E 12	E 13
Situation familiale	Cohésion	X				X		X				X	X	X
	Rupture		X	X		X	X	X	X	X	X			
Influence Culturelle	Impact positif			X		X	X		X	X				X
	Impact négatif					X		X						

2.1 Le profil des mineures établi par les sages-femmes.

2.1.1 L'âge des patientes

Elles ont toutes reçu durant leur carrière des mineures d'âge totalement variable allant « les trois-quarts du temps entre 14 et 17 ans quand même » (Béatrice, L.1560). Pour celles qui ont reçu des patientes en deçà de l'âge de 13 ans, souvent « il y avait une notion de viol » associée (Estienne, L.467).

2.1.2. Découverte de la grossesse

En ce qui concerne le désir de grossesse de ces jeunes femmes, les avis ont divergé :

Rose a trouvé que « les difficultés c'est que souvent les grossesses ne sont pas désirées » (L.2168). Tandis qu'Esmeralda et Estienne ont été du même avis, « c'est très souvent des grossesses qui sont désirées » (L. 913). Elles pensent que ces grossesses, bien que voulues, sont généralement motivées par l'acquisition d'un statut social : « Elles ont échoué à l'école, là elles n'échoueront pas » (Estienne, L. 275)

2.1.3. Scolarisation des patientes

Aucune sage-femme n'a rencontré, durant sa carrière, une mineure enceinte et scolarisée ou en formation. L'échec scolaire incite ces filles mineures à « se réalisaient dans la maternité » (L. 268). Esmeralda a justifié leur désir de grossesse par le fait « que les études ce n'est pas du tout ça, rencontrer un copain c'est peut-être compliqué ... C'est le seul projet qui leur donne envie de vivre quoi finalement » (L. 919-21). Estienne les considère comme « les bonnes élèves » de la maternité (L.269).

2.2 Influence familiale et/ou culturelle

Quand elles ont présenté ces jeunes filles, les sages-femmes ont toutes évoqué par la suite leur origine culturelle et leur situation familiale. « Toi tu vois les choses comme problématique, pour eux c'est juste un fonctionnement, c'est culturel. » (Qetsia, L.664-65).

2.2.1. Influence familiale

Les sept sages-femmes ayant parlé de cohésion familiale chez les mineures enceintes, ont instinctivement cité des mineures « issues de la population gitane [...], les roumaines aussi » (Talia, L. 1275 et 1276).

Talia a même dit que « limite le problème c'est l'européenne de 15-18ans qui va se retrouver seule ; à l'inverse des autres cultures où être enceinte étant mineure c'est accepté, c'est culturel. » (L. 1277-78)

2.2.2. Influence culturelle

Esmeralda a expliqué le schéma biologique « En Afrique : à 16 ans t'es maman, c'est normal quoi, malheureusement à 50 ans t'es quasiment un vieillard et à 65 ans t'es plus là quoi. Donc tout est décalé » (L. 932-34)

Les sages-femmes ont retrouvé deux catégories de mineures enceintes nécessitant deux prises en charges différentes :

- « Il y a soit le côté culturel : les dames d'origine gitane, turque ou de Mayotte, elles sont souvent entourées par la famille.
- Et après par contre il y a des femmes mineures qui arrivent et qui sont vraiment en rupture familiale [...] sont très isolées, [...] la famille les rejette complètement. » (Esméralda, L.821-34)

Seule Qetsia a évoqué l'impact négatif lié aux origines culturelles d'une patiente mineure sur sa grossesse : « Ça se passait tellement mal à la maison et vu que pour les parents c'était une honte, donc c'était très compliqué de la garder là. Ils le disaient eux-mêmes, sa mère l'a verbalisé en disant "C'est la honte de la communauté". » (L. 701-03)

Rubrique 3. Connaissances des sages-femmes sur le réseau médico-psycho-sociale dans la prise en charge des mineures

Sous rubrique 1 : Acteurs impliqués dans la prise en charge des mineures

Thèmes	Sous thèmes	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11	E 12	E 13
Intra-hospitaliers	SF hospitalier								X		X			
	Assistante Sociale	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	
	Psychologue	X	X	X	X					X	X	X	X	
	Pédopsychiatre									X		X	X	
Inter-hospitaliers	Aide Sociale à L'enfance					X		X		X				
	SF de P.M.I.		X	X	X				X	X	X		X	X
	Assistante Sociale					X		X				X		
	SF PRADO				X									
	Educateur			X	X				X					
	Juge des enfants					X		X		X				

Sous rubrique 2 : Moyens mis à disposition dans les services

Thèmes	Sous thèmes	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11	E 12	E 13
Rediriger les patientes vers	Le pédopsychiatre / Le psychologue / L'A.S.	X	X		X	X		X	X	X		X	X	
	La P.M.I.		X	X	X				X	X	X		X	X
A travers des réunions	Des espaces santé										X			
	Staff MPS/GPS			X	X					X			X	

3.1. Les acteurs impliqués dans la prise en charge des mineures

3.1.1 Professionnels intra-hospitaliers

La totalité des sages-femmes interrogées ont cité des professionnels intra-hospitaliers comme inter-hospitaliers, principalement l'assistante sociale et la psychologue :

« On essaye doucement d'avoir cette confiance qu'elle peut avoir en nous et l'assistante sociale et la psychologue, parce que c'est des gens qu'elle revoit souvent. » (Rebecca, L. 517-16)

Ursula et Inès ont rajouté que la pédopsychiatre faisait partie des personnes indispensables au suivi de grossesse de ces jeunes femmes :

« Après bon évidemment, je propose toujours de leur faire rencontrer l'assistante sociale ici, puisqu'on a un service social, quasiment toujours la psychologue, voire la pédopsychiatre : ça c'est essentiellement les interlocuteurs dont on a besoin. » (Inès L. 1734-36)

Deux sages-femmes de la même structure de travail ont dit qu'une sage-femme spécifique était dédié à la prise en charge des mineures enceintes :

« On a une sage-femme en bas qui s'occupe vraiment de ça, qui fait de la consultation de précarité. Les patientes mineures sont vues avec la sage-femme de précarité. » (Béatrice L. 1573-74)

3.1.2 Professionnels inter-hospitaliers

Toutes les sages-femmes hospitalières interrogées ont dit rediriger les patientes mineures vers des sages-femmes de P.M.I. :

« Et ça, on a la chance en C.H.U. d'avoir sur Marseille un relais avec les sages-femmes de P.M.I qui font le bon relais. » (Sara, L. 161-62)

« C'est quand même encadré. Et après à Mayotte, le lien P.M.I. s'est quand même développé mais il y a moins de moyen donc c'est quand même moins développé qu'à Saint Joseph quoi. » (Rose, L. 2133-35)

Une seule sage-femme a dit avoir besoin de faire le relais après l'accouchement par « une sage-femme P.R.A.D.O » (Rebecca, L. 557).

Les sages-femmes de P.M.I. interrogées se sont incluses dans la prise en charge de patientes mineures avec l'aide d'autres professionnels tels qu'une aide sociale à l'enfance, une assistante sociale, une psychologue, l'éducateur de la jeune femme et/ou du juge des enfants parfois :

« Souvent il y a l'Aide Sociale à l'Enfance avec laquelle on va travailler pour les jeunes filles en rupture familiale pour essayer de la mettre dans un centre maternel. » (Andréa, L. 1043-45)

« Quand elles sont en foyer mère-enfant, elles sont aussi supervisées par les éducatrices ». (Talia, L. 1345)

« Il faut se dire que derrière tout ça, il y a l'aide sociale à l'enfance, il y a tout ce qui est juridique comme le juge des affaires familiales, le juge de l'enfance. » (Paola, L. 1428-30)

3.2. Les moyens mis à disposition dans les services

3.2.1 Staff M.P.S./G.P.S.

Quatre sages-femmes ont dit que dans leur lieu de travail y avait lieu des réunions/staffs. Ces réunions appelées M.P.S. (Médico-Psycho-Social) ou G.P.S. (Groupe Parentalité Soutien) sont des « STAFF vulnérabilité » (Estienne, L. 372).

« On fait un staff psycho médico-social tous les mardis on essaie avec des psychiatres, des assistantes sociales, la P.M.I, des sages-femmes, des obstétriciens, des pédiatres, on essaye d'entourer au mieux la patiente sans voir que le bébé. » (Paola, L. 1413-15)

« Nous avons mis en place un dossier G.P.S. où on peut diagnostiquer, par l'entretien, les besoins qu'ont les parents pour les aider à la parentalité [...] Il y a des réunions une fois par mois où on regroupe tous les dossiers G.P.S. présentés par l'assistante sociale, la psy et une sage-femme. » (Ursula, L.1943-45 ; 1960)

3.2.2 Des espaces de santé

Seule une sage-femme a parlé d'une « autre chose qui est mis en place. C'est que, si elles ne sont pas vues dans le cadre de l'hôpital, on a un espace santé qui est ouvert vers le marché aux puces et qui dépend de l'AP-HM avec là-bas : deux sages-femmes qui y travaillent, qui voit aussi les patientes un peu précaires, mineures » (Béatrice, L. 1576-77)

Rubrique 4. Accompagnement psycho-social spécifique aux patientes mineures par les sages-femmes

Sous rubrique 1 : Positionnements des SF

Thèmes	Sous thèmes	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11	E 12	E 13
Professionnel	Formation									X				
	Rôle		X	X			X	X		X			X	
	Investissement			X				X		X		X	X	
Ressentis et postures vis-à-vis de la patiente	Ressentis : Peur / Fragilité / Irresponsabilité	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
	Posture : Cocooning / Relation « prof-élèves »				X	X	X	X	X	X			X	X

Sous rubrique 2 : Les difficultés

Thèmes	Sous Thèmes	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11	E 12	E 13
Difficultés de PEC indépendantes des SF	Problème de communication				X									X
	Hébergement des patientes			X		X	X	X			X			
	Non coopération / Comportement des patientes	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	
Difficultés de PEC imputant aux SF	Notion de faisabilité de la part des SF		X					X				X		
	Non adhésion des autres professionnels de santé			X			X			X				
	Manque de temps		X			X				X				
	Manque de préparation à l'accouchement			X										
	Manque de communication entre le médical et le psycho sociale					X		X		X				

4.1 Le positionnement des sages-femmes face à des patientes mineures

4.1.1 Le positionnement professionnel des sages-femmes

Six d'entre elles ont énoncé le rôle des sages-femmes face à cette prise en charge spécifique :

« Alors notre rôle c'est de leur rassurer mais tout en étant, en effet, dans la protection de l'enfance. » (Estienne, L. 327-28)

« Le projet c'est projeter la patiente vers la maternité, c'est la parentalité. Lui dire là maintenant il y a un enfant pour que tout aille bien il faut qu'elle comprenne qu'elle va devenir maman. » (Paola, L. 1454-56)

Ursula est allée plus loin en disant que le rôle des sages-femmes est de « leur donner l'espoir, que ça ne s'arrête pas là. Ce n'est pas parce qu'on a un enfant que ça y'est c'est la fin du monde. » (L. 2055-56)

Estienne, Paola et Ursula sont totalement impliquées face au côté psycho-social des patientes mineures :

« Donc quand je n'arrive pas à les voir, quand je n'arrive pas à les accompagner, je me renseigne quand même. » (Estienne, L. 218-19),

« C'est ça qui égaye mon travail au quotidien parce que je me sens utile. » (Paola, L. 1493)

Deux autres sages-femmes ne sont pas impliquées dans cette prise psycho-sociale :

« C'est qu'on n'est pas psychologues, donc voilà. On n'est pas assistantes sociales non plus. » (Andréa, L. 1124),

« Moi je dois surveiller que la grossesse se passe bien, après c'est vrai que s'il y a besoin de pistes, je peux leur en donner. » (Inès, L. 1750-51)

4.1.2 Ressentis et posture des sages-femmes vis-à-vis de la patiente mineure

➤ Ressentis des sages-femmes vis-à-vis de la patiente mineure

Douze sages-femmes ont exprimé ce qu'elles ressentaient lorsqu'elles se retrouvaient face à des patientes/parturientes mineures. Le principal sentiment y émanant de la part des sages-femmes, est la peur : « On a peur qu'il y ait un problème grave, [...] Nous on a peur de la maltraitance, on a peur de ce qui peut se passer » (Qetsia, L. 748 et L. 755).

Mais aussi de la peur de la part des patientes : « Elle a peur qu'on lui place son bébé » (Estienne, L. 322).

Deux sages-femmes ont parlé d'insouciance de la part de ces jeunes filles :

« Dans sa tête c'était, c'est un peu puéril parfois on le sent, c'est pour ça qu'on se dit qu'il ne faut pas qu'elles tombent de trop haut quoi » (Estienne, L.279-80)

➤ Posture des sages-femmes vis-à-vis de la patiente mineure

Sept sages-femmes ont parlé de la manière dont elles se comportaient face à des patientes mineures. Une des sages-femmes s'est même projetée en tant que mère : « avoir une fille mineure qui tombe enceinte » (Ursula, L. 1920).

Parmi les sept sages-femmes, une partie se comportent de manière empathique avec leurs patientes : « Donc vraiment tu deviens leur ressource où elles viennent te poser tout le temps des questions, où elles t'appellent en dehors des consultations, elles te sollicitent. » (Qetsia, L. 628-30), « Celles qui font plus bébé on va plus les cocooner, les rassurer. » (Talia, L. 1299-1300)

Une autre partie des sages-femmes, par contre, instaure une relation plus formelle, « un peu comme une relation de “prof-élève” » tout en faisant en sorte d'obtenir la confiance de sa patiente. (Rose, L. 2156).

Paola « essaie de ne pas avoir la figure de la mère. J'essaie d'être à leur niveau pour établir un lien avec elle » (L. 1441)

4.2 Les difficultés des sages-femmes dans l'accompagnement psycho-social des patientes mineures

Toutes les sages-femmes interrogées y ont relevé des difficultés dans leur pratique quotidienne. Ces difficultés sont soit indépendantes des sages-femmes, soit la conséquence des pratiques des sages-femmes elles-mêmes.

4.2.1 Les difficultés de prise en charge (PEC) psycho-sociale indépendantes des sages-femmes

Deux sages-femmes hospitalières ont dit que la barrière de la langue faisait partie des difficultés de prise en charge d'une parturiente mineure : « Mais bon il y a la barrière de la langue, il y a des choses qui font que ce n'est pas toujours bien compris à mon avis » (Rose, L.2151-52)

Ajoutée à la barrière de la langue, une autre difficulté a été notée par cinq autres sages-femmes c'est « le problème de l'hébergement. » (Esmeralda, l. 837). Béatrice a dit : « La patiente très précaire parfois sans domicile fixe, qui faut gérer vraiment au niveau social et qu'on n'a pas vraiment les moyens de gérer actuellement parce que les foyers « mère-enfant » sont pleins. C'est très compliqué de leur trouver un hébergement et de leur trouver une prise en charge comme il faut. » (Béatrice, L. 1548-52)

Dix sages-femmes ont relevé que le comportement des parturientes mineures, leur manque de coopération, était une difficulté inhérente à leur prise en charge :

« Quelquefois c'est une contestation aussi systématique. Voilà elles sont un peu dans l'opposition, donc c'est ça les difficultés. » (Qetsia, L.650),

« Parce que post-ado, elles sont assez réfractaires en termes de prise en charge. » (Ursula, L. 2019)
« Où là on a vraiment un danger un peu immédiat pour l'enfant. » (Andréa, L. 1089).

4.2.2 Les difficultés de PEC psycho-sociale imputant aux sages-femmes

Trois sages-femmes ont dit ne pas être capable de prendre en charge le côté psycho-social des mineures. Pour Inès, « ce n'est pas toi qui seras l'interlocuteur privilégié » (Inès, L. 1786). Et selon Sara, « on ne peut pas à la fois essayer de bien les faire adhérer à un suivi médical et à la fois être le père Fouettard qui va rappeler les choses qui sont compliquées dans leur vie. » (Sara, L. 149-50)

Trois autres sages-femmes, quant à elles, prônent le devoir d'une sage-femme à prendre en charge le côté psycho-social. Mais elles se sentent isolées dans cette prise en charge du « psycho-médicosocial, on entend que le mot médical ici dans les niveaux 3. C'est en train de changer mais c'est très dur de faire bouger les esprits et de faire comprendre aux gens que la patiente n'est pas qu'un ventre et qu'elle a tout autour quelque chose. » (Paola, L. 1476-79)

Trois sages-femmes travaillant à l'hôpital, ont dit ne pas avoir le temps de prendre en charge correctement une patiente mineure : « Bon on a beaucoup de travail aussi et qu'on a pas qu'une seule personne à gérer. » (Qetsia, L. 770)

Il a été cité par une sage-femme de P.M.I. un manque « au niveau de la préparation à l'accouchement. Elles ne bénéficient pas toutes, surtout dans nos quartiers populaires » (Estienne, L. 415).

Deux sages-femmes de P.M.I. et une sage-femme hospitalière ont noté un manque de communication « entre propres collègues, [...] on a quand même du mal à communiquer, on n'a pas d'infos quoi » (Andréa, L. 1160)

Mais aussi un manque de communication avec les autres professionnels : « Mais notre vision n'est pas la même. Le social, ils ne voient pas l'urgence alors que nous on sait qu'on a que quelques mois quoi. » (Qetsia, L. 736-40)

Rubrique 5. Propositions d'amélioration de la PEC « médico-psycho-sociale » par les sages-femmes

Sous rubrique 1 : Pré-Partum

Thèmes	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11	E 12	E 13
Création de consultations/HDJ « précarité/vulnérabilité »									X				
Plus de temps lors des consultations		X				X			X				
Fortifier le dialogue pluridisciplinaire					X		X						
Mieux les préparer, accompagner durant leur grossesse			X										X
Former les SF à une PEC psycho-sociale des mineures									X				

Sous rubrique 2 : Post-Natal

Thèmes	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11	E 12	E 13
Accompagnement en post-natal			X	X			X			X	X	X	
Foyers d'enfance					X	X							

5.1 Propositions d'améliorations par les sages-femmes dans la prise en charge « MPS » des mineures : en Pré-partum

5.1.1 Création de consultations/hôpital de jour « précarité/vulnérabilité » dans les maternités

Paola est la seule sage-femme qui a proposé « que la précarité devienne un petit hôpital de jour précaire, « précarité/vulnérabilité ». Où le même jour quand elle voit la sage-femme, elle peut voir d'autres professionnels. Et ça se sont des unités qui se font à l'extérieur comme des espaces santé, des P.M.I. » (L. 1472-74)

5.1.2 Former les sages-femmes à une PEC psycho-sociale des mineures

Et à la suite de la création de consultations/HDJ, Paola a proposé « d'augmenter le nombre de personnes qui s'occupent de la précarité » (L. 1485).

Pour Paola, il est important que les sages-femmes et futures sages-femmes sachent « que l'aide sociale à l'enfance ça existe, que la P.M.I. ça existe, s'intéresser à tout ce qui est social autour, de ne pas dénigrer le social. C'est-à-dire ce n'est pas parce qu'on fait des consultations et ensuite on s'occupe aussi du social que ce n'est pas bien il faut se rendre compte qu'il faut rester médical et social pour que la patiente aille bien. » (L. 1498-1502)

5.1.3 Fortifier le dialogue pluridisciplinaire

Entre professionnels intra-hospitaliers : « Après ce qui ne serait peut-être pas mal, c'est d'avoir des supervisions éventuellement, de temps en temps. Tu sais où tu te poses en équipe et tu vois sur telle situation qu'est-ce qui aurait pu être fait, pour avoir un peu de recul » (Andréa, L. 1173-75)

Et entre professionnels inter-hospitaliers : « On a eu du mal à dialoguer avec le social. Peut-être oui plus de dialogues à ce niveau-là, plus d'échanges, peut-être qu'eux viennent voir notre pratique » (Qetsia, L.744-46)

5.1.4 Mieux les préparer, accompagner durant leur grossesse

Pour Estienne, les patientes mineures doivent être « plus entourées que d'autres » (L. 427) et les sages-femmes doivent « faire en sorte qu'elles aient une préparation, qu'elles ne se retrouvent pas trop démunies devant la force d'un accouchement, parce que quand même à 15 ans, voilà ça peut être un peu destructeur un accouchement. C'est quand même violent pour une toute jeune fille. » (Estienne, L. 287-90)

Rose a cité dans le même registre : « Si elles pouvaient déjà avoir un suivi chaque mois avec le même professionnel, ça serait déjà mieux je pense » (Rose, L. 2188-89)

5.2 Propositions d'améliorations par les sages-femmes dans la prise en charge « MPS » des mineures : en Post-Natal

5.2.1 Accompagnement en post-natal

Quand les sages-femmes ont été interrogées sur les différentes pistes d'améliorations après l'accouchement de ces jeunes femmes, l'information qui revenait le plus fréquemment est la contraception : « Leur reparler contraception, que ça ne se reproduise quand même pas tout de suite » (Estienne, L. 291), « Insister plus sur cette contraception après et sur les besoins de se faire suivre entre deux, parce que une fois qu'elles ont accouché : Basta cosi ! » (Rebecca, L. 561-62) Certaines sages-femmes proposent autre chose comme « des groupes de paroles, tu vois, pour qu'elles voient d'autres jeunes filles qui sont dans la même situation, pour partager leur expérience » (Inès, L. 1791-92) ou bien « d'avoir plus de chambres seules dans les services de façon à ce que vraiment ces mineures-là [...] puissent être vraiment accompagnées jour et nuit » (Béatrice, L. 1598 - 1602)

Ursula, sage-femme hospitalière a insisté sur « l'accompagnement au travers de la P.M.I. » en post-natal pour ces jeunes filles (L. 2052).

5.2.2 Les foyers d'enfance

Comme a dit Inès, « il faut qu'elles aillent dans des structures compétentes pour les accueillir. » (L. 1794)

Deux sages-femmes ont expliqué que « la seule solution c'est le foyer » parce que « quand bébé est là ça permet quand même d'avoir un suivi autour et ça permet d'étayer un peu cette relation entre les deux » (Esméralda, L. 845-47).

Mais à Marseille, il n'existe que deux foyers : « Je pense que les foyers il n'y en a pas beaucoup ici. Les foyers mineurs on a "Maelis" et "Lou Cantou" [...] Donc on a deux foyers sur Marseille, peut-être développer ». (Qetsia, L. 731-33)

ANALYSE & DISCUSSION

« En tant qu'effort d'interprétation, l'analyse de contenu se balance entre les deux pôles de la rigueur de l'objectivité et de la fécondité de la subjectivité » (Bardin, 2013)

Biais et limites

Les biais du mémoire sont principalement dus au fait que la méthode de l'étude soit qualitative :

- Biais de subjectivité : Au lieu de donner des informations « réelles » sur ce qu'elles ressentent vraiment, certaines sages-femmes ont l'air d'avoir dit ce qu'elles pensent que nous souhaitons entendre pour ne pas être « jugées ».

« La subjectivité de l'interviewé et de l'interviewer sont un double filtre de perception incontournable. » (C. Nina, 2018)

- Biais de confusion : Cette étude a été faite à Marseille « *“porte de l'Orient” et de l'Afrique mais aussi où débarque un nombre croissant d'immigrants, notamment italiens* » (Gastaut, 2009)

L'étude porte sur des jeunes femmes mineures de Marseille. De ce fait, la ville en elle-même est un facteur de confusion pour les interrogées. Les participantes ont plus souvent parlé de la culture de ces jeunes filles que de la prise en charge médicale.

- Biais de sélection : Bien que la sélection des participantes fût sur la base du volontariat, il est évident que les sujets ne constituent pas un groupe représentatif des sages-femmes de Marseille, voire de France.

Les limites de l'étude :

- Ne traite pas du vécu des mineures mais du vécu professionnel des sages-femmes.
- Ne traite pas de l'interruption volontaire de grossesse mais des mineures enceintes menant à terme leur grossesse.
- Ne traite pas de la prise en charge globale (obstétrique, pédiatrique) mais uniquement de la prise en charge médico-psycho-sociale des mineures enceintes.

1. Connaissances générales sur l'aspect médico-légal des patientes mineures

1.1 Connaissances législatives limitées

Pour exercer la profession de sage-femme, un minimum de connaissances et de savoir-faire doit être requis afin de gérer certaines situations de soins. En effet, il est primordial de connaître *les dispositions législatives et/ou juridiques liées à la naissance : des adolescentes, et d'être capable d'adapter sa pratique en fonction des réglementations en vigueur et de leurs évolutions*. (Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes (C.N.O.S.F.), 2010)

Or seulement deux sages-femmes sur treize étaient au courant des nouvelles dispositions juridiques concernant les mineurs et l'élargissement de compétences des sages-femmes, suite à la loi de la modernisation de la santé. Deux autres sages-femmes ont évoqué une méconnaissance en termes de secret médical : « Qu'est-ce qu'on garde pour nous au niveau du secret médical et qu'est-ce qu'on confie ? Ça c'est une vraie difficulté » (Andréa, L. 1055-1056)

Alors où débute et où s'arrête le secret professionnel des sages-femmes ?

« Il n'y a pas de soins sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret » (Hoerni, 2000)

1.1.1 Définition du secret professionnel

« Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance de la sage-femme dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'elle a vu, entendu, compris ou même deviné ou déduit. » (Article R.4127-303 du Code de la Santé Publique)

Le secret professionnel est le point fondamental dans une relation soignant-soigné.

Le secret couvre toutes les informations médicales (examens cliniques et/ou paracliniques, examens pratiqués et/ou prescrits, diagnostics posés et traitements) ainsi que toute information de l'ordre de la vie privée de la patiente : ce qui la concerne elle-même et son entourage (identité, situation professionnelle, situation personnelle, conflit familial, souci financier/patrimoine ...).

Le secret doit être tenu par le professionnel médical auprès de sa famille, ses amis et de ses collègues de travail. La discrétion se doit d'être totale.

1.1.2 La Loi et ses dérogations

Le secret professionnel est imposé à tout professionnel de santé et surtout à la sage-femme, laquelle est amenée à connaître l'histoire de vie de ses patientes.

En effet, si le principe revêt une certaine simplicité en théorie, sa mise en œuvre par les sages-femmes dans leur quotidien professionnel, ne peut pas se résumer qu'à une simple interdiction de communication d'informations. Les situations rencontrées par les sages-femmes peuvent s'avérer très diverses, en particulier avec les personnes mineures.

C'est pour cela que la loi autorise la sage-femme à déroger au secret professionnel afin de signaler les privations ou les sévices (y compris sexuels) commis sur un mineur (Art. 226-14 alinéa 1 du Code pénal). Le signalement peut être réalisé auprès des autorités judiciaires mais aussi auprès des autorités administratives (P.M.I., aide sociale à l'enfance...). Il se fait via des informations préoccupantes (I.P.) relatives aux mineures en danger ou qui risquent de l'être (Art. 220.3 du Code des actions sociales et des familles).

Il n'y a aucun caractère obligatoire à ce signalement, la sage-femme peut déroger au secret professionnel si elle souhaite signaler une maltraitance faite à l'égard d'une patiente mineure. Elle ne sera jamais poursuivie pour non-signalement.

Toutefois s'il s'avère qu'elle n'a pas su protéger sa patiente par une hospitalisation ou un signalement, elle peut être poursuivie pour non-assistance à personne en danger.

1.2 Les grossesses précoces : à risque médical ou à risque psychosocial ?

Lorsque le sujet des grossesses chez les femmes mineures a été abordé auprès des sages-femmes interrogées, toutes ont soulevé le même problème : elles appréhendent ces grossesses comme un problème social et/ou médical. La majorité des sages-femmes considère que la difficulté de suivi de grossesse est plus sociale que médicale :

« Plutôt des difficultés sociales pour les prendre en charge comme il faut. » (Béatrice, L. 1556)

« Aujourd'hui, il est communément admis que ces grossesses ne présentent pas de risques biologiques plus élevés, et le discours médical stigmatisant à cet égard se focalise désormais davantage sur les maternités des femmes âgées de plus de 40 ans. » (Blondel & Hassoun, 2000)

A ce jour, des études médicales ont démontré que ces grossesses ne soient plus déconseillées pour des raisons obstétricales comme l'hypertension artérielle, la prééclampsie ou le diabète gestationnel.

Par contre, elles sont moins conseillées pour les difficultés sociales pouvant être engendrées à court et à long terme chez les jeunes femmes et leurs enfants par la suite : rupture des liens familiaux et scolaires, des conditions de vie et d'hygiène défaillantes, absence de ressources financières, problème de logement, monoparentalité, altération du lien mère-enfant voire maltraitance et infanticide. Ces jeunes femmes enceintes subissent plus un « *handicap social* » (Le Van, 2006).

Néanmoins, plusieurs études confirment les dires d'Estienne :

« Un plus gros risque d'accouchement prématuré qu'une autre » (Estienne, L. 284)

Et concordent à attribuer aux jeunes femmes de moins de 16 ans « *un plus grand taux d'accouchement prématuré, de faible poids de naissance fœtal et d'hypotrophie fœtale* ». Ces complications persistent malgré une prise en charge spécifique de ces jeunes femmes et un ajustement sur des critères sociaux (Papamicheal, 2009).

2. Environnement psycho-social des patientes mineures enceintes

Si le nombre de grossesses chez les mineures tend à se réduire, il demeure à un niveau qui en fait un réel problème de santé publique car, selon les sages-femmes, la grossesse chez une personne mineure intervient le plus souvent dans une situation fragile sur le plan psychologique et/ou dans un environnement familial difficile.

« Il y a des femmes mineures qui arrivent au moment de leurs grossesses sont très isolées.

La famille les rejette complètement et ça c'est un petit peu compliqué » (Esmeralda, l. 831-832)

2.1 Les représentations des mineures enceintes sont diverses

« L'idée selon laquelle la grossesse de l'adolescente est accidentelle, cachée, mal acceptée prévaut encore dans une large partie de l'opinion publique. Certains auteurs ont pourtant révélé qu'elle pouvait résulter du choix conscient d'un jeune couple. » (Le Van, 2006)

Les grossesses chez les mineures sont systématiquement perçues comme des grossesses non désirées par la société. Et dans cette étude, deux sages-femmes le perçoivent ainsi :

« Les difficultés c'est que souvent les grossesses ne sont pas désirées » (Rose, L.2168)

Néanmoins, aucune donnée chiffrée ne vient illustrer ce constat ; constat d'autant plus étonnant que Bajos et son équipe démontrent clairement la diminution en France des grossesses non prévues chez les femmes de 15 à 49 ans. En effet, leur enquête relève que moins de 5% des mères de moins de 20 ans déclarent leur grossesse comme non-désirée. (Bajos et al., 2004)

2.2 Impact culturel

Certaines de ces grossesses sont activement désirées sous l'influence de facteurs socio-économiques, culturels ou psychologiques.

Six sages-femmes ont même évoqué une notion de norme dans les cultures africaine et orientale :

« Tu vis en Afrique, à 16 ans t'es maman c'est normal quoi » (Esméralda, L. 932)

« Il existe une grande variabilité interindividuelle dans ces situations avec un meilleur pronostic chez les adolescentes originaires d'Afrique subsaharienne » (Gynécologie Obstétricale et fertilité, 2002).

« Ainsi, l'acquisition du statut de mère ne vaut que s'il est reconnu par la société, mais aussi par l'entourage. » (Le Van, 2006)

En d'autres termes, la maternité semble devoir survenir que si elle est conforme aux normes dans le groupe social d'origine de la jeune femme. Il semble alors évident que la connaissance des traditions et cultures de ces patientes, de toute horizon, doit être au cœur de l'exercice de la profession sage-femme pour un bon accompagnement de ces futures mères.

3. Acteurs et moyens mis à disposition dans les services pour les mineures

« La présence d'un psychologue dès les premiers contacts avec le service de gynécologie obstétrique est essentielle pour marquer que cette grossesse est autant dans le champ de la psyché que du soma et tenter de gagner en maturité et ainsi consolider une acceptation de la grossesse » (Le Van, 2006)

Toutes les sages-femmes interrogées ont su identifier l'ensemble des acteurs impliqués et moyens mis en œuvre pour le bon suivi psychologique des patientes âgées de moins de 18 ans : « Après on est obligé de travailler en pluridisciplinarité avec les assistantes sociales et psychologues pour une prise en charge plus globale, que juste le suivi médical. » (Sara, L.147-48)

Un problème de retard de prise en charge a été soulevé : « on pourrait aussi s'améliorer dans le passage au staff aussi parce que parfois on les passe un peu tardivement. » (Paola, L.1484)

Le Staff est indispensable dans une prise en charge multidisciplinaire.

Le staff d'une équipe médico-soignante désigne la réunion d'une unité de soins dans le but de l'évaluation et de la résolution des problèmes des prises en charge médicales. Durant ces staffs, une revue de dossiers de patients est faite afin d'analyser les problèmes s'y posant. Une posture réflexive est alors adoptée, amenant le professionnel à réfléchir sur sa pratique de manière critique et constructive (Haute Autorité de Santé, 2017). La fréquence de ces réunions est définie par chaque structure elle-même via le règlement intérieur ou une charte.

Le staff tend à être multidisciplinaire (obstétriciens, pédiatres, psychologues, sages-femmes, assistante sociale, ... etc.), ce qui est d'un grand intérêt pour la prise en charge de certains patients. D'où l'importance de voir au plus tôt certains dossiers au staff afin de mettre en place des actions d'amélioration (exemple : rédaction de nouveaux protocoles).

4. Accompagnement psycho-social par les sages-femmes

4.1 Les différents modes d'accompagnement psycho-social

Il a été constaté une disparité d'accompagnement de la part des sages-femmes selon leur lieu d'exercice professionnel.

Tandis que les huit sages-femmes exerçant dans une P.M.I. et/ou dans un service de consultations/hôpital de jour sont dans une démarche de bienveillance, empathique, voire même sympathique : « Alors notre rôle, c'est de leur rassurer. » (Estienne, L. 327). Ursula, travaillant aux consultations depuis 15 ans, prend en charge les patientes mineures comme si elles étaient ses filles car « il faut ressourcer ces personnes » (L. 2064). Selon Ursula, pour que ces jeunes femmes se sentent bien psychologiquement, il faut impérativement la présence de leur mère

durant leur grossesse : « C'est sûr que là elles donnent beaucoup les mamans qui aident leurs filles » (Ursula, L. 2064-65). Dans le cas où la mère de la jeune patiente ne serait pas présente, la sage-femme se porte alors garante pour avoir la figure maternelle : « Elles t'appellent en dehors des consultations, elles te sollicitent. Tu les lâches difficilement après l'accouchement. » (Qetsia, L. 630-31), « On a un peu l'impression de jouer un peu à la maman, d'être une personne référente » (Esméralda, L. 860)

Les cinq autres sages-femmes, exerçant en salle de naissances et particulièrement les sages-femmes de l'A.P.-H.M., sont plutôt dans un accompagnement plus formel : « Je ne la tutoie pas forcément, je la vouvoie souvent (Paola, L. 1131). Elles accompagnent essentiellement ces jeunes femmes de manière très médicale mais peu psychologique. Bien qu'elles aient les connaissances requises pour dépister un quelconque problème psycho-social, Andréa et Inès ne sont pas forcément ouvertes au dialogue avec les patientes mineures et préfèrent automatiquement les rediriger vers d'autres professionnels :

« C'est qu'on n'est pas psychologues, donc voilà. On n'est pas assistantes sociales non plus. » (Andréa, L. 1124)

« Moi je dois juste surveiller que la grossesse se passe bien, après c'est vrai que s'il y a besoin de pistes, je peux leur en donner. » (Inès, L. 1750-51)

Pourtant la situation 1 du Référentiel métier et compétences des sages-femmes indique que les sages-femmes doivent « *surtout assurer le dépistage psychosocial lié à l'environnement de la femme enceinte et assurer le relais avec d'autres professionnels, si nécessaire.* (C.N.O.S.F., 2010)

Cette compétence, primordiale chez une femme enceinte, l'est d'autant plus chez une femme enceinte mineure.

Malgré l'effort de la majorité des sages-femmes, il en résulte des difficultés dans la prise en charge psychologique des patientes mineures.

4.2 Le soutien social, rôle essentiel de la sage-femme

Comme cité précédemment, certaines sages-femmes sont dans un accompagnement purement médical et sont en retrait dès qu'il s'agit d'établir une relation empathique avec ces jeunes filles. Ce manque d'empathie, ne pouvant pas aller vers une relation de confiance, peut enclencher un mécanisme d'enfermement de la part de ces jeunes filles : « un problème d'agressivité parce que la patiente ne comprend pas ce qu'il lui arrive » (Rebecca, L. 544). Et même lorsque les sages-femmes mettent tout en œuvre pour établir une relation de confiance avec ces patientes, la prise en charge s'avère délicate du fait de la méfiance, de l'opposition des mineures à l'égard de l'équipe médicale : « Voilà elles sont un peu dans l'opposition, donc c'est ça les difficultés » (Qetsia, L. 650), « Ne pas oublier que ce sont des patientes qui se rebellent. » (Paola, L. 1449)

Toutefois, deux sages-femmes ont signalé que la confiance « ça dépend de la relation que, nous professionnels, on instaure » (Esméralda, L. 862). Il est alors nécessaire que le professionnel de santé établisse une relation d'écoute empathique avec sa patiente, qu'elle s'assure du bien-être fœtal et maternel. Pour cela la sage-femme se doit de prendre en compte le bagage culturel, le mode de vie, les croyances et les capacités de la femme et de son entourage : « Faut savoir communiquer pour qu'il y ait une confiance, pour qu'il y ait un lien, pour qu'elles se laissent porter, pour qu'ils se tolèrent et qu'ils acceptent voilà » (Ursula, L. 2028-29)

Lorsque la sage-femme conduit une consultation prénatale, elle doit vérifier l'adaptation de la femme à l'état de grossesse et pour cela vérifier « *son adaptation psychologique, en écoutant la manière dont la mère ressent sa grossesse et en veillant à sa capacité à prendre soin d'elle et de l'enfant à naître et en vérifiant la qualité du soutien de son entourage.* » (C.N.O.S.F., 2010)

Malheureusement le problème majeur n'est pas un manque de conscience professionnelle des sages-femmes mais un manque de temps et de disponibilité : « Et qu'il y en a d'autres qui fallait gérer quoi » (Sara, L. 187), « Bon on a beaucoup de travail aussi et qu'on n'a pas qu'une seule personne à gérer. » (Qetsia, L. 770)

5. Propositions d'amélioration de la PEC « médico-psycho-sociale » par les sages-femmes

5.1 Suivi de grossesse : consultations mensuelles multidisciplinaires

Plusieurs propositions d'aides ont été faites par les sages-femmes, notamment la réalisation de consultations pluridisciplinaires mensuelles lors du suivi de grossesse : « appeler la psychologue ou l'assistante sociale pour que le même jour elle voit pas mal de monde [...] où le même jour quand elle voit la sage-femme, elle peut voir d'autres professionnels. » (Paola, L. 1471 et 1473)

La plupart des mineures enceintes sont « des personnes isolées qui ont peur de tout et peur de beaucoup de choses » (Paola, L.1448).

« *A nous les professionnels de santé de faire en sorte, malgré les conditions d'accueil des enfants parfois extrêmes, de trouver avec la patiente, des solutions qui lui correspondent le mieux avec les moyens mis à notre disposition.* » (Perrilla, 2016)

Ainsi, il serait profitable pour ces futures mères de mettre en place aides/visites de grossesse dans lesquels plusieurs professionnels (assistante sociale, psychologue...) viendraient au domicile de la patiente en plus de la sage-femme ou bien en leur proposant un rendez-vous pluridisciplinaire mensuel directement à l'hôpital.

5.2 Former les sages-femmes à la prise en charge psycho-sociale

Afin de dépister un potentiel problème psycho-social chez ces patientes, Paola, une sage-femme hospitalière, propose que les sages-femmes soient plus formées. Cette idée serait possible car Paola aurait « fait pas mal de formation qu'on fait au sein de l'AP-HM » (Paola, L. 1497)

Un pédiatre français rejoint Paola sur cette idée de formation des professionnels de santé : *« l'amélioration de la prévention passe par des formations davantage adaptées en direction des professionnels, médecins et infirmières scolaires, notamment sur le suivi psychologique et social. »* (Alvin, 2005)

Pour rappel, la sage-femme doit être capable :

« - d'appliquer des techniques de counselling (méthode d'entretien individuel d'aide à la personne) et des techniques d'entretien collectif

-d'aider la femme à prendre sa décision en l'informant

- d'aider la femme et/ou le couple à comprendre l'organisation des soins en réseaux. »

(C.N.O.S.F., 2010)

Cette formation peut se faire et débiter dès la formation initiale de Maïeutique essentiellement à travers des mises en situation clinique.

5.3 Créer des structures spécifiques : pour un suivi optimal en post-natal

Il serait certainement utopique de proposer comme l'a fait Paola « que la précarité devienne un petit hôpital de jour précaire “ précarité/vulnérabilité”. » (L. 1472)

Mais, en Guadeloupe, des consultations spécialisées pour les mineures se sont développées. En plus des professionnels de santé, des traducteurs ont été ajoutés dans cette prise en charge médico-psycho-social afin d'assurer la compréhension totale des informations délivrées devant le nombre important de patientes non-francophones, (Guiot, 2013).

Des accompagnements et des prises en charge dédiés aux mineures/adolescentes tendent à se propager à Marseille dans de nombreuses structures tels que le planning familial, la P.M.I. ou même certaines maternités : « Il n'y pas longtemps, c'est depuis que les lois ont suggéré de créer une consultation supplémentaire au sein des hôpitaux, un type d'entretien qui passe sous le remboursement d'un cours de préparation à la naissance. » (Ursula, l. 1969-71).

Des P.M.I. de Marseille ont instauré des demi-journées de consultations gynécologique et obstétricale, gratuites et uniquement dédiées aux jeunes de moins de 25 ans. En effet, le Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes (2016) a proposé, via la création d'un Livre Blanc intitulé Innover pour la santé publique avec les sages-femmes, d'« *Instaurer une consultation dédiée à la santé sexuelle et à la prévention des addictions chez les adolescentes* ».

De plus des structures adaptées, des lignes téléphoniques ont été créées comme Fil Santé Jeunes pour aider certaines de ces jeunes filles en détresse.

CONCLUSION

Dans beaucoup de cultures (maghrébine, africaine ou gitane), enfanter revêt d'un caractère noble surtout à un très jeune âge. L'aspect culturel est donc indéniable dans la prise en charge des patientes mineures même si une réflexion médico-psycho-sociale est à mener. Même si les accouchements chez les patientes mineures représentent seulement que 1 % des naissances dans les C.H.U. de Marseille, ce sont des situations rares et délicates pour les professionnels qui les prennent en charge sur le plan psychique. Surtout que l'année 2016 fut marquée pour les sages-femmes par un élargissement de leurs compétences à travers la loi sur la modernisation du système de santé leur permettant de prendre en charge des mineures.

L'étude s'est donc intéressée aux actions de la part des sages-femmes visant à améliorer la prise en charge médico-psycho-sociale des grossesses évolutives de jeunes femmes mineures. Une des limites de l'étude, étant de ne pas traiter de l'interruption volontaire ou médicale de grossesse chez les mineures enceintes, sous-entend qu'un bon nombre de ces grossesses soit voulu ou du moins finalement voulu. D'ailleurs, la revue littéraire actuelle montre qu'il n'y a pas lieu de craindre sur le plan obstétrical la survenue d'une grossesse chez les adolescentes de plus de 15 ans dès lors qu'il existe un bon accompagnement psychologique au cours de la grossesse. Donc ces grossesses nécessitent une prise en charge psycho-sociale adaptée afin de limiter les facteurs de risques de prématurité. Cela explique l'intérêt de susciter une adhésion de la mineure au suivi de sa grossesse par des professionnels compétents.

D'après les sages-femmes, il persiste toutefois des écueils dans la prise en charge psycho-social de ces jeunes filles : manque de temps, manque de communication entre les professionnels, voire un manque de communication entre la sage-femme et la patiente, ce qui engendre par la suite une mauvaise prise en charge obstétricale. Tout de même, toutes les sages-femmes se rejoignent sur la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire (assistante sociale, psychologue, pédopsychiatre, sage-femme, obstétricien) de ces patientes pendant la grossesse et sur le long terme également.

Cette étude montre qu'être dans le « cocooning » et que d'avoir de l'empathie envers ces patientes permettait un bon contact soignant-soignée et un meilleur accompagnement global. Les sages-femmes ont proposé des pistes d'améliorations faisables à l'échelle communale : former les sages-femmes, créer des structures et/ou des consultations dédiées aux patientes mineures.

Pour autant est-il nécessaire d'instaurer de manière systématique une prise en charge multidisciplinaire chez des patientes mineures pour qui la grossesse est désirée et qui ont un large soutien familial ? Ne faudrait-il pas savoir sur le long terme, ce que deviennent ces jeunes mères et leurs nouveau-nés ?

Les limites de cette étude nous amènent donc vers d'autres pistes de réflexion : une étude à plus grande échelle sur la prise en charge médico-psycho-sociale des mineures selon les sages-femmes de France, une étude sur le vécu des grossesses par les jeunes femmes mineures elles-mêmes ainsi qu'une étude prospective sur le devenir de ces jeunes mères et de leurs enfants (réinsertion professionnelle ou scolaire, qualité de vie).

BIBLIOGRAPHIE

Alvin P., Marcelli D. (2005), *Médecine de l'adolescent*, Paris, Editions Masson, collection : Pour le praticien, 2e édition, p.472

Article 145 du Code Civil , Modifié par la Loi 70-1266 1970-12-23 – art. 1 JORF 29 décembre 1970

Article R.4127-303 du Code de la Santé Publique

Article 220.3 du Code des actions sociales et des familles

Article 226-14 alinéa 1 du Code pénal

Article 227-25 du Code Civil, Modifié par la Loi n°2018-703 du 03 Août 2018 – art.2

Article 338 du Code Civil, Modifié par la Loi n°2016-297 du 14 Mars 2016 – art.43

Article 371-1 du code de santé publique, Modifié par la loi 404 du 17 Mai 2013 – art. 13

Article L1111-5 du C.S.P., Modifié par la loi n°2016-41 du 26 Janvier 2016 - art. 7

Bajos N. et al. (2004), « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? » *Population et Sociétés*, 407, p.1-4.

Bardin L. (2013), *L'Analyse de contenu*, Ed. Presses universitaires de France (collection Quadrige), p.13

Blondel B. et Hassoun D. (Sept. 2000), « La grossesse chez les femmes jeunes est-elle à plus haut risque pour l'enfant ? » et « La grossesse à l'adolescence est-elle à plus haut risque pour la mère ? », *Communications au séminaire Contraception et grossesse chez les jeunes*, organisé par Leridon H., Job-Spira N., Kaminski M. (Institut Fédératif de Recherche 69), Hôpital Paul Brousse.

C.N.O.S.F. (2010), Référentiel Métier et compétences des sages-femmes, [en ligne] : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf> , consulté le 04 Avril 2018

C.N.O.S.F. (2016), Le livre blanc du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes : 12 propositions pour la santé des femmes, [en ligne] : http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/186985/2046/Livre_blanc_du_CNOSF.pdf?1481041096 , consulté le 25 Décembre 2018

Daguerre A. (2010), « Les grossesses adolescentes en France et en Grande-Bretagne. Un phénomène dérangeant pour les pouvoirs publics », *Informations Sociales*, 157, p.96-102.

Groulx L.H. (1999), « Le pluralisme en recherche qualitative : essai de typologie ». *Revue suisse de sociologie*, vol.25, n°2, p.317-339.

Guiot O, Foucan T, Janky E, Kadhel P. (2013), Grossesses évolutives chez les mineures en Guadeloupe : nouvel état des lieux. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol 42, n°4, p.372-82

Gynécologie Obstétricale et fertilité (2002). *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*, vol.30, Issue 12, p. 944-52

Haute Autorité de Santé (2017), *Staffs d'une équipe médico-soignante, groupes d'analyse de pratiques (GAP) -Développement de la Formation Continue*, [en ligne] : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/staff_gap_fiche_technique_2013_01_31.pdf, consulté le 25/02/2019

Hoerni B., (Juin 2000). *Ethique et déontologie médicale*, 2ème édition

I.N.S.E.E., (2018), Naissances de 2008 à 2017 – Bulletin état civil, [en ligne] : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893255> , consulté le 23/11/2018

Kaufmann J.-C.(1996), *L'entretien compréhensif*, Paris, Éditions Colin, p.48.

La Provence (Février 2018), *Faits-divers – Justice : Info La Provence – Marseille : un nouveau-né sans-vie retrouvé au centre de déchets de la Capelette (10^{ème})* , [en ligne] : <https://www.laprovence.com/actu/en-direct/4859021/info-la-provence-marseille-un-nouveau-ne-sans-vie-retrouve-au-centre-de-dechets-de-la-capelette-10e.html>, consulté le 05 Mars 2018

Le Den M. (2012), « Les indicateurs des grossesses à l'adolescence en France. Enjeux et modalités de leur mobilisation dans la mise en place d'une politique de prévention », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 30, n° 1, mars 2012

Le Van C. (2006), « La grossesse à l'adolescence : un acte socialement déviant ? », *Adolescence* 2006/1 (n°55), p.225-234

Malabarey OT., Balayla J., Klam SL., Shrim A., Abenhaim HA. (2012), *Pregnancies in Young adolescent mothers : a population-based study on 37 millions births*. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, vol 25, n°2, p. 98-102

Nina C., Balzing M.P., Le mémoire de fin d'études - *Méthodologie, rédaction, soutenance et évaluation*, Année universitaire 2017-2018, p 39

Organisation Mondiale de la Santé (2018), *Développement des adolescents*, [en ligne] : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/, consulté le 18/10/2018

Papamicheal E, Pillai R., Young W. (2009), *Children having Children : outcome of extreme teenage pregnancies (13-15 years)*, Acta Obstet Gynecol Scand, vol 88, n°11, p. 1284-87

Perrilla N. (2016), « Accompagnement des femmes enceintes en situation de vulnérabilité par une sage-femme de Protection Maternelle et Infantile : un lieu précieux », *Enfant & Psy*, vol 72, n°4, p.56-64

Poirret J. (2011), *La représentation légale du mineur sous autorité parentale*, Thèse pour le doctorat en droit privé et sciences criminelles, Université Paris-Est, 94, p.1.

ANNEXES

ANNEXE I : Grille d'entretien sous forme littéraire

ANNEXE II : Résultats des connaissances générales sur l'aspect médico-légal de la prise en charge des mineures

ANNEXE III : Résultats de l'environnement psycho-social de la patiente mineure

ANNEXE IV : Résultats des connaissances des sages-femmes sur le réseau médico-psycho-sociale dans la prise en charge des mineures

ANNEXE V : Résultats de l'accompagnement psycho-social spécifique aux patientes mineures par les sages-femmes

ANNEXE VI : Résultats des propositions d'amélioration dans la prise en charge « médico-psycho-sociale » par les sages-femmes

ANNEXE VII : Entretiens retranscrits sur clé USB

ANNEXE I

Grille d'entretien :

Je me présente ... puis j'indique le thème de recherche

I / Profil de la sage-femme, son expérience et intérêt de la structure

- Depuis combien de temps exercez-vous la profession de sage-femme ?
- Quel a été votre parcours professionnel après l'obtention du diplôme ?
- Dans quelle structure travaillez-vous actuellement ?
- Pourquoi cette structure ?

II / Accueil et accompagnement de la mineure enceinte par la SF

- Recevez-vous souvent des patientes de moins de 18 ans ?
- Quelle est la tranche d'âge des mineures que vous accueillez ?
- Sont-elles entourées ? Si oui, par qui ?
- Quelles sont les mesures médicales, sociales et juridiques prises pour celles qui sont isolées ?

III / Ressenti, comportements des sages-femmes envers les mineures / Evolution de la grossesse, de l'accouchement et la PEC psycho-sociale ± particulière qui en découle ...

- Comment évolue votre relation avec la patiente/ la parturiente ?
- Y a-t-il des difficultés de suivi particulier aux patientes mineures ?

IV/ Les connaissances législatives et l'état des lieux dans la pratique de la sage-femme

- Je cite l'article L-1111-5 (Loi du 26 Janvier 2016), êtes-vous au courant de cette loi ?
- Pouvez-vous la mettre en application ? (Si non, pour quelles raisons ?)
- Si oui, Qu'est-ce que ça a changé dans votre pratique, dans la prise en charge des patientes mineures ?

V/ Solutions proposées par la sage-femme dans la PEC des mineures

- Auriez-vous des propositions à faire pour une amélioration de la prise en charge des mineures dans votre lieu d'exercice ?

ANNEXE II

Sous rubrique 1 : Législation

Thèmes	Sous thèmes	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11	E 12	E 13
Loi sur la modernisation du système de santé (2016)	Connaissance				567						1537 -38 1612			
	Mise en application				569 -73			1223 1226	1308 -12	1517 -18	1618 -22 1641 -43 1655 -57			
Notion de secret professionnel	Evoqué							1055		1483				
	Difficultés							1056 1058 -65		1483				

Sous rubrique 2 : Médical

Thèmes	Sous thèmes	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11	E 12	E 13
Age = Facteur de risque	Contre		153			682 -83		1031	1287 -88		1584 -86	1742 1784 -85		
	Pour			284 289										
Risques évoqués Dû à l'âge précoce	Accouchement prématuré			284										
	Altération du lien mère - enfant			349 371				1109 1113						
	Violences conjugales			376 467						1425				
	Addictions							1086		1425				
	Plombémie			425										

ANNEXE III

Sous rubrique 1 : Profil des mineures

Thèmes	Sous thèmes	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11	E 12	E 13
Age	>16 ans	19	115		494	662	819		1269			1715	1925	2121
	< 16 ans			227				1010		1420	1560	1715		2121
Découverte de la grossesse	Désirée			268 275			913 -17 920							
	Non désirée			375										2168 -72
Scolarisation	Toujours scolarisée													
	Retour envisagé			406 -07		690							2044	
	Non envisagé			267			918							

Sous rubrique 2: Origine sociale et familiale

Thèmes	Sous thèmes	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11	E 12	E 13
Situation familiale	Cohésion	26 41				669- 70		1019 -20				1722 173 9- 40 1796 - 98	1927	2124 215 0-51
	Rupture		121	246 251 -52		675 -78	830 -34	1021	1271 -73	1420	1547 1566			
Influence culturelle	Impact positif			302 -03		663 -65	823 -25 932		1275 1278	1417 1419				2127 2129
	Impact négatif					702 -03 743 -44		1024 1028 1226 1227						

ANNEXE IV

Sous rubrique 1 : Acteurs impliqués dans la prise en charge des mineurs

Thèmes	Sous thèmes	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11	E 12	E 13
Intra-hospitaliers	SF hospitalier								1282		1573 - 74			
	Assistante Sociale	33 - 36	128 147	318	504 518			1133	1281	1414 1421 1435	1538	1734 1779	1919 1961	
	Psychologue	33 - 36	147	388	518 530					1421	1539	1735	1961 1966	
	Pédopsychiatre									1413		1736	1966	
Inter-hospitaliers	Aide Sociale à L'enfance					766		1043		1429 1436 1499				
	SF de P.M.I.		161	213	556				1283	1414 1499	1579		1918 1966	2124
	Assistante Sociale					686		1069				1777		
	SF PRADO				557									
	Educateur			248	501 506 555				1344 - 45					
	Juge des enfants					683		1142		1430				

Sous rubrique 2 : Moyens mis à disposition dans le service

Thèmes	Sous thèmes	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13
Rediriger les patientes vers	Le pédopsychiatre / Le psychologue / L'A.S.	33	128 - 29		504	684		104 3 -45	133 3	142 1		173 4 - 36	194 7	
	La P.M.I.		138 161 - 62	213 448- 49	557				128 3 - 84 133 3 133 5 - 36 134 3 - 44	149 9	157 9- 81		194 8	212 4
A travers des réunions	Des espaces santé										157 6 - 77			
	Staff MPS/GPS			372	524 555					141 3			194 5 196 0- 67	

ANNEXE V

Sous rubrique 1 : Positionnements des SF

Thèmes	Sous thèmes	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11	E 12	E 13
Professionnel	Formation									1497				
	Rôle		145- 46	270 - 71 327 - 28 400			864	1051 1090		1415 1454 - 59 1461 - 62			2055	
	Investissement			219 296 - 98				1124 - 25		1421 1492 - 94		1750	1961 - 64	
Ressentis et postures vis-à-vis de la patiente	Ressentis : Peur / Fragilité / Irresponsabilité	47 -48 53 -55	184	279 322 341 364 -65	559- 60	643- 44	854 -57 859	1053 - 54 1075		1448	1590	1767	1920 - 23	2157 - 60
	Postures : Cocooning / Relation « prof-élèves »				514 517 - 18	625 - 33	860 -64	1129 - 31 1134 - 35 1146 - 50	1300 -02 1336 -39	1415 1441 - 45			1931 - 33 2021 - 38 2060 - 64	2156

Sous rubrique 2 : La prise en charge

Thèmes	Sous thèmes	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11	E 12	E 13
Difficultés de PEC indépendantes des SF	Problème de communication				539 - 40									2151 - 52 2178 - 79
	Hébergement des patientes			423 -24		741 - 44	837 900	1155 1168 - 69			1548 -53			
	Non coopération / Comportement des patientes	52 - 53	137 - 40	349	536 -37	650	872	1086 -89 1108 1119 -20	1293 - 95	1449 - 51			1974 - 75 1990 2018	
Difficultés de PEC imputant aux SF	Notion de faisabilité de la part des SF		148 - 50					1124 - 25				1786 1789		
	Non adhésion des autres professionnels de santé			388 - 90			879 -80			1476 -80				
	Manque de temps		187			770				1467 -68				
	Manque de préparation à l'accouchement			415 -18										
	Manque de communication entre le médical et le psycho sociale					735 759 - 60 769		1157 - 58 1160 - 68		1484 -85				

ANNEXE VI

Sous rubrique 1 : Pré-Partum

Thèmes	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11	E 12	E 13
Création de consultations/HDJ « précarité/vulnérabilité »									1471 - 73				
Plus de temps lors des consultations		157				875 881- 82			1467 - 69				
Fortifier le dialogue pluridisciplinaire					745 -46 762		1173 - 76 1185 -88						
Mieux les préparer, accompagner durant leur grossesse			287 291 420 427 - 28										2188 - 91
Former les SF à une PEC psycho-sociale des mineures									1485 -88				

Sous rubrique 2 : Post-Partum

Thèmes	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9	E 10	E 11	E 12	E 13
Accompagnement ++ en post-partum			291	560 - 61			1180 -84			1598 -05	1791 1794	2052 2054	
Foyers d'enfance					733	840 845 848							

GLOSSAIRE

C.H.U. : Centre Hospitalier Universitaire

C.N.O.S.F. : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

E.S.P.I.C. : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

G.P.S. : Groupe Parentalité Soutien

I.N.S.E.E. : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

I.P. : Information Préoccupante

M.P.S. : Médico-Psycho-Social

PEC : Prise en charge

P.M.I. : Protection Maternelle et Infantile

Parturiente = Une femme qui est en train d'accoucher, qui met bas

RESUME

Introduction : Les grossesses chez les mineures nécessitent une prise en charge médicale et psycho-sociale spécifique. L'accompagnement psycho-social fait partie des compétences de la sage-femme qui est en première ligne devant le suivi obstétrical des patientes mineures.

Objectifs : Repérer les éventuelles difficultés rencontrées par les sages-femmes de Marseille liées à la prise en charge médico-psycho-sociale des mineures enceintes. Identifier les axes d'amélioration que proposent ces sages-femmes dans cette prise en charge. Rechercher l'incidence des nouvelles dispositions juridiques sur l'accompagnement des mineures enceintes par les sages-femmes

Matériels et méthode : Cette étude qualitative se base sur treize entretiens semi-directifs selon la méthode Kaufmann. Trois à quatre sages-femmes de structures différentes (PMI, Iib et les deux III) de Marseille ont été interrogées.

Résultats : Les sages-femmes ont des connaissances législatives limitées mais de bonnes connaissances médicales. Les représentations par les sages-femmes des mineures enceintes sont diverses avec un réel impact culturel. La sage-femme tient le rôle principal dans la prise en charge psycho-social d'une patiente mineure. D'énormes difficultés de prise en charge ont été notées par les sages-femmes. Les professionnels de santé interrogés ont proposé des améliorations dans la prise en charge « médico-psycho-sociale » de ces jeunes femmes, pour un suivi optimal durant la grossesse et en post-natal.

Conclusion : Importance d'une prise psycho-sociale et pas uniquement médicale chez ces jeunes patientes via des consultations mensuelles multidisciplinaires, une formation des étudiantes sages-femmes durant leur cursus et surtout une extension de structures spécifiques aux personnes mineures.

Mots clefs : grossesse, mineure, risque obstétrical et néonatal, impact psychologique

ABSTRACT

Introduction : The pregnancies concerning minors requires a specific medical attention and psycho-social support. This cycle social support falls within the competence of the midwife, the latter is highlighted in the obstetrical follow up of minor patients.

Objectives : Identify the possible difficulties for midwives in Marseilles about the medical attention and psycho-social support for underage and pregnant people. Identify the areas for improvement that are proposed by the midwife in their medical attention. Search the impact of this new legal provisions concerning the support minors pregnant by the midwife.

Methods : This qualitative study is based on the thirteen semi divided interview according to the Kaufmann method. Three to four midwives of different structure (P.M.I., Iib and III) in Marseilles have been interrogated.

Results : Midwives have limited legislative knowledge but they have a good medical knowledge. The midwives representation of underage pregnancies are diverse and make a cultural genuine impact. The midwife plays the main rôle in the psycho-social care of a minor patient. Huge difficulties of medical attention have been noticed by the midwives. Health professional proposed an improvement in the medical attention « medico-psycho-social » of this young women for an excellent follow-up during their pregnancy and in post-natal.

Conclusion : The importance of cycle social support and not just medical to this young patients through monthly consultations. The training of midwives students during their study and especially an extension of structures specific to minors.

Keywords : Pregnancy, minors, obstetric risk and neonatal risk, psychologic impact