

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Arts HES·SO en  
travail social

HES·SO//Valais Wallis Domaine Santé & Travail social

---

## **Les grossesses adolescentes**

*Quels sont les outils pour accompagner une adolescente confrontée à une grossesse en institution et comment prévenir une grossesse non désirée ?*

Réalisé par Brodard Christelle

Promotion : TS ES 08

Sous la direction d'Enzo Negro

Avril 2012

## LES MOTS-CLÉS

Sexualité

Adolescence

Grossesse

Institution sociale

Marginalisation

Réseau

Interruption de grossesse

Contraception

Prévention

Accompagnement

Valeurs

## RÉSUMÉ

**Ce travail traite des outils à disposition des éducateurs sociaux en lien avec leur prise en charge éducative d'adolescentes confrontées à une grossesse.**

**La collaboration avec différentes instances et collègues expérimentés demeurent les ressources principales à disposition des travailleurs sociaux.**

**Ceux-ci agissent le plus souvent au cas par cas et avec leur bon sens.**

**Certaines réflexions sont néanmoins envisagées dans les institutions sociales au sujet de l'accompagnement et de la prévention des grossesses adolescentes.**

**Ce travail de recherche constate également les pratiques actuelles concernant la prévention des grossesses adolescentes en institutions sociales. Enfin, une vision critique et des réflexions personnelles permettent d'offrir des perspectives d'actions.**

## *Remerciements...*

Je tiens à remercier particulièrement tous les professionnels ayant participé avec disponibilité aux entretiens semi-directifs.

Je remercie également les personnes ci-dessous pour leur collaboration :

M. Enzo Negro (Directeur de Travail De Bachelor)

Mme Natacha Titzé (Personne ressource)

Mme Imelda Steger (Personne ressource)

M. Bernard Dorsaz (lecteur et correcteur)

*Les opinions émises dans ce travail n'engagent que l'auteur de cette recherche.*

# Table des matières

<b>1. Introduction .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Question de recherche .....</b>	<b>6</b>
<b>3. Objectifs.....</b>	<b>6</b>
<b>4. Hypothèses.....</b>	<b>6</b>
<b>5. Les concepts théoriques .....</b>	<b>8</b>
5.1 <i>Adolescence.....</i>	8
5.2 <i>Sexualité.....</i>	9
5.3 <i>Grossesse à l'adolescence .....</i>	14
5.4 <i>Adolescentes enceintes en Suisse .....</i>	19
5.4.1 <i>Droits et devoirs des parents mineurs.....</i>	19
5.4.2 <i>Mesures proposées .....</i>	20
5.5 <i>Interruption de grossesse (IG) : lois et pratiques en Suisse .....</i>	25
5.6 <i>Prévention des grossesses adolescentes.....</i>	27
5.7 <i>Conclusion et positionnement personnel .....</i>	29
<b>6. Méthodologie de recueil de données .....</b>	<b>30</b>
<b>7. Analyse des données.....</b>	<b>31</b>
7.1 <i>Introduction.....</i>	31
7.2 <i>Analyse du thème 1 : Profil des accompagnants.....</i>	31
7.3 <i>Analyse du thème 2 : l'institution face aux grossesses adolescentes.....</i>	33

7.4	<i>Analyse du thème 3 : l'intervention sociale dans l'accompagnement et la prise en charge des grossesses adolescentes.....</i>	39
7.5	<i>Analyse du thème 4 : l'intervention sociale dans la prévention des grossesses adolescentes.....</i>	51
<b>8.</b>	<b>Synthèse .....</b>	<b>59</b>
8.1	<i>Vérification des hypothèses et de la question de départ .....</i>	59
8.2	<i>Présentation des perspectives futures et pistes d'action .....</i>	62
<b>9.</b>	<b>Limites de la recherche .....</b>	<b>63</b>
<b>10.</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>64</b>
<b>11.</b>	<b>Sources bibliographiques .....</b>	<b>66</b>
11.1	<i>Sources écrites.....</i>	66
11.2	<i>Supports de cours.....</i>	67
11.3	<i>Sources électroniques .....</i>	67
11.4	<i>Conférence.....</i>	68

# 1. Introduction

Dans un premier temps, le thème que je souhaitais aborder concernait uniquement l'interruption de grossesse (IG) des adolescentes placées en institution. Il s'agit d'un sujet bien précis, circonscrit et il ne m'aurait pas réellement permis de trouver suffisamment de matière. C'est pourquoi, j'ai décidé d'élargir mon thème afin d'ouvrir mon champ d'exploration et de recherche. Ainsi, j'ai opté pour une thématique plus large : « la situation des adolescentes confrontée à une grossesse en institution ». A partir de là, une multitude de questions me sont venues à l'esprit. C'est à partir de celles-ci que j'ai pu définir plusieurs axes d'étude.

Tout d'abord, je me demandais comment la grossesse était perçue par les adolescentes. En effet, j'avais pu remarquer dans le cadre d'un de mes stages de formation que la plupart des jeunes filles ne connaissaient pas réellement les réactions adéquates lors d'un retard de règles ou d'un éventuel début de grossesse. Souvent, elles banalisaient la situation. Je me souviens encore d'une jeune fille demandant à son éducatrice de référence : « Dis, tu sais combien coûte un avortement ? » Elle pensait être enceinte et ne savait pas comment entrer en matière.

D'autre part, un des buts de cette recherche réside dans la découverte de connaissances théoriques sur les grossesses adolescentes. J'étais notamment curieuse d'en apprendre plus concernant les différentes représentations sociales des grossesses adolescentes. Puis, je me demandais d'un point de vue épidémiologique, s'il existait beaucoup de grossesses adolescentes en Suisse et quelles mesures de soutien leur étaient proposées. Les lois suisses en vigueur concernant les droits et devoirs des adolescentes enceintes m'intéressaient également afin de mieux cerner la problématique.

Cependant, il s'agit d'un sujet très intime pouvant questionner certaines valeurs éthiques. Je me demandais alors quel était le rôle du travailleur social dans cette prise en charge et à quel niveau se situent ses limites d'action. De plus, le côté « prévention » m'intéressait tout particulièrement. Je désirais connaître ce qui se fait en institution et ne pourquoi pas envisager une élaboration de projet institutionnel touchant à la prévention des grossesses adolescentes.

En plus des concepts théoriques, des éducateurs sociaux ont été interrogés afin de faire le point sur la prise en charge actuelle des grossesses adolescentes en institution et de leur prévention. Suite à la retranscription des données et l'analyse de celles-ci, j'ai pu répondre à mes hypothèses de départ et proposer certaines perspectives d'action.

Mes motivations sont avant tout professionnelles. En effet, la population des adolescents m'intéresse tout particulièrement pour ma future profession et j'ai notamment côtoyé un grand nombre de jeunes filles lors d'un de mes stages de formation. La grossesse est encore malheureusement taboue à mon sens et je trouverais intéressant de creuser un peu plus afin que ce travail puisse m'offrir quelques pistes d'action. Ainsi, je pourrai à mon tour réagir de manière adéquate si une situation de ce type devait se présenter dans ma pratique professionnelle.

Pour ma part, il s'agit d'un thème fait d'enjeux, de sensibilité, d'intimité et qui me passionne et, en tant que femme, j'ai la conviction qu'un soutien et qu'un accompagnement social est indispensable lors d'une telle situation.

Pour toutes ces raisons, j'étais motivée à entreprendre ce travail afin d'acquérir de nouvelles connaissances, de nouveaux outils d'accompagnement. De plus, ce travail m'aidera à formuler certaines de mes valeurs et situer mes limites sur ce sujet d'un point de vue privé et professionnel.

## 2. Question de recherche

*Quels sont les outils pour accompagner une adolescente confrontée à une grossesse en institution et comment prévenir une grossesse non désirée ?*

Cette question de recherche regroupe plusieurs points que je désire aborder dans le cadre de mon Travail de Bachelor.

- Tout d'abord, connaître les aspects théoriques et légaux qui régissent les problèmes liés à la grossesse en période d'adolescence.
- Ensuite, mettre en évidence le travail fourni par l'éducateur afin d'accompagner les adolescentes enceintes.
- Enfin, intégrer les mesures préventives des grossesses adolescentes pour anticiper une grossesse non-désirée.

## 3. Objectifs

- ✚ Découvrir les mesures proposées pour accompagner une adolescente confrontée à une grossesse en Suisse.
- ✚ Connaître les lois suisses en vigueur concernant les droits et les devoirs des adolescentes confrontées à une grossesse.
- ✚ Découvrir les représentations sociales autour des grossesses adolescentes et réussir à se positionner en tant que tel.
- ✚ Découvrir des outils d'accompagnement adéquats à l'encadrement d'adolescentes enceintes en institution.
- ✚ Comprendre l'adolescente en tenant compte de son développement personnel, collectif, émotionnel et social.

## 4. Hypothèses

1. Les adolescentes placées en institution font partie d'une population fragilisée et sont de ce fait plus exposées à une grossesse.

2. Les travailleurs sociaux confrontés à des grossesses adolescentes en milieu institutionnel n'ont pas d'outils d'accompagnement spécifiques afin de gérer cette problématique.

- Dans leur pratique professionnelle, ils constatent qu'une explication claire et individualisée des moyens de contraception et des enjeux d'une grossesse en période d'adolescence est primordiale afin de prévenir une gestation non-désirée et un éventuel avortement.

3. L'éducateur est confronté à des limites d'ordre éthique et médical lors de la prise en charge d'une adolescente enceinte.



## 5. Les concepts théoriques

### 5.1 Adolescence

Il est dans un premier temps important de situer le moment de l'adolescence afin de pouvoir tenir compte des enjeux de cette période pour le développement de l'individu. Il est connu qu'à l'adolescence, différents changements physiologiques ont lieu. Ces changements pubertaires modifient durablement le schéma corporel de la personne. C'est lors de l'intégration de ces modifications que l'adolescence et la découverte de la sexualité vont se réaliser. D'autre part, l'adolescence peut prendre fin lors de l'entrée dans une vie active et autonome (DUMAS, 2009). Afin de renforcer ce point de vue, voici un des éléments définissant l'adolescence : « ...On s'accorde à reconnaître le point de départ de l'adolescence au travers des changements pubertaires (physiologiques). Par contre, son point d'arrivée est plus flou, mais on pourrait le définir comme étant l'insertion de l'individu dans le monde des adultes (identité sexuelle, sociale et professionnelle » (SOLIOZ, 2008, p.1). C'est pourquoi, en lien avec mon travail, je ponctuerai la période de l'adolescence jusqu'à 19 ans.<sup>1</sup> En effet, cette définition de la population concorde relativement bien à celle qui m'intéresse dans mon travail et que le monde éducatif côtoie au quotidien.

Parallèlement, l'adolescence est à la frontière de la zone adulte qui n'existe pas encore, et celle de l'enfance que la personne vient à peine de franchir. Cette dualité engendre une position identitaire parfois bien inconfortable (VANDER LINDEN, 2011).

Il existe trois étapes permettant de mieux comprendre l'adolescence. Dans un premier temps, il y a la période de repli sur soi qui va rendre l'adolescent renfermé, secret, pudique envers son corps et ses sentiments. Il va être confronté à des changements d'ordre physique et va ainsi redécouvrir son corps. Les organes sexuels se développant, l'adolescent découvre des sensations et des sentiments inconnus. La deuxième étape est une ouverture vers l'autre. C'est à ce moment-là que l'adolescent va créer des liens sentimentaux forts avec des amis. Il va prendre conscience que chaque fille ou garçon est singulier, capable de séduire et d'aimer. La troisième et dernière période représente l'affirmation de soi. L'adolescent est attiré par l'autre, va vouloir partager ses sentiments. Il découvre et va construire ses valeurs propres telles que le respect, la fidélité etc. (CURRAT, 2008, pp. 18-21)

Il est utile de relever que la découverte de son identité représente un développement singulier, propre à chacun, individuel et intime. De plus, l'adolescent va plus volontiers s'identifier à ses pairs qu'aux adultes. En effet, le groupe d'amis est à cette période très important pour les jeunes. Il aura des modèles (famille, idoles, amis) et pourra ainsi construire son identité, sa personnalité en acceptant de devenir un homme ou une femme. (CURRAT, 2008, pp. 18-21)

A cette période, de nombreuses contradictions s'expriment chez l'adolescent qui montre à certains moments un besoin d'amour, de protection mais paradoxalement un irrésistible besoin de liberté accompagné de prises de risque parfois démesurées. La

---

<sup>1</sup> Organisation Mondiale de la Santé. [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/fr/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/fr/), 2012, consulté le 20 février 2012.

violence peut quelques fois s'opposer à des élans de tendresse. Aussi, le repli ou le mutisme contrastent avec des revendications de participation à la vie sociale et de sorties. Certaines attitudes à l'adolescence, paraissant parfois anormales aux yeux des autres, peuvent démontrer une canalisation des pulsions sexuelles vers des buts non sexuels, valorisés et reconnus socialement. Il s'agit par exemple de grands investissements dans des associations sociales (sport, politique, art etc.) ou alors de manière opposée, d'une recherche de solitude, d'un refus de voir du monde, de la tristesse. (CURRAT, 2008, pp. 18-21)

## 5.2 Sexualité

De manière générale, il existe plusieurs définitions à attribuer au mot sexe, découlant du mot sexualité. En biologie, il signifie les différentes caractéristiques biologiques qui distinguent l'homme de la femme. En anatomie, le sexe correspond aux organes génitaux des deux genres. Le sexe peut être également défini comme « l'ensemble des pratiques et des représentations en lien avec la sexualité. » (CURRAT, 2008, p.22)

Les représentations de la sexualité peuvent alors être appréhendées différemment chez l'homme et la femme. Comme expliqué par Jacques et Claire Poujol<sup>2</sup>, « à la puberté, la sexualité du garçon se manifeste aussitôt par une tension liée au besoin sexuel » alors que la fille « ressent surtout un besoin diffus de tendresse ». D'autre part, l'homme a un organe sexuel orienté vers l'extérieur et qui le domine. C'est-à-dire que « le désir peut s'emparer de lui sans que son cœur participe et à l'opposé son pénis peut le "laisser tomber", refuser de lui obéir à l'instant crucial. Lui qui aime tout organiser reste dépendant de son membre viril qui a sa volonté propre. » La sexualité de l'homme est alors perçue comme une activité, un des liens qu'il maintient avec l'autre. C'est avant tout la satisfaction sexuelle qui est recherchée dans le rapport. « L'acte d'amour, pour lui, est limité dans le temps : son désir, vite éveillé (surtout par la vue ou l'imagination), est vite satisfait, l'orgasme vite atteint. Comme une flèche, il va droit au but. On pourrait comparer son expérience sexuelle à un feu d'herbes bien sèches, qu'une étincelle suffit à allumer, et qui s'éteint vite. » Toujours selon Jacques et Claire Poujol<sup>3</sup>, « la femme est ses organes sexuels, ils font partie d'elle, elle ne fait qu'un avec eux. Ils ne la trahissent jamais, elle peut avoir un rapport sexuel même si elle n'éprouve ni désir ni plaisir. » La sexualité de la femme est un état dans lequel elle accorde beaucoup d'importance à l'affectivité et la sensibilité. « Un homme peut donner son amour pour obtenir le sexe, alors qu'une femme peut donner son sexe pour obtenir l'amour ! Elle est plus stimulée sexuellement par un film romantique que par une vidéo érotique. La femme donne à sa sexualité un caractère plus complexe, plus spiritualisé, que le simple désir de libération d'une tension sexuelle, et c'est cela qui rend plus difficile son accession à la jouissance sexuelle. » De ce fait, elle a besoin de plus de temps afin que son désir s'amplifie. Aussi, son plaisir ressemble à un « haut plateau » plutôt qu'un « sommet », d'où elle atterrit avec douceur et regret. « Pour elle, ce n'est pas un acte, avec un début et une fin, mais une atmosphère d'amour. Son expérience sexuelle pourrait se comparer à un feu de charbon de bois, long à allumer mais qui, même lorsque les flammes sont éteintes, continue encore longtemps à se consumer en braises chaudes. » Enfin, « on comprend aisément qu'une méconnaissance

---

<sup>2</sup>. Relation d'aide, <http://www.relation-aide.com/articles/description.php?id=282&cat=13>, 2011, consulté le 22 août 2011

<sup>3</sup> Ibid.

de ces différences aboutisse à des malentendus, des frustrations et des ressentiments dans le couple. »

De manière générale, il est toujours important de définir la sexualité comme un élément intime, personnel qui dépend des envies, du rythme et des besoins de chacun. Il ne faut pas oublier non plus qu'il s'agit d'une relation à deux et que les acteurs concernés auront quelque chose à partager selon leur sensibilité et leur façon d'appréhender la relation sexuelle.

### **a) Enjeux physiologiques, psychologiques et relationnels**

Au niveau physiologique, c'est tout d'abord certains changements biologiques qui marquent l'entrée physique dans la sexualité: la fille voit apparaître ses premières règles vers 13 ans ainsi que différentes transformations physiques (élargissement des hanches, apparition de la poitrine et d'une certaine pilosité). Les garçons découvrent la masturbation pouvant être pratiquée en groupe ou seul et qui deviendra le premier signe d'une vie sexuelle aux alentours de 14 ans.<sup>4</sup>

En plus des éléments biologiques, la sexualité peut évoquer certains enjeux psychologiques et relationnels. Comme expliqué par le Réseau québécois d'action pour la santé de la femme (RQASF)<sup>5</sup>, il est recommandé de considérer la sexualité de manière biopsychosociale. En effet, plusieurs facteurs sont à considérer tels que « l'intimité affective avec le ou la partenaire, les activités et les comportements précédant les relations sexuelles, la sécurité, la contraception, les compétences sexuelles du ou de la partenaire, la confiance en soi, les expériences sexuelles préalables, l'état de santé général, etc. »

« Il n'est pas toujours évident d'être à l'aise avec sa sexualité. Au-delà des enjeux relationnels et personnels, la sexualité s'inscrit aussi dans un contexte social qui l'influence. De nos jours, l'espace public est hyper sexualisé : il n'y a qu'à penser à la mode, aux publicités exploitant la nudité et les stéréotypes sexuels, ou aux magazines féminins qui y vont tous de leurs conseils et de leurs techniques pour rendre les hommes fous de plaisir. Stéréotypée, axée sur la performance et la fréquence, cette sexualité idéalisée impose des critères et des standards irréalistes. Pourtant, elle ne reflète pas la réalité de multiples personnes, celles qui ne sont pas jeunes, blanches, minces, hétérosexuelles, en pleine possession de leurs capacités physiques, disponibles et libres de contraintes. »<sup>6</sup>

Par ailleurs, la période de l'adolescence amène particulièrement certains enjeux psychologiques avec l'apparition de fantasmes et de premiers émois sexuels. « Avec l'avènement de la puberté, l'adolescent se trouve en proie à une excitation diffuse sur le plan physique et psychique ; toutes ses pensées deviennent empreintes de sexualité. Cette excitation se révèle parfois angoissante ; la question la plus prégnante de l'adolescent étant de savoir s'il (ou elle) est normal(e). L'intérêt apparent pour la sexualité est maximal dans la prime adolescence alors qu'avec l'accession à la maturité sexuelle, source de malaise, il devient moins facile de parler de sexualité avec l'adolescent. Ainsi, un climat de confiance s'avère indispensable pour que l'adolescent puisse aborder cette

---

<sup>4</sup> Wikipédia, [http://fr.wikipedia.org/wiki/Sexualit%C3%A9\\_humaine](http://fr.wikipedia.org/wiki/Sexualit%C3%A9_humaine), 2011, consulté le 22 août 2011.

<sup>5</sup> RQASF, <http://rqasf.qc.ca/files/sexualite.pdf>, 2009, consulté le 23 août 2011

<sup>6</sup> Ibid.

question avec les adultes. »<sup>7</sup> Parallèlement, le jeune se voit dans l'obligation de définir son identité sexuelle ; chose non évidente dû à ses fantasmes de bisexualité vécus dans son enfance ; il doit faire « le deuil de la toute-puissance infantile et passer de l'auto-érotisme à l'hétérosexualité. »<sup>8</sup>

Enfin, je suis particulièrement sensible au point de vue du RQASF concernant l'appréhension de la sexualité, chez la femme notamment. « La manière dont une femme vit sa sexualité est unique puisque chaque femme a une biochimie, une personnalité et une vie sociale et relationnelle qui lui sont propres. De plus, ses origines culturelles, ses valeurs personnelles et spirituelles, son milieu social, de même que ses expériences au plan de la sexualité façonnent ses opinions, ses attentes et ses désirs qui, à leur tour, influencent la manière dont elle vit sa sexualité. Il n'y a donc pas UNE définition de ce que devrait être la sexualité, tout comme il n'y a pas UNE norme quant à la pratique sexuelle. La sexualité peut se décliner au singulier ou au pluriel, au féminin ou au masculin, au plus-que-parfait ou au passé simple. Il appartient à chacune de définir le mode de vie qui lui convient et d'adopter le type de sexualité qui la satisfait, sans contrainte et en accord avec ses valeurs. »<sup>9</sup>

## **b) Sexualité des adolescents**

Comment mentionné par Laura Coin-Bariou, les rapports sexuels à l'adolescence sont caractérisés et définis comme sporadiques et non planifiés. Aussi, les unions ne durent en général que peu de temps (pas plus d'un mois). Il faut aussi savoir que l'âge des premiers rapports sexuels a changé entre les années 70 et aujourd'hui. En France par exemple, il est passé de 21,5 chez les filles et de 19,2 ans chez les garçons en 1972, à 17 ans en 1985 (moyenne pour les deux sexes). (COIN-BARIOU, 2005, pp. 22-24)

Des enquêtes montrent également que selon le sexe, les premiers rapports sexuels peuvent être représentés différemment. Par exemple, plus de filles se disent déjà amoureuses lors de leur premier rapport sexuel. De plus, la première peur de la jeune fille quand à ses premiers rapports sexuels reste la grossesse. Les garçons quant à eux, passent à l'acte par désir physique ou attirance. De plus, le fait de ne pas éprouver d'orgasme lors des premiers rapports sexuels aura tendance à plus affecter les garçons que les filles car ils y accordent plus d'importance. Il faut aussi être conscient que certains adolescents portent une importance plus marquée pour la sexualité alors que d'autres auront par exemple des centres d'intérêt plus forts et n'accorderont que peu d'attention à la sexualité ; ils la vivront alors d'une manière plus autonome et plus effacée, parfois sans ressentir réellement le besoin d'avoir une vie sexuelle. (COIN-BARIOU, 2005, pp. 22-24).

D'autre part, les pratiques de contraception ont également évoluées avec les années et notamment grâce à une meilleure information sur les risques d'I.S.T. (Infections Sexuellement Transmissibles). Actuellement, l'utilisation du préservatif est plus fréquente. Néanmoins, la relation qu'entretiennent les adolescents avec la sexualité et la gestion de

---

<sup>7</sup> Ndiaye Serigne Samba, [http://www.sambamara.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=368:adolescence--pourquoi-la-precocite-des-rapports-sexuels-&catid=99:chroniques&Itemid=65](http://www.sambamara.com/index.php?option=com_content&view=article&id=368:adolescence--pourquoi-la-precocite-des-rapports-sexuels-&catid=99:chroniques&Itemid=65), consulté le 20 juin 2011

<sup>8</sup> Ndiaye Serigne Samba, [http://www.sambamara.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=368:adolescence--pourquoi-la-precocite-des-rapports-sexuels-&catid=99:chroniques&Itemid=65](http://www.sambamara.com/index.php?option=com_content&view=article&id=368:adolescence--pourquoi-la-precocite-des-rapports-sexuels-&catid=99:chroniques&Itemid=65), consulté le 20 juin 2011

<sup>9</sup> RQASF, <http://rqasf.qc.ca/files/sexualite.pdf>, 2009, consulté le 23 août 2011

la contraception n'est pas toujours évidente. En effet, les rapports sexuels des adolescents n'étant pas toujours fréquents et réguliers ; cela ne favorise pas une bonne régulation vis-à-vis de la contraception. « Certains se comportent comme si aucun risque ne pouvait jamais les atteindre (syndrome d'invulnérabilité), d'autres s'imaginent que les premiers rapports sexuels ne sont pas féconds ou pensent que leur jeune âge les protège contre une grossesse, car elles ne se croient pas encore fécondes » (BETTOLI, 2004, p.31). Parfois, les premières expériences sexuelles ont lieu sous l'emprise de l'alcool, ce qui peut amener à une prise de risque non-négligeable (rapports non protégés). Aussi, certaines filles ayant commencé à prendre la pilule veulent parfois l'arrêter par crainte de grossir ou du fait qu'elles doivent la prendre en cachette de leur mère.

Par ailleurs, la pornographie peut être plus ou moins présente dans la vie sexuelle des adolescents. « ...les adolescents sont confrontés occasionnellement ou régulièrement à la pornographie, principalement sous forme d'images obscènes commercialisées. "Ils tombent dessus" à l'improviste, ou parce qu'ils les ont eux-mêmes cherchées, plus ou moins explicitement. »<sup>10</sup> Mis à part ces images circulant sur le web, d'autres confrontations à la pornographie sont possibles impliquant plus activement le jeune telles que les conversations obscènes sur internet, des invitations pornographiques apparaissant sur certains sites ou *chats*, ainsi que des vidéos d'exhibition sexuelle via webcam ou des visites de sites d'adultes s'offrant sexuellement. « Par contre, il ne faut pas tout confondre et diaboliser du coup tous les comportements sexuels des mineurs sur internet ! Beaucoup de ceux-ci sont des actes tâtonnants d'affirmation de soi, et d'un soi qu'ils aiment montrer sexué ! Ce sont aussi des expressions de la curiosité ou d'une capacité à défier les règles des adultes, ou une recherche de satisfaction érotique récréative. »<sup>11</sup> Cette pornographie peut néanmoins générer certains effets sur les adolescents. « Pour une minorité d'entre eux, les images peuvent avoir un effet traumatique. Elles les confrontent aux transformations de leur propre corps et leur résultat fonctionnel, (...) à la possible immédiateté de leur vie sexuelle avec partenaires, pour laquelle ils ne se sentent pas nécessairement prêts, (...) au risque jamais nul de la sexualité inter générationnelle, voire incestueuse. Certes, les adolescents sont plus habiles que les enfants pour dissimuler leurs peurs, mais celles-ci existent bel et bien, les inhibent à l'occasion et les empêchent éventuellement de continuer leur développement psychosocial ou sexuel... Tel ce jeune de 14 ans, en psychothérapie, qui finit par me raconter son dégoût profond pour les poils et sexes d'adultes trop souvent vus sur images, le dégoût qu'il en ressentait pour sa propre croissance sexuelle à lui, et son côté "accro" aux corps de jeunes garçons blonds et impubères, tellement facile à trouver en images sur le net, eux aussi ! »<sup>12</sup> D'autres effets sont envisageables comme une sexualité abondante privilégiant le plaisir, des fixations, des dépendances parfois perverses accompagnées d'un isolement. Tous ces risques ne sont cependant pas à prendre de manière alarmiste, « (...) pour la majorité, la fréquentation de la pornographie reste occasionnelle, et permet de satisfaire leur curiosité, leurs envies de défi et leurs besoins de satisfactions érotiques faciles. »<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> Site du professeur Hayez Jean-Yves, <http://www.jeanyveshayez.net/con-porn.htm>, 2003-2010, consulté le 25 août 2011

<sup>11</sup> Ibid.

<sup>12</sup> Ibid.

<sup>13</sup> Ibid.

Une autre dimension pouvant apparaître lors de la construction de la sexualité est l'homosexualité. A l'adolescence, l'homosexualité peut prendre plusieurs formes. Le terme homosexuel est réservé aux adolescents qui « s'adonnent à des pratiques homoérotiques avec un goût exclusif et d'une façon répétée ». Toutefois, l'adolescent qui ne présente aucun de ces comportements peut tout de même vivre un questionnement quant à son orientation homosexuelle. L'expérimentation homosexuelle à l'adolescence peut faire partie du processus de développement, comme moyen pour l'adolescent de mettre à l'épreuve sa maturité physique et les sensations corporelles qui s'y rapportent. »<sup>14</sup> En ce sens, avoir des contacts homosexuels n'annonce pas forcément une homosexualité ultérieure. « L'homosexualité n'est pas un diagnostic clinique, encore moins durant l'adolescence. »<sup>15</sup> Néanmoins, il n'est pas évident pour un adolescent de vivre son « homosexualité ». En effet, celui-ci présente un risque plus élevé de crise psychologique liée à la découverte de son homosexualité. De plus, certains adolescents peuvent se faire rejeter par leurs pairs et/ou leur famille, être victimes de propos homophobes et d'harcèlement ainsi que d'être plus exposés au risque d'infection du VIH ou autres MST.<sup>16</sup>

Enfin, la lecture de « La sexualité des ados racontée par eux-mêmes » de Didier Dumas, m'a permis de découvrir à quel point la sexualité adolescente était encore aujourd'hui un sujet tabou. En effet, malgré une exposition à des images pornographiques (internet) et à une éventuelle sexualité de plus en plus tôt, les parents restent toujours aussi silencieux sur le sujet. Grâce aux nombreux témoignages d'adolescents inscrits dans ce livre, nous comprenons un peu mieux les craintes, les doutes, les expériences et le désarroi de ces jeunes. En effet, la plupart ne comprennent pas pourquoi dans une société actuelle où le sexe est très présent, le sujet reste encore si peu abordé. Un jeune dit : « Je ne comprends pas pourquoi les gens ne savent rien dire. Tout le monde fait l'amour, mais personne n'en dit jamais rien » (DUMAS, 2009, p.23). D'autre part, le silence sur la sexualité serait un héritage de la culture bourgeoise ou puritanisme bourgeois qui n'a fait que détruire la sexualité occidentale en l'associant à « une activité cachée, honteuse et exclue du langage » (DUMAS, 2009, p.33).

Cependant, pour parler « sexualité » aux adolescents, il ne suffit pas de transmettre des informations techniques qui ne leur parlent peu ; mais il faut leur parler d'amour et de désir. Et cela commence dès le plus jeune âge ; l'enfant a besoin d'entendre qu'il a été désiré et que pour un adulte, le désir d'enfant est aussi lié à un désir sexuel pour l'autre. De plus, chacun selon son histoire de vie et son cadre familial, va appréhender la sexualité de manière différente. Il sera alors important de repérer et de comprendre le monde entourant l'ado ainsi que les représentations, les connaissances du jeune sur le sujet afin de répondre aux différents malaises que peut parfois engendrer la découverte de la sexualité. (DUMAS, 2009).

---

<sup>14</sup> Association Canadienne pour la santé des adolescents, <http://www.acsa-caah.ca/Portals/0/Member/PDF/fr/documents/oriensexhomo.pdf>, consulté le 20 août 2011

<sup>15</sup> Association Canadienne pour la santé des adolescents, <http://www.acsa-caah.ca/Portals/0/Member/PDF/fr/documents/oriensexhomo.pdf>, consulté le 20 août 2011

<sup>16</sup> Respect Edu, <http://www.eduactive.info/spip.php?article219>, 2005, consulté le 20 août 2011

## 5.3 Grossesse à l'adolescence

### a) Données épidémiologiques

Comme le montrent les statistiques transmises par l'USPDA<sup>17</sup> (Union Suisse pour décriminaliser l'avortement), le nombre de grossesses des adolescentes en comparaison internationale, est relativement faible en Suisse. En effet, en 2007, 4,3/1000 femmes de 15 à 19 ans donnaient naissance à un enfant. Par ailleurs, en 2008, 5/1000 femmes de 15 à 19 ans ont interrompu leur grossesse.

Par ailleurs, et selon l'UNICEF, « au moins 1,25 millions d'adolescentes sont enceintes chaque année dans les 28 pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). Environ un demi-million d'entre elles interrompent leur grossesse, tandis que les autres deviennent des jeunes mères. Avec seulement 2% des femmes de 20 ans ayant eu un enfant au moment de l'adolescence, la Suisse se situe nettement au-dessous de la moyenne des pays de l'OCDE qui est de 7%. » (BETTOLI, 2004, p.34).

On observe alors une nette différence entre les pays anglo-saxons où les taux de grossesses adolescentes sont très élevés ; 22% concernant les États-Unis, 14% en Nouvelle-Zélande et 13% au Royaume-Uni. Alors qu'en France, le taux n'est que de 4%, aux Pays-Bas et en Suède : 3% (BETTOLI, 2004, p.34).

De manière générale et comme le prouvent tous ces précédents chiffres, les grossesses à l'adolescence dans les pays occidentaux tendent à se réduire malgré certaines idées reçues. Néanmoins, « la perception des grossesses adolescentes comme un problème social a augmenté » (BETTOLI, 2004, p.34). « En effet, ces dernières inquiètent les pouvoirs publics pour deux raisons : d'une part, elles nient l'idéal d'une fonction sexuelle totalement maîtrisée ; d'autre part, les jeunes parents ne sont pas en mesure d'assumer les coûts liés à l'entretien et à l'éducation de l'enfant. Dans les sociétés contemporaines, la procréation est de plus en plus perçue comme le couronnement de l'accomplissement individuel, défini par certains rites de passage : le départ du foyer parental, l'insertion professionnelle et sociale ; la rencontre du partenaire, suivie d'une période de cohabitation et/ou de mariage ; et enfin, la validation par les deux partenaires d'un désir d'enfant commun. Le recul de l'âge moyen de la maternité en France et en Grande-Bretagne, qui se situe aux alentours de 29 et 30 ans pour les deux pays en 2007 (31,2 ans pour la Suisse en 2010<sup>18</sup>), témoigne de cette volonté de maîtrise de la procréation dans le cadre d'un "projet" d'enfant. Or, les grossesses adolescentes sont en contradiction totale avec cette séquence temporelle » (DAGUERRE, 2010, pp. 2-3).

### b) Explications, sens et types

Tout d'abord, plusieurs explications des grossesses adolescentes sont plausibles et diversifiées mais également controversées. Le corps médical préconise plus « la banalisation des relations sexuelles chez les jeunes, au fait qu'ils méconnaissent leur

---

<sup>17</sup> USPDA, <http://www.svss-uspda.ch/fr/suisse/adolescentes.htm>, consulté le 31 mai 2010

<sup>18</sup> Office fédéral de la statistique, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/02/06.html>, consulté le 25 janvier 2012

physiologie... » (LE VAN, 1998, p.19). La banalisation des relations sexuelles comprend une certaine libéralisation des relations sexuelles chez les jeunes : il devient honteux de perdre tard sa virginité, la contraception permet d'éviter les conséquences pesantes d'une vie sexuelle et si une grossesse devait arriver, l'avortement légalisé est là comme solution pratique. Une dévalorisation du mariage et parallèlement la banalisation de l'union libre favorisent également une grande souplesse et liberté dans les relations amoureuses. De plus, « Depuis 20 ans, le nombre de femmes en âge de procréer a augmenté. Parce que la transformation du comportement sexuel des jeunes tend vers une précocité des premiers rapports et qu'il y a une multiplication des partenaires. » (LE VAN, 1998, p.20). En définitive, tous ces changements peuvent inciter les jeunes à débiter leur vie sexuelle tôt et à faire l'amour pour faire comme les autres même s'ils ne sont pas forcément prêts psychologiquement et n'ont que peu de connaissances de leur corps.

Les psychanalystes et psychiatres, quand à eux, parlent plus volontiers des résistances de l'adolescent face à la contraception et un désir d'enfant ou de grossesse. En effet, le défaut de contraception a souvent été avancé. Les adolescents utilisent encore très peu une mesure de contraception régulière et fiable. Les causes en sont multiples mais à mon sens, après l'invocation d'une inadaptation de l'information, la plus plausible reste une certaine contradiction entre « ...un comportement adolescent fait de conduites d'essai et de risque et un projet contraceptif cohérent. » (LE VAN, 1998, p.21). L'utilisation d'une contraception peut être contraire à une certaine spontanéité alors que les adolescents vivent plutôt dans l'instant présent. Ils demeurent relativement incapables à pressentir les conséquences de leurs actes car ils prennent notamment goût au risque et croient fortement en leur invulnérabilité. Cependant, « l'explication de la grossesse par un défaut de contraception ne semble pas pouvoir rendre compte en totalité des maternités à l'adolescence. » (LE VAN, 1998, p.23). D'autre part, des thèses psychologiques supposent l'existence d'un certain désir d'enfant ou de grossesse chez l'adolescente. Le désir d'enfant serait inconscient et à dissocier de celui de grossesse (motivations variables). La psychanalyse a mis en avant des théories qui soutiennent que la crise d'identité que l'adolescent est censé traverser demeure le nœud du problème. « La crise d'adolescence serait ainsi la clé – ou plutôt le passe-partout – qui permettrait de rendre compte aussi bien du romantisme que de la délinquance juvénile, du gauchisme que de la toxicomanie et, dans le cas qui nous intéresse, de la grossesse précoce. » (LE VAN, 1998, p.24). Cependant, je rejoins Charlotte Le Van qui souligne quelques critiques face à ces approches qui associent les grossesses adolescentes à des difficultés d'identité psycho-sexuelle propres à cet âge. « Tout individu est supposé traverser une crise d'identité au moment de la puberté, tout adolescent est confronté à la problématique œdipienne, toute jeune éprouve à la fois un désir inconscient d'avoir un enfant du père et la crainte d'être stérile. Mais, si tel est le cas, on ne peut que se demander pourquoi toutes les adolescentes ne connaissent pas une grossesse ; ce type de théories n'explique pas pourquoi certaines adolescentes passent à l'acte et d'autres pas. » (LE VAN, 1998, p.24-25). De plus, ces théories ne prennent pas en compte la singularité des situations ainsi que l'aspect social et culturel des grossesses précoces. Enfin, il peut exister dans certains cas un désir conscient d'enfant. Une jeune fille peut très bien décider d'avoir un enfant ou vouloir poursuivre intentionnellement sa grossesse au lieu d'avorter par exemple. Dans d'autres cas, ce désir sera plus dissimulé, « inconscient » comme le prétendent certains psychologues.

Par ailleurs, le plus important est de définir le sens que représente cette grossesse



pour l'adolescente. Pour le comprendre, Lorenza Bettoli (sage-femme et conseillère en planning familial) met en avant plusieurs aspects tels que « l'histoire personnelle et intrapsychique de la jeune fille, de son histoire familiale et de couple, de même que du contexte socio-économique et culturel dont elle est issue. » (BETTOLI, 2004, p.31). La tranche d'âge est également à prendre en compte car elle influencera le parcours scolaire ou professionnel de la jeune fille, sa relation avec ses parents, sa maturité psychologique etc. La façon dont la grossesse a lieu (souhaitée ou accidentelle) est également primordiale afin de mieux comprendre le sens de la grossesse. Par exemple, une adolescente de 14 ans a un premier rapport sexuel non protégé et s'ensuit une grossesse accidentelle. Elle fréquente encore l'école obligatoire et vit chez ses parents dont elle dépend essentiellement (financièrement et affectivement). Cette situation est bien distincte de celle d'une jeune fille de 20 ans, ayant fini son apprentissage, vivant dans son appartement accompagné d'un petit ami qui travaille et pour lesquels cette grossesse a été souhaitée. Parallèlement, il existe des grossesses adolescentes issues de relations sexuelles forcées ou non souhaitées (viols ou incestes) qui vont aussi être déterminantes dans l'appréhension du sens de la grossesse et de son acception ou non ; mais également dans la capacité pour le professionnel (médecin ou autres) de reconnaître telles réalités souvent cachées et secrètes.

Ainsi, différents signes peuvent être utiles afin d'aider à évaluer une situation « à risque » :

- ❖ « très jeune âge (évaluation du niveau de maturité),
- ❖ biographies mouvementées (abondons successifs),
- ❖ violences subies (violences physiques, sexuelles, incestes, abus sexuels),
- ❖ transplantations ethniques et culturelles,
- ❖ rejets familiaux notamment maternels, échec et ruptures scolaires. » (BETTOLI, 2004, p. 32)

Lors de ces situations, la grossesse est souvent considérée comme un moyen de se valoriser, une façon de transcender les échecs vécus.

« Etre enceinte, c'est un événement qui a presque toujours un sens profond dans le développement et dans l'histoire d'une femme, qu'elle soit jeune ou adulte. » (BETTOLI, 2004, p. 32). Lorenza Bettoli présente les quelques significations qu'elle rencontre dans sa pratique quotidienne et qui lui permettent de comprendre, avec l'adolescente, le sens de sa grossesse (BETTOLI, 2004, p. 32) :

- La grossesse venant combler un vide existentiel, appelée aussi grossesse antidépressive permet de donner un sens à la vie. Certaines jeunes filles ont besoin de rompre certaines relations contraignantes de leur enfance ou de leur entourage. L'adolescente aura tendances à dire : « Je dois vivre pour lui, il a tellement besoin de moi ».
- La grossesse vécue comme une prolongation de soi-même. Il sera alors très difficile pour la jeune fille d'envisager un éventuel avortement. Elle aura des propos du type : « je ne peux pas avorter mon bébé, c'est une partie de moi-même. ».
- La grossesse-défi. Plusieurs explications : la volonté de s'opposer aux parents,

d'être autonome, de quitter le foyer parental, de prouver à soi et aux autres qu'on est capable d'assumer la situation.

- La grossesse réparation. Elle permet l'acquisition d'un objet d'amour dont l'adolescente rêve et qui pourrait venir combler tous ses manques. Par ailleurs, cela peut aussi être une tentative de rapprocher ses parents étant en crise, grâce au futur bébé qui leur permettra de devenir grands-parents.
- La grossesse comme facteur de répétition maternelle. « La jeune fille fait comme sa mère qui a été enceinte d'elle au même âge. »
- La grossesse chez des jeunes filles originaires d'autres pays. D'un point de vue culturel et social, il est normal dans certains pays d'avoir un enfant en étant adolescente.

Charlotte Le Van quant à elle, met en évidence plusieurs types de grossesse (LE VAN, 1998, pp. 53-108) :

- La grossesse accidentelle
- La grossesse comme rite d'initiation : faire comme ses pairs.
- La grossesse SOS, comme appel à l'aide, une manière d'attirer l'attention, la recherche d'un rapprochement mère/fille.
- La grossesse insertion, à la recherche d'une reconnaissance sociale.
- La grossesse identité, afin de se trouver une identité propre.

### **c) A qui la jeune fait-elle appel en premier ? (VANDER LINDEN, 2011)**

Il est important de poser cette question à la jeune fille pour ne pas prendre en compte sa seule réalité et façon de faire. Ainsi, les informations récoltées permettront de connaître les ressources de l'adolescente, sa situation familiale, sociale et psychique.

A la découverte d'une grossesse, la jeune fille se dirige vers une tierce personne afin de confier cette nouvelle. Il peut s'agir de :

- Son compagnon (notion de couple ?)
- Ses pairs (méfiance des adultes ?)
- Ses parents (ressource ou provocation ?)
- Adultes du milieu scolaire
- Adultes du milieu médical (permet de confirmer ou d'infirmier la grossesse)

### **d) Comment les jeunes pères sont-ils impliqués ?**

Les jeunes hommes concernés par une éventuelle future paternité, ne font pas un aussi grand sujet d'études que les jeunes filles. En effet, peu d'études existent sur le vécu et le désir d'enfant chez l'adolescent. Néanmoins, comme évoqué par Lorenza Bettoli (BETTOLI, 2004, p. 33), sa pratique lui fait constater qu'il arrive parfois que c'est l'homme qui manifeste ce désir auprès de sa partenaire. La naissance d'un enfant va également donner un sens à sa vie ; elle le poussera à trouver du travail et un logement pour la famille. Dans beaucoup de situations, il prend en charge ses responsabilités paternelles.

Le père est présent lors des consultations mais aussi dans le discours de l'adolescente. Le fait qu'il soit désintéressé par la grossesse ou alors qu'il ait un réel désir pour celle-ci va influencer la jeune fille dans sa décision de prolonger ou d'interrompre sa grossesse. Il arrive que les deux adolescents vivent en couple et que le père du bébé apporte beaucoup de soutien affectif, émotionnel et matériel. Cependant, il arrive parfois qu'il mette fin à la relation avec la jeune fille et part sans donner de nouvelles et en ne reconnaissant pas l'enfant. D'autre part, la grossesse peut être un moyen de communication et de régulation pour le couple en devenant un réel « objet commun » qui favorise la relation. « Par la grossesse, le couple est officialisé face à l'entourage ; faire un enfant c'est poser un acte social important, c'est légitimer et officialiser leur union. » (BETTOLI, 2004, p. 33).

### **e) Représentations sociales**

Comme présenté dans le travail de Lorenza Bettoli, la grossesse adolescente est un sujet qui interpelle toujours notre société. Toutefois, il faut savoir qu'il ne s'agit pas d'un phénomène nouveau mais, selon les études menées, il est devenu un phénomène marginalisé en Suisse. Ce qui n'est pas le cas dans d'autres pays tels que les Etats-Unis (taux de grossesses adolescentes le plus haut des pays industrialisés) où d'autres pays anglo-saxons. (BETTOLI, 2003, p.180).

Par ailleurs, il existe une réelle contradiction d'évolution de notre société. Les femmes ont tendances à avoir des enfants plus tard (après des études ou réalisation professionnelle et sociale). Cependant, concernant les jeunes filles, une certaine évolution des mœurs a amené de nouvelles situations. On y relève une plus grande précocité en lien avec le développement de la sexualité (BETTOLI, 2003, pp. 181-182) :

- ❖ l'âge moyen des premières règles se situe à 13 ans
- ❖ les rapports sexuels sont plus précoces, même s'ils sont irréguliers au début

Bien que ces deux observations soient établies, il ne faut pas oublier le fait que les jeunes restent plus longtemps dépendantes des parents et les responsabilités adultes sont repoussées.

D'autre part, malgré la venue d'une certaine liberté sexuelle, un nouvel interdit a fait son apparition concernant les jeunes filles : l'interdit de la grossesse et encore plus, de la maternité. « Il s'appuie, entre autres, sur un discours médical qui stigmatise les risques d'une grossesse à cet âge : risque de prématurité, risque d'hypotrophie, risques de maltraitance pour l'enfant. » (PASINI (et al.), 1993, p.53). Toutefois, des études montrent qu'il n'existe pas de différence de risques avec les grossesses adultes, concernant les filles de plus de 15 ans, pour autant qu'elles soient bien suivies et prises en charge. Il n'est donc pas adéquat de parler de grossesses à risque médical mais plutôt de « grossesses à risque social avec des conséquences médicales éventuelles ». (PASINI (et al.), 1993, p.53). De plus, il est important de signaler qu'il existe d'autres cultures et sociétés où les grossesses à l'adolescente demeurent admises et surtout valorisées et soutenues par le groupe social (s'il existe une situation maritale et ne s'agissant pas de très jeunes filles). Alors que dans nos sociétés, la grossesse et maternité adolescente sont rattachées à une certaine transgression, à une déviance ainsi qu'à l'interdit d'avoir la capacité d'exprimer ses désirs d'enfant ou de grossesse. (PASINI (et al.), 1993, p.53).

Enfin, d'autres éléments d'ordre sociologique sont apparus en deuxième partie du

20<sup>ème</sup> siècle (BETTOLI, 2003, pp. 182-183) :

- ❖ La famille en mutation. Les divorcés augmentent et d'autres modèles parentaux apparaissent : les familles monoparentales, recomposées, l'homoparentalité. De ce fait, beaucoup d'enfants peuvent se sentir désorientés, sans repères clairs.
- ❖ Une société migrante. Il existe de plus en plus de jeunes filles provenant d'ethnies et de cultures éloignées de nos systèmes socioculturels. Cette multiculturalité de la société nous renvoie à une vision très distincte de la grossesse adolescente. Par exemple, la majorité des autres cultures n'est pas préoccupée par la contraception ou l'avortement, mais à l'inverse, par la fertilité et la procréation des jeunes filles. Il est alors important de prendre en compte les spécificités ethnoculturelles qui expliquent parfois les raisons des grossesses chez certaines jeunes femmes migrantes, tout comme leur histoire personnelle, intrapsychique, familiale et de couple.

## 5.4 Adolescentes enceintes en Suisse

### 5.4.1 Droits et devoirs des parents mineurs

Concernant les mamans mineures, il existe une loi suisse liée à l'acquisition de l'autorité parentale. En effet, en Suisse on ne peut avoir l'autorité parentale qu'en étant majeur et n'étant pas sous tutelle. L'enfant d'une mère mineure sera donc mis sous tutelle à sa naissance. L'article 298 al. 2 du Code civil nous le rappelle : « Si la mère est mineure, interdite ou décédée ou si elle a été déchue de l'autorité parentale, l'autorité tutélaire transfère l'autorité parentale au père ou nomme un tuteur à l'enfant, selon ce que le bien de l'enfant commande. » (CODE CIVIL SUISSE, Art. 298, p.76).

Toutefois, comme expliqué dans un article consacré aux jeunes parents<sup>19</sup>, le tuteur a pour mandat de garantir la sécurité de l'enfant, et de veiller à ce qu'il reçoive ce dont il a besoin pour son bon développement. Il est aussi son responsable légal. Son rôle n'est pas de juger les capacités de la maman mais de prendre en compte l'avis de celle-ci et l'aider à chercher des solutions aux problèmes rencontrés. La tutelle prendra fin lors des 18 ans de la mère. Depuis quelques années, toujours selon le même article, la jeune mère peut proposer elle-même un tuteur si elle connaît une personne de confiance avec un dossier juridique vierge. Aussi, il se peut que certains juges n'attribuent pas la tutelle aux parents de l'adolescente afin de permettre à la jeune maman d'exercer son rôle.

D'autre part, il faut savoir que le mariage des mineurs (moins de 18 ans) n'est plus envisageable en Suisse, même avec un accord des parents. C'est ainsi depuis l'abaissement de l'âge de la majorité de 20 à 18 ans, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1996. Concernant le retrait de garde, il est primordial de souligner, afin de rassurer notamment la jeune fille, que ce n'est pas en raison de son âge qu'un éventuel retrait de garde peut avoir lieu. Pour ce faire, l'enfant doit être en danger (coups) ou négligé (mauvaise hygiène, mauvaise alimentation). Aussi, avant de procéder au retrait, il existe en principe une évaluation avec les parents ainsi qu'un soutien afin de leur expliquer les risques

---

<sup>19</sup> Jeunes parents, <http://www.jeunesparents.ch/spip.php?article194>, 2010, consulté le 31 mai 2010

encourus par leur enfant et les possibles conséquences.<sup>20</sup>

#### 5.4.2 Mesures proposées

Je vais m'intéresser prioritairement aux mesures mises en place en Suisse afin d'aider et d'accompagner ces adolescentes enceintes ou déjà mères.

##### 1. Le SIPE, Valais

Cela fait 30 ans que les centres SIPE<sup>21</sup> (Sexualité, Information, Prévention, Education) interviennent dans toutes les régions du Valais. Des professionnels formés en santé sexuelle, reproductive ainsi qu'en consultation conjugale sont à disposition afin d'écouter toute question relative à la sexualité, à la procréation et à la vie affective. Ces centres sont reconnus par l'État du Valais. Ils exercent des mandats cantonaux dans quatre domaines d'activités : santé sexuelle et planning familial, consultation en matière de grossesse, consultation conjugale et éducation sexuelle. Dans ces centres, il est possible d'effectuer un test de grossesse accompagné d'un entretien de conseil par une conseillère en santé sexuelle (secteur « santé sexuelle et planning familial »). Concernant ce sous-chapitre, le domaine « consultation en matière de grossesse » m'intéresse plus particulièrement. En effet, cette consultation a pour mission d'aider et d'accompagner des femmes ou des couples qui désirent un soutien ou une information lié à la grossesse. Il faut savoir également que ces entretiens individuels ou de couples sont gratuits et confidentiels, ce qui rend ces prestations accessibles et ouvertes à tout le monde.

Enfin, les prestations du domaine « consultation en matière de grossesse » sont les suivantes<sup>22</sup> :

- Aide autour de la naissance (informations sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, les cours de préparation à l'accouchement, les implications liées à l'arrivée d'un enfant etc.)
- Accompagnement et soutien dans la décision de poursuivre ou non sa grossesse
- Aide autour de la notion de couple et de la sexualité pendant la grossesse et après la naissance
- Organisation familiale et soutien lors de situations particulières : grossesse multiples, familles monoparentales,...
- Soutien social et juridique en cas de grossesse
- Démarches administratives, congé maternité, emploi, permis de travail, allocations familiales, reconnaissance de l'enfant, garde de l'enfant, adoption...
- Aide financière (« Elle est attribuée après évaluation de la situation socio-économique des personnes, selon des critères et directives de la Fédération. Elle se limite à la période de la grossesse et à la première année de vie de

---

<sup>20</sup> Ibid.

<sup>21</sup> Fédération Valaisanne des Centres SIPE, <http://www.sipe-vs.ch/>, consulté le 2 mai 2010

<sup>22</sup> Fédération Valaisanne des Centres SIPE, [http://www.sipe-vs.ch/fr/index.cfm?page=activites/cg\\_accueil.cfm](http://www.sipe-vs.ch/fr/index.cfm?page=activites/cg_accueil.cfm), consulté le 2 mai 2010

l'enfant. Elle est indépendante et différenciée d'une aide financière apportée par l'aide sociale, par exemple »<sup>23</sup>.)

- Orientation vers les services spécialisés

Enfin, le domaine d'activité « consultation conjugale » peut dans une moindre mesure répondre à certains besoins d'adolescentes enceintes. Notamment s'il existe un couple et que celui-ci se retrouve confronté à des difficultés relationnelles et traversent des crises ; et ce d'autant plus lors d'une grossesse. Cependant, ces consultations sont payantes (60.-) et ne visent pas directement la population adolescente.<sup>24</sup>

## 2. Programme de promotion de la santé et de prévention, Vaud

Il existe dans le canton de Vaud, un programme de promotion de la santé et de prévention en faveur de la petite enfance (0-6ans) et des parents. Ce programme découvert dans le cadre d'un module suivi à Lausanne, a fait sens pour moi et j'ai jugé judicieux d'en parler dans ce travail. Je me baserai donc sur le cours donné par Caroline Alvarez (cheffe de programme) dans le cadre du module OASIS « protection de l'enfance et soutien à la famille » à l'EESP de Lausanne, le 8 novembre 2010. Premièrement, ce programme cantonal lancé en 2006, privilégie l'identification et l'utilisation des ressources des parents ainsi que le renforcement de leurs capacités face à des situations déstabilisantes. Une collaboration avec plusieurs prestataires (SPJ, services sociaux, hôpitaux etc.) a lieu afin de pouvoir offrir différents soutiens appropriés. L'objectif principal du programme est de garantir à l'ensemble des familles avec enfants en âge préscolaire l'accès à un « panier » de prestations de qualité. Celui-ci comprend :

- Conseil en périnatalité : entretien avec une sage-femme proposé en début de grossesse avec si besoin une rencontre avec une assistante sociale. Ceci va permettre de répondre aux diverses questions (médicales, psychosociales et juridiques), de repérer d'éventuelles difficultés et facteurs de risques pour l'enfant à venir, d'orienter vers les services adéquats si nécessaires, préparer le séjour en maternité et amorcer la transition entre l'anténatal et le postnatal.
- Visites et consultations d'infirmières pour nourrissons et enfants : information, conseil, soutien, mise en relation avec le réseau de proximité et orientation. Une offre de visites à domicile peut être établie avec des consultations pour nourrissons, un suivi spécifique des prématurés et une réponse téléphonique. Il existe également un accompagnement à plus long terme en collaboration avec d'autres intervenants.
- Accueil enfants – parents : des structures d'accueil pour les enfants de 0 à 5 ans accompagnés par leurs parents ou la personne qui en a la garde sont des lieux à disposition de tous. Il s'agit de lieux de rencontre, de soutien à la fonction parentale, d'apprentissage de la vie sociale pour l'enfant et de préparation en douceur à la séparation et à l'autonomie.
- Carnets d'adresses à l'usage des parents, remis gracieusement aux parents par des professionnels formés spécifiquement. Ils font connaître aux futurs parents, aux parents d'enfants en bas âge ainsi qu'aux professionnels les

---

<sup>23</sup> Fédération Valaisanne des Centres SIPE, [http://www.sipe-vs.ch/fr/index.cfm?page=activites/cg\\_aidefinanciere.cfm](http://www.sipe-vs.ch/fr/index.cfm?page=activites/cg_aidefinanciere.cfm), consulté le 2 mai 2010

<sup>24</sup> Fédération Valaisanne des Centres SIPE, <http://www.sipe-vs.ch/index20c0.html>, consulté le 2 mai 2010

ressources cantonales et régionales à leur disposition.

- Prévention des accidents d'enfants, en informant les parents et les proches par des campagnes, conférences etc. De plus, cette action vise à former les futurs professionnels et à sensibiliser les personnes en activité. Des informations et des outils sont alors mis à disposition du public et des professionnels sans contrepartie financière via Pipades : [www.pipades.ch](http://www.pipades.ch)

### 3. Association ADJM, Suisse romande (BETTOLI, 2004, p.32)

Une association pour les jeunes mamans a été fondée en février 2003 : l'Association Mamans Adolescentes et Jeunes Mamans (ADJM). Elle a été créée dans le but de répondre au besoin de se sentir soutenue et moins seule. L'association organise des points de rencontre dans la Suisse romande et répond aux différentes questions des futurs jeunes parents et grands-parents. De plus, elle a mis en place une aide juridique et médicale et gère le site internet « [www.mamans-adolescentes.ch](http://www.mamans-adolescentes.ch) » qui offre de nombreux articles, informations et échanges intéressants autour de la parentalité des jeunes. Aussi, des sages-femmes aident l'association afin de rédiger certains articles spécifiques sur le site, de répondre par mail ou par téléphone pour répondre à des questions concernant la grossesse et figurent sur la liste de professionnels que l'association a élaborée. Cette liste permet aux futures jeunes mères d'être orientées «...vers des personnes de leur région qui les respectent et acceptent leur choix sans jugement. » (BETTOLI, 2004, p.32).

### 4. Approche pluridisciplinaire du planning familial, Genève

L'approche du planning familial, notamment celui de Genève sur lequel je me suis référée (BETTOLI, 2003, p.180), m'intéresse tout particulièrement, car il existe une approche pluridisciplinaire (réseau de professionnels) autour de la situation suivie. Le planning familial de Genève est un service d'information public. Il est sous la responsabilité du Département de Médecine Communautaire des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) depuis janvier 2002. Il dispose de trois secteurs d'activités : le planning familial (70% des demandes), le centre officiel en matière de grossesse (15% des demandes), et le conseil conjugal (15% des demandes). Le plus souvent, les adolescentes consultent afin d'avoir des informations sur la contraception, pour demander une contraception d'urgence, lors de retard des règles, pour un test de grossesse, pour une interruption de grossesse ou encore un suivi de celle-ci. Un réel travail en réseau et un accompagnement pluridisciplinaire encadrent alors la personne de référence. En effet, il existe une collaboration avec la consultation des jeunes à la policlinique de gynécologie de la Maternité des HUG et les médecins privés. De ce fait, cela permet aux jeunes filles enceintes désirant poursuivre leur grossesse d'être orientées vers le Planning Familial afin de bénéficier d'un suivi psychosocial à moyen terme ainsi que de se préparer à la naissance. Plus concrètement, « la sage-femme reçoit les jeunes filles au Planning Familial pendant la grossesse (en moyenne 6 fois). Elle les revoit à la Maternité dans les jours qui suivent la naissance. Puis, elle propose un accompagnement dans les semaines qui suivent l'accouchement pour faire le point sur la relation mère/bébé, l'allaitement maternel, l'état émotionnel, la relation de couple, la contraception etc. » (BETTOLI, 2003, p.180). S'il existe des facteurs de risque, les suivis sont plus soutenus. De plus, si besoin, une intervention en binôme est envisageable (psychologue / conseillère conjugale / sage-femme). Un psychiatre peut parfois également intervenir lorsque cela est nécessaire. Pour tout cet accompagnement, le planning familial collabore particulièrement avec « l'Unité de gynécologie psychosomatique et de sexologie des HUG ou avec le psychiatre de la

polyclinique de gynécologie des HUG, avec le réseau social, éducatif et médical genevois » (BETTOLI, 2003, p.180). L'aide des sages-femmes à domicile et des infirmières est également très précieuse.

Cette pluridisciplinarité se retrouve également dans le cadre des centres SIPE du Valais. Par contre, je n'y ai pas retrouvé l'encadrement psychologique et psychiatrique offert dans le cadre de l'approche du planning familial de Genève.

#### 5. OPE, Valais (NANCHEN, 2001)

L'Office de la protection de l'enfant fait partie du Service cantonal de la jeunesse (créé en 1990 et s'occupant de l'enfance, la jeunesse de manière générale ; tant pour les personnes qui vont bien que le contraire). L'OPE est divisé en trois régions (Haut-Valais, Valais Central et Bas-Valais) et intervient sur des mandats données par les tribunaux, la chambre pupillaire ou le tribunal des mineurs. Ce sont alors des psychologues, des juristes et des assistants sociaux qui travaillent sous le même label, d'intervenant en protection de l'enfant.

Concernant le suivi de grossesses adolescentes, Christian Nanchen, chef de l'Office cantonal valaisan de la protection de l'enfant, déclare qu'elles sont peu nombreuses (5,1 en 2010) mais demandent beaucoup d'encadrement en termes de qualité. La procédure de ces situations est la suivante :

1. Signalement à l'autorité tutélaire (toutes les grossesses d'adolescentes mineures sont signalées) avec convocation des parents. Ce signalement n'est pas vu comme une sanction mais comme des mesures d'aide et de protection.

2. Evaluation (rapport)

3. Suivi

Deux mesures de protection sont alors proposées :

a. Mesures de surveillance (C.C art. 307, al.3) : visite dans la famille pour voir si l'environnement est adéquat.

b. Curatelle (C.C art. 308, al. 1 et 2) : l'autorité tutélaire peut nommer un curateur à l'enfant afin d'apporter des conseils aux parents ainsi qu'un appui dans le soin de l'enfant (par exemple, pour le suivi médical de l'enfant). Il peut également représenter l'enfant pour faire valoir différents droits. Néanmoins, le curateur ne possède pas l'autorité parentale (cf. point 5.4.1).

Il existe également la curatelle de paternité (C.C art. 309) afin de déterminer qui est le père. L'autorité tutélaire pourra mandater un curateur qui va faire des démarches pour retrouver le père s'il ne veut reconnaître l'enfant ou s'il n'est pas présent. Le retrait de garde avec placement institutionnel ou familial peut aussi être envisagé (C.C art. 310) ainsi qu'un retrait de l'autorité parentale si besoin (nomination d'un tuteur pour la mère et l'enfant). Il faut savoir que la mère mineure ne peut assumer l'autorité parentale car elle-même demeure sous la responsabilité d'un tuteur.

Plusieurs scénarios sont alors rencontrés dans la prise en charge de ces situations de grossesses adolescentes. Soit la famille biologique a les ressources nécessaires pour prendre en charge le nourrisson. Soit, les ressources manquent et un placement en institution ou dans une famille peut être décidé. Les déterminants de la décision du placement sont le danger (à court ou à long terme) et le contexte. Aussi, avant de prendre



une mesure de placement, l'OPE va réfléchir à toutes les autres mesures devant tenir compte de plusieurs principes (proportionnalité, subsidiarité, complémentarité et transparence). Actuellement, il manque des institutions pouvant accueillir la mère et son enfant. Selon Christian Nanchen, au vu du peu de situations rencontrées par année, les familles d'accueil prenant en charge la mère et son enfant seraient à privilégier. Toutefois, ces familles devraient être formées et coachées, car il s'agit d'un encadrement particulier. Mais dans tous les cas, il s'agirait d'une solution plus rapide que la mise en place d'institutions. Cette option est en cours d'investigation.

Le troisième scénario possible est l'adoption dans une famille (C.C art. 264). L'enfant doit être placé au minimum un an dans une famille avant que l'adoption soit prononcée et que le nouveau lien de filiation s'effectue. Pour la mise en place de l'adoption, une demande de consentement de la mère et du père de l'enfant doit être faite par écrit et enregistrée par l'autorité tutélaire. Elle demeure valable même si les futurs parents adoptifs ne sont pas nommés ou pas encore désignés. D'autre part, il peut y avoir abstraction du consentement d'un des deux parents lorsque le père est inconnu ou que la mère ne veut divulguer l'identité de celui-ci. Ce consentement ne peut être donné avant six semaines à compter de la naissance de l'enfant. Il peut être révoqué dans les six semaines suivant sa réception, sinon il devient définitif. Deux à trois mois de réflexion peuvent cependant être donnés. Une évolution de la décision a souvent lieu.

En conclusion, deux constatations ont été posées par le Chef de l'Office cantonal de la protection de l'enfant. La première étant que les autorités tutélaires sont souvent tardives quand à la prise en charge d'une situation de grossesse adolescente (entre 8 et 12 mois de grossesse). De ce fait, il mentionne le besoin d'améliorer la collaboration et la communication. La deuxième constatation soulève la difficulté à trouver une institution spécialisée. Ceci particulièrement lorsque la mère ou le couple sont en grandes difficultés (population proche de celle des institutions sociales). Dans ce cas, il existe des institutions dans le canton de Vaud et Fribourg mais elles coûtent souvent plus chères et sont parfois, loin du domicile. Concernant les familles d'accueil, il rappelle que le contact entre la mère et son enfant devient très ténu. Il se restreint à une heure de visite chaque 15 jours.

#### 6. L'Accueil Educatif Mères-Enfants (FONDATION LA POUPONNIÈRE ET L'ABRI, 2007)

Enfin, j'ai découvert dans le cadre du module OASIS suivi à Lausanne (cité plus haut) un nouveau concept institutionnel que je trouve judicieux et intéressant à mettre en lien avec mon travail de recherche. Il s'agit de l'Accueil Educatif Mères-Enfants (AEME) au sein de la fondation « La Pouponnière et l'Abri » située à Lausanne, proposant une aide à la petite enfance, à l'enfance et à la famille. Aujourd'hui, on constate que les mères vivent souvent leur maternité dans la solitude contrairement à autrefois où elles faisaient partie d'un ensemble social (famille, entourage...) Il est alors difficile de s'occuper seule des tâches de la maternité, surtout lorsqu'il s'agit d'une femme fragilisée. Le concept de l'AEME a alors été créé dans le but de réunir un climat affectif et de sécurité autour de la maman afin qu'elle puisse reconnaître les besoins de son enfant. Il faut savoir que l'AEME est réservé uniquement à de jeunes femmes en difficultés, en ruptures ; ce qui rejoint sensiblement le public rencontré dans les institutions sociales auxquelles je m'intéresse dans ce travail. Cet espace a vu le jour suite à une demande du Service de Protection de la Jeunesse (SPJ) pour remédier à l'absence de « foyers maternels » dans le canton de Vaud. Cette nouvelle structure offre un mode d'encadrement plus ouvert :

l'éducateur intervient spécialement la semaine et garantit une permanence téléphonique pendant les week-ends et les nuits. 10 ans après la création de l'AEME, les professionnels peuvent faire un premier bilan. En effet, une évolution liée à la population côtoyée a eu lieu. Au début, il s'agissait plutôt de jeunes mères majeures qui intégraient la structure. Au fil du temps, l'équipe éducative a accueilli de plus en plus de jeunes filles mineures. Les professionnels se sont alors remis en question quant au mode d'encadrement proposé. « L'action éducative a pris toute sa mesure avec ces très jeunes mères que nous devons soutenir et éduquer dans tous les aspects de la vie quotidienne. Pour arriver à ce qu'elles puissent répondre aux besoins de leur(s) enfant(s), il est primordial qu'elles puissent dans un premier temps répondre à leurs propres besoins. Tout l'enjeu de la prise en charge se trouve dans ce postulat. Comment les amener à devenir des mères responsables de leur(s) enfant(s) quand elles-mêmes sont encore des enfants, souvent meurtries, carencées et dont les liens qu'elles ont créés ont été rompus ou fragilisés.» (FONDATION LA POUPONNIÈRE ET L'ABRI, 2007, p.5). Le travail à effectuer résidera alors dans la création du lien avec la mère afin qu'une confiance s'installe. C'est seulement à ce moment-là que l'on pourra interagir avec elle afin de mettre en place un projet d'accompagnement. Les missions générales de celui-ci sont :

- ❖ Offrir une sécurité relationnelle
- ❖ Assurer la sécurité de l'enfant
- ❖ Faire accepter et respecter son enfant par la mère
- ❖ Donner une place au père de l'enfant
- ❖ Accompagner la mère dans sa conquête d'autonomie

Le placement n'excède en principe pas un an. La prise en charge est vérifiée et confirmée par les parties lors de réunions de réseaux organisées fréquemment pendant toute la durée du placement.

## 5.5 Interruption de grossesse (IG) : lois et pratiques en Suisse

Comme évoqué sur un site créé par l'Union suisse pour décriminaliser l'avortement (USPDA)<sup>25</sup>, une nouvelle législation concernant de délai de l'avortement accepté en votation populaire en juin 2002, est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre de la même année. Ce nouveau régime consiste à dire que c'est à la femme concernée de choisir d'interrompre ou non sa grossesse et ce dans les 12 premières semaines. A partir de la 13<sup>ème</sup> semaine, « l'interruption de grossesse est admise si un avis médical démontre qu'elle est nécessaire pour écarter le danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique ou un état de détresse profonde de la femme enceinte. Un second avis médical n'est pas nécessaire. »<sup>26</sup> Ceci est mentionné dans le code pénal suisse dans les articles 118 à 121, qui régissent l'avortement. Avant cette date, et depuis l'entrée en vigueur du Code Pénal en 1942, la loi déniait le choix de la femme concernant la décision d'assumer ou non une grossesse. L'avortement était alors interdit en Suisse, sauf lorsque la femme enceinte courait un danger grave et permanent à sa santé. Celui-ci devait être certifié par un deuxième médecin. Aujourd'hui, personne ne peut forcer quelqu'un à avorter, le code

---

<sup>25</sup> USPDA, <http://www.svss-uspda.ch/fr/suisse/suisse.htm>, consulté le 31 mai 2010

<sup>26</sup> Ibid.

pénal est très clair là-dessus : « Celui qui interrompt la grossesse d'une femme sans son consentement sera puni d'une peine privative de liberté de un à dix ans. » (CODE PÉNAL SUISSE, Art. 118 al.2, p.50).

De plus, il faut savoir que le nombre d'avortements en Suisse a commencé à diminuer fortement dès la fin des années 60 et s'est stabilisé dans les années 90. « Les IVG légales ont passé d'entre 14'000 et 16'000 en 1970 à environ 10'000 aujourd'hui: une diminution de près de 30%. »<sup>27</sup> En 2009, avec un taux de 6,4 pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans, la Suisse est un des pays d'Europe où il existe le moins d'interruptions de grossesses. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette évolution : « un esprit ouvert face à la sexualité, le progrès de la pilule (dès 1961), l'éducation sexuelle ainsi que le précieux travail fait par les centres de planning familial. »<sup>28</sup> Concernant le type de femmes concernées par l'avortement, deux constatations ressortent<sup>29</sup> :

- Le nombre d'IG pratiquées sur des adolescentes en Suisse est très bas, comparé à d'autres pays. Les deux tiers des interventions concernent des femmes de 25 ans et plus (68%), alors que les adolescentes de moins de 20 ans représentent 9% des IG.
- Les femmes étrangères sont fortement représentées. En effet, 50% des interruptions de grossesses concernent des femmes migrantes, alors qu'elles représentent seulement le 29% des femmes de 15 à 44 ans.

D'autre part, les raisons pour lesquelles les femmes avortent sont diverses. Tout d'abord, c'est souvent une situation devenue précaire qui joue un rôle et est déterminant dans ce choix. En effet, une relation de couple fragile, des incertitudes concernant l'aptitude à élever un enfant, la crainte de l'avenir, le surmenage dû aux nombreuses tâches à accomplir peuvent influencer la femme concernée. Aussi, il peut exister certaines pressions externes telles que la crainte de la réaction des proches, une demande d'avorter du partenaire, les soucis financiers qui s'accumulent etc. Cependant, « plusieurs études montrent que peu de femmes subissent une IG uniquement parce qu'elles ont succombé à de fortes pressions de leur entourage. »<sup>30</sup>

Par ailleurs, une initiative du parti UDC<sup>31</sup> a été lancée en janvier 2010 demandant que l'avortement ne soit plus remboursé par les primes de l'assurance maladie de base. Le comité «Financer l'avortement est une affaire privée - Alléger l'assurance maladie en radiant les coûts de l'interruption de grossesse de l'assurance de base» s'est alors formé. Ses participants disent que « l'avortement n'a pas à être supporté de manière solidaire : il ne s'agit pas d'une maladie, a souligné la co-présidente du PEV<sup>32</sup> genevois Valérie Kasteler. »<sup>33</sup> Celui qui envisage une interruption de grossesse devrait alors payer directement les coûts de l'intervention ou conclure une assurance complémentaire. Il va sans dire que ce système aurait tendance à défavoriser encore plus des populations fragilisées telles que les adolescentes rencontrées dans les institutions sociales et les populations migrantes. Les initiants du projet affirment que les coûts de la santé en

---

<sup>27</sup> Ibid.

<sup>28</sup> Ibid.

<sup>29</sup> Ibid.

<sup>30</sup> USPDA, <http://www.svss-uspda.ch/fr/suisse/profil.htm>, consulté le 31 mai 2010

<sup>31</sup> Union Démocratique du Centre

<sup>32</sup> Parti Évangélique

<sup>33</sup> 20 MINUTES, <http://www.20min.ch/ro/news/suisse/story/31237408>, 2010, consulté le 28 janvier 2011

seraient réduits. Des statistiques montrent que les IG représentent entre 15 et 20 millions de francs par an (soit 0,02% des coûts de la santé) alors que les grossesses menées à terme coûteraient 10 fois plus cher<sup>34</sup>. Les initiants avaient jusqu'au 26 juillet 2011 pour récolter les 100'000 signatures nécessaires. Celles-ci ont bel et bien été récoltées et l'initiative a donc pu être déposée. Il restera au peuple et aux cantons de se prononcer sur l'initiative dans une future votation.

## 5.6 Prévention des grossesses adolescentes

Dans un premier temps, la notion de « prévention » m'interpelle beaucoup et je me demande ce qu'elle veut effectivement signifier. En effet, utilise-t-on le terme « prévention » afin de montrer que les grossesses adolescentes demeurent pathologiques ? De ce fait, faut-il tout mettre en œuvre pour les soigner car elles sont les conséquences d'un trouble du comportement important ? Ou alors est-ce que prévenir signifie informer sur les différentes mesures à prendre lors d'une sexualité active mais également accompagner la jeune fille en lui faisant prendre conscience de ses responsabilités et de ce fait prévenir d'éventuelles grossesses non désirées ? Personnellement et en lien avec ma question de départ, je privilégierais la deuxième option qui offre un encadrement et des objectifs plus larges ; de plus elle ne réduit pas nécessairement la grossesse adolescente à un élément négatif et marginal. Aussi, je partirai du principe que l'on prévienne des grossesses dites « non-désirées ». Il me semble important de le signaler, car comme évoqué précédemment, des adolescentes peuvent avoir un réel désir de grossesse et nous ne sommes pas là pour leur dicter un comportement à adopter ou leur transmettre un message moralisateur mais à partir de ce constat, les accompagner au mieux dans leurs choix, leurs envies et leurs besoins.

Pour rappel, il existe plusieurs niveaux de prévention définis par l'organisation mondiale de la santé (OMS), à savoir (CURRAT, 2008, p.15) :

- La prévention primaire qui lutte contre les risques (qu'ils soient d'ordre individuel, environnemental ou sociétal) avant que le problème survienne.
- La prévention secondaire qui intervient comme un dépistage d'événements significatifs afin de prévenir une maladie.
- La prévention tertiaire qui tente de limiter les dommages, de prévenir les éventuelles rechutes et faciliter la réinsertion des victimes et des auteurs par des soins appropriés.

Selon le pays en question, la conception de la prévention est différente. La stigmatisation des grossesses précoces serait donc liée à la perception de la sexualité des adolescents. Dans une analyse (BETTOLI, 2004, p.34), trois types de sociétés se distinguent :

- Les pays prônant la chasteté

Il s'agit des Etats-Unis où les adolescents doivent être le plus longtemps possible protégés de la sexualité, n'étant tolérable que pour des personnes en mesure de fonder une famille et ceci sans dépendre de l'aide sociale. Les messages donnés

---

<sup>34</sup> L'Hebdo, [http://www.hebdo.ch/initiative\\_retrograde\\_42783\\_.html](http://www.hebdo.ch/initiative_retrograde_42783_.html), 2010, consulté le 31 mai 2010

à l'école et dans les médias montrent cette virginité de manière très positive.

- Les pays combattant la sexualité adolescente

Ce sont la Grande-Bretagne et les Pays-Bas qui associent la sexualité adolescente à un phénomène à combattre. Les jeunes sont alors fortement incités à repousser l'âge du premier rapport sexuel. Toutefois, la sexualité des jeunes est vue comme une épreuve inévitable et qu'il faut suivre à cause des dispositifs répressifs inefficaces ou du déni. « Volontiers alarmiste, les pouvoirs publics britanniques tiennent un discours médicalisé et pessimiste, pour alerter des conséquences négatives de rapports non protégés. » (BETTOLI, 2004, p.34)

- Les pays « réalistes »

Ce troisième groupe réunit l'Europe continentale et scandinave, dont la France, la Suisse et la Suède. Le droit à la sexualité pour les jeunes n'est pas nié. On leur permet de contrôler les risques avec des moyens de contraception en accord avec les différents moyens financiers de chacun. La Suède y joue un rôle pionnier, en créant dès 1975, des cliniques offrant aux jeunes des informations confidentielles. De plus, il faut savoir que l'interruption de grossesse est gratuite pour les adolescentes et il n'y a guère besoin d'un consentement parental au préalable. Des résultats se sont faits remarquer : « dans la décennie suivante, le taux de grossesses adolescentes a diminué de 80 % selon l'UNICEF. » (BETTOLI, 2004, p.34) Ce modèle suédois s'est ensuite installé généralement en Europe, où actuellement la sexualité apparaît comme normale à l'adolescence.

D'autre part, une étude intéressante a été effectuée au Québec concernant les prises de position d'adolescents et de praticiens qui travaillent en prévention, en lien avec la grossesse à l'adolescence (DUFORT (et al.), vol.3 n°1). Il en ressort notamment que malgré les diverses manœuvres développées en Amérique du Nord pour la prévention des grossesses adolescentes non planifiées, les taux restent élevés. « Des études montrent, d'une part, que les programmes de prévention n'atteignent pas certains jeunes et, d'autre part, que certains praticiens montrent peu d'intérêt pour les activités préventives » (DUFORT (et al.), vol.3 n°1, p.1). Un travail sur les représentations sociales des différents groupes impliqués dans l'information préventive serait alors à privilégier. En effet, il est primordial de ne pas heurter les représentations des groupes pour lesquels des messages sont destinés et plutôt réussir à ajuster ces représentations au lieu de les confronter. Cette étude montre alors la multitude d'images possibles de la grossesse adolescentes et les plusieurs enjeux auxquels elle renvoie. Diverses positions sont plausibles avec lesquelles tous les acteurs (jeunes et accompagnants) sont en quête du sens à donner à la grossesse, à sa poursuite, à son interruption ainsi qu'à la sexualité. Les jeunes sont alors pleins de vivacité et on beaucoup d'idées. Ils ont en principe intégré une partie des messages transmis par les adultes concernant la grossesse à l'adolescence et sa prévention ; ce qui implique des contradictions, des incertitudes et des conflits. En effet, ils ont des propos marqués par certains conflits entre « la raison et la passion, entre l'individualisme et le collectivisme, entre le conformisme et la marginalité, entre le déterminisme et le pouvoir d'agir » (DUFORT (et al.), vol.3 n°1, p.9). Des divergences ont été alors remarquées entre les discours des jeunes et des praticiens ; ces deux groupes peuvent offrir de nombreuses pistes de réflexion qui vont influencer les démarches préventives à entreprendre.

Par ailleurs, j'ai découvert une forme de prévention institutionnelle pouvant installer une réelle pression chez les jeunes filles accueillies (PASINI (et al.), 1993). « Les institutions qui ont la charge des adolescentes séparées de leur famille ne réagissent parfois pas mieux que les parents face au risque de grossesse ou à l'annonce d'une grossesse. Les situations suivantes ne sont pas rares : les contraceptions obligatoires pour des filles qui n'en ont manifestement pas besoin, mais dont la fonction essentielle est de rassurer une équipe, les violences sexuelles subies par des handicapées en milieu institutionnel et dont peuvent être responsables les personnes qui ont en charge ces adolescentes, le renvoi annoncé des filles enceintes ou qu'on menace de ne pas aider si elles émettent le désir de poursuivre une grossesse... » (PASINI (et al.), 1993, p.58)

## 5.7 Conclusion et positionnement personnel

Après toutes ces investigations et découvertes, je pense avoir eu l'occasion d'approfondir divers concepts directement liés à mon thème et à ma problématique de départ. J'ai pu en effet en découvrir plus sur l'adolescence, la sexualité, les interruptions de grossesse, les grossesses adolescentes et la prévention de celles-ci. Ces différents concepts m'ont permis d'ouvrir ma vision des choses en prenant en compte plusieurs dimensions qui m'ont aidée à mieux appréhender cette problématique, de manière objective. J'y ai beaucoup appris et j'ai eu l'occasion de confronter mes idées sur le sujet. La singularité des situations est pour ma part très importante afin de considérer l'intimité des jeunes et leurs réels besoins. La prise en charge particulière d'une situation, si propre à chacun, est donc à privilégier afin d'éviter des généralisations dénuées de sens.

Concernant les grossesses adolescentes, le fait de garder à l'esprit les diverses raisons d'une grossesse adolescente reste fondamental. Particulièrement afin de pouvoir envisager plusieurs pistes de compréhension et ne pas généraliser et réduire les causes à un seul élément. En effet, il existe plusieurs aspects à prendre en compte (adolescence, gestion de la contraception etc.) pour appréhender au mieux cette grossesse.

## 6. Méthodologie de recueil de données

Tout d'abord, j'ai effectué différentes lectures découlant de mes sources afin d'assimiler plusieurs fondements indispensables à la suite de mon projet et développer les éléments théoriques ci-dessus.

De plus, j'ai envoyé mon projet à deux personnes « ressources » afin qu'elles aient un premier aperçu de mon travail ainsi qu'un regard externe et neutre sur celui-ci. Je les ai rencontrées pour pouvoir parler de mon travail, leur poser les questions nécessaires, écouter leurs recommandations et pouvoir en tenir compte pour la suite de l'écriture de mon travail. Ma première personne ressource a été ma praticienne formatrice de mon premier stage de formation effectué au Centre Orif à Sion (institution pour l'intégration professionnelle et sociale d'adolescents en difficultés intellectuelles et/ou physiques). En effet, elle a d'ores et déjà été confrontée à des adolescentes en difficulté face à une sexualité non gérée et une éventuelle grossesse. De plus, elle a organisé un forum de prévention sexuelle au sein de l'institution en collaboration avec le Sipe. Elle a rapidement été intéressée par ma demande et m'a dit être disponible afin de lire régulièrement mon travail, me faire partager ses expériences, ses conseils et me donner des pistes d'action concernant tout particulièrement l'encadrement en institution et la prévention. Par ailleurs, afin d'être éclairée de manière complète et objective sur le sujet, j'ai pensé à une conseillère en planning familial pratiquant également sur le terrain institutionnel. Sa position professionnelle me permettrait d'en apprendre plus sur les prises en charges des adolescentes confrontées à une grossesse mais aussi concernant des éléments théoriques (données épidémiologiques, lois, documentation...)

Enfin, je me suis rendue sur le terrain afin d'effectuer des entretiens, des interviews de travailleurs sociaux ayant déjà été confrontés à une adolescente enceinte. J'attendais personnellement beaucoup de ces entrevues car elles me permettraient de poser un regard plus objectif sur la réelle prise en charge des grossesses adolescentes en milieu institutionnel et de tous les aspects dont il faut tenir compte.

Pour ce faire, j'ai effectué 6 entretiens. 5 rencontres ont été menées dans 4 institutions sociales valaisannes et une institution vaudoise dans lesquelles il est très probable de rencontrer de telles problématiques. Le sixième entretien a été réalisé au Centre Sipe de Sion, car celui-ci prend directement en charge les adolescentes enceintes et a un lien étroit avec les institutions sociales. Afin de recueillir les informations, j'ai décidé d'utiliser la technique de l'entretien semi directif. Cette méthode me paraissait être la plus adéquate car elle permet un échange plus spontané et ouvert concernant l'expression de certaines perceptions, d'expériences vécues etc. Cependant, j'ai préparé mes questions en veillant à ce qu'elles répondent à mes hypothèses de départ. Lorsque les entretiens furent menés, j'ai retranscrit rigoureusement toutes les données récoltées afin d'en favoriser l'analyse.

## 7. Analyse des données

### 7.1 Introduction

Le questionnaire de mes entretiens semi directifs a été conçu autour de quatre thèmes principaux :

1. « Profil des accompagnants »
2. « L'institution face aux grossesses adolescentes »
3. « L'intervention sociale dans l'accompagnement et la prise en charge des grossesses adolescentes »
4. « L'intervention sociale dans la prévention des grossesses adolescentes ».

J'ai également mentionné à chaque fois que cela était possible, à quelle hypothèse chaque question se référait (Cf. Annexe A).

### 7.2 Analyse du thème 1 : Profil des accompagnants

Ce thème proposait des questions relatives à la formation des accompagnants, leur ancienneté dans l'institution ainsi qu'aux éventuelles formations continues suivies. Mon but était de découvrir s'il existe des formations continues liées aux grossesses adolescentes et les pistes apportées aux accompagnants. Aussi, je me suis demandée si des points de vue ou discours divergents allaient se présenter au cours de l'entretien, selon que la personne travaille depuis plus ou moins longtemps dans l'institution.

#### ***Institution n°1 :***

L'accompagnant A : a suivi une formation d'éducateur spécialisé en France. Cela fait 15 ans qu'il travaille dans l'institution 1 ; d'abord dans un centre de préapprentissage avec des adolescents âgés de 15 à 18 ans, puis actuellement dans un centre pédagogique et scolaire depuis 11 ans, avec des enfants de 8 à 16 ans avec difficultés comportementales, familiales et/ou intellectuelles. Il a suivi plusieurs formations. De base systémicien, il a également beaucoup travaillé sur les concepts de violences avec les adolescents. De plus, il relève la participation à des formations complémentaires dans l'institution. En effet, il y en a régulièrement, autant sur la culture, la violence ou la prévention des toxicomanies, des addictions et de la sexualité. Il dit s'être beaucoup engagé avec le planning familial dans un travail de fond ; tout d'abord dans le cadre d'une formation puis plus personnellement. Enfin, l'accompagnant affirme que ces formations lui ont beaucoup apporté ; elles lui ont permis de connaître tous les réseaux, des systèmes de fonctionnement différents et d'élargir son champ de travail.

#### ***Institution n°2 :***

L'accompagnante B : a effectué d'abord une formation d'assistante en pharmacie avant d'entreprendre celle d'éducatrice spécialisée. Cela fait 25 ans qu'elle travaille dans



l'institution 2. Il s'agit d'un centre de réinsertion professionnelle pour des jeunes d'environ 15 à 25 ans avec des difficultés intellectuelles, comportementales et/ou physiques. L'éducatrice a dans un premier temps travaillé à l'internat, puis en milieu ouvert et actuellement en « structures extérieures » (autonomie plus grande qu'en internat mais plus restreinte qu'en milieu ouvert). Elle affirme avoir suivi quelques formations continues (abus, PNL, massages) mais pas spécifiquement sur la problématique des grossesses adolescentes.

***Institution n°3 :***

L'accompagnante C : est éducatrice spécialisée depuis une trentaine d'années. Elle a travaillé une dizaine d'années dans des foyers surtout avec des enfants et des adolescents. Aujourd'hui, cela fait bientôt 20 ans qu'elle travaille dans l'institution 3 qui mène une action éducative en milieu ouvert auprès d'enfants, d'adolescents et leur famille confrontés à des difficultés éducatives, relationnelles, scolaires, sociales, familiales et professionnelles. L'intervenante a effectué divers perfectionnements dont notamment de la systémique, car l'institution l'utilise beaucoup au vu du travail effectué avec les familles. Néanmoins, elle dit ne jamais avoir suivi de formation liée aux grossesses adolescentes, mais plutôt concernant la maltraitance et les abus de manière générale. Puis, elle ajoute que sur le thème de la sexualité, elle s'est principalement formée sur le terrain.

***Institution n°4 :***

L'accompagnante D : a fait à la base une formation d'employée de commerce. A l'âge de 28 ans, elle décide de poursuivre ses études pour devenir éducatrice spécialisée. Puis elle a travaillé pendant 10 ans dans un centre de détoxification avant de travailler dans l'institution 4. Cela fait six ans qu'elle travaille à l'institution 4 qui accueille des jeunes en difficultés de 15 à 18 ans domiciliés en Suisse romande, sur décision d'un service de la jeunesse, du tuteur général ou d'un tribunal des mineurs. L'éducatrice est également formatrice d'adultes ; elle a par exemple enseigné pendant quelques années à la HES-SO Valais dans différents cours. De plus, l'intervenante a effectué une formation de médiation et de praticienne en relation d'aide. Par ailleurs et plus en lien avec la problématique de ce travail, elle a travaillé dans des associations qui accompagnent des adultes (hommes et femmes) qui ont été confrontés à une perte de grossesse ou un avortement. Elle y a travaillé pendant 7 ans et intervenait dans des thérapies de groupe ou des entretiens individuels. Par contre, elle dit ne jamais avoir suivi de formation en lien direct avec les grossesses adolescentes.

***Institution n°5 :***

L'accompagnante E : a fait sa formation en pédagogie curative à l'UNI de Fribourg et travaille dans ce centre depuis 15 ans, avec des jeunes de 15 à 18 ans présentant des troubles du comportement, de la personnalité. Ceux-ci sont accueillis en internat, en urgence et à court ou moyen terme (3 mois). L'intervenante a effectué une formation de praticienne formatrice et diverses formations continues liées notamment à la systémique ; concept très utilisé dans l'institution, par rapport à la population accueillie ainsi qu'à la façon dont fonctionne l'équipe éducative.

***Institution n°6 :***

L'accompagnante F : dispose d'une formation de conseillère en santé sexuelle et reproductive. Il s'agit d'une formation qui s'effectue après une autre formation et pratique

professionnelle dans le social, le médical ou l'éducation. Elle a choisi la pédagogie curative. Cela fait maintenant 20 ans qu'elle travaille pour l'institution 6, dans le cadre d'un centre qui propose plusieurs secteurs d'activités, dont notamment le planning familial et la consultation en matière de grossesse (cf. point 5.4.2). D'autre part, l'accompagnante affirme que dans sa formation, elle assiste régulièrement à des séminaires de formations continues concernant diverses thématiques, dont notamment les grossesses à l'adolescence. Enfin, elle dit avoir abordé cette thématique dans sa formation mais également tous les jours dans sa pratique professionnelle.

En résumé, j'ai pu constater qu'aucun des éducateurs n'avait suivi de formation directement liée aux grossesses adolescentes. D'après les informations récoltées, il n'existerait pas de formations complémentaires liées spécifiquement à la problématique des grossesses adolescentes. Cependant, des conférences publiques, organisées par le réseau santé Valais ont lieu sur ce thème, approximativement une fois par année (cf. 11.4 Conférence). Les formations complémentaires effectuées au sein des institutions sociales concernent plus des concepts ou des problématiques générales de l'institution. Seule l'accompagnante de l'institution 6, qui intervient plus étroitement dans la problématique, a effectué des formations liées aux grossesses adolescentes. Celles-ci ont lieu dans le cadre des centres Sipe, à l'interne, et sont organisées par l'ASCPF<sup>35</sup>. Une fois par année, le sujet des grossesses adolescentes y est abordé. Concernant la différence de discours selon que la personne travaille depuis longtemps ou non dans l'institution, je n'ai à ce stade pas réussi à déceler une notable dissemblance. J'y reviendrai à la fin de mon analyse complète.

### 7.3 Analyse du thème 2 : l'institution face aux grossesses adolescentes

Au vu de la différence de statut professionnel entre les accompagnants des cinq premières institutions et la sixième, je vais séparer les analyses afin que cela soit le plus compréhensible possible.

#### **Accompagnants A-B-C-D-E (éducateurs)**

- A quelle fréquence observez-vous des grossesses adolescentes dans votre institution ? Avez-vous éventuellement des statistiques ?

*Tous les éducateurs ont répondu qu'en moyenne, une grossesse par année, voire deux ont lieu dans chaque institution. Aucun des intervenants ne possède de statistiques validées. D'autre part, les 5 éducateurs affirment qu'il ne s'agit pas d'un phénomène régulier mais plutôt épisodique. Par exemple, l'accompagnante E évoque ceci : « Ce sont souvent des épiphénomènes. Quand une grossesse se déclare, il arrive fréquemment qu'une deuxième puis une troisième interviennent. Et tout à coup, il n'y en a plus pendant plusieurs mois. » L'éducateur A me confie également d'une situation où quatre jeunes filles sont tombées enceintes dans un laps de temps de deux mois. Même constatation pour l'éducatrice D qui a constaté deux grossesses, l'une après l'autre, à trois semaines d'intervalle.*

Personnellement, ce constat me permet d'illustrer assez justement les chiffres avancés dans le chapitre 5.3 a).

### **Accompagnante F (conseillère en santé sexuelle et reproductive)**

- A quelle fréquence observez-vous des grossesses adolescentes dans votre institution ? Avez-vous éventuellement des statistiques ? Et est-ce que vous accompagnez régulièrement des adolescentes placées en institutions sociales ?

L'accompagnante F a donné des chiffres concernant l'année 2010. Pour les centres valaisans, il y a eu 6 filles de moins de 16 ans qui sont arrivées avec une grossesse. Par rapport aux jeunes filles de 16 à 18 ans, il y en a eu 14. Ce qui fait un total de 20 jeunes en dessous de 18 ans qui ont découvert une grossesse. Découlant de ces situations, elle affirme que cela représente beaucoup d'entretiens complémentaires, surtout pour celles qui poursuivent leur grossesse. « Sur ces 20 situations, cela a fait 120 entretiens. », dit-elle. Il s'agit souvent de situations qui demandent un suivi plus important, d'où le nombre d'entretiens.

D'autre part, l'intervenante certifie en effet que des adolescentes enceintes placées en institution sociale consultent régulièrement le Centre. Cependant, elle ne possède pas de chiffres précis. Elle relève rapidement le travail avec les éducateurs. Le suivi peut être fait au centre aussi, et avec d'autres professionnels mis en réseau. Par rapport aux grossesses adolescentes, elle nomme 4 institutions valaisannes avec lesquelles ils travaillent le plus souvent.

### **Accompagnants A-B-C-D-E (éducateurs)**

- Quel est le profil des adolescentes enceintes ou susceptibles de l'être dans votre institution ?
- Pensez-vous que les adolescentes placées en institutions, notamment dans la vôtre, représentent un public plus exposé à des grossesses ? Et pourquoi ?

J'ai décidé d'associer ces deux questions, car au fil de mon analyse j'ai pu remarquer qu'elles étaient très liées. De ce fait, les professionnels ont souvent répondu à la deuxième question dans le cadre de la première.

4 éducateurs (B-C-D-E) relèvent le réel manque affectif de ces jeunes filles ainsi que des carences au niveau de la confiance, l'estime de soi. Tous sont par contre d'avis que les adolescentes placées en institutions peuvent être plus exposées à une grossesse, pour plusieurs raisons. Selon l'éducatrice D, elles seraient prêtes à beaucoup de choses pour avoir le sentiment d'être aimée. « Cela veut dire aussi qu'elle ne dira pas non à un garçon qui lui propose des pratiques qu'elle ne souhaiterait pas ou à des relations non protégées ou encore à des garçons qu'elles ne connaissent pas mais qui leur donnent le sentiment d'être aimée et/ou désirée. »

Dans le même sens, l'éducatrice B émet l'hypothèse que dans le cadre de l'institution,

---

<sup>35</sup> Association suisse des conseillères et conseillers en santé sexuelle et reproductive (planning familial)

*c'est peut-être la première fois qu'elles sont reconnues par les autres. Elles ont des copains, alors que lorsqu'elles étaient dans les classes, elles étaient plutôt rejetées. Elles se retrouvent dans un groupe de personnes qui ont les mêmes difficultés. Aussi, il y a moins de filles que de garçons ; donc proportionnellement, chacune a « le choix » entre 2 et 3 garçons. Elles sont toutes dès le départ, plus sollicitées. D'autre part, l'intervenante B a l'impression qu'il n'existe pas de profil type et que cela peut être à chaque fois très différent pour l'une ou pour l'autre.*

*L'éducatrice C explique que le fait de tomber enceinte demeure pour la jeune fille une solution pour donner un sens à sa vie, pour qu'on s'occupe d'elle. Elle donne l'exemple d'une adolescente de 18 ans qui s'adresse à l'assistante sociale : « Comme ça, vous allez être obligée de vous occuper de moi et de me donner de l'argent. » Une autre est tombée enceinte une année jour pour jour après avoir fait une tentative de suicide et elle faisait elle-même le lien en disant que cela donnait un sens à sa vie. L'intervenante perçoit néanmoins le phénomène comme une justification après-coup, inconsciente et non clairement réfléchi.*

*L'accompagnant A définit le profil des adolescentes comme suivant : « jeunes, manque de maturité, méconnaissance de leur corps, de leur sexualité et puis une carence éducative certaine, une déstructuration parce que le contexte n'est pas là. Je rajouterai encore le manque d'informations. » Ainsi, il pense que leur déstructuration et le fait qu'elles s'alcoolisent parfois et prennent des stupéfiants, ne permet pas toujours de refuser des relations sexuelles à risque. En ce sens, elles sont plus exposées à une éventuelle grossesse.*

*De plus, les éducatrices B et E relèvent la présence de conflits avec la famille ; ce qui selon elles caractérise déjà les jeunes dans ces institutions sociales.*

*Enfin, l'accompagnante E rajoute que dans la plupart des cas de grossesses rencontrées dans l'institution, une première interruption de grossesse s'est présentée quelques mois auparavant. Les jeunes filles ont souvent été contraintes à le faire et demeurent ensuite beaucoup dans la réparation : « la première fois je n'ai pas pu choisir, j'ai du écouter ce qu'on m'a dit, mes parents, les adultes autour de moi, mon copain etc. Maintenant je veux un bébé, j'ai compris ce que je voulais vraiment. » L'intervenante E définit ces adolescentes avec une très grande influence et passablement de profils abandonniques. Elles demeurent largement dans l'idée du bébé qui va réparer, combler le vide et remplir leur vie. Il s'agit de faire un bébé plus pour soi, que pour mettre au monde un enfant qui va grandir, s'autonomiser etc. Ce sont des « bébés-sparadraps ». L'accompagnante pense alors que dans ce sens-là, ces jeunes sont exposées aux grossesses parce qu'elles s'imaginent que le bébé va être palliatif à tous leurs maux. Néanmoins, à contrario, il y en a qui disent : « Justement, à cause que je suis là, c'est vraiment la dernière chose qui doit m'arriver, donc je fais gaffe, j'utilise un moyen de contraception voire deux. » Les avis deviennent alors contradictoires et deux extrêmes se dessinent.*

*Personnellement, j'ai trouvé que les réponses données par les accompagnants, rejoignaient étroitement les points développés dans les concepts théoriques, concernant les explications, le sens et les types de grossesses adolescentes (Cf. point 5.3 b). Ce constat me permet d'affirmer que les éducateurs sociaux ont conscience de l'exposition*

au risque de grossesse et ont repéré les éventuelles fragilités des jeunes qui favoriseraient une telle situation.

### **Accompagnante F (conseillère en santé sexuelle et reproductive)**

- Quel est le profil des adolescentes enceintes provenant d'institutions sociales et qui fréquentent votre Centre ?
- Pensez-vous que les adolescentes placées en institutions représentent un public plus exposé à des grossesses ? Et pourquoi ?

*Selon l'accompagnante F, il s'agit d'un profil identique à celui défini dans l'institution. A savoir, des jeunes qui ont souvent un parcours de vie assez difficile, au niveau social, familial et en rupture parfois. Tout comme les éducateurs, elle relève l'estime de soi qui n'est pas toujours très bonne et une certaine prise de risque. Selon elle, ces jeunes prennent parfois des risques qu'elles ne mesurent pas et de ce fait prennent souvent peu soin d'elles.*

*Elle voit pour ces jeunes filles, une grossesse qui fait partie d'un projet, car elles n'en ont pas d'autres. Il s'agit du projet qui leur permet d'avoir une place quelque part, d'être un peu comme les autres, de pouvoir se projeter dans la vie. Tout comme l'éducatrice C, elle ne pense pas que cela soit réfléchi consciemment mais elle remarque tout de même que de tels éléments d'explication ressortent après-coup lors d'entretiens.*

*L'intervenante pense alors que ces adolescentes placées en institution sont à quelque part plus exposées à des grossesses. Selon elle, ces jeunes sont plus fragilisées (éventuelles difficultés de réflexion de par leur handicap), plus seules aussi. La grossesse devient donc réellement quelque chose pour elles, qui disent souvent : « on a quelqu'un à aimer et qui va nous aimer ». Cela comble un vide affectif. .*

*De manière générale, elle admet que certains jeunes prennent des risques et ne se protègent pas. Intellectuellement, ils ont les connaissances mais celles-ci ne sont pas séparées totalement de l'affectif, de l'émotion. « Il y a des choses qu'ils oublient, qu'ils ne veulent plus se rappeler sur le moment. » Parfois, des personnes rétorquent : « Mais je ne comprends pas, avec tout ce qu'ils savent... ». Oui mais cela ne suffit pas, nous ne sommes pas qu'un cerveau.*

### **Accompagnants A-B-C-D-E (éducateurs)**

- A quels types de placement ces jeunes peuvent-elles être accueillies dans votre institution ? Que favorisent ou désavantagent-ils dans la problématique des grossesses adolescentes en institution ?

*Concernant toutes les institutions, il s'agit de placements civils, sociaux ou pénaux. L'éducateur A précise la complication de la situation lorsqu'il s'agit d'un placement pénal. En effet, si la jeune est sous placement civil ou social, l'institution pourra gérer la situation avec les services sociaux et la famille. Pour un placement pénal, les accompagnants seront obligés de se référer au juge. La jeune fille ne voudra en principe pas en parler au juge, parce que cela va mettre en valeur ses déficiences de comportements et la mettre dans une situation inconfortable par rapport à la justice. « Notre rôle sera alors d'organiser un point de situation avec la justice en y amenant la jeune et en expliquant la*

*situation actuelle, quelle procédure a été entreprise etc. Il faut savoir que nous sommes dans l'obligation d'avertir la justice et d'avoir son accord avant d'envisager une fin de placement ou un placement transitoire. »*

*L'accompagnante C rappelle qu'il ne s'agit pas d'un placement en foyer dans l'institution 3, mais d'un accompagnement dans les familles, les bureaux du Centre ou à l'extérieur, et ceci de manière individualisée. C'est en principe des entretiens de famille qui ont lieu mais pas systématiquement. Les parents ne sont pas là nécessairement, et des entretiens individuels avec l'adolescente peuvent se faire. En ce sens, l'éducatrice déclare que le risque de « contagion » (plusieurs adolescentes qui tombent enceintes dans un laps de temps proche) est moins fort que si l'adolescente était placée en foyer, en contact direct avec d'autres filles.*

*L'intervenante E, quand à elle, précise que dans l'institution 5, les jeunes sont placés à très court terme. C'est-à-dire qu'ils sont accueillis en urgence pour un placement d'au moins 5 jours et maximum 3 mois. De ce fait, il existe beaucoup de roulements qui font que l'équipe éducative peut mettre en place qu'un bout de l'accompagnement, notamment pour ces jeunes filles qui sont dans l'idée d'avoir un enfant ou déjà enceintes.*

*Finalement, tous les éducateurs ne remarquent aucune influence concernant la fréquence des grossesses adolescentes liée à la nature du placement.*

#### **Accompagnants A-B-C-D-E (éducateurs)**

- Est-ce qu'il existe un protocole ou une réflexion menée au sein de l'institution par rapport à l'accompagnement d'une grossesse d'une adolescente ? Si oui, lequel ? Comment vous positionnez-vous vis-à-vis de celui-ci ? Si non, pensez-vous qu'il serait utile d'en avoir un ? Ou êtes-vous assez au clair avec les procédures à entreprendre ?

*Tous les accompagnants interrogés reconnaissent n'avoir aucun protocole clairement établi par écrit concernant l'accompagnement d'une grossesse adolescente. Les éducateurs disent beaucoup travailler au cas par cas, tenant compte de l'expérience de certains collègues et collaborant avec différents partenaires (professionnels, parents etc.).*

*Néanmoins, concernant l'institution 1, l'éducateur A confie qu'un groupe de travail s'est formé au sein de l'institution pour fonder une commission « sexualité ». Le but étant de proposer au personnel une sorte de guide (fil rouge) proposant des démarches préventives et d'accompagnement pour les grossesses adolescentes. L'idée est de se positionner, de réfléchir à ce qui peut être mis en place et proposé au sein de l'institution, mais aussi comment travailler avec les partenaires. De plus, cela permettrait de se préparer à des situations plus complexes pouvant se présenter dans l'institution telles que les dénis de grossesses ou la découverte tardive de la gestation. D'autre part, l'éducatrice D a connaissance de la réflexion menée dans l'institution 1 notamment. Elle me révèle qu'elle fera partie de la commission de réflexion afin de décider si une procédure plus unifiée au niveau du Valais romand peut être envisagée. Plus personnellement et suite à deux cas de grossesses rapprochés, l'éducatrice D a fait la demande au directeur de l'institution 4 pour être en possession d'une procédure. En effet, elle avoue que les situations demeurent parfois compliquées car la loi impose déjà bon nombre de choses. Par exemple, elle se demande tout simplement si elle doit informer les parents de la jeune quand il y a une interruption de grossesse ? Car la loi autorise les jeunes à avorter sans*

même en informer leurs parents. Il n'existe donc pas encore une procédure propre à l'institution 4 mais une réflexion est également en train d'être menée à ce niveau-là.

D'autre part, l'accompagnante C tente d'expliquer diverses raisons de la non-formalisation des procédures en cas de grossesse adolescente, dans l'institution 3. Tout d'abord, elle relève la faible fréquence des situations. D'autre part, comme déjà cité plus haut, elle trouve que le phénomène de grossesse peut être très « contagieux ». Elle illustre ses propos par l'exemple suivant : « J'accompagne actuellement une jeune fille qui vient d'accoucher. J'ai appris qu'une de ses cousines adolescente a eu un bébé il y a quelque temps et que cette fille était au semestre de motivation où une autre jeune était enceinte à la même époque. » L'éducatrice sociale pense alors que le risque est plus marqué en institution car il suffit qu'une adolescente tombe enceinte pour que d'autres partent dans cette logique-là. Alors que dans l'institution 3, ce genre de problématique n'a jamais été rencontrée car les jeunes ne se connaissent pas entre eux. Par ailleurs, elle ajoute que ces jeunes vivent dans leur milieu familial. Ce qui fait que l'éducateur n'est pas la référence première. Concernant les situations de grossesse, les adolescentes ont en principe un soutien de la famille et sont accompagnés par elle dans la préparation, les conseils, le suivi médical etc. L'éducateur est plus présent afin de vérifier si les procédures sont suivies, s'il y a eu des événements particuliers. Il demeure dans une démarche globale plutôt que particulière (vécu, comment accompagner, soutien à la famille, relations avec le père etc.)

Enfin, trois éducateurs sur cinq pensent qu'il serait utile d'introduire un protocole concernant la prise en charge des grossesses adolescentes. Les deux autres restent mitigés au vu de la singularité des situations ou d'une bonne collaboration avec une instance partenaire.

### **Accompagnante F (conseillère en santé sexuelle et reproductive)**

- Est-ce qu'il existe un protocole ou une réflexion menée au sein de l'institution par rapport à l'accompagnement d'une grossesse d'une adolescente ? Si oui, lequel ? Comment vous positionnez-vous vis-à-vis de celui-ci ? Si non, pensez-vous qu'il serait utile d'en avoir un ? Ou êtes-vous assez au clair avec les procédures à entreprendre ?

L'accompagnante déclare affirmativement à la première question. En effet, un protocole clair est mis en place et ceci dès l'annonce de la grossesse jusqu'au soutien après l'accouchement, si l'adolescente désire poursuivre sa grossesse. Je ne vais pas m'attarder ici sur les mesures concrètes d'accompagnement, car celles-ci feront l'objet d'une question dans le cadre du thème 3. Néanmoins, au-delà de toutes démarches définies, l'intervenante affirme que le travail se fait beaucoup au fur et à mesure que la grossesse évolue et que des compléments seront à apporter selon la situation et du réseau qui se créera autour de la jeune fille. Il s'agit donc tout de même d'une prise en charge particulière, au cas par cas, à la rencontre de questions et de besoins différents selon les adolescentes.

Personnellement, je trouve cette alternative relativement adéquate car elle permet un certain fil rouge dans l'accompagnement tout en laissant place à l'imprévu, à la liberté et aux différents désirs de la jeune fille.

En définitive, étant donné que cette pratique fait partie intégrante de sa profession,

*l'accompagnante E affirme être globalement à l'aise avec les procédures à effectuer même si elle avoue que « nous pouvons toujours nous améliorer... »*

## **Résumé :**

L'analyse du thème 2 m'a permis d'effectuer plusieurs constats. Tout d'abord, concernant la fréquence des grossesses adolescentes en institutions sociales, j'ai pu remarquer que celles-ci n'étaient pas si nombreuses (1 à 2 par année).

Par ailleurs, le profil des adolescentes susceptibles d'être enceintes en institution est défini principalement par un manque d'estime de soi, de grandes carences affectives, des problèmes de comportement, familiaux ainsi qu'une certaine prise de risques. « Aussi, ces jeunes auraient le désir parfois de faire un bébé pour avoir quelqu'un à aimer, se faire aimer et donner un sens à leur vie. » Pour ces différentes raisons, tous les acteurs sont d'avis pour dire que ces jeunes peuvent être plus exposées à une grossesse. Cependant, comme cité au-dessus, le nombre d'adolescentes enceintes en institution ne représentent pas encore la majorité des grossesses adolescentes rencontrées...

Quant au type de placement (civil, pénal ou social), celui-ci n'influencerait en aucun cas la fréquence des situations de grossesses adolescentes en institution. Cependant, la prise en charge institutionnelle dans un contexte de « foyer », augmenterait les risques d'imitation, de « modèle » envers les autres pensionnaires.

Enfin, en matière de politique institutionnelle en terme de grossesses adolescentes, il n'en existe pas concrètement au sein des institutions visitées. Les prises en charge sont effectuées au cas par cas, avec l'expérience de certains éducateurs et le contact de certains partenaires. Des réflexions quant à l'élaboration d'un protocole institutionnel s'opèrent déjà dans deux des institutions interrogées. Une unification des procédures pour les institutions du Valais romand est également discutée. La majorité des éducateurs seraient pour l'introduction d'un protocole institutionnel concernant la prise en charge des grossesses adolescentes.

## **7.4 Analyse du thème 3 : l'intervention sociale dans l'accompagnement et la prise en charge des grossesses adolescentes**

### **Accompagnants A-B-C-D-E (éducateurs)**

- Racontez-moi votre (vos) expérience(s) d'accompagnement de jeunes confrontées à une grossesse ?
- Quelles sont les démarches d'accompagnement que vous entreprenez ?

*La première question posée de manière plus ouverte a permis à la personne interrogée d'explicitier son histoire personnelle tel un témoignage. Aussi, j'ai pu m'apercevoir que les expériences racontées répondaient finalement à la question suivante. C'est pourquoi elles sont associées ci-dessus. En effet, je parlerai des démarches à entreprendre tout en les illustrant de part et d'autre avec des exemples concrets.*



Tout d'abord, j'ai trouvé les réponses et témoignages apportés par les éducateurs tous variés et très enrichissants. Je m'attendais peut-être à une certaine stabilité dans les discours, mais cela reflète selon moi l'individualisation des situations ainsi que des prises en charge selon la personnalité des professionnels. D'ailleurs, l'éducateur A évoque en premier lieu : « En fait, je m'aperçois qu'il s'agit vraiment de cas individuels, qu'on ne peut pas généraliser et qu'on est obligé de travailler avec et selon la personne. » Personnellement, il dit maintenir la jeune fille dans la structure jusqu'à ce que des signes extérieurs, physiques de sa grossesse se voient. L'institution 1 ne peut la garder au-delà car la prise en charge devient trop difficile par rapport à l'effet de groupe. L'équipe éducative va alors essayer de trouver une structure alternative afin de pouvoir « l'isoler » et terminer cette grossesse. Il s'agit principalement de la structure « l'Abri et la pouponnière » à Lausanne (Cf. point 5.4.2) L'Accueil Educatif Mères-Enfants), car il n'y a pas de structures de ce type en Valais. Comme déjà évoqué dans les concepts théoriques, cette institution offre une prise en charge individuelle et a un service de suite concernant l'après-accouchement. Ils pourront également travailler sur l'adoption s'il s'agit de l'option choisie. L'accompagnant A avoue que cette structure demeure mieux adaptée et équipée pour ces jeunes filles enceintes alors que dans l'institution 1, ce n'est pas leur rôle de prendre en charge des maternités adolescentes. Cependant, il raconte l'expérience de certaines filles qui avaient fini leur scolarité obligatoire et étaient internées dans l'institution. Celles-ci ont pu y rester jusqu'à leur 6<sup>ème</sup> mois de grossesse. Les trois derniers mois devenant quelque peu critiques et pour lesquels l'institution n'est pas vraiment adaptée, un cadre plus adéquat a été recherché pour la jeune fille (famille d'accueil, personnes ressources...) Toutefois, même si l'adolescente a ensuite été prise en charge par d'autres personnes, un suivi de l'institution perdure afin de soutenir la jeune dans les projets entrepris et de voir avec elle dans quelle mesure elle peut les réaliser. De manière générale, l'accompagnement mis en place dans l'institution 1 relève du « cocooning ». C'est-à-dire que l'équipe éducative va encadrer la jeune fille de manière individuelle, en l'isolant quand il le faut du groupe, en lui apportant du soutien, du plaisir et du bonheur si possible. Des entretiens réguliers avec le SIPE (une fois par mois minimum) sont organisés. Aussi, une collaboration avec deux gynécologues et un pédiatre est mise en place.

Par ailleurs, quatre éducateurs sur 5 relèvent l'ambiguïté liée à l'annonce faite aux parents ou non. En effet, à partir de 16 ans, la jeune fille n'est pas obligée d'en parler aux parents. Or, concernant la majorité des accompagnants, il est important pour eux d'inclure les parents dans la mesure du possible dans l'accompagnement. Par exemple, l'éducatrice E explique que son rôle va être dans un premier temps d'amener la jeune en entretien de famille à parler de cette grossesse à ses parents, avec l'éducatrice en médiateur ou en tiers. Au préalable, un travail est effectué avec la jeune fille afin de choisir comment on le dit, qui le dit etc. Parfois, comme évoqué par l'éducatrice B, les parents vont se sentir très concernés et prendre en charge l'accompagnement. « Dans ce cas-là, nous resterons ouverts à la discussion et veillerons à ce que toutes les démarches aient lieu mais sans intervenir concrètement dans les formalités. On proposera également de mettre en place une contraception qui est plus sûre... » Mais encore une fois, l'éducatrice affirme que cela dépend de chaque situation... Ce qui est évident, c'est que l'équipe éducative se doit d'engager une procédure d'accompagnement, adaptée à la situation. De plus, elle insiste sur le fait que le travailleur social a l'obligation de ne pas aller contre la volonté de la jeune, notamment si elle ne veut rien dire à sa famille.

*D'autre part, l'accompagnante E évoque deux situations vécues où une forte opposition envers les parents était présente. La première étant une jeune fille de 14 ans enceinte et qui a subi une interruption de grossesse sous pression de ses parents, du milieu médical etc. Quelque mois plus tard, elle est à nouveau tombée enceinte et c'est à ce moment-là qu'elle a intégré l'institution 5. Elle était entourée de ses éducateurs de référence, d'un thérapeute de famille et d'une association aidant les jeunes parents. L'adolescente a mûrement réfléchi et a décidé de garder l'enfant. Puis, pendant les 10 dernières semaines qui lui restaient avant de prendre une décision finale, elle hésitait à nouveau. En effet, lorsqu'elle était face à sa famille, elle devenait complètement loyale à ce qu'ils lui demandaient, à savoir avorter puis reprendre son école. Quand elle se trouvait à l'institution, elle confiait aux éducateurs que c'était trop dur et qu'elle ne pouvait revivre une interruption de grossesse. Cela n'a pas été facile à gérer pour les accompagnants qui n'étaient jamais réellement en sécurité dans ce qu'ils pouvaient proposer ou dire. La jeune fille a fini par céder à la pression de ses parents et a avorté une seconde fois. A présent, elle est finalement maman, mais complètement exclue de sa famille, reniée... La seconde situation reflète toujours la même opposition. La fille en question a décidé de faire un enfant uniquement dans le but d'ennuyer profondément ses parents qui n'appréciaient pas son petit ami. Elle a rapidement pris conscience qu'il ne serait jamais un bon père ni un bon mari. Néanmoins, elle était tellement bloquée et convaincue que c'était ce qu'elle devait faire, qu'elle a été incapable d'en sortir. A présent, elle se retrouve également seule, sans le soutien de sa famille.*

*L'éducatrice D évoque également cette ambivalence et la pression à avorter dont font part de nombreux parents envers leurs jeunes filles. De plus, elle trouve que dans le mouvement général de la société, le message transmis est le suivant : « Mon Dieu, quelle horreur, une adolescente enceinte. Elle n'est pas prête à avoir un bébé, il faut qu'elle avorte ! » Les jeunes ont également ce message et peuvent en être influencées (tombent enceinte par provocation, peur de l'annoncer etc.). Selon l'accompagnante, les jeunes placées en institution demeurent déjà dans une certaine instabilité de par leurs difficultés. Dans ce cas, on se doit d'apporter un minimum d'équilibre et d'assurance. Ceci se traduit par la présentation des deux choix possibles : l'avortement ou la poursuite de la grossesse avec diverses alternatives (garder l'enfant, adoption, placement en famille d'accueil etc.) « Il est évident que la deuxième solution paraît plus compliquée mais pour que la jeune puisse faire un choix en toute connaissance de causes, il faut mettre beaucoup d'énergie à lui expliquer également cette solution. (...) Dans les faits, cela demande tellement d'énergie, que l'adolescente choisit d'avorter. A moins qu'elle ait une détermination déjà présente avant d'être enceinte... »*

*Je trouve ces propos forts mais je suis néanmoins d'avis qu'en tant qu'accompagnant, nous nous devons d'être le plus impartial possible et de ce fait proposer toutes les alternatives envisageables sans chercher à influencer le choix de l'adolescente.*

*Par ailleurs, toutes les institutions travaillent régulièrement avec le Sipe (Cf. point 5.4.2 Le Sipe). La majorité relève une bonne collaboration. Seule l'éducatrice D a trouvé les démarches trop rapides et selon son expérience, l'avortement était finalement la seule option proposée. L'éducatrice illustre ses propos par l'exemple suivant : « La jeune fille a eu un doute durant le week-end et a fait un test de grossesse qui s'est avéré positif. Le*

*lundi, elle arrive au foyer et me fait part de sa nouvelle. Le mardi, elle a rendez-vous à l'hôpital où on lui confirme sa grossesse. Le vendredi, elle prend déjà le premier abortif. Le lundi suivant, elle prend le deuxième et dans la foulée, elle avorte. »*

*Parallèlement, l'éducatrice E me confie travailler essentiellement avec une association intervenant dans toute la Suisse Romande. Il s'agit de l'association « Jeunes parents » à Fribourg, fondée il y a quelques années par une jeune femme qui a eu trois enfants entre 16 et 19 ans. Elle a décidé de se battre pour les droits des jeunes parents, c'est-à-dire mineurs mais aussi jusqu'à 25 ans. Il s'agit du contact principal de l'institution 5. « Jeunes parents » intervient en effet pour toute situation relative à une éventuelle grossesse dans l'institution (doutes, désir de grossesse, grossesse, avortement etc.). L'association aborde les sujets de manière très « terre à terre » : les démarches, les difficultés rencontrées, ce qu'il y a à faire si on désire continuer sa formation, etc. De plus, ils peuvent accompagner l'adolescente tout au long de la grossesse. Concernant l'équipe éducative, elle travaille en réseau également pour le suivi médical, psychologique etc. A l'institution, les éducateurs prennent en considération la jeune et essaient de dédramatiser cette grossesse dans le sens où il ne s'agit pas d'une maladie et qu'on peut vivre normalement en étant enceinte. Ils tentent de bien cibler les moments où l'adolescente désire en parler afin que cela ne monopolise pas toute l'attention et prenne trop de place sur le groupe.*

*Enfin, l'éducatrice C explique au travers d'une situation vécue, comment elle est intervenue dans l'accompagnement. Tout d'abord, elle a présenté à la jeune fille tout ce que la grossesse pouvait impliquer lorsqu'on a une formation à effectuer, qu'on n'a pas d'argent et que cela fait tout juste 3 mois qu'on connaît son petit ami. L'intervenante a décidé de déposer toutes les difficultés devant la jeune fille, non pas pour la décourager mais pour qu'elle prenne conscience un peu plus de la réalité et qu'elle puisse ensuite faire un choix en connaissance de cause. L'éducatrice a fait de même concernant l'éventuel choix d'interruption de grossesse. « Pour moi, c'était important qu'elle prenne conscience de tout cela, qu'elle fasse son choix et que je puisse ensuite lui dire quelque soit la décision retenue : "ok, je suis là pour toi, je vais t'accompagner dans le choix que tu as fait." » Par la suite, en plus de la collaboration avec le Sipe (accompagnement et présence à la première consultation), l'éducatrice dit avoir accompagné l'adolescente plutôt dans le sens du rappel de ce qu'elle avait à faire, que dans le faire. Comme en principe la famille de la jeune est présente, c'est plutôt ensemble qu'ils vont effectuer les démarches, et l'éducatrice fera le relais avec les services spécialisés (assistante sociale, Sipe etc.).*

*La présentation des situations et les réponses apportées par les accompagnants, m'ont fait prendre conscience de la grande ambivalence de ces jeunes filles et de ce fait, la grande difficulté pour le travailleur social à les accompagner. Je réalise qu'à ce niveau-là, un travail et une collaboration plus étroite avec la famille peuvent être envisagés, ainsi que l'exposition à part égale, de tous les choix envisageables afin d'être le plus cohérent et équitable possible.*

### **Accompagnante F (conseillère en santé sexuelle et reproductive)**

- Racontez-moi votre (vos) expérience(s) d'accompagnement de jeunes confrontées à une grossesse ?

- Quelles sont les démarches d'accompagnement que vous entreprenez ?

*Les mesures d'accompagnement proposées dans le Centre débutent dès l'annonce de la grossesse. Elles dépendront déjà de la décision de la jeune fille quant à la suite de sa grossesse. En effet, cela va être différent si elle décide de poursuivre sa grossesse que si elle désire l'interrompre. Dans ce sens, le travail proposé par la conseillère sera d'accompagner l'adolescente dans l'ambivalence, s'il y en a. Il s'agit d'un travail de réflexion par rapport à la situation réelle, de ce qu'elle vit dans sa réalité, par rapport à l'annonce de cette grossesse pouvant parfois être un choc. Des entretiens individuels servent à favoriser ce travail. Dans le cadre de l'expérience racontée, la jeune fille a pu exprimer ses émotions lors d'une entrevue seule avec la conseillère. En effet, elle a exprimé sa peur de la grossesse ainsi que l'annonce de la nouvelle à son père et à sa famille. De plus, son unique souhait était de continuer son apprentissage.*

*Ensuite, la professionnelle regarde avec elle les possibilités qui existent par rapport à cette grossesse. Cela peut être de continuer la grossesse avec un soutien, d'interrompre une grossesse, d'envisager une demande en adoption etc. Une réflexion autour de l'implication de ces décisions par rapport à la jeune fille, son vécu et le futur est donc privilégiée. Concernant la situation présentée, l'adolescente de 17 ans a appris qu'elle était à 23 semaines de grossesse. Le délai pour avorter était donc dépassé (son premier choix était d'interrompre la grossesse). Après une discussion entre l'adolescente et sa mère, la décision s'est dirigée vers une adoption.*

*L'accompagnante rappelle également le travail en réseau, primordial par rapport à ces situations. Dans un premier temps, il s'agit d'impliquer les parents, l'ami, l'éducateur référant (si la jeune est en institution) etc. Au Centre, les conseillères peuvent travailler également avec le futur père (s'il est présent) autour de questions juridiques, de paternité, de reconnaissance en paternité ou non. Puis, le Centre va mettre la jeune fille en lien avec les différents professionnels du réseau de périnatalité (gynécologue etc.), avec son accord et en fonction de l'évolution de la grossesse. Parfois, il existe des questions qui vont se poser par rapport à l'OPE. En effet, comme déjà évoqué dans les concepts théoriques (5.4.2 OPE, Valais), quand une mineure est enceinte, un tuteur sera nommé pour le bébé dès sa naissance. Le lien avec l'OPE peut alors être fait aussi par le SIPE, s'il n'est pas déjà fait, car parfois il s'agit de jeunes filles déjà suivies par l'OPE. Par exemple, comme évoqué par l'accompagnante dans la situation présentée, « nous avons contacté l'OPE pour se renseigner sur les procédures d'adoptions selon les besoins et les attentes du moment de la jeune et de sa maman. »*

*De manière générale, l'accompagnante présente à la jeune fille ce qu'une grossesse va concrètement impliquer dans sa vie. C'est-à-dire ramener l'adolescente à la réalité, tout en respectant son choix. « On peut aborder diverses questions afin qu'elles aient une idée de comment cela va se dérouler, notamment au niveau juridique, social (financement) et par rapport à sa formation... »*

*Ensuite, la conseillère du centre fera appel à la sage-femme, avant l'accouchement pour qu'un lien s'établisse. Cette étape s'articule entre deux personnes. Premièrement, il y a la sage-femme conseillère qui travaille à l'hôpital. Son rôle est lié à l'hospitalisation et au déroulement de l'accouchement. Aussi, elle tient compte des souhaits de la jeune en terme de prise en charge. La seconde sage-femme effectue les cours de préparation à la*

naissance. Cela peut être fait à l'hôpital ou avec des sages-femmes indépendantes qui font des suivis individuels ou en groupes. Un travail sur le corps est réalisé, afin de prendre vraiment conscience de la grossesse. Cette même sage-femme peut également être présente au terme de l'hospitalisation pour épauler l'adolescente à domicile (pris en charge par la caisse maladie). Lorsque la sage-femme arrête les consultations à domicile, il y aura les consultations maman-enfant. Ce sont des infirmières puéricultrices qui pratiquent au CMS (Centre médico-social) mais qui peuvent également intervenir parfois à domicile.

Les conseillères du Centre ont aussi la possibilité d'offrir un soutien après l'accouchement, par rapport au fait d'être mère, en tant qu'adolescente et si les jeunes ont d'autres questions liées à l'administration etc. La notion de couple peut également être discutée et une petite aide financière accordée pour les frais du bébé (octroyée par le canton. Cf. 5.4.2 Le SIPE, Valais). Celle-ci va dépendre de sa situation financière, mais souvent en tant qu'adolescentes, elles n'ont pas de revenu, ni de formation achevée. Quoiqu'il en soit, le montant attribué ne dépasse pas les 200.- par mois et ceci au maximum jusqu'à ce que le bébé ait un an. Néanmoins, cette mesure permet aux adolescentes d'être quelque peu plus autonomes, au moins pour le bébé (achat de langes etc.). « S.O.S futures mères » peut également être contacté par le Centre concernant le matériel pour le bébé.

Enfin, pour revenir à la situation présentée par la conseillère, la jeune fille a changé d'avis une semaine avant l'accouchement. En effet, elle a finalement choisi de garder l'enfant. L'accompagnante explique alors qu'elle ne considère pas ce changement comme grave car si elle a changé de décision, c'est surtout qu'on lui a laissé la place pour le faire.

### **Accompagnants A-B-C-D-E (éducateurs)**

#### **- A qui se confient ces adolescentes lors d'une telle épreuve ?**

Quatre éducateurs sur 5 (A-B-C-E), affirment que dans un premier temps, les adolescentes parlent souvent entre elles au sein de l'institution. Il arrive régulièrement qu'une amie vienne ensuite poser des questions à l'éducateur telles que : « J'ai une copine qui pense être enceinte etc. » Puis, soit l'éducateur convoque individuellement la jeune fille pour qui il a des informations ou alors c'est elle qui vient en parler aux éducateurs. Comme le mentionne l'éducateur A, il est important d'être vigilant, d'observer ce qu'il se passe comme certains signes avant-coureurs etc. D'autre part, une nouvelle de ce type peut questionner le groupe. L'accompagnante B reconnaît qu'il n'est pas toujours évident de gérer le groupe dans ce genre de situations. Il faut informer les jeunes, répondre à leurs éventuelles questions, les rassurer. L'intervenante E rajoute qu'en principe l'adolescente concernée ne vient pas spontanément et volontiers en parler aux éducateurs si elle a l'intention de garder le bébé. Souvent, elle va jouer avec le temps, être très discrète le plus longtemps possible pour qu'ensuite le choix se fasse de lui-même car les délais sont dépassés. Par contre, s'il s'agit d'une jeune qui demeure dans le stress après une relation sexuelle non-protégée ou à risque, elle aura tendance à venir systématiquement et très rapidement en parler aux accompagnants pour savoir ce qu'il faut faire.

L'éducatrice D n'évoque pas la confiance aux pairs. En lien avec ses expériences

vécues, elle affirme que toutes les filles sont venues se confier aux éducateurs plus ou moins rapidement, de façon directe ou détournée.

Encore une fois, cela reste très personnel et va dépendre de chaque cas. Aucune généralisation ne peut se faire.

### **Accompagnante F (conseillère en santé sexuelle et reproductive)**

#### **- A qui se confient ces adolescentes lors d'une telle épreuve ?**

Selon l'accompagnante F, ces adolescentes se confient plus facilement d'abord à ses pairs. D'ailleurs, elle mentionne que c'est souvent eux qui accompagnent les jeunes filles pour la première venue au Centre. Il arrive également qu'elles en parlent à l'éducateur qui prendra ensuite contact avec les professionnels du Sipe.

D'autre part, l'intervenante précise que la façon d'aborder le problème n'est pas toujours directe mais peut être effectuée de manière anonyme ou détournée. Dans ce cas, c'est aux professionnels d'être plus attentifs à certains signes. Parfois, cela peut être simplement un appel téléphonique pour demander des informations sur les interruptions de grossesse. A ce moment, l'intervenante va tenter de faire venir la jeune fille pour un rendez-vous afin d'en parler consciencieusement ; car il n'y a pas de réponse toute faite.

Enfin, certaines adolescentes peuvent arriver sans rendez-vous. De ce fait, il est primordial de faire attention à la qualité de l'accueil. Ceci est une condition préalable pour créer un lien de confiance.

Personnellement, je peux me rendre compte que la réponse apportée par l'intervenante F concorde étroitement avec celles des éducateurs.

### **Accompagnants A-B-C-D-E (éducateurs)**

#### **- Avez-vous déjà été confronté à l'accompagnement d'une jeune devant subir un avortement ? Si oui, comment vous êtes-vous pris et senti lors de cet encadrement ? Quel est votre champ d'action en tant qu'éducateur et selon que l'adolescente est mineure ou non ?**

Tous les éducateurs ont été confrontés à l'accompagnement d'une adolescence qui a subi une interruption de grossesse. Deux éducatrices (C et D) n'ont jamais accompagné la jeune fille lors de l'intervention même. L'une d'entre elles affirme qu'éthiquement elle ne pouvait pas le faire ; cela l'aurait fait participer activement à quelque chose contraire à sa conscience. Des collègues ont alors pris le relais. La deuxième évoque que cet accompagnement s'effectue généralement avec un membre de la famille. De même que l'éducatrice E confie qu'ils essaient de mobiliser les familles et/ou les pères pour ce type d'accompagnement.

L'éducateur A évoque un travail en binôme homme-femme afin d'encadrer au mieux l'adolescente et de représenter les deux sexes. Ceux-ci ne vont bien-entendu pas être choisis au hasard mais en fonction des affinités de la jeune fille qui a souvent des liens plus forts avec telle ou telle personne. Il mentionne également le suivi très proche et continu auprès de situations de ce type. Un protocole est à suivre : deux contacts avec le

*Sipe, puis trois visites à l'hôpital. La première visite sera pour la datation, la deuxième pour la vérification de la datation et la troisième pour la prise de décision de l'avortement. De plus, il s'agit d'un acte plus ou moins traumatisant qui peut avoir des conséquences non négligeables. En ce sens, l'accompagnant explique qu'un suivi thérapeutique va se mettre en place afin que l'adolescente ait un lieu où elle puisse en parler, vivre sa démarche, exprimer ses difficultés etc. Néanmoins, l'éducatrice B en collaboration avec le Sipe, a remarqué que malgré la possibilité que ces filles ont d'en parler après l'interruption, elles veulent plutôt tourner la page, ne plus en reparler. L'accompagnant A conclut en disant qu'il y n'a pas de différence selon qu'il s'agit d'une mineure ou non. En effet, il affirme que si elle veut en parler aux parents, elle en parle mais que si elle veut le faire dans l'anonymat, elle est également capable de le faire.*

*D'autre part, l'éducatrice B évoque avoir passablement travaillé avec le Sipe qui lui a apporté beaucoup de soutien. L'éducatrice a pu ensuite l'accompagner chez une obstétricienne puis à l'hôpital pour l'intervention. Elle relève, tout comme les autres éducateurs interrogés, l'importance de l'encadrement avant, pendant et après l'intervention. L'accompagnante B avoue avoir abondamment parlé avec la jeune fille de ce que représentait un avortement et après l'intervention, un choix de contraception à également été choisi. Enfin, elle a trouvé difficile le fait que la jeune fille n'a, dans la majeure partie des cas, aucun soutien du partenaire qui bien souvent met fin à la relation lorsqu'il apprend la nouvelle.*

*En ce qui concerne le choix d'interrompre une grossesse, l'éducatrice C relève encore une fois l'ambivalence dans laquelle se trouvent les adolescentes. En effet, elle évoque la difficulté de faire un choix pour ces très jeunes filles et qui ont souvent une famille qui influence leurs perceptions voire qui choisisse pour elles.*

*Enfin, l'intervenante E exprime son sentiment lors d'une de ses expériences vécues. Elle était jeune et dit avoir accompagné l'adolescente du mieux qu'elle pouvait mais en étant pas forcément à l'aise et en ne prenant pas véritablement bien en compte la mesure de ce que cela pouvait signifier que d'interrompre une grossesse. « A ce moment-là, je n'étais pas mère. Je pense alors qu'avec un enfant, en devenant maman, il y a des perceptions qui changent par rapport à ce que cela peut provoquer chez ces jeunes filles... »*

### **Accompagnante F (conseillère en santé sexuelle et reproductive)**

*- Avez-vous déjà été confronté à l'accompagnement d'une jeune devant subir un avortement ? Si oui, comment vous êtes-vous pris et senti lors de cet encadrement ? Quel est votre champ d'action en tant qu'éducateur et selon que l'adolescente est mineure ou non ?*

*Comme déjà évoqué dans le cadre des concepts théoriques, l'accompagnante F rappelle le cadre légal suite à la nouvelle législature votée en 2002. Les femmes ont 12 semaines afin de choisir d'interrompre ou de poursuivre leur grossesse (cf. point 5.5.)*

*D'autre part, elle mentionne que pour les filles de moins de 16 ans qui demandent une interruption de grossesse, celles-ci devraient bénéficier d'un entretien au centre Sipe. Cela fait partie du processus, d'un mandat reçu suite à l'application de la nouvelle loi.*

*Au Centre, lorsque la décision d'interruption de grossesse est prise (après test de grossesse et discussions), les conseillères vont l'accompagner dans ce sens. C'est-à-dire*

qu'elles ne vont en aucun cas choisir pour la jeune fille qui est la seule au final à prendre la décision (cf. point 5.5) Ce n'est pas les parents, le tuteur ou l'ami qui vont décider. Ensuite, les conseillères donnent des informations sur les différentes pratiques ; il en existe deux selon si elle est en tout début de grossesse ou non (intervention médicamenteuse ou chirurgicale). De plus, elles vont contacter le service obstétrique de l'hôpital afin de prendre un rendez-vous pour la jeune fille. Celle-ci obtiendra un constat de grossesse afin de dater de combien de semaines elle est enceinte. Puis si les délais sont respectés, l'accompagnante expliquera en détail la procédure selon le type d'intervention. Comme expliqué par la conseillère, l'accompagnement à l'hôpital ne se fait en principe pas par elle ; il s'agit souvent d'un membre de la famille ou l'éducateur. Cependant, s'il existe un besoin, le Sipe n'est pas complètement fermé à la démarche.

Par la suite, un entretien est proposé à l'adolescente après l'intervention pour vérifier comment elle vit la situation et s'assurer de sa santé. L'accompagnante F conclut en disant que les conseillères sont présentes avant, pendant et après les démarches d'interruption de grossesse.

### **Accompagnants A-B-C-D-E (éducateurs)**

#### **- Face à quelles limites êtes-vous confronté dans ce genre d'accompagnement?**

Tous expriment une certaine difficulté liée à des valeurs personnelles. En effet, la majorité est plutôt contre l'avortement ou l'étaient dans un premier temps. Néanmoins, comme mentionné par l'accompagnant A notamment, le métier d'éducateur prône déjà le non-jugement des autres. Ainsi, se dire qu'on est dans une posture où ce n'est pas nous qui prenons la décision mais où nous accompagnons l'autre dans son choix permet aussi de prendre une certaine distance. L'accompagnant A évoque également une réflexion constante entre collègues mais également avec des superviseurs extérieurs afin de « débrief » et de se décharger un peu des responsabilités, des difficultés et des réflexions personnelles. De plus, il a constaté au fil du temps et grâce à son expérience professionnelle, qu'il s'agit souvent des adultes accompagnants qui sont plus marqués profondément par ces faits, alors que les jeunes filles, dans leur adolescence, semblent moins marquées que ce que l'on pourrait penser. Par exemple, l'éducatrice D explique qu'une de ses collègues avait été très touchée et bouleversée durant l'accompagnement d'une interruption de grossesse. Cependant, les accompagnants A, B et D relèvent que concernant les jeunes filles, ce sont des années plus tard que le souvenir de l'acte peut refaire surface. Il peut notamment s'agir d'un élément de décompensation mais en tous les cas de certaine culpabilité et de malaise.

D'autre part, l'éducatrice C raconte que malgré ces limites éthiques et la position que nous pouvons avoir envers ce procédé, il est important de se dire que chaque situation est différente et qu'il existe des circonstances qui vont influencer nos choix. Dans ce cas, et malgré sa complexité, nous sommes là pour accompagner l'adolescente afin qu'elle assume le mieux possible son choix. « Ce n'est en tous les cas pas de faire l'impasse en disant que l'interruption de grossesse est une solution de facilité, car je ne pense que ce soit plus facile de ne pas garder l'enfant. » Enfin, elle ajoute que tout ce que nous pouvons vivre en tant qu'accompagnant par rapport à certaines croyances, cela peut donner écho à ce que peut vivre l'autre. C'est-à-dire, par exemple, le sentiment de culpabilité qu'on peut ressentir est également le sentiment ressenti par l'adolescente



actuellement ou plus tard. Il s'agit alors d'en parler en disant « La culpabilité, cela existe et c'est sûrement ce que tu vas vivre à un moment ou à un autre. Alors comment vas-tu gérer cela ? etc. » Car l'éducatrice C pense que si l'on ressent ces choses-là, l'adolescente va également les ressentir.

Par ailleurs, l'éducatrice E exprime d'autres limites ressenties lors de l'encadrement d'une interruption de grossesse. En effet, elle fut surprise de l'attitude froide et quelque peu jugeante du personnel médical envers la jeune fille. Les sentiments pouvant être ressentis n'ont pas du tout été pris en compte. De plus, elle trouve que la procédure se passe trop rapidement. L'équipe éducative propose alors un suivi après l'intervention, aiguillé par l'association « jeunes parents ».

### **Accompagnante F (conseillère en santé sexuelle et reproductive)**

- Face à quelles limites êtes-vous confronté dans ce genre d'accompagnement ?

L'accompagnante F reconnaît qu'il n'est pas toujours évident de prendre une certaine distance émotionnelle dans ce genre de situations. Tout comme les travailleurs sociaux, elle mentionne les pensées, les croyances et certaines valeurs que nous avons. Néanmoins, elle indique qu'au-delà de tout cela, il existe surtout une personne en face de nous sur laquelle il faut se concentrer. Un travail de dissociation est donc à réaliser afin de ne pas être influencé et de ne pas mettre de pression sur l'adolescente. La conseillère pense alors qu'elle est présente pour amener une réflexion et non pas pour faire des pressions. Parfois, elle exprime qu'il faut juste essayer de lâcher prise par rapport à des situations difficiles.

Personnellement, je trouve les réponses apportées par tous les acteurs très réalistes. J'ai l'impression que chacun a conscience des limites existantes et de ce qui peut être effectué pour y remédier. Néanmoins, je ne pense pas que cela soit toujours si évident et je trouve qu'il serait utile d'être en possession de ressources lorsque ce genre de situations a lieu (par exemple de la supervision).

### **Accompagnants A-B-C-D-E (éducateurs)**

- Quelles valeurs privilégiez-vous dans ce type d'encadrement ?

Les principales valeurs émises par les travailleurs sociaux sont les suivantes : laisser le choix et un temps pour le faire, le respect de la décision, l'accompagnement dans le choix effectué, le non-jugement, le soutien et l'empathie.

En outre, l'éducatrice C évoque le respect de l'évolution et du rythme de la personne. En effet, selon elle, l'adolescente n'est pas figée dans un moment et avec une grossesse, elle ne va pas avancer en ligne droite. Elle cheminera par à-coups ; peut-être se dira-t-elle ensuite qu'elle n'a pas pris la bonne décision mais qu'à présent il est trop tard. Il est alors important de respecter ce que l'autre peut vivre sans la bousculer et de comprendre qu'il faudra du temps pour que les choses se fassent (autonomie, le fait d'assumer son choix etc.)

### **Accompagnante F (conseillère en santé sexuelle et reproductive)**

- Quelles valeurs privilégiez-vous dans ce type d'encadrement ?

*Les valeurs proposées par l'accompagnante F sont relativement proches de celles transmises par les éducateurs. Il s'agit du non-jugement (faisant partie intégrante de son mandat), le respect de l'autre (car nous ne décidons pas à sa place), donner de la place et ne pas confondre ses valeurs et les nôtres. Elle avoue que ce n'est pas si évident de concilier ces valeurs tout en effectuant un travail pour que l'autre prenne conscience de la réalité de sa situation.*

### **Accompagnants A-B-C-D-E (éducateurs)**

#### **- Comment se déroule la collaboration avec les parents ?**

*Concernant les éducateurs A et B, cela reste aléatoire. Parfois, cela peut très bien se passer, il y a du soutien. D'autres fois, c'est un rejet massif ; la situation rappelle les difficultés de la jeune fille et son placement en institution.*

*Les accompagnantes C et E, quant à elles, relèvent une bonne collaboration avec les familles. A propos de l'institution 3 (éducatrice C), le travail est à la base effectué dans la famille, donc cela se passe plus ou moins naturellement. La recherche de solutions va alors s'effectuer ensemble, en partenariat. Parallèlement, elle indique qu'il faut parfois juste permettre à chacun de trouver sa place et son rôle. L'intervenante E indique que le but est d'intégrer le plus possible les parents dans l'accompagnement de la situation. Elle relève la certaine facilité de le faire car les éducateurs rencontrent de façon très régulière les parents des jeunes (toutes les trois semaines.)*

*L'éducatrice D met par contre en avant les difficultés des parents des jeunes. En effet, ce sont des personnes qui ont déjà un parcours de vie assez chaotique et qui sont occupés eux-mêmes à survivre. Il arrive régulièrement que les pères soient absents ou maltraitants et ne remplissent pas leur rôle. Les mamans sont souvent fusionnelles avec leur fille jusqu'à l'âge de 11-12 ans. Puis, quand il y a une séparation qui s'opère naturellement à l'adolescence, elles ont du mal à se séparer et en arrivent à se déchirer. L'accompagnante avoue qu'il s'agit certes d'une caricature mais ce schéma arrive néanmoins fréquemment dans l'institution E. Enfin, parfois, lorsque la maman de l'adolescente apprend que sa fille est enceinte, il n'est juste pas envisageable qu'elle puisse garder l'enfant avec toutes les difficultés rencontrées.*

### **Accompagnante F (conseillère en santé sexuelle et reproductive)**

#### **- Comment se déroule la collaboration avec les parents ?**

*Cela se passe généralement bien. La conseillère explique notamment que parfois la jeune fille n'arrive pas à annoncer la grossesse d'elle-même à sa maman ; alors elle leur propose un rendez-vous ensemble afin d'en parler et d'effectuer l'annonce au Centre. Elle constate alors qu'il est plus facile d'en parler à certaines familles que d'autres et qu'il faut évaluer la « peur » que la jeune fille peut avoir afin qu'elle ne soit pas seule avec ce qu'elle vit. Il existe également toutes les notions de cultures dans lesquelles certaines familles considèrent une telle situation comme très grave. « Mais dans la mesure du possible, en collaboration avec les institutions et selon les désirs de la jeune fille, nous essayons d'intégrer les parents aux démarches. » L'accompagnante ajoute l'importance d'effectuer ses démarches avec les adolescentes et non à leur insu. Ainsi, une réelle confiance peut s'installer.*

### **Accompagnants A-B-C-D-E (éducateurs)**

- Comment se déroule la collaboration avec les futurs « pères »?

*Tous ont tendances à dire que le père est très peu souvent présent voire inexistant. En effet, certaines jeunes filles ne savent même pas qui il est. Cependant, tous les professionnels sont d'accord sur le fait d'intégrer le plus possible le père afin que la jeune fille puisse bénéficier d'un autre soutien et qu'il puisse aussi se positionner dans cette situation.*

### **Accompagnante F (conseillère en santé sexuelle et reproductive)**

- Comment se déroule la collaboration avec les futurs « pères »?

*La conseillère exprime également le souhait d'intégrer le père dans les démarches, lorsque cela est possible. Si les adolescents entretiennent toujours une relation, l'ami vient en principe volontiers et s'implique dans les procédures à réaliser. Si la relation est terminée, il ne veut parfois plus rien en savoir et ne se manifestera pas. Ensuite, c'est la loi qui va le rattraper ; la chambre pupillaire peut le convoquer si la jeune fille transmet son nom.*

*Par ailleurs, l'accompagnante indique que si le père ne désire pas venir au Centre, elle ne peut pas le forcer et l'obliger à se présenter. Néanmoins, la proposition est toujours réalisée, surtout lorsque la décision de garder ou non l'enfant doit s'effectuer ; bien qu'au final, c'est la jeune fille qui décide.*

### **Accompagnante F (conseillère en santé sexuelle et reproductive)**

- Comment se déroule la collaboration avec les éducateurs ? Sont-ils présents, comment ?

*Premièrement, l'accompagnante indique qu'en règle générale la collaboration avec les éducateurs est très bonne et qu'au fil du temps, des liens se créent. Selon les situations, c'est eux qui prennent rendez-vous pour la jeune fille qui vient seule au Centre. Par contre, si un retour doit être effectué à l'équipe éducative, elle confie encore une fois que l'adolescente est toujours mise au courant et est même contente que ce lien se fasse. D'autres fois, les éducateurs sont présents, surtout au début de l'accompagnement et la jeune peut désirer qu'ils soient là. La conseillère relève encore une fois l'individualisation des situations et la souplesse dont il faut faire part pour négocier avec la jeune fille et trouver ce qui la rassure le plus. Enfin, elle trouve que les éducateurs demeurent souvent très professionnels car ils peuvent venir accompagner la jeune fille mais savent tout aussi bien se retirer lorsqu'il le faut (entretiens individuels).*

### **Résumé :**

L'analyse du thème 3 m'a permis d'effectuer les constatations suivantes :

Concernant les démarches d'accompagnement, j'ai pu me rendre compte qu'une certaine individualisation des situations était privilégiée. J'ai également remarqué la collaboration systématique avec le Sipe (institution 6), comme j'avais pu le pressentir au début de ma recherche. Cependant, j'ai découvert une nouvelle mesure existante non-

mentionnée dans la théorie : l'association « jeunes parents ». Personnellement, j'ai trouvé intéressant de connaître cet organisme afin d'élargir les ressources et les possibilités d'accompagnement. D'autre part, tous les acteurs ont relevé l'ambivalence dans laquelle peuvent se trouver ces adolescentes et à quel point il n'est pas évident d'effectuer un choix, avec notamment des pressions extérieures (parents, ami, société etc.)

Dans la majeure partie des cas, l'adolescente se confie d'abord à ses pairs avant de venir en parler aux professionnels.

Tous les professionnels ont déjà été confrontés à l'accompagnement d'une jeune fille devant subir un avortement. Ils mettent en avant l'importance d'un encadrement proche avant, pendant et après l'intervention. Par ailleurs, des valeurs éthiques et certaines croyances peuvent quelque peu influencer les prises en charge. Cependant, il est important de prendre de la distance et se rappeler le rôle premier du professionnel : accompagner dans le choix effectué.

Les accompagnants utilisent alors différentes valeurs et attitudes professionnelles pour tenter d'accompagner au mieux ces situations difficiles : laisser le choix et un temps pour le faire, le respect de la décision, l'accompagnement dans le choix effectué, le non-jugement, le soutien, l'empathie, le respect de l'évolution et du rythme de la personne, donner de la place et ne pas imposer ses propres valeurs à celles de l'autre.

Enfin, la collaboration avec les parents de l'adolescente se passe généralement bien mis à part quelques difficultés émises par une institution. Il en est de même concernant la collaboration entre les institutions sociales et le Sipe. Le future père n'est pas souvent présent mais un travail est effectué pour qu'il soit intégré dans les démarches.

## 7.5 Analyse du thème 4 : l'intervention sociale dans la prévention des grossesses adolescentes

### Accompagnants A-B-C-D-E (éducateurs)

- Est-ce qu'une démarche préventive existe dans le cadre de votre établissement ? Si oui, laquelle ?

*Quatre institutions sur 5 expliquent que dans un premier temps, souvent à l'admission, ils vont se renseigner si la jeune fille utilise déjà une contraception. Il faut savoir qu'avant 16 ans, l'adolescente ne peut pas choisir elle-même un moyen de contraception, les parents en ont alors la responsabilité. Les différents professionnels expliquent travailler autour des questions de relations et de contraception avec les parents, tout en respectant au final leur décision. Il s'agit plus d'une mise en garde et d'une prise de conscience de la réalité et des éventuels risques.*

*D'autre part, la majorité des institutions questionnées (4 sur 5) ont travaillé ou travaillent avec le Sipe dans le cadre d'une démarche préventive. En effet, il s'agit en premier lieu d'une visite au Centre, obligatoire et annuelle. Ainsi, les jeunes se familiarisent avec le lieu et reçoivent des informations générales. Puis d'autres interventions peuvent avoir lieu, dans l'institution cette fois. L'éducatrice B raconte par exemple qu'un projet en collaboration avec le Sipe a été mis en place depuis quelques années. Il s'agit d'un forum organisé chaque année dans l'institution sur le thème de la*

sexualité. Des petits groupes non mixtes sont formés. Les éducateurs ne sont pas présents afin de permettre une certaine liberté d'expression.

Un contrôle chez un gynécologue peut également être organisé sur demande de la jeune fille ou des parents. De plus, l'éducateur A raconte que chaque année, un médecin-gynécologue intervient dans l'institution pour transmettre des informations aux jeunes filles, en groupes. Il s'agit d'invitations dirigées. Elles participent à une séance et ensuite les professionnels évaluent si elles ont besoin de séances supplémentaires. Parallèlement, l'accompagnant A rappelle le protocole qui est en train d'être réalisé dans le cadre de la commission « sexualité » (Cf. Analyse du thème 2). L'idée sera ensuite de former les éducateurs afin d'être au clair avec les démarches à réaliser.

Par ailleurs, l'éducatrice C indique qu'elle essaie de travailler étroitement avec les parents afin de leur faire prendre conscience de certains comportements à éviter ou à adopter. Par exemple, elle trouve parfois qu'ils ont leur part de responsabilité par rapport à l'accès aux prises de risques que peuvent prendre leur enfant. En effet, certains vont permettre, peut-être par souci d'être ouvert et compréhensif, que sa fille dorme dans le même lit que son petit ami ; ceci assez rapidement. Plusieurs jeunes filles ont déjà confié à l'accompagnante ne pas vouloir déjà faire l'amour avec son ami mais vu qu'elle pouvait dormir chez lui, elle n'a pas pu dire non... Certains ne réalisent pas que leur enfant est devenu un adolescent. Le travail de prévention s'effectue donc également dans ce sens-là. Il s'agit de conscientiser les parents de ce qui pourrait se passer s'ils leur laissent une telle liberté et de réfléchir à comment agir afin de prévenir quelque peu le risque. Aussi, l'éducatrice effectue le même type de travail avec les adolescents. En effet, elle va leur parler des différences physiques et les différents besoins entre la fille et le garçon, afin que chacun puisse comprendre un peu mieux l'autre et le respecter dans ses désirs. Il n'existe pas de cours d'éducation sexuelle dans l'institution ; c'est alors à l'éducateur à proposer ces discussions-là autour de la relation amoureuse, la sexualité etc.

D'autre part, l'éducatrice D affirme travailler avec un autre organisme que le Sipe : l'AVIFA (Amour, Vie et Famille). Il s'agit de conseillères qui interviennent en principe trois à quatre fois par semestre. Elles ont un programme sur 4 séances. La première des séances concerne le fonctionnement du corps féminin, la deuxième le fonctionnement du corps masculin, la troisième a trait à tout ce qui concerne la contraception, la prévention des m.s.t (maladies sexuellement transmissibles) etc. Enfin, la dernière séance, au-delà des aspects biologiques et de contraception, concerne l'amour en général : « qu'est-ce que c'est d'aimer ?, la tendresse, le fonctionnement différent des garçons et des filles sur ce point-là etc. » Il s'agit donc d'un programme bien étoffé. En plus de ces séances, les jeunes peuvent avoir des conseils plus personnalisés auprès des conseillères qui sont à disposition pour faciliter le fait qu'ils/elles prennent rendez-vous. Durant ces interventions, une réelle confidentialité a lieu, car aucun des éducateurs n'est présent et les intervenantes ne font aucun retour par la suite aux accompagnants.

Personnellement, je trouve intéressant et judicieux d'ouvrir le sujet de la sexualité aux relations amoureuses en général. En effet, cela me rappelle les propos de Didier Dumas évoqués dans mes concepts théoriques (Cf. 5.2 b). « Pour parler "sexualité" aux adolescents, il ne suffit pas de transmettre des informations techniques, mais il faut parler d'amour et de désir. » Par contre, je trouve dommage que les éducateurs ne puissent pas

être présents ou du moins être au courant de ce qui est discuté lors des entrevues. En effet, cela pourrait être intéressant pour reprendre éventuellement le travail par la suite, au sein de l'institution dans un contexte plus intime. Seule l'éducatrice E demeure également de cet avis.

L'accompagnante D partage enfin sa vision des choses concernant les connaissances des adolescents sur le sujet. Son hypothèse réside dans le fait que nous vivons dans un monde très sexualisé et où l'accès à la pornographie est extrêmement facile ; les jeunes étant très habiles et rapides à comprendre les systèmes d'internet. Ils sont donc nourris de ces images qui ne reflètent pas la réalité. Parallèlement, elle avoue que les informations de base (fonctionnement du corps par exemple) ne sont pas toujours acquises. En effet, les adolescents ont probablement entendu des explications dans le cadre scolaire mais certainement dans un contexte qui ne permettait pas l'acquisition de ces connaissances. Elle pense notamment aux classes mixtes avec des âges et développements différents. Si je réfléchis à mes expériences personnelles, j'ai le souvenir d'une intervention du Sipe lorsque j'étais au Cycle d'Orientation. Je n'avais pas retenu grand-chose si ce n'est qu'à ce moment-là je me sentais gênée et n'osais pas poser les questions avec les garçons qui ricanaient derrière moi... L'éducatrice illustre aussi ses propos par des discours surprenants de jeunes filles de l'institution. « Tu sais, quand on voit des publicités et qu'une femme fume en étant enceinte, on dit que cela fait du mal au bébé dans son ventre. Mais cela veut dire que le bébé respire dans le ventre de la maman ? » « Mais en fait, lorsque je suis indisposée je perds du sang. Mais si je perds du sang tous les mois, dans quelques années je n'en aurai plus ? » Ces exemples concrets montrent à quel point certaines informations n'ont pas passées. L'éducatrice D pense alors que le profil de ces adolescentes dépendantes affectivement peut jouer un rôle. Effectivement, il existe le niveau de l'intellect (messages de prévention etc.) et le niveau affectif (besoins affectifs). Du coup, ces jeunes privilégient plutôt l'affectivité, le fait d'être aimé, désiré plutôt que l'enregistrement de messages intellectuels, qui apparemment ne passent pas toujours...

En outre, l'accompagnante E évoque comme prévention mise en place, des interventions de l'association « jeunes parents » au sein de l'institution. Il s'agit de soirées « prévention des grossesses adolescentes » où des jeunes parents sont invités à venir faire part de leur témoignage. Or, comme expliqué par l'éducatrice, il semblerait (étude canadienne) que ces interventions de jeunes mamans et papas qui viennent parler de leurs expériences sans chercher à promouvoir la grossesse adolescente, aurait un réel effet préventif sur les jeunes qui les écoutent. Ces interventions ont lieu toutes les six semaines avec des témoignages à chaque fois différents. Les personnes invitées racontent ce qu'elles ont vécu, comment elles ont réussi à s'en sortir, ce qui était compliqué etc. Les jeunes de l'institution sont alors très intéressés et posent librement des questions. On leur répond sans tabou. Aussi, les jeunes mères insistent régulièrement de l'importance d'être entourée et soutenue, car seule, elles n'y arrivent pas. D'autre part, les éducateurs sont présents aux séances. Des discussions et des échanges ont donc lieu après, afin de vérifier comment les jeunes se sentent, ce qu'ils ont retenu et ressenti. L'accompagnante conclut en disant : « C'est beaucoup plus parlant d'être dans le ressenti, d'expliquer les choses concrètement que de donner des informations déjà transmises en principe auparavant. Parler avec des personnes qui ont vécu ces expériences est très riche et formateur, même pour nous. En effet, qu'on ait eu

*des enfants ou pas, on reste avant tout des éducateurs et non des jeunes parents. Et pour les adolescents de l'institution, il y a une vraie résonnance par rapport à leur histoire. Je trouve clairement qu'il s'agit de la manière qui a le plus d'impact sur eux. »*

*Personnellement, je suis du même avis que l'éducatrice E. Ces témoignages peuvent avoir plus d'impact que l'unique transmission d'informations.*

*De façon générale, je pense qu'il existe encore des lacunes dans les systèmes de prévention. A mon sens, l'accompagnement devrait être encore plus adapté et individuel, surtout concernant la population placée en institutions sociales.*

### **Accompagnante F (conseillère en santé sexuelle et reproductive)**

- Est-ce qu'une démarche préventive existe dans le cadre de votre établissement ? Si oui, laquelle ?

*Tout d'abord, les conseillères en éducation sexuelle interviennent dans les classes primaires et les cycles d'orientation. Ensuite, l'accompagnante indique que des collaborations avec des institutions sociales existent. Personnellement, elle confie avoir contribué à l'établissement de chartes institutionnelles afin de savoir comment la sexualité est gérée dans l'institution. Ainsi, l'équipe du Sipe n'est plus contactée uniquement dans l'urgence concernant une situation particulière. Elle fait alors partie d'un projet de prévention qu'il est important de construire dans la durée. Par exemple, après avoir effectué cette charte, une réflexion peut se faire autour de ce qu'on veut mettre en place comme système de prévention. Elle rappelle notamment le projet effectué avec l'institution 2 expliqué parallèlement par l'éducatrice B.*

*D'autre part, elle mentionne que le Sipe est intervenu notamment dans l'institution 2, auprès des professionnels pour présenter le Centre mais aussi pour parler de la sexualité en lien avec les difficultés des jeunes. La conseillère indique alors que les informations doivent être adaptées au public auquel on s'adresse. Concernant la population d'institutions sociales, il n'est pas utile d'utiliser un discours très médical ; le langage sera donc adapté. L'intervenante mentionne le lien régulier avec l'institution, afin de créer au mieux les groupes pour les animations, en fonction du niveau de compréhension, du sexe etc. « On essaie toujours d'améliorer ces projets... »*

*Enfin, elle précise que le Sipe interagit réellement avec les éducateurs et les jeunes. A présent, il faudrait aussi réfléchir à la façon dont les parents pourraient être sensibilisés. Dans ces cadres institutionnels, elle dit n'en avoir jamais eu l'occasion. Cependant, elle fait part du souhait d'intervenir un jour auprès d'eux.*

### **Accompagnants A-B-C-D-E (éducateurs)**

- Si non, quel mode de prévention mettriez-vous en place en lien avec les valeurs de l'institution afin d'informer adéquatement les jeunes sur cette problématique et d'avoir un réel impact sur eux ?

*Les éducateurs A, C, D et E n'apportent aucun complément aux réponses transmises à la précédente question. Ils sont globalement satisfaits des démarches préventives mises en place ou celles à venir.*

*L'accompagnante B mentionne l'éventuel besoin de réfléchir à collaborer plus étroitement avec une obstétricienne qui connaisse un peu mieux la population de l'institution. Ainsi, elle serait en quelque sorte une référence à contacter en cas de besoin.*

### **Accompagnante F (conseillère en santé sexuelle et reproductive)**

- Si non, quel mode de prévention mettriez-vous en place en lien avec les valeurs de l'institution afin d'informer adéquatement les jeunes sur cette problématique et d'avoir un réel impact sur eux ?

*La conseillère pense que le système actuel est relativement bon, bien qu'il puisse toujours être amélioré.*

*Ce qui est important, selon elle, est que les jeunes aient accès à nouveau à des informations justes. En effet, elle relève la masse d'informations, notamment sur Internet, qui est à disposition de tous. Cependant, comment arriver à trier toutes ces informations et être critique face à celles-ci ? L'accompagnante indique qu'il s'agit alors d'un nouveau challenge pour les personnes accomplissant de la prévention. « Notre but est de remettre l'information juste sans nier tous ces moyens, parce qu'ils existent. » C'est aussi de mieux travailler autour de l'image que les jeunes peuvent se faire de la sexualité. Parfois, ils la comparent facilement aux illustrations pornographiques qu'ils voient. Ceci ne correspond bien évidemment pas à la réalité et au vécu de ces jeunes. Finalement, la conseillère dit toujours essayer de se tenir à jour au niveau de la prévention par rapport à l'évolution de la société et des moyens. Elle relève par exemple une émission de télé-réalité mettant en scène des adolescentes enceintes et leur vie quotidienne. Malgré le caractère non scientifique lié à cette émission, le Sipe a pu remarquer un certain effet chez de nombreuses filles. Elles ne les envient pas du tout !*

### **Accompagnants A-B-C-D-E (éducateurs)**

- Avez-vous connaissance de structures proposant des services de prévention ou d'accompagnement de grossesses adolescentes ? Si oui, collaborez-vous ensemble et comment ? Incitez-vous vos jeunes à s'y rendre ?

*Tous les professionnels relèvent le Sipe comme structure principale. Comme explicité plus haut, la collaboration est très régulière tant avec les éducateurs qu'avec les jeunes.*

*D'autre part, l'éducateur A explique la particularité de l'institution 1 à devoir travailler avec toute la Romandie (charges financières si la personne ne vient pas du Valais). Du coup, plusieurs organismes vont entrer en compte. Concernant le Valais, en plus du Sipe, il existe une collaboration étroite avec le Réseau Santé Valais (médecins, pédiatres...) Dans le canton de Vaud, il s'agira du Sipe, le Chuv ainsi que l'institution « la Pouponnière et l'Abri ». A Genève, il y a les HUG (Hôpitaux Universitaires de Genève) qui ont des assistantes sociales qui sont notamment formées dans ce domaine et qui apportent un suivi aux jeunes.*

*Les accompagnantes B et C n'ont pas connaissance de structures accueillant les jeunes filles enceintes puis avec leur bébé (Exemple : la Pouponnière et l'Abri à Lausanne). Elles trouvent dommage qu'il n'en existe pas en Valais, car parfois il est*



difficile pour une jeune fille qui n'a pas de soutien familial de trouver un lieu d'accueil adéquat.

L'éducatrice D relève en plus l'AVIFA puis l'ASME (Aide Suisse pour la Mère et l'Enfant). Celle-ci fournit une écoute, des conseils et une aide particulière aux personnes (pas nécessairement adolescentes) en détresse face à une grossesse. Il existe également « SOS futures mères » qui peut notamment aider financièrement la maman en difficulté.

Enfin, l'accompagnante E exprime que la structure de référence est toujours l'association « jeunes et parents ». Elle relève aussi la collaboration avec « La Pouponnière et l'Abri ». Malheureusement, ils n'accueillent pas les jeunes filles avant le 8<sup>ème</sup> ou 9<sup>ème</sup> mois de grossesse. En général, l'institution E accompagne à court terme des adolescentes étant tout au plus à 3 mois de grossesse ; donc il existe un vide entre le 3<sup>ème</sup> et le 8<sup>ème</sup> mois qui demeure problématique.

### **Accompagnante F (conseillère en santé sexuelle et reproductive)**

- Avez-vous connaissance d'autres structures proposant des services de prévention ou d'accompagnement de grossesses adolescentes ? Si oui, collaborez-vous ensemble et comment ? Incitez-vous vos jeunes à s'y rendre ?

La conseillère relève notamment l'OPE (Cf. 5.4.2) avec qui le Sipe collabore. L'OPE aura plus un rôle juridique et de décision, dans le cas d'une poursuite de grossesse.

Puis, l'accompagnante reconnaît qu'il n'existe malheureusement pas de foyer d'accueil pour un accompagnement post-accouchement, en Valais. Elle explique alors que la prise en charge est en ce sens limitée et qu'il s'agira plus facilement de familles d'accueil qui prendront le relais.

Par contre, si l'adolescente peut rentrer à la maison (chez ses parents), le travail sera axé sur la façon de mobiliser l'entourage. Comme déjà mentionné, il y aura également l'aide de SOS futures mères et de sages-femmes.

### **Accompagnants A-B-C-D-E (éducateurs)**

- En conclusion, pensez-vous posséder tous les outils nécessaires à l'accompagnement et la prévention des grossesses dans votre institution ?

La plupart répond affirmativement à la question tout en émettant quelques réserves. Concernant l'éducateur A, il pense que les nouveaux collaborateurs n'auront pas en main tout de suite les outils à disposition, d'où l'idée aussi du guide « sexualité ». Ils auront besoin de formation et de moyens pour maîtriser les procédures. Il ajoute aussi qu'il s'agit d'un sujet très délicat, à appréhender au cas par cas et à ne surtout pas généraliser

L'éducatrice B relève le soutien très aidant du Sipe, car elle avoue que ce n'était pas évident pour elle. A présent, elle a compris que la décision que prendra la jeune fille lui appartient et que l'accompagnant est présent uniquement en soutien de cette décision. Il est important de se mettre dans une position humble, de prendre un certain recul et ne

pas culpabiliser. Elle relève enfin la difficulté actuelle quant à l'encadrement après l'accouchement qui devrait être plus développé.

L'éducatrice C désire conclure par un message plutôt positif. Elle pense en effet que plus elle soutiendra la jeune adolescente pour qu'elle se construise, plus elle sera armée ensuite pour assurer son rôle de mère. Elle trouve un certain avantage à ce qu'il s'agisse d'une toute jeune maman, ainsi il y a tout à construire. « Bien-sûr qu'elle est jeune ! Oui, c'est plus difficile de faire une formation avec un bébé, de gagner sa vie, de poursuivre une relation amoureuse... OUI tout cela est plus difficile ! Mais si on l'a aidée à être assez forte, elle aura plus de compétences pour faire face à ses responsabilités. »

L'accompagnante E met en avant par contre certaines difficultés. Elle pense notamment au manque affectif des jeunes filles qui les influence véritablement à prendre certains risques. Elle croit tout de même en la prévention mise en place mais elle a l'impression que cela ne marche pas réellement. « Quand elles sont en situation de devoir dire non, cette prévention n'existe plus et d'autres besoins, d'autres urgences les envahissent... »

Enfin, l'éducatrice E pense qu'il y a encore du travail à réaliser sur certains points. « Quand des jeunes sont enceintes ou le deviennent en étant ici, nous avons des outils qui nous permettent d'avancer. Où je trouve que cela devient très compliqué, c'est lorsque nous devons proposer un lieu adéquat à ces jeunes filles qui ne peuvent pas vivre dans leurs familles, pour différentes raisons. Est-ce qu'elles ont leur place dans une institution de type classique, avec des jeunes placés pour délinquance et avec des comportements inadéquats ? Que leur proposer finalement entre le début de la grossesse et le moment où l'on peut les accueillir dans des institutions spécialisées pour jeunes mamans ? Voilà, c'est à ce niveau-là où je demeure encore très ambivalente sur ce que nous pouvons leur proposer... »

### **Accompagnante F (conseillère en santé sexuelle et reproductive)**

- En conclusion, pensez-vous posséder tous les outils nécessaires à l'accompagnement et la prévention des grossesses dans votre institution ?

La conseillère ne prétend pas posséder tous les outils car elle croit que nous pouvons en apprendre toujours plus et nous améliorer. Ceci dit, elle pense qu'actuellement, de bons outils sont à disposition dans les centres Sipe. De plus, le fait de travailler en équipe, en partenariat est une réelle force pour elle, notamment dans le cadre de situations difficiles ; ainsi elle ne se sent pas seule à porter la situation.

En ce sens, l'accompagnante trouve que plusieurs améliorations peuvent être apportées : l'individualisation des situations, surtout dans le milieu institutionnel. Un plus grand travail de réseau entre le Sipe et les institutions pour qu'il y ait une certaine continuité. Elle propose par exemple, une « table ronde » où cohabitent régulièrement les éducateurs et le Sipe afin d'organiser un riche travail de fond.

### **Résumé :**

L'analyse du thème 4 m'a permis d'effectuer les constats suivants :

Toutes les institutions mettent en place une démarche préventive liée aux grossesses

adolescentes. La plupart collabore très étroitement avec le Sipe qui peut intervenir dans le cadre des institutions ou dans les centres.

J'ai découvert deux autres organismes pouvant proposer des mesures préventives : l'AVIFA et « jeunes parents ». Au-delà des informations théoriques, des sujets tels que l'amour et les relations amoureuses peuvent être abordés à l'AVIFA. D'autre part, les témoignages de jeunes mères et pères semblent avoir un certain impact sur les jeunes.

Les jeunes ont accès à une masse considérable d'informations concernant la sexualité. L'objectif est alors de réussir à faire un tri et de transmettre à la personne des éléments corrects et réels.

Les principales structures proposant des services de prévention ou d'accompagnement de grossesses adolescentes sont les suivantes : le Sipe, l'OPE, l'association « Jeunes parents », l'AVIFA, « SOS futures mères », « La Pouponnière et l'Abri », les sages-femmes et les services hospitaliers.

En définitive, tous les acteurs pensent posséder une partie des outils adéquats pour accompagner aux mieux des grossesses adolescentes. Des améliorations sont cependant toujours envisageables. L'individualisation des démarches est préconisée.

## 8. Synthèse

### 8.1 Vérification des hypothèses et de la question de départ

Afin de vérifier mes hypothèses de départ, je vais me référer à mes analyses de données. Concernant la première hypothèse, j'axerai ma réflexion autour du thème 2 « L'institution face aux grossesses adolescentes ». Celui-ci présente des éléments significatifs quant au profil des adolescentes placées en institution sociale. La vérification de la deuxième hypothèse s'effectuera en reprenant la dernière question du thème 2 qui traite des éventuels protocoles mis en place dans l'institution. De plus, les deux premières questions du thème 4 « L'intervention sociale dans la prévention des grossesses adolescentes » relatant les démarches de prévention me permettra aussi de vérifier la deuxième hypothèse (sous-hypothèse). Enfin, je vais me baser sur le thème 3 « L'intervention sociale dans l'accompagnement et la prise en charge des grossesses adolescentes » afin de vérifier la troisième hypothèse. Dans ce dernier, j'évoque les démarches d'accompagnement d'une interruption de grossesse ainsi que les résonances et limites que cet acte peut induire et pouvant entraver la prise en charge de ces situations.

#### *Hypothèse 1 :*

- ✚ Les adolescentes placées en institution représentent un public fragilisé et sont de ce fait plus exposées à une grossesse.

Les professionnels évoquent les diverses difficultés auxquelles les adolescentes placées en institution peuvent être confrontées et qui pourraient les exposer à une éventuelle grossesse. En effet, ces jeunes filles sont victimes de carences à plusieurs niveaux : confiance, estime de soi, équilibre familial, comportement, éducation et intellect. De plus, un sentiment d'abandon peut envahir ces adolescentes, elles se sentent rejetées. De ce fait, elles cherchent un moyen afin de se sentir aimées, désirées, entourées et donner un sens à leur vie. Parfois, ces adolescentes prennent des risques démesurés pour parvenir à leurs fins sans qu'il ne s'agisse d'un processus conscient. D'autre part, l'idée du futur bébé « réparateur » comblant un certain vide dans la vie de la jeune fille est très régulièrement observé. La grossesse peut alors être considérée comme un « remède » à tous les maux et devenir un réel projet pour ces adolescentes qui n'en ont pas toujours. De plus, la dimension affective est à considérer tout autant que les connaissances intellectuelles sur le domaine de la sexualité. En effet, l'émotion va parfois rattraper l'intellect qui est fragilisé et qui va laisser la place aux sentiments, aux émotions et à la spontanéité.

Pour toutes ces différentes raisons, je peux à présent confirmer ma première hypothèse. Néanmoins, il est important de nuancer ces propos, ils ne sont pas forcément valables pour la totalité des adolescentes.

#### *Hypothèses 2 :*

- ✚ Les travailleurs sociaux confrontés à des grossesses adolescentes en milieu institutionnel n'ont pas d'outils d'accompagnement spécifiques afin de gérer cette

problématique.

Suite à l'analyse des données récoltées, il en ressort que la majorité des institutions sociales ne possèdent pas de protocole clairement établi afin d'accompagner une grossesse adolescente. Les principaux outils à disposition des éducateurs demeurent les ressources des collègues et de certains partenaires. Ils agissent au cas par cas, selon les besoins de l'adolescente. La principale instance avec laquelle collaborent les institutions demeure le Sipe.

Cependant, des réflexions sur le sujet ont tendances à émerger dans les institutions sociales et l'établissement d'une procédure d'accompagnement pourrait être envisagé en Valais. Au vu de la complication de certaines situations, il existe une réelle demande pour qu'un protocole soit établi. Ceci dans la majorité des institutions concernées par ma recherche.

Selon l'analyse des échantillons recueillis, cette hypothèse peut être moyennement confirmée. En effet, aucune procédure n'est définie spécifiquement pour l'accompagnement des grossesses adolescentes. Toutefois, quelques ressources sont tout de même à disposition des professionnels.

- Dans leur pratique professionnelle, ils constatent qu'une explication claire et individualisée des moyens de contraception et des enjeux d'une grossesse en période d'adolescence est primordiale afin de prévenir une gestation non-désirée et un éventuel avortement.

Dans le cadre des démarches préventives, les professionnels accordent une certaine importance à la contraception. Ils s'informent si la jeune fille utilise un moyen de contraception et peuvent collaborer également avec les parents afin de trouver un moyen sûr et efficace. Dans cette même optique, un travail avec le Sipe est effectué.

Au-delà des explications concernant la contraception, les enjeux d'une grossesse ont également été relevés mais pas systématiquement dans toutes les institutions. De plus, ceux-ci sont plutôt utilisés lorsque la grossesse se présente et non spécifiquement dans un processus de prévention. Seules les interventions de jeunes parents dans un des établissements sociaux interrogé sensibilisent de manière concrète les divers enjeux d'une grossesse adolescente.

En définitive, je peux confirmer cette sous-hypothèse tout en émettant quelques réserves. En effet, en matière de prévention, il ne suffit pas de présenter simplement les informations quant à la contraception ni même les enjeux d'une grossesse. Il s'agit surtout d'adapter ces explications aux problématiques des jeunes, à leurs besoins etc. Les questions autour de la relation amoureuse peuvent également avoir beaucoup d'intérêt et d'impact auprès des jeunes (exemple : le programme présenté par l'AVIFA). L'individualisation des démarches est alors reconnue et constatée par les professionnels. Malheureusement, les mesures mises en place ne permettent pas toujours cette intervention personnelle (intervention en groupe par exemple).

### *Hypothèse 3 :*

- ✚ L'éducateur est confronté à des limites d'ordre éthique et médical lors de la prise en charge d'une adolescente enceinte.

Les limites éthiques apparaissent principalement dans la prise en charge d'une interruption de grossesse. Elles peuvent aussi être présentes lors de la prise de décision

car chacun possède des valeurs personnelles influençant son jugement. Le plus difficile sera de porter une attention particulière aux limites personnelles afin d'intervenir le plus objectivement auprès de l'adolescente. Concernant l'accompagnement d'une jeune devant subir un avortement, il n'est pas évident d'être en accord avec la décision surtout si l'éducateur est intimement convaincu que l'avortement est une atteinte à la vie. Cependant, il est primordial de prendre à chaque fois du recul, de relativiser la situation et de ne pas se considérer comme décideur mais plutôt comme accompagnateur d'un choix qui n'est pas le nôtre. Enfin, malgré les valeurs de respect que les professionnels privilégient dans ce type de prise en charge, j'ai pu remarquer qu'il n'était pas évident de mettre de côté ses propres pensées.

D'un point de vue médical, l'éducateur peut aussi être confronté à des situations plus ou moins difficiles pendant l'avortement. Par exemple, lors d'une intervention médicamenteuse où la jeune fille n'est pas forcément hospitalisée. Certains ne se sentent pas à l'aise et sont impliqués émotionnellement dans la situation. Le relais auprès d'un collègue ou des supervisions peuvent alors offrir des solutions.

Finalement, d'après le recueil des données, je peux confirmer assurément cette troisième hypothèse.

*Question de départ :*

- ✚ Quels sont les outils pour accompagner une adolescente confrontée à une grossesse en institution et comment prévenir une grossesse non désirée ?

Au terme de ce travail de recherche, j'ai constaté, d'après les propos des éducateurs, que les institutions pouvaient parfois manquer de considération et de ressources face à la problématique des grossesses adolescentes. J'ai souvent entendu la faible fréquence des situations expliquant le manque de préoccupation. Aucun protocole n'est rédigé afin de proposer une marche à suivre à l'attention des intervenants sociaux. Cependant, il existe quelques ressources intéressantes ainsi que certaines réflexions au sujet de l'accompagnement et de la prévention des grossesses adolescentes. La collaboration avec le Sipe est fréquemment relevée. L'OPE, l'association « Jeunes parents », l'AVEFA, « SOS futures mères », « La Pouponnière et l'Abri », les sages-femmes et les services hospitaliers ont également été mentionnés. Néanmoins, tous les éducateurs ne connaissent pas forcément toutes ces structures. D'autre part, j'ai pu constater qu'ils agissaient le plus souvent au cas par cas, avec leur bon sens et l'éventuelle collaboration de collègues plus expérimentés.

C'est en matière d'accompagnement d'adolescentes enceintes jusqu'au terme de la grossesse que des lacunes apparaissent le plus fréquemment. Il est évident que le contexte institutionnel n'est pas le plus conventionnel pour accompagner sereinement une jeune fille enceinte. Cependant, peu d'alternatives existent afin de soutenir au mieux ces adolescentes, ne pouvant évoluer dans leur contexte familial. « La Pouponnière et l'Abri » demeure le seul établissement offrant ce suivi mais il est situé dans le canton de Vaud et accepte des jeunes filles dès leur 7<sup>ème</sup> mois de grossesse.

Par ailleurs, je pense également que les mesures préventives peuvent être encore améliorées. Celles-ci sont à mon sens actuellement pas assez adaptées à la population d'institutions sociales et ne permettent pas complètement un suivi individualisé.

Enfin, au terme de cette analyse, je peux affirmer ne pas avoir observé de

divergences de discours des professionnels selon leur âge et/ou ancienneté dans l'institution. Néanmoins, comme relevé par l'éducatrice E, en tant que femme, le fait de vivre l'expérience de maternité permettrait une autre implication dans la situation de la jeune et une meilleure compréhension de certaines émotions ressenties.

## 8.2 Présentation des perspectives futures et pistes d'action

Au vu de certaines faiblesses constatées, je vais proposer quelques améliorations et perspectives d'action quant à l'accompagnement et la prévention des grossesses adolescentes en institution.

Tout d'abord, l'établissement d'un protocole écrit serait réellement utile. Il est en effet pas évident en tant qu'éducateur et je pense notamment lorsque nous entrons tout juste dans la vie professionnelle, de connaître systématiquement toutes les procédures à entreprendre dans ce genre de situations. Ainsi, ce document servirait de fil rouge en nommant les diverses étapes à suivre selon le cas de figure qui se présente, les différents partenaires à contacter, des données concernant les lois en vigueur etc. Pour ce faire, une collaboration entre les diverses institutions pourraient être judicieux afin d'échanger des expériences, d'émettre des propositions pour enfin réaliser un document riche et précis.

D'autre part, des formations pourraient être mis en place plus régulièrement au sein des institutions en partenariat avec les instances partenaires (par exemple le Sipe, le service hospitalier etc.) Celles-ci permettraient d'une part d'être à jour sur les informations et pratiques du moment, d'autre part, de favoriser la collaboration entre les différents acteurs. Ceci dans le but d'initier un réel partenariat fondé sur un système de réseaux structurés pouvant proposer des solutions communes. De plus, des supervisions d'équipe ou individuelles offriraient aux intervenants la possibilité de se confier, de partager les difficultés rencontrées, de poser un regard extérieur sur la situation et de se situer émotionnellement.

Par ailleurs, un travail plus étroit avec les familles des jeunes filles enceintes pourrait être envisagé. Ceci permettrait de mieux comprendre l'adolescente dans son milieu familial et de faire état des ressources familiales à sa disposition. De plus, nous pourrions informer, conseiller et rassurer les familles quant à cette situation de grossesse. Ceci dans le but de créer un partenariat de confiance avec les parents de la jeune mais surtout afin proposer des ressources solides à l'adolescente, lorsque cela est possible. Parallèlement, cette démarche favoriserait le dialogue, pas toujours évident à instaurer, entre l'adolescente et ses parents. Enfin, le partage des ressentis de chacun aiderait à ce qu'une certaine compréhension réciproque ait lieu.

En matière de prévention, je privilégierai encore plus l'individualisation des situations ainsi que la confrontation concrète à la réalité. Je pense notamment à des témoignages tels que ceux présentés par l'association « Jeunes parents ». De plus, j'organiserai des « soirées discussions » autour des thèmes de l'amour, les sentiments, l'intimité etc. Il s'agirait de considérer les propos de chacun, de leur apporter conseil et d'instaurer un climat de confiance. Les informations liées à la sexualité pourraient bien évidemment être abordées en lien avec les besoins de l'adolescente et en s'adaptant à ses capacités de compréhension.

## 9. Limites de la recherche

Au départ, dans le cadre de mon projet, j'avais l'intention de diriger mon travail uniquement sur les interruptions de grossesse. Néanmoins, le choix de ce sujet étant trop précis, j'ai décidé avec l'aide de mon directeur de mémoire d'élargir ma problématique à l'accompagnement des grossesses adolescentes et leur prévention. En effet, cela m'a permis d'effectuer un travail plus riche en abordant plusieurs problématiques liées.

Dans un deuxième temps, j'ai rencontré une seconde difficulté lors de la définition de mon terrain de recherche. Sur l'échantillon choisi à la base, trois institutions valaisannes ont décliné la participation à la recherche car elles ne rencontraient pas de cas de grossesses adolescentes. Cela peut refléter un certain manque de préoccupation, surtout que j'ai appris plus tard auprès du Sipe, qu'une de ses trois institutions a déjà rencontré de telles situations et collabore plus ou moins régulièrement avec le Sipe dans une démarche préventive. Afin de compléter mon échantillon de recherche, j'ai alors dû solliciter de nouvelles institutions sociales. Je n'en ai trouvé qu'une en Valais et une supplémentaire dans le canton de Vaud. Puis, j'ai décidé d'interroger le Sipe afin d'avoir une vision plus achevée.

Enfin, j'estime qu'il n'est pas évident de tirer des conclusions des plus objectives avec un si petit échantillon. Néanmoins, cela atteste déjà de la réalité du terrain, notamment en Valais, et des besoins actuels des divers professionnels.



## 10. Conclusion

De manière générale, ce travail de recherche m'a permis d'acquérir des savoirs théoriques, un savoir-être et un savoir faire face à des situations de grossesses adolescentes mais également dans un contexte de prévention.

Je désire donc me positionner sur différents points qui m'ont particulièrement interpellée dans ce travail. Dans un premier temps, je pense que le sens de la grossesse demeure important à déceler afin de mieux comprendre le choix de la personne et de collaborer avec elle. C'est en rencontrant la fille et en essayant de comprendre avec elle comment elle perçoit sa grossesse, en fonction de différents facteurs (histoire personnelle, culturelle, familiale etc.), qu'il sera à mon sens judicieux d'intervenir. Ainsi, la jeune fille se sentira soutenue, écoutée et comprise. De plus, je trouve intéressant de prendre en compte la notion de multiculturalité qui touche beaucoup de jeunes filles et qui représente notamment une partie importante des adolescentes rencontrées dans les institutions sociales.

D'autre part, il est essentiel d'impliquer sérieusement la jeune fille dans le choix de poursuivre ou non sa grossesse et ceci le plus tôt possible. En effet, « un avortement contre son gré risque d'être vécu comme une agression grave qui peut avoir de lourdes conséquences (dépression, tentative de suicide, nouvelles grossesse pour réparer l'interruption de grossesse mal vécue). »<sup>36</sup>

Concernant le thème délicat et complexe que représente la prévention des grossesses adolescentes, je trouve qu'il existe de réelles contradictions à tenir compte lorsque nous intervenons sur ce terrain. On prône une sexualité libre et en même temps, il y a un énorme « contrôle » de la contraception avec l'instauration de la pilule contraceptive, le préservatif, la pilule du lendemain et même l'avortement. Ces moyens sont alors, à mon sens, quelque peu banalisés par les jeunes qui pensent être protégés quoiqu'il arrive et prennent de ce fait d'autant plus de risques. D'autre part, si je me replonge dans certains de mes souvenirs lorsque je fréquentais le Cycle d'Orientation, il me vient à l'esprit l'intervention de personnes venues nous donner un cours d'éducation sexuelle. Je suis alors très favorable à ce genre d'interventions auprès de jeunes enfants, et ceci dès leur plus jeune âge ; car c'est souvent durant la petite enfance que nous gardons les choses très fortement en tête. Néanmoins, je ne suis pas sûre que de le faire avec la présence des deux sexes soit la meilleure stratégie. En effet, je me rappelle ne pas m'être sentie très à l'aise lors de ce « cours ». Ce n'est pas à ce moment-là que j'aurais profité pour aborder des sujets qui m'interpellaient, de plus avec une certaine « pression » émanant des garçons de la classe. Je pense qu'il s'agit d'un sujet très sensible, avec des approches et des avis divers. De ce fait, il est primordial de réfléchir encore et toujours afin d'améliorer les interventions préventives. La société évolue, tout comme ses jeunes. De nouveaux sujets de discussion (relation, amour etc.) prennent une plus grande place chez les jeunes et valent certainement la peine d'être utilisés afin de prendre en compte leurs réelles préoccupations et ainsi optimiser les démarches de prévention.

---

<sup>36</sup> BETTOLI Lorenza, *La grossesse à l'adolescence*, 2004, p.32

Enfin, ce travail de recherche m'a rappelé des valeurs et des idées fondamentales du travail social : nous ne sommes pas là pour inculquer tel ou tel comportement mais pour accompagner l'autre dans le respect de ses choix, ses besoins et ses désirs. Nous ne prétendons pas non plus posséder la clé à toutes les solutions, car assurément c'est la personne qui la détient et qui grâce à notre aide parviendra à l'utiliser.

# 11. Sources bibliographiques

## 11.1 Sources écrites

AGOSTINI, 2006, 252 p. *Adolescence - Parentalité*. Le Bouscat Cedex : L'Esprit du Temps.

ASDAC (ASSOCIATION SUISSE POUR LE DROIT À L'AVORTEMENT ET À LA CONTRACEPTION), 2005, 130 p. *Interruption de grossesse en Suisse*. Lausanne : Graphicolor.

BETTOLI, 5/2004, p. 28 à 33. La grossesse à l'adolescence. *Sage-femme suisse*.

BETTOLI, 5/2004, p. 34 et 35. La grossesse à l'adolescence : un problème de santé publique ? *Sage-femme suisse*.

BETTOLI, 2/2003, p.179-191. Parents mineurs : la grossesse, facteur de maturation pour les jeunes parents ? Quels risques comporte-t-elle ? Quel accompagnement à Genève ?, *Thérapie familiale*, Vol.4.

CODE CIVIL SUISSE. 10 décembre 1907, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 19012. 328 p.

CODE PÉNAL SUISSE. 21 décembre 1937, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1942. 178 p.

COIN-BARIOU, 2005, 179 p. *Grossesse à l'adolescence : événement de vie, avènement d'un sujet*. Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en médecine. Non publié. Présenté à l'Université d'Angers.

CURRAT, 2008, 66 p. *Les adolescents et la sexualité / Étude pour la mise en œuvre d'un programme de prévention et d'éducation sexuelle au sein d'une institution d'éducation sociale pour adolescents*. Sion : Travail de diplôme DPE 2006-2007.

DAGUERRE, 2010, 11 p. *Les maternités précoces*. Extrait de la revue Informations sociales, CNAF.

DUMAS, 2009, 255 p. *La sexualité des ados racontée par eux-mêmes*. France : Hachette Littératures.

DUFORT (et al.), vol.3 n°1. La grossesse à l'adolescence : les prises de position d'adolescents et de praticiens travaillant en prévention. *Journal International sur les Représentations Sociales*.

LE VAN, 1998, 204 p. *Les grossesses à l'adolescence – normes sociales, réalités vécues*. Paris : Éditions L'Harmattan.

PASINI (et al.), 1993, 155 p. *L'adolescente enceinte / Actes du 6<sup>ème</sup> Colloque sur la relation précoce parents-enfants*. Genève : Les Éditions Médecine et Hygiène.

SPERTINI, 2009, 67 p. *Dans les cas de grossesses de mères toxicomanes ou adolescentes, quels sont les risques de trouble de l'attachement de l'enfant ? / Travail présenté à l'Institut international des Droits de l'Enfant (IDE) et à l'Institut universitaire Kurt Bösch (IUKB) en vue de l'obtention du Diplôme en Protection de l'Enfant*. Sion.

## 11.2 Supports de cours

FONDATION LA POUPONNIÈRE ET L'ABRI, 2007, 15 p. *Concept institutionnel de l'Accueil Mères-Enfants de l'Abri*, dans le cadre du module OASIS : « Protection de l'enfance et soutien à la famille ». Lausanne.

SOLIOZ, 2008, 7p. *L'adolescence*, dans le cadre du module C4 : « Relation à l'autre, individuelle et collective, rapport à soi. » Sierre.

## 11.3 Sources électroniques

FÉDÉRATION VALAISANNE DES CENTRES SIPE. *Sipe (Sexualité Information Prévention Éducation)* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.sipe-vs.ch/index.html> (consulté le 2.05.2010)

FRAPPIER, Jean-Yves (et al.). *Orientation sexuelle et homosexualité à l'adolescence* (tiré du livre : *La santé des adolescents : approche, soins, prévention* (1997)). [en ligne]. Adresse URL : <http://www.acsa-caah.ca/Portals/0/Member/PDF/fr/documents/oriensexhomo.pdf> (consulté le 20.08.2011)

HAYEZ, Jean-Yves. *La confrontation des enfants et des adolescents à la pornographie*. Publié le 11 août 2003, dernière mise à jour : 11 avril 2010 [en ligne]. Adresse URL : <http://www.jeanyveshayez.net/con-porn.htm> (consulté le 25.08.2011)

JEUNESPARENTS. *Maman mineure, ça implique quoi ?* [en ligne] Publié le 13 janvier 2010. Adresse URL : <http://www.jeunesparents.ch/spip.php?article194> (consulté le 31.05.2010)

NDIAYE, Serigne Samba. *Adolescence : Pourquoi la précocité des rapports sexuels ?* [en ligne] Adresse URL : [http://www.sambamara.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=368:adolescence--pourquoi-la-precocite-des-rapports-sexuels-&catid=99:chroniques&Itemid=65](http://www.sambamara.com/index.php?option=com_content&view=article&id=368:adolescence--pourquoi-la-precocite-des-rapports-sexuels-&catid=99:chroniques&Itemid=65) (consulté le 20.06.2011)

OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE. *Âge moyen à la maternité*. [en ligne] Dernière mise à jour : le 09.12.2011. Adresse URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/02/06.html> (consulté le 25.01.2012)

OMS. *Santé de l'adolescent*. [en ligne] Adresse URL : [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/fr/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/fr/) (consulté le 20.02.2012)

PIROLT, Sabine. *L'Hebdo (en ligne). Non au financement de l'avortement. Initiative rétrograde*. Mis en ligne le 27 janvier 2010. Adresse URL : [http://www.hebdo.ch/initiative\\_retrograde\\_42783\\_.html](http://www.hebdo.ch/initiative_retrograde_42783_.html) (consulté le 31.05.2010)

PIROTTE, Magaly. *La sexualité*. In : RQASF : Réseau Québécois d'Action pour la Santé des Femmes [en ligne]. Mise à jour : 2009. Adresse URL : <http://rqasf.qc.ca/files/sexualite.pdf> (consulté le 23.08.2011)

POUJOL, Jacques et Claire. Pages extraites de leur livre : *Vivre heureux en couple, comprendre et gérer les conflits de la vie quotidienne* [en ligne]. Adresse URL :

<http://www.relation-aide.com/articles/description.php?id=282&cat=13> (consulté le 22.08.2011)

RESPECT EDU. Sexisme, Homophobie, Altérités. *Les difficultés à vivre l'homosexualité à l'adolescence*. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.eduactive.info/spip.php?article219> (consulté le 25.08.2011)

SEXUALITÉ HUMAINE. In : *Wikipédia – L'encyclopédie libre* [en ligne]. Dernière modification : 27 décembre 2011. Adresse URL : [http://fr.wikipedia.org/wiki/Sexualit%C3%A9\\_humaine](http://fr.wikipedia.org/wiki/Sexualit%C3%A9_humaine) (consulté le 22.08.2011)

TRÉMINTIN, Jacques. Lien social [en ligne]. *L'accompagnement des maternités adolescentes*. Publication n°664 du 1<sup>er</sup> mai 2003. Adresse URL : [http://www.lien-social.com/spip.php?article311&id\\_groupe=7](http://www.lien-social.com/spip.php?article311&id_groupe=7) (consulté le 10.05.2010)

USPDA (UNION SUISSE POUR DÉCRIMINALISER L'AVORTEMENT). *Avortement – Interruption de grossesse* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.svss-uspda.ch/fr/avortement.htm> (consulté le 31.05.2010)

20 MINUTES ONLINE. *Un comité s'attaque au remboursement des avortements*. Mis en ligne le 26 janvier 2010 [en ligne]. Adresse URL : <http://www.20min.ch/ro/news/suisse/story/31237408> (consulté le 28.01.2011)

## 11.4 Conférence

ANDER LINDEN, REINE (PSYCHOLOGUE EN MATERNITÉ, BRUXELLES). « *Grossesse de l'adolescente, qui s'en mêle ?* », intervention dans le cadre de la conférence « Maternités difficiles : Grossesse et adolescence », Hôpital de Sion, le 24 mars 2011

NANCHEN, Christian (Chef de l'Office cantonal de la protection de l'enfant, Etat du Valais, Sion). « *Grossesse et adolescente : que dit la loi – aide ou contrainte de l'OPE ?* », intervention dans le cadre de la conférence « Maternités difficiles : Grossesse et adolescence », Hôpital de Sion, le 24 mars 2011

## Entretien semi-directif

### Thème 1 : Profil des accompagnants

- Quelle(s) formation(s) avez-vous suivie(s) jusqu'à maintenant ?
- Depuis quand travaillez-vous dans cette institution ?
- Avez-vous suivi des formations continues en lien avec des problématiques rencontrées dans l'institution ou liées à l'accompagnement/prévention des grossesses adolescentes ? Si oui, lesquelles et que vous ont-elles apporté ?
  - Cette rubrique me permettra de découvrir s'il existe des formations continues en lien avec les grossesses adolescentes et les pistes qu'elles apportent aux professionnels.
  - Aussi, elle me permettra de constater les éventuels discours et points de vue différents selon que l'éducateur travaille depuis longtemps dans l'institution ou non.

### Thème 2 : L'institution face aux grossesses adolescentes :

- A quelle fréquence observez-vous des grossesses adolescentes dans votre institution ? Avez-vous éventuellement des statistiques ?
  - Cette question me permettra de mettre en parallèle les éléments théoriques recherchés quant aux données épidémiologiques des grossesses adolescentes en Suisse avec la fréquence de celles-ci en institution.
- Quel est le profil des adolescentes enceintes ou susceptibles de l'être dans votre institution ?
  - Hypothèse vérifiée : Les adolescentes placées en institution représentent un public fragilisé et sont de ce fait plus exposées à une grossesse.
- Pensez-vous que les adolescentes placées en institutions, notamment dans la vôtre, représentent un public plus exposé à des grossesses ? Et pourquoi ?
  - Hypothèse vérifiée : Les adolescentes placées en institution représentent un public fragilisé et sont de ce fait plus exposées à une grossesse.
- A quels types de placement ces jeunes peuvent-elles être accueillies dans votre institution ? Que favorisent ou désavantagent-ils dans la problématique des grossesses adolescentes en institution ?
- Est-ce qu'il existe un protocole ou une réflexion menée au sein de l'institution par rapport à l'accompagnement d'une grossesse d'une adolescente ? Si oui, lequel ? Comment vous positionnez-vous vis-à-vis de celui-ci ? Si non, pensez-vous qu'il serait utile d'en avoir un ? Ou êtes-vous assez au clair avec les procédures à

entreprendre ?

→ Hypothèse vérifiée : Les travailleurs sociaux confrontés à des grossesses adolescentes en milieu institutionnel n'ont pas d'outils d'accompagnement spécifiques afin de gérer cette problématique.

### **Thème 3 : L'intervention sociale dans l'accompagnement et la prise en charges des grossesses adolescentes :**

- Racontez-moi votre (vos) expérience(s) d'accompagnement de jeunes confrontées à une grossesse ?
- Quelles sont les démarches d'accompagnement que vous entreprenez ?
- A qui se confient ces adolescentes lors d'une telle épreuve ?
- Avez-vous déjà été confronté à l'accompagnement d'une jeune devant subir un avortement ? Si oui, comment vous êtes-vous pris et senti lors de cet encadrement ? Quel est votre champ d'action en tant qu'éducateur et selon que l'adolescente est mineure ou non ?
  - Hypothèse vérifiée : L'éducateur est confronté à des limites d'ordre éthique et médical lors de la prise en charge d'une adolescente enceinte.
- Face à quelles limites êtes-vous confronté en tant qu'éducateur dans ce genre d'accompagnement?
  - Hypothèse vérifiée : L'éducateur est confronté à des limites d'ordre éthique et médical lors de la prise en charge d'une adolescente enceinte.
- Quelles valeurs privilégiez-vous dans ce type d'encadrement ?
- Comment se déroule la collaboration avec les parents ?
- Comme se déroule la collaboration avec les futures « pères » ?
- Comment se déroule la collaboration avec les éducateurs ? Sont-ils présents, comment ? ( question posée au Sipe)

### **Thème 4 : L'intervention sociale dans la prévention des grossesses adolescentes:**

- Est-ce qu'une démarche préventive existe dans le cadre de votre établissement ? Si oui, laquelle ?
  - Hypothèse vérifiée : Dans leur pratique professionnelle, ils constatent qu'une explication claire et individualisée des moyens de contraception et des enjeux d'une grossesse en période d'adolescence est primordiale afin de prévenir une gestation non-désirée et un éventuel avortement
- Si non, quel mode de prévention mettriez-vous en place en lien avec les valeurs de l'institution afin d'informer adéquatement les jeunes sur cette problématique et d'avoir un réel impact sur eux ?

→ Hypothèse vérifiée : Dans leur pratique professionnelle, ils constatent qu'une explication claire et individualisée des moyens de contraception et des enjeux d'une grossesse en période d'adolescence est primordiale afin de prévenir une gestation non-désirée et un éventuel avortement

- Avez-vous connaissance de structures proposant des services de prévention ou d'accompagnement de grossesses adolescentes ? Si oui, collaborez-vous ensemble et comment ? Incitez-vous vos jeunes à s'y rendre ?

→ Cette rubrique m'aidera à faire l'état des lieux de ce qui existe en termes de prévention des grossesses adolescentes au sein des différentes institutions et d'appréhender quelques pistes d'action afin de garantir une bonne prévention.

En conclusion, pensez-vous posséder tous les outils nécessaires à l'accompagnement et la prévention des grossesses dans votre institution ?

→ Lien avec la question de départ : *Quels sont les outils pour accompagner une adolescente confrontée à une grossesse en institution et comment prévenir une grossesse non désirée ?*